

П.П.Пыркoв

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ НА ЭТАПЕ ИНДУСТРИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*НИИ клинической психиатрии Научного центра психического здоровья
(дир. — чл.-корр. РАМН, проф. А.С.ТИГАНОВ) РАМН, Москва*

Каждый человек со всем сложным комплексом личностных характеристик находится в тесном контакте с окружающей средой, названной Е.П.Насекой [10] экогией. Поэтому невозможно осуществление всего комплекса медико-социальной реабилитации пациентов, изолированных от окружающей среды. Что же касается пациентов с первично-психическими заболеваниями, то оптимизация их социального функционирования невозможна без включения положительных факторов экологии в терапевтическую программу.

Рассмотрим некоторые аспекты социальной реабилитации пациентов, страдающих эпилепсией.

Внимание клиницистов к проблеме эпилепсии объясняется прежде всего тем, что распространенность этого заболевания в популяции составляет 0,8—13,8% и в целом на планете насчитывается более 30 млн пациентов [6,9].

С другой стороны, формы эпилепсии с прогрессирующим типом течения вызывают деструктивный тип социально-профессиональной адаптации у более чем 10% больных [3].

В этой связи наиболее значимым фактором при разработке индивидуальной программы социальной реинтеграции больных эпилепсией является наличие эпилептических пароксизмов. Поэтому патогенетическая биологическая терапия, направленная на редукцию пароксизмальных расстройств, по мнению большинства исследователей [2, 3, 4, 5], является необходимым условием для успешной ресоциализации. На фоне противосудорожной фармакотерапии возможно рациональное трудовое устройство значительной части пациентов как на рынке общего труда, так и на специализированных предприятиях с адаптированными условиями производства. Наблюдения показывают исчезновение пароксизмов в рабочие часы у 86,7% трудоустроенных пациентов [1] и развитие ремиссии в 2 раза чаще по сравнению с пациентами, получавшими равноценную фармакотерапию, но не трудоустроенными [8].

Рациональное трудовое устройство в известной степени служит целям профессиональной реабилитации, однако полноценная социальная реинтеграция пациентов может быть обеспечена только тогда, когда будут удовлетворены не только трудовые, но и все права человека.

К сожалению, практика показывает, что в социальной жизни душевнобольных, включая и больных эпилепсией, сохраняется ряд деприваций, связанных не только с клиническими характеристиками заболевания.

В сложившейся недостаточно высокой толерантности общества к болезням эпилепсией определены роль сыграла врачи и органы здравоохранения. До сих пор директивные документы традиционно запрещали в частности, использование климатобальнеотерапии в лечебно-реабилитационной помощи пациентам с эпилепсией. Шаблонный подход к отбору на санаторно-курортное лечение (СКА), основанный на традиционном табу без дифференцированного учета формы заболевания и типа течения, клинических особенностей у конкретного пациента, не отвечает принципам "нестеснения" и соблюдения прав пациента.

Между тем современная концепция реабилитации основана на учете о биосоциальном единстве организма, учете выходящем взаимодействии соматической системы, психической деятельности и окружающей среды [12].

В данной работе анализируется опыт успешного СКА инвалидов вследствие эпилепсии, трудоустроенных в спеццехе (СЦ) Московского ПО "Электроламповый завод" (МОЭЗ). В СЦ МОЭЗ трудоустроено согласно КЗоТ более 250 душевнобольных инвалидов, которые трудятся с 1976 г. и проходят долговременную медико-социальную реабилитацию. Доля инвалидов вследствие эпилепсии составляла 21%.

Показаниями для направления на СКА служили данные, полученные нами при углубленном соматическом обследовании специалистами интернами всех трудоустроенных инвалидов. У всех изученных нами инвалидов были выявлены хронические соматические заболевания, а у 27% имелись сопутствующие неврологические расстройства [7].

По поводу хронического соматического заболевания пациенты получали амбулаторную курсовую и противорецидивную фармакотерапию. Направление в профильные санатории осуществлялось по рекомендациям врачей интернов в строгом соответствии с учетом показаний и противопоказаний.

При разработке показаний нами учитывались данные исследований и других авторов, свидетельствующие о влиянии

соматической патологии на качество ремиссии психического заболевания. Так, было установлено, что активно протекающие соматические заболевания встречаются у 45% душевнобольных и в 37,2% случаях обуславливают exacerbацию психического заболевания [11].

Всего проведено СКА 451 инвалида, из них больных эпилепсией было 39 человек, или 8,9% (мужчин — 25, женщин — 14). Возраст пациентов составлял 18—55 лет. У 32 из них установлена инвалидность II группы, у 7 — III группы. Длительность инвалидности составляла в среднем 10 лет.

Большинство инвалидов (79%) в анамнезе имели пароксизмальные расстройства в виде судорожных разернутых припадков, у 21% — малые эпилептические приступы. Все пациенты до трудоустройства в СД неоднократно лечились в стационаре. В амбулаторных условиях в период промывочной реабилитации фармакотерапия осуществлялась антиконвульсантами, пантогамом, диуретиками, витаминами, а также проводилась психотерапия, психологическая протекция и коррекция.

Отбор на СКА проводился нами с учетом совокупности клинических данных о психическом заболевании, определяющих не только характер, частоту пароксизмов и постпароксизмальных расстройств, варианты аффективных нарушений, характерологические особенности и девиантное поведение, но и тип социальной адаптации (деструктивный или интегрированный), а также наличие "миктов".

Следует отметить, что все 39 пациентов пользовались СКА и отдыхали в пансионатах и домах отдыха впервые в жизни. На момент проведения СКА у 30 (77%) была фармакотенная ремиссия более 2—3 лет, у 9 пациентов (23%) сохранялись малые и бес судорожные пароксизмы с частотой 1—3 приступа в 3 мес.

Было использовано 20 путевок в санатории и 19 — в пансионаты, турбазы. Все путевки были предоставлены профкомом завода бесплатно. Средняя продолжительность одного курса лечения составляла 17 дней. 29 инвалидов прошли однократное, а 10 — повторное лечение. В санатории направлялись пациенты только при наличии устойчивой ремиссии не менее 2—3 лет.

География путевок включала Подмосковье, Прибалтику, Крым, Кавказ, Поволжье, Закарпатье. Большая часть путевок (88%) была использована в летнее время.

Во всех 39 случаях СКА больных эпилепсией мы не наблюдали ни ухудшения состояния, ни повторения пароксизмальных

расстройств. Все прошедшие СКА отмечали улучшение самочувствия, настроения, повышение социальной активности и трудоспособности.

В период СКА пациенты продолжали получать превентивные дозы антиконвульсантов.

Направляя больных эпилепсией в санатории, безусловно, врач обязан учитывать не только фактор активного действия СКА, но и принять меры превентивного характера. Для этого мы отмечали в санаторно-курортной карте целесообразность назначения лечебных ванн и электропроцедур, особенно на область головы. Учитывались также личностные данные пациента для исключения интерьерсопального дискомфорта в период проживания в санатории.

Таким образом, с учетом подобных данных о клинико-социальном статусе больных эпилепсией, полученных при всестороннем соматопсихическом обследовании, возможно использование климатобальнеотерапии в комплексной медико-социальной реабилитации, что, несомненно, способствовало бы повышению как качества терапии, так и рейтингу психиатрической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аурба М.В. //Патогенетическое лечение эпилепсии. — А., 1977. — С.100—104.
2. Болдырев А.И. Социальный аспект больных эпилепсией. М.: Медицина. 1978. — 200 с.
3. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых — М. Медицина. 1984. — 288 с.
4. Громов С.А., Акименко М.А., Федоровичева Т.Н., Курпатов И.В., Михайлов В.А. //Тет-конф. по реабилитации неврологических и психически больных — А., 1982. — С.199—205.
5. Громов С.А. Реабилитация больных эпилепсией. — А., Медицина, 1987. — 172 с.
6. Карлов В.А. Эпилепсия. — М. Медицина, 1990. — 335 с.
7. Парков П.П. //I и Международные конгрессы вертеброцеребологов. — Казань. 1991. — С.122—123.
8. Рагимов А.И. //Возрастные аспекты реабилитации больных эпилепсией. Тр. НИИ им. В.М. Бехтерева. 1984. — Т.109. — С.43—50.
9. Сорогджинянц П.М., Гелазге Т.Ш. Эпилепсия. — М.: Медицина, 1977.
10. Haeckel E.H. Generale Morphologie. 6. Berlin. 1866.
11. Kotan L.M., Sax H.G., Marton K.J. et al. //Arch. gen. Psychiatry. — 1989. — Vol.45, No 8. — P.733—740.
12. Paar G.H. //Munch. med. Wschr. — 1988. — Bd 130. No 6. — S.312—314.