

ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь Б.С., Сурков К.Г. // Вест. Моск. ун-та. — (Сер. «Психология»; 14). — 1983. — № 3. — С. 53—63.
 2. Гуревич З.П. и др. Биологическая терапия в системе реабилитации психически больного. — Л., 1980. — С. 75—80.
 3. Кабанов М.М. // Лечение и реабилитация больных алкоголизмом. — Л., 1977. — С. 5.
 4. Кабанов М.М. Больной и среда в процессе реабилитации // Вест. АМН СССР. — 1977. — № 4. — С. 55—60.
 5. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Л.: Медицина, 1985. — 216 с.

6. Лебединский М.С. Очерки психотерапии. — М., 1971. — С. 148—151.
 7. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. — Л., 1973. — С. 365.
 8. Кондрашенко А.Т., Скугаревский А.Ф. Алкоголизм. — Минск: Беларусь, 1983. — 288 с.
 9. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм. — М., 1990. — 526 с.

Поступила 13.06.94

УДК 616.89—056.266—08:615.214

А.М. Карпов, И.Е. Зимакова, Н.С. Макарчиков

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕБИКАРА И НООТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ — ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Кафедра клинической фармакологии (зав. — проф. И.Е. ЗИМАКОВА) Казанского государственного института усовершенствования врачей

Р е ф е р а т. В ходе исследования 120 пациентов — инвалидов II группы в результате шизофрении и органических заболеваний головного мозга удалось получить данные, свидетельствующие о приоритете употребления мебикара как препарата, заметно улучшающего трудовую реабилитацию вышеуказанных больных. Отмечено, что психотропные препараты (ноотропы, транквилизаторы, нейролептики) дают возможность устранить фармакологически чувствительные морбогенные причины нарушения трудоспособности. Новые факторы трудоспособности в связи с медикаментозным лечением не появляются. Выявлено, что самыми желательными фармакодинамическими эффектами терапии следует считать улучшение интеграции сбалансированности психических функций и координации движений.

А.М.Карпов, И.Е.Зимакова, Н.С.Макарчиков

ПСИХИК АВЫРУЛЫ ИНВАЛИДААРНЫ ХЕЗМӨТ БЕЛӘН РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУНЕҢ УҢАЙ ТӘЭСИРЕ ЭФФЕКТЫН АРТТЫРУ ӨЧЕН МЕБИКАР ҺӘМ НООТРОП ПРЕПАРАТЛААР КУЛЛАНУ НӘТИЖӘЛӘРЕ

Шизофрения һәм баш миендә органик зарарлану булган 2-группа инвалид 120 авыруны тикшерү нәтижәләре күрсәткәнчә, хезмөт белән реабилитацияләү мебикар препаратын кулланганда уңышлырак бара. Психотроп препаратларны куллану ғына авыруларның эшчәнлеген нормаль хәлгә кайтара алмый. Эгәр дарулар куллану нәтижәсендә психик функцияләр һәм хәрәкәтләнү координациясе бертигез үз хәленә кайтса, бу дөвалауның уңай тәэсире булып тора.

A.M.Karpov, I.Ye.Zimakova, N.S.Makarchikov

MEBICAR AND NOOTROPIC DRUG ADMINISTRATION AIMED AT INCREASING THE EFFECTIVENESS OF MENTAL INVALID REHABILITATION: THE RESULTS OF STUDY

In the course of studying 120 patient-invalids of the second group because of schizophrenia and organic diseases of brain data were obtained, evidencing the priority of mebicar administration as a drug improving rehabilitation of patients. It is noticed, that psychoactive drugs (nootrops,

tranquilizers, neuroleptics) give the opportunity to liquidate pharmacologically sensitive morbogetic causes of working ability disorders. New factors of working ability associated with the drug therapy do not appear. It has been revealed that the improvement of integration of balance of psychical functions and movement coordination is the most favourable effect.

По статистическим данным, опубликованным в 1992—1993 гг., в нашей стране более 1 млн психически больных инвалидов [1]. Число пациентов, впервые признанных инвалидами, возросло с 1988 по 1992 г. на 36,9%, причем количество инвалидов III группы снизилось при этом на 18% [8]. То есть в настоящее время в стране растет количество инвалидов по психическим заболеваниям, усиливается тяжесть заболевания. Экономические затраты на психически больных из госбюджета России на 1993 г. составили около 90 млрд рублей, а потери в связи с недопроизведенным национальным доходом вследствие исключения из производственного процесса психически больных с временной и постоянной нетрудоспособностью оценивались в 70—80 млрд рублей [8]. В то же время психиатрическая служба испытывает недостаток финансовых средств, площадей в психиатрических больницах и в психофармакологических препаратах [8].

В сложившихся условиях должна повышаться значимость трудовой реабилитации психически больных. Это единственный способ терапевтического воздействия на больных, приносящий экономическую прибыль, уменьшающий потребность в дефицитных койках психиатрического назначения и препаратах, а также дающий рабочие места для медицинских и производственных работников, занятых в уже существующей, но не

загруженной системе учреждений трудовой реабилитации психически больных.

Совершенствование и повышение эффективности трудовой реабилитации психически больных должно вестись во многих направлениях. Одним из них является адекватная психофармакотерапия работающих пациентов [6].

Поскольку психофармакотерапия синдром- и симптомотропна, нами были предварительно установлены психопатологические расстройства, играющие роль непосредственной причины утраты трудоспособности у больных. Таковыми у 80% обследованных оказались апатия, абulia, аутизм, отсутствие побуждений к труду, слабоумие со снижением интеллекта и памяти, разорванность мышления в структуре дефицитарных состояний. Продуктивные психопатологические симптомы — галлюцинации, бред, депрессия, мания и другие были причиной потери трудоспособности у 21–35% пациентов [5]. Эти симптомы, как правило, успешно купируются нейролептиками и антидепрессантами, поэтому главными мишенями для фармакологических воздействий при утрате трудоспособности психически больными являются дефицитарные расстройства, а цель применения психотропных средств — повышение функционального уровня и степени интеграции психической деятельности. Для достижения этой цели из арсенала психотропных препаратов теоретически, т.е. с учетом фармакодинамических эффектов, больше всего подходят ноотропы и мексикар [4, 6, 7].

Для практической проверки данного гипотетического положения было проведено изучение влияния на симптоматику психопатологии, инвалидизирующей больных, и на показатели трудовой деятельности этих же больных мексикара, пирасетама, пиридитола, пикамилона и пантогама (табл. 1). Отобрано 120 пациентов — инвалидов II группы в результате шизофрении и органических заболеваний головного мозга, работавших в лечебно-производственных мастерских при Республиканской психиатрической больнице МЗ РТ. Пребывание больных в стационаре и занятость производительным трудом в условиях, близким к фабричным, позволяли вести изучение влияния препаратов как на симптомы болезни, так и на трудовую деятельность. Методика изучения нами частично описана ранее [6]. На каждого больного была заведена специально разработанная карта, в которую вносились сведения, отражающие клинические и трудовые характеристики пациентов до и после лечения изучаемыми препаратами. Суточные дозы лекарств: мексикара — от 0,9 г до 4,5 г; пирасетама — 1,2 г; пикамилона — 0,06–0,15 г; пиридитола — 0,2 г; пантогама — 1,5 г. Лечение назначалось в виде монотерапии на 1 мес. Выраженность симптомов оценивалась по стандартным 3-балльным шкалам [2]. По такому же принципу оценивались компоненты трудовой деятельности.

Результаты изучения влияния препаратов на симптомы патологии, инвалидизирующей больных, представлены в табл. 1.

Т а б л и ц а 1

Динамика частоты и степени редукции психопатологических симптомов у больных в результате лечения

Показатели		Препараты и дозы (в г)						
		мексикар		пирасетам	пиридитол	пикамилон	пантогам	
		0,9	1,8–2,7	4,5	1,2	0,2	0,06–0,15	1,5
		Число больных						
		18	20	12	22	16	16	16
		Частота (в %) и степень (в баллах) редукции симптомов						
Симптомы мишени	Характер эффекта							
Апатия	Частота	38,8	45	25	45,4	44,4	37,5	18,8
	Редукция	0,4	0,27	0,28	0,38	0,41	0,25	0,23
	P	< 0,01	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,01	< 0,05	< 0,5
Абулия	Частота	38,8	35	25	36,4	44,4	31,6	18,8
	Редукция	0,38	0,3	0,22	0,48	0,5	0,39	0,2
	P	< 0,01	< 0,05	< 0,5	< 0,01	< 0,01	< 0,05	< 0,5
Ослабление понимания	Частота	66,6	70	66,6	54,5	50	62,5	56,25
	Редукция	0,6	0,69	0,65	0,51	0,54	0,63	0,55
	P	< 0,05	< 0,01	< 0,01	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05
Ослабление памяти	Частота	61,1	65	66,6	56,25	50	68,7	50
	Редукция	0,54	0,57	0,55	0,55	0,53	0,68	0,56
	P	< 0,05	< 0,01	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,01	< 0,05
Аутизм	Частота	28	30	33,3	18	25	23	12,5
	Редукция	0,35	0,4	0,38	0,2	0,26	0,31	0,1
	P	> 0,05	< 0,05	> 0,05	< 0,1	< 0,1	> 0,06	> 0,1
Дезинтеграция психических функций	Частота	61	100	58,5	18,2	15	22,2	50
	Редукция	0,64	0,81	0,67	0,53	0,43	0,55	0,59
	P	< 0,05	< 0,01	< 0,05	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,05

Данные табл. 1 свидетельствуют, что на апатию и абулию наибольшее терапевтическое действие оказывали пирацетам и пиридитол. По частоте эффекта к ним приближался мебикар в средних дозах, но по выраженности действия в баллах мебикар был несколько слабее. Снижение понимания и памяти в большей степени уменьшалось на фоне лечения мебикаром и пирацетамом. Проявления аутизма редуцировались в боль-

шей степени благодаря лечению мебикаром. Дезинтеграция психических функций также в большей степени уменьшалась после лечения мебикаром, особенно средними дозами.

Результаты изучения влияния мебикара и ноотропных препаратов на компоненты трудовой деятельности и ее результаты при фармакотерапии работающих больных представлены в табл. 2.

Т а б л и ц а 2

Влияние препаратов на компоненты и результаты трудовой деятельности

Показатели		Препараты и дозы (в г)							
		мебикар			пирацетам	пиридитол	пикамилон	пантогам	
		0,9	1,8-2,7	4,5	1,2	0,2	0,06-0,15	1,5	
		Число больных							
		18	20	12	22	16	16		
		Частота эффекта (в %) и его выраженность (в баллах) (динамика)							
Компоненты труда	Характер эффекта								
	Мотивация к труду	Частота улучшений	16,6	35	25	13,6	12,5	25	6,25
	ухудшений	22,2	-	-	9	18,7	12,5	6,25	
Интеллектуальный компонент	Динамика улучшения	0,7	0,4*	0,6*	0,6	0,5	0,5	0,25	
	ухудшения	0,5	-	-	0,8	0,7	0,5	0,4	
	Частота улучшений	33,3	35	25	4,5	6,2	12,5	12,5	
	ухудшений	-	-	-	4,5	6,2	6,2	-	
	Динамика улучшения	0,5	0,5*	0,4	0,5	0,7	0,4	0,3	
	ухудшения	-	-	-	0,5	0,7	0,5	-	
Волевая устойчивость (внимание, усидчивость)	Частота улучшений	16,6	55	25	4,5	12	18,7	12,5	
	ухудшений	22,2	5	8,3	9	18	12,5	-	
	Динамика улучшения	0,5	0,3*	0,25	0,7	0,5	0,4	0,5	
	ухудшения	0,3	0,25	0,25	0,5	0,7	0,5	-	
	Частота улучшений	16,6	35	16,6	13,6	-	12,5	25	
Эмоциональная устойчивость	ухудшений	16,6	-	8,3	22,6	25	12,5	-	
	Динамика улучшения	0,5	0,4*	0,25	0,3	-	0,4	0,5*	
	ухудшения	0,5	-	0,3	0,5	0,5	0,6	-	
	Частота улучшений	22,2	20	8,3	18	25	12,5	6,25	
	ухудшений	-	-	-	4,5	-	-	12,5	
Скорость выполнения трудовых операций	Динамика улучшения	0,5	0,25	0,25	0,6	0,7*	0,7	0,25	
	ухудшения	-	-	-	0,5	-	-	0,5	
	Частота улучшений	33,3	70	25	4,5	12,5	25	12,5	
	ухудшений	11,1	-	-	4,5	12,5	-	-	
Координация движений	Динамика улучшения	0,5	0,4*	0,25	0,5	0,6	0,4	0,5	
	ухудшения	0,5	-	-	0,6	7	-	-	
	Частота улучшений	16,6	35	25	18	12,5	18,7	12,5	
	ухудшений	16,6	5	-	9	6,25	12,7	6,25	
Выработка готовых изделий	Динамика улучшения	0,5	0,5*	0,5	0,7	0,4	0,4	0,25	
	ухудшения	0,5	0,5	-	0,5	0,7	0,6	0,4	

* - Результат статистически достоверен

Табл. 2 показывает, что после лечения работающих пациентов изучаемыми препаратами появлялись изменения в психических и двигательных функциях, являющихся компонентами трудовой деятельности. Частота и выраженность этих фармакогенных изменений относительно невысокая и разнонаправленная — как в сторону улучшения, так и ухудшения трудовой деятельности. У каждого препарата обнаруживался свой спектр действия на трудовую деятельность.

При лечении мебикаром в средних дозах чаще, чем при лечении другими препаратами, появлялось желательное влияние на компоненты и результаты трудовой деятельности больных. Спектр эффектов отличался наибольшей гармоничностью, сбалансированностью и однонаправленностью в сторону улучшения трудовой деятельности. Мексикар в малой дозе, пираретам, пиридитол и пикамилон чаще всего способствовали возникновению разнонаправленных изменений в компонентах трудовой деятельности и ее результативности. Чем сильнее у препаратов психостимулирующий эффект, например у пиридитола, тем чаще возникали нетрудовые мотивации, эмоциональная и волевая неустойчивость, приводившие к усилению дисгармонии, дезинтеграции как психических функций, так и компонентов трудовой деятельности и ее результативности. При лечении пантогамом, у которого седативное действие преобладает над психостимулирующим и ноотропным, положительное влияние на компоненты трудовой деятельности проявлялось реже и в меньшей степени по сравнению с другими ноотропами, но также реже наблюдалось отрицательное влияние на изучаемые показатели.

Заключение

Трудовая деятельность имеет сложную структуру, включающую социально-психологические, моральные, интеллектуальные, волевые, эмоциональные, когнитивные и другие компоненты. Социальные и биологические механизмы трудовой деятельности формируются у больных в преморбиде, как и у всех здоровых людей. Психические заболевания могут быть причиной нарушения некоторых

компонентов трудовой деятельности и ее структуры в целом в зависимости от характера психических расстройств.

Психотропные препараты дают возможность устранять фармакологически чувствительные морбогенные причины нарушения трудоспособности больных и тем самым в большей степени реализовать имеющиеся у них трудовые потенции. Новые факторы трудоспособности в связи с медикаментозным лечением не появляются. Побочные действия психотропных препаратов, распространяющиеся на психические и двигательные функции, участвующие в процессе труда, могут приводить к развитию фармакогенно обусловленных нарушений трудовой деятельности [4]. Самые желательные фармакодинамические эффекты терапии — улучшение интеграции и сбалансированности психических функций и координации движений. Из всех изученных препаратов эти эффекты в наибольшей степени вызывает препарат мексикар в средних дозах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евтушенко В.Я. // Врач. — 1992. — № 12. — С. 40—41.
2. Жариков Н.М., Руденко Г.М., Зайцев С.Г. Методические указания по клиническому изучению новых психотропных средств / М-во здравоохранения. СССР. — М., 1976. — 115 с.
3. Зимакова И.Е., Макарачиков Н.С., Карпов А.М. // Журн. фармакол. и токсикол. — 1986. — № 5. — С. 50—53.
4. Карпов А.М., Бурчагина Н.А., Зимакова И.Е. и др. // Актуальные вопросы клинической фармакологии: Междунар. конф. по клин. фармакологии, 15-я: Тез. докл. — Волгоград, 1990. — С. 58.
5. Карпов А.М., Макарачиков Н.С., Бурчагина Н.А. // Казан. мед. журн. — 1990. — № 4. — С. 291—293.
6. Карпов А.М., Зимакова И.Е., Тагирова Т.С. // Клиника, лечение и профилактика заболеваний нервной системы: Материалы науч.-практ. конф., посвященной 100-летию Казан. об-ва невропатологов и психиатров. — Казань, 1992. — С. 279—283.
7. Ковалев Г.В. Ноотропные средства. — Волгоград, 1990. — 368 с.
8. Ястребов В.С., Шевченко Л.С., Солохина Т.А. и др. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1993. — № 3. — С. 76—80.

Поступила 27.01.94



УДК 616.89—053.9:364.44

В.Ф. Друзь

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОДИНОКИХ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии (зав. — проф. В.Г. БУДЗА) Оренбургского медицинского института

Р е ф е р а т. Приводятся результаты обследования 50 одиноких пожилых дезадаптированных психически больных. Особый интерес представляют описания

вариантов переживания одиночества в зависимости от психологической формы заболевания, а также социально-психологических составляющих состояния того или