

Д. М. Андрейко

Клінічна характеристика хворих на посттравматичну епілепсію

Комунальна установа «Дніпропетровська обласна клінічна психіатрична лікарня» (м. Дніпропетровськ)

Проведено клініко-катамнестичне дослідження 435 хворих, які перенесли черепно-мозкову травму. Посттравматичну епілепсію діагностовано у 14,25 % пацієнтів (63 чол.).

Як клінічні характеристики, що роблять більш важким перебіг епілептичної хвороби, виділені вегетосудинний, гіпертензійно-гідроцефальний, корково-вогнищевий та екстрапірамідний синдроми. Психічні розлади різноманітного спектра встановлені в усіх хворих на посттравматичну епілепсію.

Такі хворі потребують не тільки протиепілептичної терапії, але й психіатричної допомоги. Необхідне також удосконалення організаційних форм допомоги таким хворим.

D. M. Andreiko

Clinical description of patients with posttraumatic epilepsy

Municipal establishment «Dnipropetrovs'k regional clinical mental Hospital» (Dnipropetrovs'k)

The clinical research of 435 patients having a craniocerebral trauma has been conducted. 14,25 % patients (63 persons) were diagnosed by posttraumatic epilepsy.

Taking into consideration with make the period of epileptic disease heavier, such syndromes as selected vegetative and vascular, hypertension and hydrocephal, crust and hearth, extrapyramid have been found out. All patients have also been shown mental disorders of different.

Such sick people need not only in therapy but also in psychiatric assistance and the perfection of some organizational forms of such patients' aid.

УДК 616.89

Л. Н. Гуменюк

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь, АР Крым)

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С ОГРАНИЧЕННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ ИНТЕГРАЦИИ В СООБЩЕСТВО

Актуальной проблемой социальной и клинической психиатрии в настоящее время является проблема изучения психически больных с ограниченной способностью к интеграции в сообщество (ОСИС). Данная проблематика определена в Европейской декларации по охране психического здоровья, как первоочередная [1]. В Украине понимание необходимости решения и всей актуальности данной проблемы закреплено в Двухлетнем договоре про сотрудничество между Министерством здравоохранения и Европейским региональным бюро Всемирной организации охраны здоровья [2]. Научные исследования отечественных [3—5] и зарубежных [6, 7] ученых достоверно подтверждают мнение, что социальная изоляция и одиночество являются для психически больных без постоянного места жительства главным фактором, приводящим к ограничению способности функционирования и невозможности быть полноценно интегрированным в жизнь общества. Считается, что успешное содействие социальной интеграции начинается с убежденности специалистов, работающих в области реабилитации в том, что: 1) социальные отношения крайне важны для больных; 2) данные отношения возможны для психически больных даже с крайней степенью социальной дезадаптации и выраженным нарушением функциональных возможностей [8, 9]. Однако на сегодняшний день специалисты, работающие в области психиатрической реабилитации, пришли к мнению, что использование существующих программ социальной интеграции возможно только в случае их действительной эффективности, подтвержденной принципами доказательной медицины. Эта убежденность необходима для преодоления препятствий во время реализации программы и для придания профессиональных, доверительных отношений между пациентами и специалистами, отвечающими за результативность реабилитационных мероприятий. Указывается, что стремление специалистов содействовать социальной интеграции больных и изменить

характер их взаимоотношений с обществом неотъемлемо должно основываться на профессионально разработанных и подтвердивших свою эффективность программах реабилитации.

Целью исследования стало оценить эффективность разработанной системы реабилитационных мероприятий (РМ) у психически больных с ограниченной способностью интеграции в сообщество.

Задача исследования: исследовать эффективность психосоциальной реабилитации у психически больных с ограниченной способностью интеграции в сообщество на основании предложенной системы РМ.

Материалом исследования являлись данные комплексного обследования 311 психически больных лиц с ограниченной способностью интеграции в сообщество в возрасте от 20 до 62 лет. Сформированная выборка включала 2 группы, подписавших информированное согласие на участие в исследовании: 161 человек без определенного места жительства (бездомные) и 150 психически больных с ОСИС, находящихся на стационарном лечении в психиатрических больницах.

В ходе комплексного обследования у всех (100,0 %) бездомных выявлены клинические очерченные, отвечающие диагностическим критериям МКБ-10 [10] психические расстройства непсихотического и психотического спектра (I этап исследования). Основную группу составили 128 бездомных с нарушениями психического здоровья, которые на основе информированного согласия приняли участие в разработанных нами РМ (II этап работы). В контрольную группу вошли 33 бездомных с психическими расстройствами, отказавшиеся участвовать в вышеуказанных мероприятиях, что было обусловлено неадекватно повышенной самооценкой личного уровня социального функционирования и качества жизни. 150 психически больных с ОСИС, находящихся в психиатрических стационарах, составили группу сравнения. Критериями включения пациентов в исследование являлись: отсутствие определенного

места жительства или прописки, неспособность поддерживать отношения с другими людьми, неспособность деятельности в обществе, диагноз психического расстройства по МКБ-10 [10].

На протяжении 2008 года выборка была обследована повторно для оценки эффективности разработанных РМ (III этап работы).

Контингент обследованных был однородным по всем базовым показателям, что позволило изучить проблему, а результаты исследования считать репрезентативно отображающими генеральную совокупность.

Нозологическая структура психических расстройств у обследованных больных с ОСИС представлена на рисунке, из которого следует, что у испытуемых основной, контрольной и группы сравнения преобладали психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя (51,6 %, 48,5 %, 50,0 %, соответственно). Достоверные различия ($p < 0,001$) выявлены в нозологической группе депрессивных расстройств и шизофрении. Депрессивные расстройства (35,1 % — в основной группе и 36,4 % — в контрольной) были зафиксированы только в группах исследуемых без определенного места жительства (бездомных). У психически больных с ОСИС, находящихся на лечении в психиатрических стационарах, в 33,3 % случаев диагностирована параноидная форма шизофрении, в 9,3 % — легкая умственная отсталость, в 7,3 % — расстройство личности.



Нозологическая структура психических расстройств у обследованного контингента (в %)

Исследование проводилось на базах Крымского республиканского учреждения «Психиатрическая больница» (КРУ ПБ) № 1 (г. Симферополь), КРУ ПБ № 3 (с. Александровка, Белогорского района), КРУ ПБ № 4 (с. Красноярское Черноморского района) и специализированного приемника для содержания административных арестованных при СГУ ГУ МВД Украины в АРК.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, социодемографический, катамнестический, психодиагностический, математической статистики.

Эффективность внедрения реабилитационных мероприятий у психически больных с ограниченной способностью интеграции в сообщество оценивалась с учетом международных критериев и принципов доказательной медицины. Динамика психического состояния и социального статуса пациентов оценивалась после проведения реабилитации. Контроль эффективности реабилитационных мероприятий проводился с помощью субъективного и объективного критериев.

Оценка субъективного критерия осуществлялась с помощью опросника SF-36 (J. E. Ware, 1992), по следующим шкалам: физическое функционирование (PF); ролевое (физическое функционирование) (RP); боль (P); общее здоровье (GH); жизнеспособность (VT); социальное функционирование (SF); эмоциональное функционирование (RE); психологическое здоровье (MH) [11].

Оценка эффективности внедренных реабилитационных мероприятий по объективному критерию проводилась установлением интегрального показателя способности интеграции в сообщество с помощью «Психиатрической шкалы ограничения жизнедеятельности» ВООЗ [12], шкалы Гамильтона [13]. Для изучения влияния глубины социального семейного неблагополучия на формирование ОСИС использована специально разработанная анкета «Особенности функционирования семьи и характеристики образа жизни родителей исследуемых», составленная на основании данных о социальной архитектуре семейных отношений [14], охватывающая следующие функции семьи: воспитательная; хозяйственно-бытовая; эмоциональная; функция духовного (культурного) общения; функция первичного социального контроля.

Медицинские аспекты с целью формализованной статистической оценки психопатологических нарушений у пациентов исследовались с помощью метода психометрического шкалирования. С этой целью применялась шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) [15].

Одной из основных целей проведения РМ стало максимальное снижение социальной дезадаптации больных, а также формирование установки не только на необходимость дальнейшего лечения, но и на достижение его эффективности. Данный подход был избран в силу выраженности у больных чувства безнадежности своего социального статуса. Нивелирование дезадаптирующих установок на свой образ жизни выдвигалось в качестве основных задач реабилитации. Также пациентов нацеливали на необходимость соблюдения комплексности мероприятий: медицинской, психологической, социальной и трудовой реабилитации. Мишенями психофармакотерапии, соответственно, стали ведущие психопатологические синдромы, которые в большой степени приводили к ОСИС с учетом патогенетических механизмов их формирования. Психотерапевтическая тактика целиком зависела от типа ОСИС, выраженности социальной дезадаптации и способности больного воспринимать психотерапевтическое влияние. Целью психотерапевтической интервенции стало преодоление преимущественно психосоциальных проблем независимого существования и формирование установки социальной интеграции пациентов в общество.

По результатам оценки способности к интеграции у психически больных по предложенной системе реабилитации данной категории лиц установлено, что

пациенты основной группы, которым проводились РМ, базировавшиеся на разработанном реабилитационном подходе, имели значительно лучшие результаты по всем оцениваемым показателям, чем больные контрольной группы.

У больных основной группы, у которых удалось восстановить отношения с семьей, с точки зрения формирования социально-ценностной направленности семьи значительно укрепилась общая общественно-прогрессивная направленность семьи ($p < 0,05$), а именно: единство взглядов ($p < 0,05$), восстановлены хорошие межличностные отношения ($p < 0,05$). В свою очередь, в семьях с противоречивой направленностью данные показатели значительно нивелировались и оценены как «с положительной динамикой» ($p < 0,05$). Особую трудность при проведении РМ составили пациенты из семей с антиобщественной направленностью, где их ценностные идеалы противоречили идеалам общества. Больные из данных семей, как и их родственники, чаще злоупотребляли психоактивными веществами, вели асоциальный и антисоциальный образ жизни. В зависимости от ведущего фактора выделены следующие типы неблагополучных семей: «проблемная» (неадаптированность родителей к труду, химическая зависимость); конфликтная (напряженная атмосфера в семье); педагогически несостоятельная (утрата контакта с детьми и контроля над ними); нарушение структуры семьи (неполная семья).

С учетом выявленных факторов, вызывающих отклонения в нравственном развитии семьи, «мишенями» реабилитации стало: воздействие на пьянство, наркоманию, асоциальное поведение, напряженные отношения между родителями, которые чаще переходили в затаенные конфликты, конфликтные отношения родителей с детьми, нарушение структуры семьи. В процессе реабилитации у 50 % больных основной группы восстановлена «дееспособность» и «активность» семьи, направленная на возврат пациента в семью и оказание ему помощи ($p < 0,05$). В свою очередь, у 27 % больных основной группы восстановлена «ограниченная дееспособность семьи» ($p < 0,05$), а у 13 % — «временно ограниченная дееспособность» ($p < 0,05$). У 10 % больных семья классифицировалась как с «неограниченной дееспособностью» ($p < 0,05$).

В свою очередь, по наличию у семьи ориентации на наращивание и актуализацию своих ресурсов, т. е. степень их самообеспечения и самопомощи, выделены три вида активности: собственно активность (ориентация на собственные силы); ограниченная активность; пассивность. Так, собственная активность семьи восстановлена у 54 % больных основной группы, ограниченная активность — у 21 %. Пассивные семьи у больных составили 25 % и характеризовались всеми присущими дезорганизующими функционирование семьи признаками, которые характеризовались как «стойкие с низкой степень их изменения» ($p < 0,05$).

Выявлено, что основные показатели, которые отражают социальное функционирование больных с ОСИС, а именно социальные взаимосвязи, изоляция, степень взаимоотношений в меньшей степени поддаются коррекции у больных без семьи ($p < 0,05$), что обусловлено отношением к психически больным без постоянного места жительства в обществе. Такая ситуация обосновывается низкой материальной защищенностью, социальной поддержкой, что формирует барьеры при

социальной адаптации больных ($p < 0,05$). У пациентов с невыраженными проявлениями ОСИС при достаточно коротком сроке течения психического расстройства и отсутствием стойкого психического дефекта (на первом плане только выраженные галлюцинаторно-параноидные проявления с астенизацией личности) установлено восстановление общего стремления к гармоничному функционированию в обществе ($p < 0,05$). Однако, часто реализация данного стремления нивелировалась вследствие стигматизации их обществом не только как психически больных, но и как людей без постоянного места жительства, наблюдалась «коморбидная стигматизация» ($p < 0,05$).

После проведения реабилитационной программы у больных основной группы значительно снизился общий уровень дисфункции в обществе ($p < 0,05$), повысился уровень функционирования ($p < 0,05$), а по показателям самообслуживания (после участия в соответствующем тренинге) у 56 % больных наблюдалось полное восстановление самообслуживания ($p < 0,05$). При оценке эффективности РМ доказано, что при формировании реабилитационных программ для данного контингента акцент должен делаться на «сильные» — сохраненные сферы, в свою очередь «разрушенные сферы функционирования» требуют длительного, индивидуального, специального тренинга по их восстановлению. Общая стратегия реабилитационного подхода дает положительный результат только в случае комплексного влияния на все нарушенные аспекты жизнедеятельности ($p < 0,05$), где целью должно быть полная или частичная реабилитация ($p < 0,05$), а не адаптация пациента.

Установлено, что у 97 % больных с ОСИС (основной группы) до проведения РМ социальный статус классифицировался как с «максимальной дисфункцией». После проведения реабилитации часть таких пациентов сократилась до 45,5 % больных ($p < 0,05$). В группе контроля, соответственно, с 98 % до 74,3 % ($p < 0,05$). При этом в контрольной группе процесс восстановления утраченных функций был значительно медленнее и был менее эффективным (устойчивым) ($p < 0,05$).

Определение ограниченной способности к интеграции в сообщество, возникающей вследствие психических расстройств, и учет их удельной значимости в каждом конкретном случае при реализации реабилитационной программы привели к повышению эффективности всего реабилитационного процесса. Так, у 61 % больных с ОСИС выполнение социальных ролей с уровнем максимальной дисфункции в обществе после проведения РМ достигло уровня очевидной дисфункции ($p < 0,05$). Данная динамика стала следствием улучшения как психического, так и социального статусов больных, которые имели очевидный и серьезный уровень дисфункции, а также у тех больных, у которых социальная дезадаптация только начала формироваться. В свою очередь, в контрольной группе очевидная дисфункция диагностирована только у 21 % пациентов. Оценивая эффективность реализации реабилитационной программы у обследованных, можно утверждать, что конечный результат реабилитации был значительно выше, чем в группе контроля относительно всех социальных ролей ($p < 0,05$).

В процессе оценки психопатологических нарушений с применением шкалы оценки положительных, отрицательных и общих психопатологических синдромов

установлено, що у пацієнтів після проведення РМ діагностовано значительное снижение уровня выраженности всех показателей по трем шкалам (позитивной, негативной и общепсихологической).

Полученные результаты позволили сделать вывод об эффективности применения предложенной системы реабилитации больных с ОСИС как на лечебном, так и на реабилитационном этапах. Основным результатом проведения РМ стало улучшение социального функционирования (возврат в семью, сообщество) ($p < 0,05$) и снижение влияния факторов, которые приводят к изоляции и ограничивают способность к интеграции в общество ($p < 0,05$).

Реабилитационные мероприятия, разработанные на предложенных принципах, позволили переориентировать больных с ОСИС на ответственное поведение как за выполнение самих РМ, так и перенести акцент ответственности за свое состояние на себя. Принятие ответственности пациентом за своё настоящее и будущее позволило сформировать ответственное поведение с осознанием необходимости участвовать в жизни общества и выполнять свои социальные роли в обществе. Внедрение системного подхода в реабилитации больных с ОСИС позволило разработать адекватную, психотерапевтическую помощь, которая направлена на преодоление отрицательного жизненного опыта и нивелирование психосоциального дезадаптирующего поведенческого регистра в социуме.

Результаты проведенного исследования дают основания считать, что в существующих условиях предоставления медицинской и психосоциальной помощи психически больным с ОСИС предложенная система реабилитационных мероприятий является клинически и социально обоснованной как наиболее адекватный и эффективный вариант оказания специализированной медико-социальной помощи на этапе лечения и реабилитации. Исследование позволило разработать и применить индивидуальные схемы помощи психически больным с ОСИС при определенных психических расстройствах. Доказана необходимость использования комбинации реабилитационных воздействий как на медицинские, так и на немедицинские факторы, которые приводят к углублению ОСИС. В свою очередь, совершенствование навыков независимого существования и формирование поддержки со стороны окружающего социума возможно только с учётом влияния «коморбидности стигматизации».

К дальнейшим перспективным исследованиям можно отнести адаптацию системы реабилитации

психически больных с ОСИС к условиям работы различных медико-социальных учреждений, оказывающих медицинскую, правовую, социальную помощь больным с ОСИС. Данная система должна рассматриваться как обязательная при разработке реабилитационных мероприятий для больных с ОСИС, что даст возможность снизить их социальную дезадаптацию и повысить качество жизни.

Список литературы

1. Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения. Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья. Хельсинки, Финляндия, 12—15 января 2005 г // Архив психіатрії. — 2005. — № 1. — С. 7—16.
2. Дворічна угода про співробітництво між МОЗ України та Європейським регіональним бюро ВООЗ на 2006/2007 рр. від 28.12.2005 р // Електронна нормативно-правова бібліотека «Експерт-Юрист». — www.expertsoft.com.ua.
3. Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: Руководство для врачей-психиатров, психологов и социальных работников — Донецк: Каштан, 2006. — 268 с.
4. Абрамов В. А., Жигулина Подкорытов В. С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. — Донецк: ООО «Лебедь», 2002. — 279 с.
5. Юрьева Л. Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. — К.: Сфера, 2002. — 314 с.
6. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психиатрических заболеваниях. — Киев: Сфера, 2000. — 600 с.
7. Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. — Киев: Сфера, 2001. — 298 с.
8. Пріб Г. А. Поведінкова дисфункція у пацієнтів, які страждають на психічні розлади // Український вісник психоневрології. — 2007. — Том 15, вип. 3 (52) — С.100—103.
9. Пріб Г. А. Дисфункція соціальних ролей у пацієнтів, які страждають на психічні розлади // Архив психіатрії. — 2007. — № 1—2 (48—49). — С. 26—33.
10. Оценочный перечень симптомов и глоссарий для психических расстройств. Отдел психического здоровья ВОЗ. — СПб.: Оверлей, 1994. — С. 8—12.
11. Медична психологія: Навч. посібник / За ред. проф. Абрамова В. А. — Донецьк, 2003. — 118 с.
12. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule. — Geneva, 1988. — 88 p.
13. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия. — Харьков: Торнадо, 2003. — С. 316—320.
14. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учеб. пос. / За ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: Изд. дом «БАХРАХ», 1998. — С. 157—160.
15. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. — М.: Медицина. — 2001. — С. 30—59.

Надійшла до редакції 04.03.2008 р.

Л. М. Гуменюк

Оцінка ефективності реабілітаційних заходів у психічнохворих з обмеженою здатністю інтеграції в суспільство

Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського (м. Сімферополь, АР Крим)

У статті приведені результати оцінки використання системи реабілітаційних заходів у психічнохворих з обмеженою здатністю інтеграції в суспільство. Вказується на ефективність використання розроблених підходів у психічнохворих з обмеженою здатністю інтеграції в суспільство порівняно із стандартними реабілітаційними заходами.

L. N. Gumenyuk

Estimation of efficiency of rehabilitation measures at patients with mental disorders and the limited capacity for integration in society

Crimean State medical University named after S. I. Georgievsky of Ministry of Health of Ukraine (Simferopol', Crimea)

In the article the results of estimation of the use of the system of rehabilitation measures at patients with mental disorders and the limited capacity for integration in society are resulted. Specified on efficiency of the use of the developed approaches at patients with mental disorders and the limited capacity for integration in society by comparison to standard rehabilitation measures.