

Сведения об авторах

Есина Ольга Борисовна — канд. мед. наук, асс. кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: yesinao@mail.ru.
 Каменская Алена Игоревна — студентка 5 курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.
 Родюшкина Анжелика Константиновна — студентка 5 курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

.....

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПОВСЕДНЕВНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ПОЗДНИХ ДЕМЕНЦИЯХ

УДК 616.899-053.9

М.В. Жмудь², А.П. Сиденкова¹¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация;²Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Деменции позднего возраста — актуальная медицинская и социальная проблема. Структура синдрома деменций, помимо облигатных когнитивно-дефицитарных симптомов, включает факультативные психопатологические нарушения и снижение уровня функциональной активности пациента. Целью настоящего исследования является изучение влияния психопатологической структуры деменции позднего возраста на уровень функционирования пациентов. Основные методы исследования — клинический, психометрический, статистический. Результаты исследования показали внемозологическую универсальность структурной гетерогенности синдрома деменции, специфическое влияние каждого из нейро- и психопатологических компонентов синдрома на уровень жизнедеятельности больного.

Ключевые слова: деменция, социальное функционирование.**DISTURBANCES IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN LATE DEMENTIA****M.V. Zhmud², A.P. Sidenkova¹**¹Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation²Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital, Yekaterinburg, Russian Federation

Dementia of late age is an urgent medical and social problem. The syndrome of dementia includes cognitive symptoms, non-cognitive psychopathological symptoms, and impairment of the patient's daily functioning in the structure. The aim of this study is to study the influence of the psychopathological structure of dementia in late age on the level of functioning of patients. The main research methods are clinical, psychometric and statistical. The results of the study showed that the structure of the dementia syndrome of any nosology retains all components. Cognitive and non-cognitive symptoms specifically affect the parameters of patients' daily functional activity.

Keywords: dementia, social functioning, ADL.**Введение**

Современные всемирные демографические процессы актуализировали медицинские, социальные и психологические явления, связанные со старением населения [1, 2, 3, 4]. Закономерен интерес исследователей к клиническим, фармакоэкономическим, социальным аспектам деменций. Наибольшее внимание уделяется влиянию уровня когнитивного снижения в разных сферах жизнедеятельности пациента с деменцией. Однако «синдромологический ассортимент» [5] деменций разнообразен, при деменции страдают не только когниции, но и другие сферы психической деятельности. Результатами многочисленных современных исследований подтверждено вовлечение в патологический процесс различных нейромедиаторных систем, что приводит к возникновению сложной клинической психопатологической картины деменций [2, 6].

Такое широкое вовлечение разнообразных психопатологических феноменов и динамические свойства ослабляющего процесса предопределяют влияние каждого из них на уровень функционирования болеющего и способствуют формированию различных вариантов компенсации интеллектуального дефекта.

Цель исследования

Изучение влияния психопатологической структуры деменции позднего возраста на уровень функционирования пациентов.

Материал и методы исследования

В основу настоящей статьи положены результаты исследования 70 пациентов пожилого и старческого возраста согласно возрастной периодизации ВОЗ (1963 г.) с диагностированными психическими расстройствами в соответствии с критериями МКБ-10 (рубрика F 00-09).

Основные методы исследования: клинический, клинко-психопатологический, психометрический, статистический.

Основными инструментами исследования являются «Карта стандартизированного описания лица с когнитивными нарушениями», разработанная в соответствии с задачами исследования, включающая общие анамнестические, структурно-динамические сведения о болезни (на основе стандартизированных шкал MMSE, GDS, NPI-X), оценку уровня функционирования (шкала BRISTOL ADL), эффективность терапии в динамике.

Статистическая обработка полученного материала проводилась с использованием статистической компьютерной программы SPSS, с помощью которой рассчитывались уравнения регрессии (стандартизированный коэффициент регрессии β от +1 до -1).

В настоящей статье приведена часть данного исследования, посвященная анализу болезненных нарушений в структуре когнитивного расстройства, в наибольшей степени влияющих на функциональное состояние больного.

Результаты исследования и обсуждение

Средний возраст лиц с когнитивными нарушениями, включенных в исследование, составил $76,37 \pm 5,75$ года, 47 чел. (67,1%) из них женщины. Распределение больных по нозологической принадлежности представлено в таблице.

Клинико-демографические характеристики участников исследования

Вариант деменции	Количество больных	Средний возраст	Средний балл MMSE	Средний балл GDS	Средний балл BRISTOL ADL
Деменция альцгеймеровского типа пресенильный вариант	8,6% (6 ч.)	65,83±2,42	15,33±0,78	6,25±0,83*	52,1±4,5*
Деменция альцгеймеровского типа сенильный вариант	35,7% (25 ч.)	82,32±4,45	14,36±4,36	6,0±0,33*	49,7±0,45
Постинсультная сосудистая деменция	30% (21 ч.)	77,43±2,99	14,19±2,56	6,32±0,6*	51,3±1,24*
Деменция с тельцами Леви	8,6% (6 ч.)	73,33±1,44	14,0±2,33	5,67±0,44	44,6±2,45
Комбинированная деменция	17,1% (12 ч.)	75,58±5,18	15,25±2,58	5,81±0,46	46,4±5,2

Примечание: * — $p < 0,01$.

Группы исследования были сравнимы по среднему показателю шкалы MMSE. Одновременное использование «Шкалы общего ухудшения» (Global Deterioration Rating, GDR, Reisberg B. Et al., 1982) и «Оценки уровня функционирования» (шкала BRISTOL ADL) показало достоверное различие в социально-бытовом функционировании пациентов с деменциями разных клинических вариантов. Данная «когнитивно-функциональная» диссоциация потребовала оценки влияния других, некогнитивных, психопатологических расстройств на уровень функционирования пациентов.

Клиническое состояние пациентов, помимо когнитивного снижения, было представлено разнообразными психопатологическими нарушениями, наличие которых оценивалось с использованием «Нейропсихиатрического перечня» (Neuropsychiatric Inventory, NPI-X), позволившего составить структурный портрет клинического случая, опираясь на качественные признаки (вид домена), частоту встречаемости и степень выраженности каждого из феноменов. Применение опросника NPI-X помогло оценить нагрузку на ухаживающего со стороны каждого психопатологического нарушения.

Психопатологические особенности деменций

1. Деменции альцгеймеровского типа. В настоящем исследовании деменция альцгеймеров-

ского типа (сенильный и пресенильный вариант) была диагностирована у 44,3 % лиц, включенных в исследование. Общность патогенеза развития деменции альцгеймеровского типа при раннем (пресенильном) и позднем (сенильном) вариантах заключается в нарушении метаболизма белка предшественника амилоида, образовании β -амилоида, обладающего нейротоксичными свойствами, активирующего патологические реакции, результатом которых является повреждение и гибель нейронов. Ретроспективный анализ показал постепенное развитие клинической картины деменций обоих типов. В основе синдрома слабоумия лежал амнестический синдром. Наблюдалось поражение высших корковых функций. Пресенильный тип деменции альцгеймеровского типа отличался более быстрым прогрессированием и ранним присоединением очаговых

Таблица

расстройств, сенильный тип деменции прогрессировал медленнее, характеризовался, главным образом, нарушениями памяти. Клиническая картина болезни Альцгеймера была представлена многослойной симптоматикой, затра-

гивающей все психические сферы. Бредовые расстройства встречались у 32% больных сенильным вариантом БА, носили интерпретативный характер, отличались непродуктивностью, однообразием — преобладали идеи ущерб, воровства, преходящие идеи ревности, отравления — и наблюдались нами у пациентов с сенильным вариантом болезни Альцгеймера. Зрительные галлюцинаторные расстройства выявились у пациентов с глубокой деменцией (8-10 баллов по MMSE) и в 20 % случаев составили основу делирия, развившегося вследствие соматогении. Наиболее частыми и выраженными клиническими нарушениями при позднем варианте болезни Альцгеймера были аберрантное моторное поведение (44%), агитация / агрессия (48 %) и нарушение ночного поведения (54 %). У пациентов с ранним началом слабоумливающего процесса клиническая картина альцгеймеровской деменции наиболее часто дополнялась аффективными расстройствами: тревогой (66,7 %), депрессивными переживаниями собственной несостоятельности в случаях меньшей выраженности деменции (средний балл по MMSE 15-17), апатией (50,0 %), агитацией, аберрантным поведением (33,3 %). В целом, независимо от возраста развития деменции альцгеймеровского типа, в клинической картине большой удельный вес занимали поведенческие и аффективные расстройства с проявлениями тревоги, усиливающейся при

расставании с ухаживающим родственником. Поведенческие нарушения чаще наблюдались в случаях тяжелой деменции, проявлялись повторяющимися бесцельными действиями пациента, блужданием, двигательным беспокойством в дневное и ночное время.

2. Сосудистая деменция. В связи с тем, что основным методом диагностики деменций, использованным в данной работе, был клинико-психометрический, в исследование включались пациенты с установленным инсультным анамнезом. Средняя давность инсульта составила $11,80 \pm 3,13$ месяца, 76,2 % (16 чел.) перенесли ОНМК в каротидном бассейне, 23,8 % (5 чел.) — в вертебро-базиллярном бассейне. Средний балл по шкале Хачинского — $8,6 \pm 1,2$. Когнитивные расстройства у пациентов данной группы сочетались с разнообразными аффективными нарушениями, эмоциональной лабильностью, отличались внезапностью появления, ступенчатой прогрессивностью. Отличительным признаком являлось наличие очаговой неврологической симптоматики и неврологического дефицита в форме парезов / параличей верхних или нижних конечностей, что явилось одной из причин значительного нарушения бытового функционирования. Психопатологические расстройства были представлены всем спектром расстройств, наиболее частыми из которых были эмоциональное снижение (42 %), беспредметная тревога (40 %), делириозные эпизоды в вечернее и ночное время (33,0 %). Отличительной особенностью психопродуктивных феноменов при сосудистой деменции являлось преимущественное нарушение динамики психических процессов, их лабильность, истощаемость.

3. Деменция с тельцами Леви. В настоящей работе группа пациентов с деменцией с тельцами Леви была немногочисленной, что, вероятно, объяснялось ограниченной исследовательской выборкой. В процессе настоящего исследования диагностика деменции с тельцами Леви основывалась на критериях диагноза «вероятная ДТЛ» в соответствии с Решением Экспертного Международного симпозиума по ДТЛ (McKeith et al., 1996 г.). Деменция, выявленная у лиц данной группы, характеризовалась постепенным началом в раннем сенильном возрасте и появлением уже на начальных этапах заболевания зрительных галлюцинаций (100 %), манифест которых был спровоцирован экзо- или соматогенной. На момент обследования у части пациентов выявлялись тревожно-депрессивные расстройства (80 %), у лиц с когнитивным снижением, достигавшим степени выраженности тяжелой деменции, наблюдалось аберрантное моторное поведение (33,3 %), ажитация (33,3 %), нарушения ночного поведения с психомоторным возбуждением

(83,3 %). Данная психопатологическая картина сопровождалась ранним развитием выраженной вегетативной недостаточности (ортостатическая гипотензия, гипотензия после приема пищи).

4. Комбинированная деменция. Основными причинами комбинированной деменции явилось наличие в анамнезе пациента фактов тяжелой черепно-мозговой травмы и ОНМК (4 чел.); алкогольной болезни, ОНМК (5 чел.); ОНМК, тяжелой ЧМТ и алкогольной болезни (3 чел.). Основу синдрома слабоумия составило дисмнестическое расстройство. В большинстве случаев наблюдалось снижение волевой сферы; у 1/3 пациентов определялись зрительные галлюцинационные расстройства; у 1/3 выявлялись примитивные бредовые идеи обыденного содержания и малого размаха. Характерным оказалось наличие интрасоматических нарушений с частыми пробуждениями, анозогнозией сна (80,0 %). Когнитивные расстройства у данной группы больных нарастали исподволь, на протяжении нескольких лет, после перенесенного ОНМК прогрессивность интеллектуального снижения возрастала.

Анализ данных показал, что в группах с наибольшим функциональным снижением (пресенильный вариант болезни Альцгеймера, сосудистая деменция, сенильный вариант болезни Альцгеймера) большой удельный вес занимают аберрантное поведение, тревога, ажитация.

В настоящем исследовании оценивалась степень нагрузки каждого болезненного феномена на родственника, ухаживающего за больным с деменцией. Основной трудностью для ухаживающих явилось не только снижение памяти у пациента, но и наличие у него других болезненных нарушений. Регрессионный анализ подтвердил, что наибольшие трудности ухаживающие испытывали при наличии в состоянии больных аберрантного моторного поведения ($\beta = 0,841$), ажитации ($\beta = 0,797$), ночного поведения ($\beta = 0,793$), тревоги ($\beta = 0,789$), что косвенно подтвердило дезадаптивное значение этих психопатологических феноменов на функциональное состояние пациентов.

Выводы

1. Уровень функциональной активности лиц, страдающих деменциями разных клинических вариантов, зависит не только от степени когнитивного снижения, но и от психопатологической структуры синдрома деменции.

2. Наличие тревоги, ажитации, нарушенного ночного поведения, аберрантного поведения снижают уровень функциональной активности больного независимо от нозологической принадлежности деменций.

Литература

1. Рудницкий, В. А. Основные экологические факторы и психическое здоровье / Рудницкий В. А., Семке В. Я. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 128-130.
2. Гаврилова, С. И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. – М.: Изд-во «Пулс», 2003. – 383 с.
3. Яцемирская, Р. С. Социальная геронтология / Яцемирская Р. С., Беленькая И. Г. – М.: «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС», 2003. – 224 с.
4. Сиденкова, А. П. Психосоциальная модель поздних деменций: автореф. ... дисс. док. мед. наук. – Томск: 2010. – 45 с.

5. Сиденкова, А. П. Болезнь Альцгеймера. Клинические типы. Стадии деменции. Структура синдрома. – Екатеринбург: УГМА, 2012. – 123 с.

6. Блейхер, В. М. Клинико-психопатологическая систематика синдромов слабоумия сосудистого генеза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1967, – № 4. – С. 7-12.

Сведения об авторах

Жмудь Марина Викторовна — врач-психиатр, ГБУЗ СО СОКПБ. Адрес для переписки: pavlukova-zhmud@rambler.ru
Сиденкова Алёна Петровна — д-р мед. наук, доц., зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: sidenkovs@mail.ru

ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

УДК 617-089+159.99

А.Л. Левит², Л.Т. Баранская¹, А.И. Колесник¹

¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация,

²Свердловская областная клиническая больница № 1, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье рассмотрено соотношение потребности системы современного здравоохранения в качественных изменениях, обусловленных возрастанием роли профессионала, с ее практической реализацией в деятельности реанимационно-анестезиологического отделения, ведущего областного лечебного учреждения. Проведено исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей-анестезиологов как субъективного ответа на профессиональный стресс.

Ключевые слова: человеческий фактор, личность врача анестезиолога-реаниматолога, качество анестезиологического пособия, эмоциональное выгорание.

THE HUMAN FACTOR IN ANESTHESIOLOGY AND THE PROBLEM OF PROFESSIONAL BURNOUT

A.L. Levit², L.T. Baranskaya¹, A.I. Kolesnik¹

¹Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

²Sverdlovsk Regional Clinical Hospital No. 1, Yekaterinburg, Russian Federation

The article examines the ratio of the need of the modern health care system in qualitative changes caused by the increasing role of the professional, with its practical implementation in the activities of the resuscitation and anesthesiology department, the leading regional medical institution. The study of burnout syndrome in anesthesiologists as a subjective response to professional stress was carried out.

Keywords: human factor, the personality of the anesthesiologist-resuscitator, the quality of the anesthesiologist allowance, emotional burnout.

Введение

В процессе глобализации, затрагивающей все стороны и системы современной жизни, происходит трансформация роли человека при выполнении им социальных и профессиональных функций, при становлении его профессиональной идентичности. Среди важных проблем, решение которых обеспечивает качественные преобразования в системе здравоохранения — соотношение личной и социальной перспективы с точки зрения медицинского работника, принимающего решения на каждом этапе своей профессиональной карьеры: остаться ли в данной профессии или выбрать другую, в которой он получит больше возможностей для сохранения и реализации себя, или где его (в его прежней профессии) оценят сообразно его притязаниям.

В докладе Комитета по качеству оказания медицинской помощи (США) «Пересекая пропасть качества — новая система здравоохранения XXI века» было провозглашено настоятельное требование к преобразованию всей современной системы здравоохранения. В частности, указывалось, что между здравоохранением, которое есть, и медициной, которая могла бы быть, лежит не

просто разрыв, а пропасть, обусловленная тем, что существующие в системе здравоохранения рутинные недостатки перекрывают ее потенциальные преимущества. В конце доклада авторы подчеркнули, что до тех пор, пока не будут внесены качественные изменения во все звенья, система здравоохранения работать не будет [1].

По-видимому, все сказанное выше равным образом справедливо для любой современной системы здравоохранения в развитых странах Европы и Азии. Не является исключением и Российская Федерация [2, 3].

Не претендуя в рамках статьи на глобальное рассмотрение проблемы необходимости качественных изменений в практическом здравоохранении, остановимся на рассмотрении данной проблемы в конкретной области медицины — анестезиологии.

По мнению ряда исследователей, анестезиология может рассматриваться в качестве модели профессиональной врачебной деятельности, релевантной для других областей медицинской практики, решающих практические задачи лечения и реабилитации пациентов [3, 4]. В то же время деятельность врачей анестезиологов-ре-