

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК

Том XXVI
выпуск 3—4



Казань «Медицина» 1994



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН
КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ
НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО НЕВРОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК

Основан в 1893 г. профессором В.М.Бехтеревым

Р е д а к ц и о н н а я к о л л е г и я

Главный редактор М.Ф.ИСМАГИЛОВ

Э.И.БСГДАНОВ (зам. главного редактора), В.И.ДАНИЛОВ, К.Ш.ЗЫЯТДИНОВ Г.А.ИВАНИЧЕВ, Т.В.МАТВЕЕВА
(отв. секретарь), Д.М.МЕНДЕЛЕВИЧ (зам. главного редактора), Я.Ю.ПОПЕЛЯНСКИЙ, Х.М.ШУЛЬМАН

Р е д а к ц и о н н ы й с о в е т

С.В.АБУЛАДЗЕ (Казань), Н.Х.АМИРОВ (Казань), А.М.ВЕЙН (Москва), А.Н.ГАЛИУЛЛИН (Казань), Х.З.ГАФАРОВ (Казань),
Е.И.ГУСЕВ (Москва), Т.В.ДМИТРИЕВА (Москва), Д.Г.ЕНИКЕЕВ (Казань), А.Л.ЗЕФИРОВ (Казань), Д.М.ЗУБАЙРОВ
(Казань), В.А.ИСАНОВА (Казань), И.В.КЛЮШКИН (Казань), И.А.ЛАТФУЛЛИН (Казань), Н.С.МАКАРЧИКОВ (Казань),
М.К.МИХАЙЛОВ (Казань), Ю.В.ПОПОВ (С.-Петербург), А.А.СКОРОМЕЦ (С.-Петербург), В.В.СКУПЧЕНКО (Самара),
В.В.ТАЛАНТОВ (Казань), В.Д.ТРОШИН (Ниж.Новгород), Э.Г.УЛУМБЕКОВ (Казань), Ф.А.ХАБИРОВ (Казань),
Р.У.ХАБРИЕВ (Москва), В.С.ЧУДНОВСКИЙ (Ставрополь), А.А.ШУТОВ (Пермь), Р.Г.ЯМАЛЕЕВ (Казань)

Том XXVI
выпуск 3—4

Казань «Медицина» 1994

НЕВРОЛОГИЯ ХӘБӘРЛӘРЕ

Журналга 1893 елда профессор В.М.Бехтерев тарафыннан нигез салынган

М ө х ә р р и я т к о л л е г и я с е

Баш мөхәррир М.Ф.ИСМАГИЛОВ

Э.И.БОГДАНОВ (баш мөхәррир урын басары), В.И.ДАНИЛОВ, К.Ш.ЗЫЯТДИНОВ, Г.А.ИВАНИЧЕВ, Т.В.МАТВЕЕВА
(жаваплы сәркатип), Д.М.МЕНДЕЛЕВИЧ (баш мөхәррир урын басары), Я.Ю.ПОПЕЛЯНСКИЙ, Х.М.ШУЛЬМАН

М ө х ә р р и я т ш у р а с ы

С.В.АБУЛАДЗЕ (Казан), Н.Х.ӘМИРОВ (Казан), А.М.ВЕЙН (Мәскәү), А.Н.ГАЛИУЛЛИН (Казан), Х.З.ГАФАРОВ (Казан),
Е.И.ГУСЕВ (Мәскәү), Т.В.ДМИТРИЕВА (Мәскәү), Д.Г.ЕНИКЕЕВ (Казан), А.Л.ЗЕФИРОВ (Казан), Д.М.ЗӨБАИРОВ (Казан),
В.А.ИСАНОВА (Казан), И.В.КЛЮШКИН (Казан), И.А.ЛӨТФУЛЛИН (Казан), Н.С.МАКАРЧИКОВ (Казан), М.К.МИХАЙЛОВ
(Казан), Ю.В.ПОПОВ (С.-Петербург), А.А.СКОРОМЕЦ (С.-Петербург), В.В.СКУПЧЕНКО (Самара), В.В.ТАЛАНТОВ (Казан),
В.Д.ТРОШИН (Н.Новгород), Э.Г.УЛУМБЕКОВ (Казан), Ф.А.ХӘБИРОВ (Казан), Р.У.ХӘБРИЕВ (Мәскәү), В.С.ЧУДНОВСКИЙ
(Ставрополь), А.А.ШУТОВ (Пермь), Р.Г.ЖӘМАЛИЕВ (Казан)

XXVI том
3—4 чыгарылыш

Казан «Медицина» 1994

TATARSTAN REPUBLIC HEALTH MINISTRY
KAZAN STATE MEDICAL UNIVERSITY
KAZAN STATE ADVANCED TRAINING INSTITUTE FOR DOCTORS
TATARSTAN REPUBLIC SCIENTIFIC SOCIETY OF NEUROLOGISTS AND PSYCHIATRISTS

NEUROLOGICAL BULLETIN

Founded in 1893 by professor Vladimir M. Bekhterev

E d i t o r i a l B o a r d

Chief editor M.F.ISMAGILOV

E.I.BOGDANOV (assistant chief editor), V.I.DANILOV, K.Sh.ZIYATDINOV, G.A.IVANITCHEV, T.V.MATVEJEVA (secretary),
D.M.MENDELEVICH (assistant chief editor), Ya.U.POPELYANSKY, Kh.M.SHULMAN

E d i t o r i a l C o u n c i l

S.V.ABULADZE (Kazan), N.Kh.AMIROV (Kazan), A.M.WEIN (Moscow), A.N.GALIULLIN (Kazan), Kh.Z.GAFAROV (Kazan),
E.I.GUSEV (Moscow), T.V.DMITRIEVA (Moscow), D.G.ENIKEEV (Kazan), A.L.ZEFIROV (Kazan), D.M.ZUBAIROV (Kazan),
V.A.ISANOVA (Kazan), I.V.KLUSHKIN (Kazan), I.A.LATFULLIN (Kazan), N.S.MAKARCHIKOV (Kazan), M.N.MIKHAILOV
(Kazan), Yu.V.POPOV (St.-Petersborough), A.A.SKOROMETZ (St.-Petersborough), V.V.SKUPCHENKO (Samara), V.V.TALANTOV
(Kazan), V.D.TROSHIN (N.Novgorod), E.G.ULUMBKOV (Kazan), F.A.KHABIROV (Kazan), R.U.KHABRIEV (Moscow),
V.S.TCHUDNOVSKY (Stavropol), A.A.SHUTOV (Per'm), R.A.YAMALEEV (Kazan)

Volume XXVI
issues 3–4

Kazan «Medicine» 1994

От редакции

Уважаемые читатели! Предлагаемый вашему вниманию очередной том журнала «Неврологический вестник» посвящен преимущественно материалам прошедшего в Казани (5–10 сентября 1994 г.) I Международного симпозиума по нейропсихореабилитации. Этот международный форум собрал около 200 ученых (среди которых 55 докторов медицинских наук, профессоров, в том числе членов-корреспондентов и действительных членов Российской АМН и АН Татарстана) и представителей практического здравоохранения из стран СНГ. В работе симпозиума также приняли участие ученые из Германии и Австрии. Представительный форум деятелей науки и практики обсудил наиболее важные аспекты нейропсихореабилитации — этой актуальной медико-социальной проблемы и принял соответствующее решение. Оно напечатано на страницах данного номера журнала.

Р.Г. Ямалеев, М.Ф. Исмагилов, Ф.Г. Галиуллин

СОСТОЯНИЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Министерство здравоохранения РТ (министр — К.Ш. ЗЫЯТДИНОВ), кафедра невропатологии, нейрохирургии и медгенетики (зав. — проф. М.Ф. ИСМАГИЛОВ) Казанского государственного медицинского университета, Республиканская ВТЭК (председатель — Ф.Г. ГАЛИУЛЛИН) Министерства социального обеспечения РТ

Р е ф е р а т. Представлены актуальные аспекты проблемы реабилитации больных с длительной утратой трудоспособности и инвалидов в РТ. Показана структура причин поражения нервной системы, ведущих к потере трудоспособности и инвалидности. Дана критическая оценка зарождающейся в республике службы реабилитации и ее базы, важнейшими компонентами которой должны быть: сеть реабилитационных учреждений, оснащенных современной аппаратурой и оборудованием; кадры специалистов-реабилитологов, вооруженных научно обоснованной программой реабилитации и критериями оценки ее эффективности. Подчеркивается необходимость создания республиканского общественного координационного совета по реабилитации.

Р.Г. Ямалеев, М.Ф. Исмагилов, Ф.Г. Галиуллин

ТАТАРСТАН ҖӨМҮРИЯТЕНДӘ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ ХЕЗМӘТЕНЕҢ ТОРЫШЫ ҺӘМ ПЕРСПЕКТИВАЛАРЫ ТУРЫНДА

Татарстан Җөмһүриятендәге хезмәт эшчәнлеген югалткан авырулар һәм инвалидларны реабилитацияләү проблемасының актуаль аспекты китерелгән. Нерв системасы авыруларын китереп чыгаручы сәбәпләр күрсәтелгән. Җөмһүриятебездә туыш килүче реабилитация хезмәтенә критик бәя бирелгән. Җөмһүрияттә реабилитация буенча жәмәгать координацион жәмгыяте төзүгә кирәклегә турында ассызыклар әйтелгән.

R.G. Yamaleev, M.F. Ismagilov, F.G. Galiullin

THE STATE OF NEUROREHABILITATION SERVICE AND PROSPECTS OF ITS DEVELOPMENT IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN

Actual aspects of rehabilitation of the patients with long-term disability and the invalids of the Republic of Tatarstan are presented. Structure of the causes of nervous system lesions causing the disability and invalidism, is shown. Critical evaluation of the rehabilitation service, originating in the Republic and of its basis is given. The main components of this service should be: a network of rehabilitation institutions equipped with up-to-date apparatus and equipment; specialists in the field of rehabilitation armed with a scientific-based programme of rehabilitation and with evaluative criteria of its effectiveness. The necessity of the creation of the republican public coordinative rehabilitation Council is emphasized.

Большая распространенность заболеваний нервной системы, выраженность нарушений неврологических функций, сопровождающихся стойкой и длительной утратой трудоспособности, весьма ограниченные социально-бытовые, производственные возможности адаптации пострадавших выдвигают проблему реабилитации в неврологии в ранг

важных медико-социальных проблем здравоохранения.

Современное реабилитационное направление в медицине вырастает из отдельных, порой разрозненных, методов восстановления, прежде всего трудоспособности человека, в стройную систему научных знаний и подходов. В практической медицине эта система реализуется врачами различных специальностей в структурных подразделениях и реабилитационных учреждениях амбулаторно-поликлинического стационарного звена, специализированных центрах, а также в санаториях и на курортах. Задача реабилитации больных и инвалидов предопределяет организационное единство науки и практики. В условиях такого симбиоза разрабатываются реабилитационные программы, совершенствуется служба поэтапной реабилитации и формируется ее система.

Отрадно, что проблема реабилитации больных и инвалидов становится насущной проблемой не только медицины и здравоохранения, но и предметом заботы различных общественных и государственных институтов. Реабилитация принимает интернациональные черты. При этом расширяются контакты и сотрудничество со специалистами других стран, изучаются достижения и перенимается их опыт, появляются попытки координации работы в этой области между различными учреждениями, отдельными регионами и даже странами.

Естественно, что многие признаки реабилитационной службы одинаково присущи различным регионам нашей страны. Не претендуя на исключительность практических наработок в этой службе у нас в Татарстане, хотелось бы предложить некоторые из них вниманию читателей данного журнала.

Обсуждаемая медико-социальная проблема актуальна для нашей республики так же, как и для других регионов. При этом актуальность ее из года в год возрастает, что объективно подтверждается показателями здоровья населения.

Так, например, показатель заболеваемости с временной утратой трудоспособности по всем нозологическим формам, включая и заболевания нервной системы, последние 5 лет составляет от 64 до 74 случаев на 100 работающих, а потери от нее — от 890 до 965 календарных дней. В 1993 г. потери в

связи с временной утратой трудоспособности возросли в сравнении с 1992 г. на 4,5%, при этом потери вследствие болезней периферической нервной системы возросли на 12,1%, из-за психических расстройств — на 15,7%.

Обостряет проблему значительная доля инвалидов в структуре населения республики (5,3%), из них мужчин — 56%, женщин — 44% ($p < 0,005$). Следовательно, достоверно чаще теряют работоспособность и становятся инвалидами лица мужского пола.

В настоящее время в Татарстане зарегистрировано 187 153 инвалида. По степени утраты трудоспособности они распределяются следующим образом: инвалиды I группы — 12,7% (24 022 человека), II группы — 58,0% (109 709 человек), III группы — 29,3% (55 422 человека). Из этого следует, что доля инвалидов, полностью утративших трудоспособность (70,3%), превышает 2/3 их общего числа.

Генеральная совокупность контингентов пенсионеров-инвалидов, по данным государственной отчетности Министерства социального обеспечения Татарстана, составляет 115 650 человек. Из них инвалидов Великой Отечественной войны и приравненных к ним — 18% (21 633 человека), инвалидов с детства — 13% (16 191 человек), инвалидов труда (в том числе из военнослужащих) — 69% (77 826 человек).

Определенный интерес представляет рассмотрение контингента впервые признанных инвалидами. Ежегодно в Республике Татарстан признаются инвалидами более 20 000 человек, причем за последние 5 лет темп прироста составляет 23,7%.

Вызывает тревогу рост инвалидности лиц трудоспособного возраста. Так, их число в 1993 г. относительно 1992 г. увеличилось на 3,5%. В 1993 г. среди впервые признанных инвалидами число лиц трудоспособного возраста составило 50%, причем в сельской местности этот показатель составил почти 60%.

В структуре причин инвалидности среди различных нозологических форм главенствующее место занимают сосудистые заболевания нервной системы, они составляют около 35% от всех причин инвалидности.

Намечается тенденция к росту количества сосудисто-мозговых катастроф, омоложению контингента больных, перенесших церебральный инсульт. Это касается главным образом лиц трудоспособного возраста. По нашим наблюдениям, основными провоцирующими факторами цереброваскулярной патологии являются: все более возрастающее нервно-психическое напряжение человека как на производстве, так и в быту; усложнение трудовых процессов, ускорение их темпа; необходимость усвоения огромного потока научно-производственной информации; неблагоприятная экологическая обстановка; лабильные социальные, производственные взаимоотношения; криминогенная обстановка и т.д.

Второе место в структуре нозологических форм — причин инвалидности занимают черепно-мозговые травмы. Их доля составляет 15%. На фоне общего роста травматизма вызывает беспокойство рост дорожно-транспортного травматизма. При этом преимущественно страдают молодые люди, т.е. лица трудоспособного возраста (до 40—45 лет).

На третьем месте (13%) среди причин инвалидности — различные врожденные и приобретенные органические заболевания центрального и периферического отделов нервной системы, включая новообразования. 53% инвалидов этой группы таковыми являются с детства. Обращает на себя внимание существенный рост в последние 3 года токсических поражений нервной системы.

Психические расстройства являются причиной инвалидности в одном из 10 случаев наступления инвалидности.

Инвалидами III группы чаще всего признаются лица с синдромами позвоночного остеохондроза, в том числе с неврологическими проявлениями. Активное вовлечение этой группы инвалидов в систематические курсы медицинской реабилитации без отрыва от трудовой деятельности способствует наиболее полной компенсации нарушенных функций, нередко приводит к полному их восстановлению.

Инвалидность II и I группы определяется чаще у больных с различными органическими заболеваниями нервной системы, значительную долю которых составляют лица с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения и черепно-мозговой травмы.

Изучение состояния здоровья населения республики и степени адекватности ему медицинской помощи подтвердило тезис о возможности повышения ее эффективности. Для выявления наиболее слабого звена лечебного процесса мы искусственно расчленили его на три этапа: диагностика, собственно лечение, восстановительное лечение, или медицина реабилитации.

Предварительный анализ позволяет констатировать, что этап реабилитации является весьма фрагментарным, мало изученным и слабо организованным. Этот этап не имеет еще научного обеспечения, нуждается в укомплектовании специалистами высшего и среднего звена, имеющими подготовку по реабилитации. Реабилитационные учреждения не отличаются достаточной оснащенностью специальными техническими средствами и аппаратурой.

Вышеперечисленные обстоятельства побуждали нас в последние годы обратить на проблемы медицинской реабилитации более серьезное внимание. Небольшой, но собственный опыт проведения реабилитации больных, страдающих некоторыми заболеваниями центральной и периферической нервной системы, в условиях отделений восстановительного лечения, организованных в 20

лечебно-профилактических учреждениях республики в начале 80-х гг., подтвердил перспективность эффективного метода восстановления здоровья, социального и трудового статуса наших пациентов.

Благодаря пониманию профсоюзных органов, хозяйственных руководителей, органов исполнительной власти удалось использовать в системе реабилитации санатории-профилактории, санаторно-курортные учреждения и детские комбинаты. В системе здравоохранения Республики Татарстан открывались новые, развивались, укреплялись и совершенствовались имевшиеся специализированные реабилитационные медицинские учреждения. Одновременно в структуре органов исполнительной власти, предприятий, министерств и ведомств создавались реабилитационные центры, занимающиеся не только социальной, трудовой, но и медицинской реабилитацией.

В настоящее время в Татарстане функционирует сеть реабилитационных учреждений для детей и взрослых. Таковыми являются: детский психоневрологический коррекционный центр «Надежда» (на 150 мест) акционерного общества «Нижекамскнефтехим»; социально-реабилитационный центр для детей-инвалидов (на 150 посещений в день) при Управлении социальной защиты населения главы администрации Казани; интернат для детей с детским церебральным параличом (на 200 мест) Министерства народного образования РТ; реабилитационное отделение детской поликлиники № 3 Казани (на 150 посещений в день); детский психоневрологический санаторий (на 100 мест) Управления здравоохранения Казани; Республиканский центр реабилитации инвалидов (на 35 мест) Министерства здравоохранения РТ; Республиканский центр медицинской профилактики Министерства здравоохранения РТ с реабилитационным отделением для взрослых; клиника реабилитации (на 180 мест) Республиканского центра экстренной медицинской помощи Министерства здравоохранения РТ; 28 отделений восстановительного лечения территориальных лечебно-восстановительных учреждений.

Разноведомственная подчиненность учреждений реабилитации в нашей республике, несомненно, сказывается на их работе не лучшим образом. Назрела необходимость в создании межведомственного органа или совета по координации деятельности реабилитационных учреждений и служб. Такой компетентный общественный орган позволил бы выработать унифицированные программы реабилитации, профессионально осуществлять контроль на этапах их реализации, организовывать и оказывать квалифицированную методическую помощь.

Давним желанием медицинских работников республики была активизация участия санаторных учреждений в реабилитации больных и инвалидов. Наличие в Татарстане

двух курортов и шести санаториев по нескольким профилям на 3 252 места подтверждает такую реальность.

Большая поддержка и добрая воля руководства объединения «Татарстанкурорт» (генеральный директор Ю.Е. Сахабутдинов) и финансовый вклад Республиканского фонда социального страхования (директор В.А. Берзин) позволят реализовать республиканскую программу оздоровления населения и реабилитации больных, используя в этих целях потенциал санаториев и курортов Татарстана.

Наряду с существовавшими отделениями реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, хирургические вмешательства на крупных сосудах, печени, желчевыводящих путях, желудочно-кишечном тракте, в 1994 г. стали функционировать реабилитационные отделения на 613 коек для восстановительного лечения больных с заболеваниями практически всех внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, в том числе реабилитационное отделение на 60 коек в санатории «Крутушка» для больных с последствиями нарушения мозгового кровообращения и черепно-мозговой травмы. Безусловно, надо было углубить и расширить медицинские технологии санаторных учреждений, оснастить их дополнительным лечебно-диагностическим оборудованием и аппаратурой, усилить кадрами, провести их переподготовку с учетом изменившихся функций.

По нашему мнению, санаторные учреждения являются существенным звеном не только в системе медицинской реабилитации, они имеют возможности значительно улучшить социальную, бытовую, трудовую реабилитацию больных, кардинально изменить, во многом иждивенческую, их психологию путем проведения так называемой «школы больного». По такому пути идут санаторные учреждения во многом благодаря ведущим ученым Казанского государственного медицинского университета и Казанского государственного института усовершенствования врачей, осуществляющим научно-методическое руководство процессом реабилитации.

В непростой финансовой ситуации в реабилитационных учреждениях созданы условия как для медицинской реабилитации (медикаментозная терапия, бальнео-, физио-, механотерапия, лечебная физкультура, массаж, иглотерапия и т.д.), так и психологической (психотерапия, коррекционное воспитание, профессиональное обучение и переобучение, профориентация, трудотерапия), а также социальной (бытовое и трудовое устройство, юридическое консультирование и т.д.) реабилитации.

Несомненно то, что важнейшим компонентом реабилитационной службы как системы являются специалисты-реабилитологи, хотя в номенклатурном перечне пока нет такой специальности. До сих пор дискутируется вопрос о наименовании и содержании

термина «специалист-реабилитолог». Одни авторы, отказывая реабилитации в праве называться самостоятельной наукой, считают возможной лишь специализацию по реабилитации применительно к основной должности, другие (себя мы хотели бы отнести к этой группе) видят необходимость выделения медицинской профессии «врач-реабилитолог-универсал» со специализацией в той или иной медицинской дисциплине. Именно врач-реабилитолог должен осуществлять на этапе реабилитации и диагностику, и программирование, и реализацию самого процесса восстановления утраченной функции, и контроль, и коррекцию его.

Мы еще далеки от утверждения, что наши реабилитационные учреждения укомплектованы кадрами. Необходимые кадры нужно готовить нам самим, хотя и специальных курсов, и учебных программ по их подготовке явно недостаточно. Преодолеть этот барьер мы надеемся с помощью соответствующих кафедр высших учебных заведений республики — Казанского ГИДУВа, Казанского государственного медицинского университета. Решение проблемы подготовки специалистов-реабилитологов — дело непростое. Нужны не только врачи, но и целый спектр других специалистов, в том числе со средним специальным образованием, которых требуется гораздо больше, чем врачей.

Нужны инициативные люди. Нужна научная программа. Нужен, в конце концов, опыт. Поэтому нельзя игнорировать опыт зарубежных коллег, его использование позволит добиться более высоких результатов. Например, разработка и внедрение в практику программы индивидуальной физической реабилитации, основанной на принципах кондуктивной педагогики Пето (венгерская школа реабилитологов), позволяют добиться хороших результатов восстановления нарушенных двигательных функций, контроля за его ходом при соблюдении этапности и преемственности адекватных медицинских и профессионально-социальных реабилитационных приемов, активного привлечения к процессу реабилитации родственников больных. Робкие шаги по внедрению таких прогрессивных методов в практику реабилитации больных с двигательными нарушениями в республике уже намечаются, в частности, в Республиканском центре реабилитации инвалидов с детства (пос. Боровое Матюшино).

Еще рано судить о достижениях реабилитационной службы нашей республики в целом. Тем более, что оценка возможностей и результатов реабилитации остается на сегодняшний день трудно осуществимой и дискуссионной. Эффективность реабилитации, в конечном счете, зависит от многих обстоятельств: нозологической формы, глубины и выраженности патологического процесса, его длительности, степени утраты функции, компетентности врача-реабилито-

лога, оснащенности специальными техническими средствами, наличия необходимых медикаментозных средств и, наконец, даже от психологического настроения пациента. Однако скромный опыт многих реабилитационных учреждений республики подтверждает перспективность использования реабилитационных технологий в восстановлении здоровья, лечебного и функционального статуса реабилитируемого. И это уже немало.

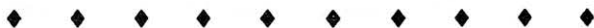
Подводя итог, следует подчеркнуть, что реабилитация больных с поражением нервной системы является важной медицинской и социальной задачей. Актуальность ее в условиях нашей республики определяется как значительным числом лиц с временной и длительной потерей работоспособности, инвалидов, так и сложностью восстановительного лечения.

Сейчас в республике имеется определенная реабилитационная база: функционируют отделения восстановительного лечения в ряде лечебно-профилактических учреждений и местных санаториях, открыты специализированные реабилитационные центры, решаются вопросы финансирования, создаются условия для медицинской и социально-трудовой реабилитации. Однако эта база еще молода, далека от совершенства и слаба. Недостаточно развернуты реабилитационные учреждения, и их оборудование не всегда соответствует современным техническим требованиям. Нуждаются в существенной доработке теоретические основы восстановительного лечения: нет единых научных принципов применения реабилитационных технологий при различных формах патологии, в том числе при заболеваниях нервной системы. Важнейшим вопросом, требующим безотлагательного решения, является подготовка специалистов-реабилитологов с высшим и средним образованием.

Эффективность реабилитационных мероприятий повышается при последовательном участии в них медицинских и санаторных учреждений, при обязательном условии научно-методического руководства со стороны профильных кафедр медицинских вузов. Для координации деятельности разноведомственных реабилитационных учреждений целесообразно создание специального общереспубликанского координационного органа или совета. Требуется более активная работа ученых по созданию научно обоснованных программ реабилитации и критериев оценки их эффективности.

При успешном решении вышеназванных задач в республике осуществится идея создания дееспособной реабилитационной системы по всем нозологическим формам. Такой вывод нам позволяет сделать практика наших нейрореабилитационных учреждений.

Поступила 04.09.94



Д.М. Менделевич, И.М. Халитов, В.А. Евплов

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

*Министерство здравоохранения РТ (министр — К.Ш. ЗЫЯТДИНОВ), кафедра психиатрии
(зав. — проф. Д.М. МЕНДЕЛЕВИЧ) Казанского государственного медицинского университета*

Р е ф е р а т. Изложены особенности реабилитационной работы в отношении лиц, страдающих психическими заболеваниями, отмечены необходимость этапности данного процесса, особое значение ресоциализации больных. Дан анализ состояния реабилитационной службы в Республике Татарстан, указаны преимущества полустационарных форм лечения, особенно в плане профилактики развития «госпитализма». Сделан вывод о том, что на реадaptации психически больных негативно сказался кризис сложившейся ранее структуры реабилитационной помощи, закрытие специализированных цехов для инвалидов на промышленных предприятиях, вызванное сложным социально-экономическим положением. Поставлен вопрос о необходимости разработки и принятия правительством государственной программы реабилитации психически больных и инвалидов в Республике Татарстан.

Д.М. Менделевич, И.М. Халитов, В.А. Евплов

ТАТАРСТАН ЖӨМҺУРИЯТЕНДӘ ПСИХИК АВЫРУЛАРНЫ ҺӘМ ИНВАЛИДЛАРНЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ

Мәкаләдә Татарстан Жөмһуриятендә психик авыруларга кагылышы булган реабилитацион эшнән торышы турында әйтелгән. Дәвалауның ярымстационар формасында житештерү предприятиеләрендә элек төзелгән реабилитацион ярдәм системасының юкка чыгышу, махсус цехларның ябылуы, психик авырулы инвалидлар өчен бик аяныч төс алуы турында нәтижә ясалган. Татарстан Жөмһурияте дәүләте тарафыннан кичекмәстән дәүләт программасы буддырып психик авыруларны һәм инвалидларны реабилитацияләү проблемасын эшкә ашыру өстендә эшләү кирәклеге турында әйтелгән.

D.M. Mendelovich, I.M. Khalitov, V.A. Evplov

REHABILITATION OF MENTAL PATIENTS AND INVALIDS IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN

Features of rehabilitation work with mental patients are stated, the necessity of carrying out this process stepwise, special importance of resocialization of patients are mentioned. The analysis of rehabilitation service in the Republic of Tatarstan is given, advantages of semistationary forms of treatment are pointed out, especially to prevent hospitalism. The conclusion has been made that the former mental patient rehabilitation system was negatively influenced by the crisis in the system's structure, when special workshops for invalids at enterprises were closed due to social and economical difficulties. The question is raised on the necessity of elaborating a state programme for mental patient and invalid rehabilitation.

Реабилитация психически больных и инвалидов органично связана с общей концепцией реабилитации в медицине. Вместе с тем она имеет свои особенности,

отличающие ее от реабилитации других больных, например с нарушением опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистыми или неврологическими заболеваниями. В понятие реабилитации включают различные процедуры (гимнастика, массаж, раннее вставание с постели после инфаркта, инсульта, оперативных вмешательств, и т.п.), дополняющие обычное лечение и направленные на его оптимизацию. Общим для представителей всех специальностей является внимание к трудовому устройству больного.

Особенности реабилитации в психиатрии в первую очередь связаны с тем обстоятельством, что при психических заболеваниях серьезно, как ни при каких других, нарушаются социальные связи и отношения. Личность больного в целом и ее социальные контакты страдают с самого начала психического заболевания. Именно личность, а не отдельные функции мозга (например, моторные, речевые), на нарушение которых уже вторично следует личностная или характерологическая реакция. Другими словами, при внутренних болезнях реакция личности вторична, и ее коррекция напрямую зависит от успеха основного комплекса мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций.

Поэтому реабилитация психически больных есть прежде всего их ресоциализация, восстановление или сохранение их личностного и социального статуса. В соответствии с рекомендациями ВОЗ выделяют медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию. В отечественной психиатрии разработана схема реабилитации, включающая 3 этапа: I — восстановительная терапия; II — реадaptация; III — реабилитация в собственном (прямом) смысле этого слова (М.М. Кабанов).

Указанная последовательность обеспечивается структурной дифференциацией психиатрической службы, состоящей из различных организационных форм. В Республике Татарстан сложилась целостная система психиатрических учреждений, имеющих в составе как внебольничные и стационарные звенья, так и прогрессивные полустационарные формы организации (дневные стационары, лечебно-производственные мастерские, спеццеха на промышленных предприятиях, предназначенные для трудоустройства и трудового переобучения инвалидов — психически больных).

Психиатрическая сеть в республике представлена двумя психиатрическими больницами

ми (Республиканская и Казанская городская), четырьмя психоневрологическими диспансерами — в Набережных Челнах, Альметьевске, Зеленодольске, Нижнекамске, стационарными отделениями в Азнакаевском, Бугульминском, Лениногорском, Елабужском, Заинском, Бавлинском районах, психоневрологическими кабинетами во всех ЦРБ. В структуре психиатрических учреждений функционируют дневные стационары на 325 мест (Казань — 250, Набережные Челны — 75), ЛПМ на 775 рабочих мест (включая 125 — для амбулаторных больных), спецдеха на 300 рабочих мест.

Республиканская реабилитационная служба тесно взаимодействует как с учреждениями системы здравоохранения, так и с другими ведомствами, прежде всего с министерствами народного образования (медико-педагогические комиссии, вспомогательные школы и интернаты) и социального обеспечения (ВТЭК, психоневрологические интернаты).

Начальный этап реабилитации — восстановительная терапия имеет главной задачей предотвратить наступление психического дефекта и инвалидизации больного. Она характеризуется применением биологических методов лечения в сочетании с различными психосоциальными воздействиями (лечение занятостью, средой и т.п.). Лекарственная терапия на первом этапе достигает максимальных величин; в большинстве случаев он проводится в стационарных, реже — в полустационарных условиях. Поэтому важно устранить или уменьшить явления «госпитализма». Врачебная тактика борьбы с этим нежелательным осложнением заключается в проведении интенсивной психофармакотерапии для возможно быстрого снятия острых проявлений заболевания с тем, чтобы не затягивать пребывания больного в стационаре с его ограничительными и стесненными условиями и перевести пациента на более свободные, менее депривационные режимы пребывания («открытых дверей», частичной госпитализации).

Как показывает практика врачей-психиатров, шансы больного на выписку после 3–4-месячного пребывания в стационаре начинают убывать пропорционально длительности его госпитализации и после 2-летней продолжительности становятся минимальными. Некоторыми исследователями подмечено, что клинические критерии готовности больного к выписке весьма субъективны, и такие факторы, как переполнение отделения больными (особенно когда идет поступление новых больных), стимулируют врача-психиатра к выписке ранее поступивших. Не случайно территории с хорошей обеспеченностью коечным фондом нередко имеют меньший оборот койки и высокую среднюю продолжительность стационарного лечения. В данном случае это повышает вероятность хронизации больных.

Слабая обеспеченность нашей республики койками психиатрического профиля (1,0 на 1 000 населения: это ниже среднефедеративного показателя и значительно уступает услов-

ному нормативу в 1,9) усугубляется неудовлетворительной обеспеченностью местами в психоневрологических интернатах системы Министерства социального обеспечения РТ (0,6 места при нормативе 1,0 на 1 000 населения), что приводит к «блокированию» 20–25% коечного фонда хроническими психически больными «собесовского» профиля. В целом негативно влияя на реабилитационные программы, создавая скученность больных в стационарах, этот факт вынуждает врачей интенсифицировать работу койки психиатрического профиля, и это отчасти, как ни парадоксально, снижает вероятность наступления «госпитализма». В Республике Татарстан средний срок пребывания больного в стационаре, постоянно снижаясь, составил в 1993 г. 82 дня. Для 70% больных этот срок не превышал 40–60 дней.

Задачей второго этапа реабилитации — реадaptации является восстановление приспособляемости к условиям внешней среды. На этом этапе преобладают психосоциальные воздействия, среди которых на первое место выдвигается стимуляция социальной активности больных различными методами. Этот этап реализуется как в стационарных учреждениях, так и полустационарных: дневных стационарах, ЛПМ, спецдехах. Здесь широко используется трудовая терапия с обучением или переобучением больных новой профессии, а также специальная (воспитательная) работа психотерапевтической направленности. Обучение «умению жить», «умению работать», «умению общаться с людьми» играет весьма существенную роль в ресоциализации психически больных, длительное время находящихся в стационарах. Именно трудовая переориентация со всеми вытекающими отсюда последствиями характеризует данный этап реабилитации.

Предпочтительной организационной формой для этого этапа является полустационарная. По мнению экспертов ВОЗ, от 40% до 60% пациентов психиатрических стационаров могли бы с успехом лечиться в дневных (ночных) стационарах, где больные не оторваны от семьи и привычных условий. Именно этот момент является мощным дополнительным терапевтическим фактором, тем более, что по объему лечебных мероприятий эти формы стационаров мало в чем уступают обычным стационарам. К тому же полустационарные учреждения экономически более выгодны, требуют для своего создания меньших площадей, финансовых и ресурсных (включая кадровые) затрат. Следует отметить, что число больных, получающих лечение в дневных стационарах, за последние годы (с 1988 г.) выросло в Татарстане более чем в 1,5 раза (с 900 до 1 400 человек).

Третий этап — реабилитация в собственном (прямом) смысле этого слова. Его задача — добиться восстановления индивидуальной и общественной ценности больного, отношений с окружающей действительностью, сложив-

шихся у него до болезни. Основными средствами здесь становятся различные социальные мероприятия, среди которых на первом месте стоит помощь в бытовом и трудовом устройстве. Данный этап реализуется только во внебольничных условиях (надомный труд, работа в ЛПМ, спеццехах, на обычном производстве). Относительно развитая сеть внебольничных учреждений, лечебно-производственных мастерских и спеццехов в Республике Татарстан позволяет осуществить реабилитацию на несколько более высоком организационном уровне, чем в ряде других регионов России.

Перемены, происшедшие за последние годы в психиатрии после законодательного акта 1988 г. и особенно вступления в 1993 г. в силу Закона о психиатрической помощи, не могли не отразиться на вопросах реабилитации психически больных и инвалидов. Расширение принципов гуманизма в оказании психиатрической помощи, добровольности обращения за помощью во многом положительно повлияло на основной принцип реабилитации — партнерство врача и пациента. Ресоциализация больного реальна лишь при его активном участии, которое возможно при условии союза с врачом. Заметное сужение недобровольных форм психиатрической помощи создало благоприятную почву для апелляции к личности больного. Являясь стержневым в любой реабилитационной программе, это положение отличает реабилитацию от лечения в обычном смысле этого слова.

Вместе с тем состояние реабилитации психически больных в Республике Татарстан не отвечает в полной мере современным требованиям.

Во-первых, это объясняется увеличением категории нуждающихся в реабилитации. Под реабилитацией в психиатрии, как правило, понимают ресоциализацию больных с заболеваниями психотического регистра, инвалидов и в определенной мере — больных с олигофренией. В структуре же психической заболеваемости, как известно, в последние десятилетия преобладают пограничные психические расстройства непсихотического характера, распространенность которых быстро возрастает. Социально-экономические катаклизмы последних лет, социальная напряженность, отсутствие стабильности и удовлетворенности реальной жизнью вызывают массовую невротизацию населения. Деадаптация к изменившимся социальным условиям для таких лиц часто оборачивается тем, что они оказываются «за бортом» жизни. И реабилитация их становится крайне актуальной проблемой. Согласно данным экспертов ВОЗ, до 25–30% населения нуждается в психиатрической помощи, в то время как в Татарстане ею (включая наркологическую помощь) пользуется только 4–5% (в развитых странах Запада до 15–20%).

Во-вторых, материальная база реабилитации не отвечает требованиям сегодняшнего дня. До последнего времени психиатрическая

служба как в России, так и в Татарстане развивалась преимущественно экстенсивно, что было обусловлено отставанием ее ресурсной обеспеченности от нормативной. К тому же почти 80% коечного фонда республики сконцентрировано в Казани. Психоневрологические диспансеры, за исключением Набережночелнинского, мало мощны, не имеют промежуточных звеньев помощи: дневных (ночных) стационаров, лечебно-производственных мастерских. Спеццеха также созданы только в Казани. В Республике Татарстан, как и во многих регионах России и СНГ, нет такого важного звена, как общежития для больных, утративших социальные связи. Значимость его особенно возрастает в современных условиях.

Третья причина, объясняющая недостатки работы по реабилитации психически больных, касается организационных, кадровых аспектов. Общепризнано, что психиатрическая больница должна пересмотреть свою структуру, изменить стиль работы, иметь больше контактов с различными внебольничными учреждениями и особенно с обществом. Сложившийся стереотип работы психиатрических учреждений мало отвечает этим требованиям. Предстоит кадровая и психологическая перестройка медицинского персонала. Отметим, что в западных странах реабилитация немислива без участия психологов и социальных работников. Участвуя в ресоциализации больных наряду с психиатрами, они численно превосходят последних, чем подчеркивается больший вес социальных и психолого-психотерапевтических воздействий в успехе реабилитационных программ.

Для успешной реабилитации больных имеют также значение факторы, на которые раньше мало обращалось внимания: географическое расположение больницы, ее архитектура, создание определенного комфорта внутри отделения, самостоятельность и самоуправление больных, использование различных видов групповых занятий и психотерапии.

Экономические проблемы, связанные с малой финансово-хозяйственной самостоятельностью психиатрических учреждений, привели на грань банкротства лечебно-производственные мастерские. Это вынудило их к преобразованию в различные кооперативы, малые предприятия, ТОО и пр., что, естественно, негативно отразилось на вопросах реабилитации.

Большим событием для социальной психиатрии явилось принятое правительством Российской Федерации 25 мая 1994 г. постановление «О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами». Сейчас чрезвычайно актуальной представляется разработка и принятие правительством Республики Татарстан государственной программы реабилитации психически больных и инвалидов.

Поступила 17.08.94



Е.И. Бабиченко, Ю.Б. Гвоздев

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С УШИБОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ОСЛОЖНЕННЫМ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ

Кафедра нейрохирургии (зав. — проф. Е.И. БАБИЧЕНКО)
Саратовского государственного медицинского университета

Р е ф е р а т. На очень большом и однородном клиническом материале прослежена динамика развития оболочечного синдрома и непродуктивных форм нарушения сознания. Показана связь выраженности упомянутых нарушений с тяжестью перенесенной травмы, интенсивностью геморагии и сроком после нее. Установлена прямая зависимость между выраженностью оболочечного синдрома и концентрацией в ликворе биологически активных веществ, обусловленных распадом эритроцитов. Разработана и апробирована система лечения больных, включающая выведение небольших порций кровянистого ликвора, эндолумбальное введение лидазы и кислорода в субарахноидальное пространство. Получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Е.И. Бабиченко, Ю.Б. Гвоздев

СУБАРАХНОИДАЛЬ КАН ЙӨГЕРҮ БЕЛӘН
КАТЛАУЛАНГАН БАШ МИЕ БӘРЭЛГӘН
АВЫРУЛАРДА КҮЗӘТЕЛӘ ТОРГАН
ПСИХОНЕВРОЛОГИК ҮЗГӘРЕШЛӘР ҺӘМ АЛАРНЫ
ТӨЗӘТҮНЕҢ КАЙБЕР ЫСУЛАРЫ

Бик киң һәм бертөрле булган клиник материал нигезендә баш миә тышчасы синдромы һәм аң үзгәрү формаларының барлыкка килүе күзәтелгән. Бу үзгәрешләрнең алынган травмаһың авырлығы һәм аннан соң үткән вақыт белән бәйләнешле булуы күрсәтелгән. Кызыл кан тәнчәкләре таркалудан барлыкка килгән биологик актив матдәләрнең ми сыекчасындагы күләме һәм баш миә тышчасы синдромының тирәнлегә туры бәйләнештә булуы дәлиләнгән. Бу авыруларны дөвалау системасы эшләнгән һәм сыналган. Дөвалауның нәтижәләре башлангыч һәм аннан соңгы чорда да ышанычлы.

Е.И. Babichenko, Yu.B. Gvozdev

PSYCHONEUROLOGIC LESIONS IN PATIENTS
WITH THE BRAIN CONTUSION COMPLICATED
BY THE SUBARACHNOIDAL APOPLEXY
AND CERTAIN WAYS OF THEIR CORRECTION

The development pattern for the arachnoid syndrome and mental pathology without productive state was monitored on plentiful and homogeneous clinical material. The degree of the clinical expression of those pathologies correlated with the seriousness of traumas that had been borne, the intensity of hemorrhage and the duration of rehabilitation after it is shown. Direct dependence was established between the expression of the arachnoid syndrome and the concentrations of biologically active compounds in liquor due to erythrocyte degradation. A system of treatment was elaborated and verified which included taking away small portions of blood-containing liquor, endolumbar introduction of lydaze, and oxygen insufflation into subarachnoid space. Good direct and remote results of the treatment were obtained.

В патогенезе острой закрытой черепно-мозговой травмы одним из ведущих факторов являются нарушения мозгового кровообращения, вызывающие отек — набухание головного мозга, гипоксию и аноксию мозговой ткани [1, 6, 10, 12, 19]. Черепно-мозговая травма нередко сопровождается внутричерепными кровоизлияниями, наиболее частой формой которых являются субарахноидальные геморагии [3, 4, 5, 10].

Наличие крови в ликворе всегда является классическим признаком ушиба головного мозга легкой, средней или тяжелой степени [4, 5, 10], частота травматических субарахноидальных кровоизлияний колеблется от 15% до 79% [3, 4, 5, 20].

Большая часть эритроцитов излившейся в субарахноидальное пространство крови всасывается в неизменном виде через паутинную оболочку в субдуральное пространство и далее в кровеносные сосуды твердой мозговой оболочки [7, 8, 10, 15], а оставшаяся часть эритроцитов подвергается распаду с освобождением гемоглобина и дальнейших продуктов его распада — билирубина, серотонина и других, которые обладают выраженными токсическими свойствами, вызывающими спазм сосудов и еще большее нарушение мозгового кровообращения [4, 5, 9, 10].

В клинике нейрохирургии Саратовского государственного медицинского университета за последние 15 лет (1978—1993) находились на лечении 2 000 больных с ушибом головного мозга, осложненным субарахноидальным кровоизлиянием, у 50% из них изучены отдаленные результаты лечения в сроки от 1 года до 10 лет.

Не ставя своей задачей анализ всего многообразия клинической картины травматических субарахноидальных кровоизлияний, мы более подробно остановимся на менингеальном синдроме и нарушениях психики у данной категории больных.

Поясничные пункции производились всем больным в динамике до полной санации ликвора. При этом выводилось 10—15 мл кровянистого ликвора и с гемостатической целью эндолумбально вводилось такое же количество кислорода [4, 5, 10]. Было установлено, что даже при массивной геморагии (1—2 млн эритроцитов в 1 мм³ ликвора) в первые часы или сутки после

травмы выраженность менингеального синдрома была довольно умеренной. В дальнейшем при повторных пункциях, позволивших констатировать уменьшение числа неизменных эритроцитов в ликворе, клинически было отмечено нарастание менингеального синдрома, в том числе синдрома мозжечкового намета [3].

Биохимические исследования ликвора методом Йендрашека [10] показали, что наряду с уменьшением количества неизменных эритроцитов в ликворе нарастает количество одного из продуктов распада гемоглобина — билирубина до 1–2 мг/л. Максимальное содержание билирубина в ликворе при незначительной геморрагии (до 10 тыс. эритроцитов в 1 мм³) приходится на 5–7-е сут после травмы. При умеренной геморрагии (до 100 тыс. эритроцитов в 1 мм³) — на 10–12-е сут, а при массивной субарахноидальной геморрагии (свыше 100 тыс. эритроцитов в 1 мм³) — на 14–15-е сут.

Наши клинические наблюдения показали, что именно в вышеуказанные сроки резко возрастает выраженность менингеального синдрома. Это позволило прийти к выводу, что степень раздражения мозговых оболочек и выраженность менингеального синдрома при травматических субарахноидальных кровоизлияниях зависят не столько от количества неизменных эритроцитов, сколько от продуктов распада гемоглобина, в частности билирубина. Этим же объясняется факт отсутствия или незначительной выраженности менингеального синдрома в первые часы или сутки после травмы.

Известно, что излившаяся в подпаутинное пространство кровь и особенно продукты ее распада вызывают асептическое воспаление оболочек с исходом в рубцово-спаечный процесс на различном протяжении подпаутинного пространства. Это в свою очередь резко нарушает резорбцию ликвора и ведет к формированию внутренней гипорезорбтивной гидроцефалии.

Эндолюмбальное введение кислорода с последующей краниографией в ранние сроки после травмы у больных с травматическими субарахноидальными кровоизлияниями, прежде всего с лечебной целью, позволило изменить существовавшее ранее представление о поздних сроках формирования посттравматического церебрального арахноидита и сопутствующей ему гипорезорбтивной гидроцефалии. Нами было установлено, что эти патологические процессы у данной категории больных формируются уже на 2-й неделе после травмы, причем выраженность их прямо пропорциональна тяжести ушиба головного мозга и массивности субарахноидального кровотечения.

Полученные данные послужили основанием для проведения раннего рассасывающего лечения, в котором наряду с широко применяемыми лечебными мероприятиями

(краниocereбральное охлаждение, гемостатики, анальгетики, антигистаминные, противостечные средства, целенаправленная осмотерапия и т.д.) использовались повторные поясничные пункции с выведением небольшого количества кровянистого ликвора и эндолюмбальным введением кислорода по методике, предложенной Е.Г. Лубенским [14]. Это способствовало более быстрой санации ликвора, улучшению состояния больных и выравниванию неврологической симптоматики.

С целью воздействия на пролиферативные процессы, формирующиеся в подболоочечных пространствах, в раннюю рассасывающую терапию больных с травматическими субарахноидальными кровоизлияниями мы включили разработанную нами [4, 5] методику *эндолюмбального введения лидазы*. Последняя растворялась ликвором больного, которому вводилось эндолюмбально по 32 ЕД препарата после санации ликвора, обычно начиная с 12–14-х сут после травмы. Курс лечения включал 3–4 эндолюмбальных введения препарата с интервалами в 2–4 дня. Применяемое нами разведение лидазы ликвором больного, которому она вводится, способствовало значительному уменьшению или даже полному предотвращению побочной пирогенной реакции, наблюдаемой нами ранее при растворении препарата стерильной дважды дистиллированной водой.

Наряду с этим для уменьшения выраженности спаечного процесса в оболочках мозга и нормализации ликвородинамики обычно на 16–18-е сут после травмы, когда ликвор полностью санировался, с лечебной целью проводилась *пневмоэнцефалография* с эндолюмбальным введением 50–60 см³ кислорода. В зависимости от массивности подпаутинного кровотечения определялась та или иная степень выраженности внутренней гидроцефалии, при которой на повторных обзорных краниограммах выявлено замедление резорбции газа до 14 дней.

У всех наблюдавшихся нами больных уже на 4–5-е сут после эндолюмбального введения кислорода отмечалось улучшение состояния, что проявлялось в значительном уменьшении или даже исчезновении головных болей, менингеального синдрома, выравнивании очаговой неврологической симптоматики и нормализации ликворного давления. По-видимому, создание временного кислородного депо в подболоочечных пространствах головного мозга в определенной степени препятствует формированию пролиферативно-спаечных процессов, улучшает оксигенацию мозга и нормализует ликвородинамику, что способствует наиболее полному восстановлению нарушенных функций головного мозга у больных с травматическими субарахноидальными кровоизлияниями. Об этом свидетельствовали и изученные нами отдаленные результаты лечения.

Противопоказаниями к пневмоэнцефалографии являлись выраженная внутрочерепная гипертензия (ликворное давление свыше 280–300 мм вод. ст.) и преклонный возраст больных [5].

Другой важной особенностью клинического течения ушибов головного мозга с субарахноидальными кровоизлияниями являются нарушения сознания и психические нарушения, которые обычно находятся в прямой зависимости от тяжести черепно-мозговой травмы и массивности подпаутинного кровотечения.

Нарушения сознания и психические нарушения при различных клинических формах острой закрытой черепно-мозговой травмы констатируются в 80–95% наблюдений [5, 9, 10, 12, 13]. Глубина и длительность нарушений сознания в значительной степени служат критериями тяжести черепно-мозговой травмы и основанием для прогноза. Ряд авторов [17, 18, 20] пришли к выводу, что если утрата сознания длится до 7 сут, то прогноз может быть благоприятным. При длительности бессознательного состояния до 14 сут прогноз сомнительный, а свыше 14 — малоутешительный.

Наши многочисленные наблюдения показали, что утрата сознания в момент травмы у больных с травматическими субарахноидальными кровоизлияниями при относительно благоприятном течении сменяется в дальнейшем состоянием глубокого оглушения или возникновением психомоторного возбуждения, спутанности и дезориентированности.

11% наблюдавшихся нами больных поступили в стационар в состоянии комы с тяжелыми ушибами головного мозга и массивной субарахноидальной геморрагией. У этих больных количество эритроцитов составляло от 350 тыс. до 2,5 млн в 1 мм³ ликвора. Динамика нарушения сознания среди данной категории больных была следующей: у половины из них кома сменилась состоянием сопора через 2–3 сут после травмы, у остальных — через 5–6 сут. В дальнейшем у всех больных указанной группы развился корсаковский травматический амнестический синдром, длившийся в течение 2–3 нед после травмы.

25% больных поступили в клинику в сопорозном состоянии, у них диагностированы ушибы головного мозга средней степени тяжести с умеренной субарахноидальной геморрагией. Состояние сопора сопровождалось выраженным психомоторным возбуждением, которое длилось от 2 до 5 дней. В дальнейшем у всех этих больных, как правило, наблюдался корсаковский травматический амнестический синдром.

Как показали наши наблюдения, помимо седативной терапии (аминазин, седуксен, реланиум и др.), выраженное лечебное действие в купировании психомоторного

возбуждения оказывали люмбальные пункции с выведением кровянистого ликвора и эндолюмбальным введением 10–15 см³ кислорода.

В состоянии глубокого оглушения в клинику поступило 26% больных, глубокое оглушение сознания у них сменилось умеренным на 2–3-е сут.

Большое прогностическое значение имела динамика нарушений сознания у наших пациентов. Быстрый переход из коматозного в сопорозное состояние, а затем в состояние оглушения являлся благоприятным прогностическим признаком: в дальнейшем в этих случаях отмечена вполне удовлетворительная нормализация психических нарушений и памяти.

38% больных поступили в клинику в ясном сознании, с полной сохранностью ориентировки, но у всех у них имелись нарушения памяти в виде ретро- или антероградной амнезии, которая сохранялась в течение 3–7 сут. Эту группу составили больные с легкими ушибами головного мозга и незначительной субарахноидальной геморрагией.

Как было отмечено выше, всем больным с лечебной целью на 16–18-е сут после травмы проводилось эндолюмбальное введение кислорода с последующей пневмоэнцефалографией. При этом во всех случаях наблюдалось значительное улучшение памяти, происходила ликвидация корсаковского травматического амнестического синдрома.

Таким образом, наш опыт позволяет рекомендовать к более широкому применению повторные люмбальные пункции с выведением кровянистого ликвора и эндолюмбальным введением кислорода, а также пневмоэнцефалографию у больных с острыми травматическими субарахноидальными кровоизлияниями. Это способствует не только быстрой санации ликвора, но и значительной нормализации психических нарушений у данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. // Общее обезболивание в хирургии / Под ред. И.С.Жорова. — М., 1959. — С. 478–488.
2. Арутюнов А.И. // Вопр. нейрохирургии. — 1955. — № 2. — С. 4–9.
3. Бабиченко Е.И. // Тез. науч. конф., посвящ. 125-летию Тамбов. обл. больницы. — Тамбов, 1967. — С. 59–61.
4. Бабиченко Е.И., Гвоздев Ю.Б. // Вопр. нейрохирургии. — 1970. — № 1. — С. 36–41.
5. Бабиченко Е.И., Гвоздев Ю.Б., Курочкин Г.И. Закрытая черепно-мозговая травма, осложненная внутрочерепными кровоизлияниями. — Саратов: Изд-во Саратов. ун-та. — 1974. — 259 с.
6. Бабчин И.С. Закрытые повреждения черепа и головного мозга: Метод. пособие. — Л., 1958.
7. Барон М.А. // Труды I Всесоюз. конф. нейрохирургов. — Л., 1958. — С. 24–36.
8. Внуков В.Т. // Материалы конф. молодых нейрохирургов. — Минск, 1967. — С. 184–186.
9. Вьяльцева И.Н. Состав спинномозговой жидкости при субарахноидальных кровоизлияниях: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1967.

10. Гвоздев Ю.Б. Некоторые особенности клиники и лечения больных с острой закрытой черепно-мозговой травмой, осложненной субарахноидальным кровоизлиянием: Дис. ... канд. мед. наук. — Саратов, 1969.

11. Гращенков Н.И., Иргер И.М. // Руководство по неврологии. — М., 1962. — Т. VIII. — С. 325—369.

12. Калинер С.С. Психопатологические нарушения при острых травматических внутричерепных кровотечениях // Травма нервной системы. — Л., 1960. — С. 181—183.

13. Калинер С.С. Психические нарушения при травме черепа и головного мозга. — Л.: Медицина. Ленингр. отделение, 1967.

14. Лубенский Е.Г. // Труды Всерос. науч.-практ. конф. нейрохирургов. — М., 1956. — С. 82—84.

15. Майорова Н.А. Экспериментальное исследование

всасывания эритроцитов из межболоочечных пространств мозга: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1955.

16. Смирнов Л.И. Патологическая анатомия и патогенез травматических заболеваний нервной системы. — М., 1947.

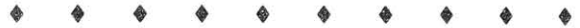
17. Frowein B.A. // Acta neurochir. — 1961. — № 4. — P. 468—495.

18. Lehman H.D. // Bruns Beitr. Klin. Hir. — 1964. Bd. 208, № 4. — S. 490—501.

19. Ricker J. // Virchow's Arch. f. pathol. anat. — 1919. — № 226. — P. 180—212.

20. Tonniss W. // Wein. klin. Wschr. — 1963. — № 29—30. P. 554—556.

Поступила 03.08.94



УДК 616.89—008.46—2:616.831—005

А.А. Лебедев, Л.С. Гапеева

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ МОЗГА

Кафедра нервных болезней (зав. — проф. А.А. ЛЕБЕДЕВ) Оренбургского государственного медицинского института

Р е з ю м е. Представлены результаты изучения кратковременной вербальной памяти и ассоциативно-и памяти у 40 больных с начальными проявлениями недостаточности кровообращения мозга и 20 здоровых лиц с регистрацией на фоноосциллограмме. Установлено снижение объема этих видов памяти, изменение некоторых временных параметров мнестических процессов (продолжительность латентных состояний, снижение скорости адаптации, нарушения равномерности и уравновешенности временных параметров) у больных с НПНКМ. Анализ динамики кратковременной вербальной памяти позволяет дифференцировать нормальные и патологические состояния. Данные исследования могут быть использованы при реабилитации лиц среднего и пожилого возраста.

А.А. Лебедев, Л.С. Гапеева

БАШ МИЕ КАН ӘЙЛӘНЭШЕНӘ
ЖИТЕНКЕРӘМӘУ БИЛГЕЛӘРЕ БАШЛАНГАН
АВЫРУЛАРНЫҢ ХӘТЕРЕ ҮЗГӘРҮ

Баш мије кан әйләнәшенә житенкерәмәве башлангыч билгеләре булган 40 авыруда һәм 20 сәләмәт кешеләрдә кыска вакытлы вербаль һәм ассоциатив хәтер фоноосциллограммада өйрәнү нәтижәләре китерелгән. Бу авыруларда ике төрле хәтернең дә начараюы күзәтелгән. Кыска вакытлы вербаль хәтерне анализлау нормаль һәм патологик торышны аерырга булышса. Тикшеренүләр нәтижәләрен урта һәм олы яшьтәге авыруларны реабилитацияләүдә кулланьрга мөмкин.

А.А. Lebedev, L.S. Gapeeva

MEMORY DISORDERS IN PATIENTS
WITH EARLY SIGNS
OF CEREBROVASCULAR INSUFFICIENCY

The results of short-term verbal memory and associative memory study of 40 patients with early signs of cerebrovascular insufficiency and 20 normal persons with re-

gistration on phonooscillogram are described. Decrease of the both kinds of memory, changing of some time parameters of memorizing processes (duration of latent states, decrease of rate of adaptation, changing of uniformity and equilibrium of time parameters) were found in patients with early signs of cerebrovascular insufficiency. The analysis of short-term verbal memory dynamics makes it possible to differentiate between normal and pathologic states. Investigational findings may be used in rehabilitation of middle-aged and elderly patients.

Память — сложный процесс, который состоит из ряда последовательных этапов, характеризующихся различной психологической структурой, неодинаковым объемом доступных для фиксации следов и неодинаковой длительностью их хранения. В условиях все возрастающего количества информации (печать, радио, телевидение), интенсификации производства изучение корковых функций, а особенно мнестических процессов имеет большое социальное и практическое значение, в частности для лиц среднего и пожилого возраста, страдающих начальными проявлениями цереброваскулярной патологии.

Известно, что при нарушениях мозгового кровообращения отмечается определенная неравномерность ослабления различных форм памяти (А.Р. Лурия, 1969; В.М. Блейхер, 1976). Значительнее и раньше всего страдает запоминание искусственных звуко сочетаний, в меньшей степени и позже появляется нарушение запоминания обычных 10 слов, более длительно сохранным оказывается запоминание в пробе на ассоциативную память. Фундаментальные экспериментально-

психологические исследования, касающиеся принципов организации вербальной мнестической функции, основаны либо на изменениях объема памяти (А.Р. Лурия, 1974; Р. Клацки, 1978), либо на применении вживляемых долговременных электродов (Н.П. Бехтерева, 1974).

Цель настоящего исследования заключалась в изучении кратковременной вербальной памяти (КВП) и ассоциативной памяти (АП) у 40 больных в возрасте от 15 до 69 лет с начальными проявлениями недостаточности кровообращения мозга (НПНКМ) на фоне артериальной гипертензии, церебросклероза и сосудистой дистонии. Контрольную группу составили 20 здоровых.

КВП изучали по так называемому методу заучивания и свободного воспроизведения списков. Обучающие списки (10 списков по 10 слов в каждом) составлялись с использованием принципа фонетического и стохастического подобия. На каждом шаге обучения (5 шагов на 1 список) вербальный ряд исследователя в объеме списка (10 слов на 1 шаг) поступал в сенсорно-слуховой регистр памяти испытуемого.

При исследовании АП зачитывались 10 пар слов, близких или отдаленных в ассоциативном отношении. Первые 6 пар — легкие ассоциации, представляющие однородные слова, между которыми устанавливаются смысловые связи. Вторые 4 пары — трудные ассоциации. Исследование повторялось трижды (3 шага обучения).

Вербальные ряды КВП и АП регистрировали на фоноосциллограмме. Полученные исходные данные включали в вариационные ряды и таблицы, а затем обрабатывали для каждого больного и для каждого шага обучения на ЭВМ стандартными методами однопараметрической статистики. При анализе полученных данных принимались во внимание объем и временные параметры организации КВП и АП на основе динамики латентных состояний: продолжительность латентного интервала (промежутки времени, разделяющие вербальные элементы), соотношение и разность колебаний латентных периодов в вербальном ряду, скорость адаптации; изучались также количество правильно воспроизведенных легких и трудных ассоциаций и качественная характеристика произведенных замен в ассоциативных парах. Изучено 3 350 фоноосциллограмм.

Объем КВП как у здоровых, так и у больных с НПНКМ на каждом шаге обучения постепенно и равномерно возрастал. Однако если у здоровых объем КВП в конечном итоге составил 9—10 слов, то у больных с НПНКМ он был значительно меньше и составлял 6 слов. У больных отмечались эпизодические вербальные парафазии, при этом замена всегда происходила словами, близкими по смыслу.

Установлена зависимость среднего време-

ни латентного состояния КВП от его порядкового номера в вербальном ряду испытуемого для каждого шага обучения. Среднее время латентных состояний КВП больных всегда было достоверно продолжительнее, чем у здоровых. Так, на первом шаге обучения латентный период КВП у больных с НПНКМ был на $1,02 \pm 0,08$ с продолжительнее, чем у здоровых, на втором — на $0,79 \pm 0,08$ с, на третьем — на $1,04 \pm 0,08$ с, на четвертом — на $0,29 \pm 0,09$ с, на пятом — на $0,99 \pm 0,08$ с ($p < 0,001$).

По результатам латентных интервалов слов со свободным припоминанием были построены кривые зависимости продолжительности латентных интервалов КВП от места вербального элемента в ряду. Анализ динамики латентных интервалов КВП у здоровых позволил выделить на кривой начальный, средний и конечный участки (эффекты начала, середины и конца). Самым продолжительным оказался латентный период первого вербального элемента, что, по-видимому, обусловлено первичными этапами формирования энграммы КВП, когда во внутренней речи испытуемого «проговаривается» максимум поступившей информации, что и соответствует более продолжительному латентному состоянию перед произнесением вслух первого слова вербального ряда («эффект начала»).

Пусковой механизм, срабатывающий при настройке, приводит к быстрому извлечению из КВП поступившей информации, что может объяснить значительное снижение латентного интервала перед вторым вербальным элементом ряда («эффект середины»). Характерно, что на этом участке (перед вторым словом ряда) латентный период был минимальным. Далее, начиная с третьего слова вербального ряда, продолжительность латентных интервалов постепенно нарастала, превысив в конце вербального ряда начальную часть («эффект конца»). Характерно, что у здоровых людей кривая зависимости латентных интервалов от места слова в ряду свободного припоминания не имела резких колебаний между ее тремя составными компонентами, что свидетельствует о равномерной организации процесса памяти.

У больных с НПНКМ так же, как и у здоровых, латентные состояния КВП обладали четко выраженным свойством экстремума: латентный период второго вербального элемента всегда имел достоверно меньшую продолжительность, чем первого. Однако у больных с НПНКМ по сравнению со здоровыми продолжительность латентных интервалов в конце вербального ряда не достигала исходного уровня, отсутствовал на кривой «эффект конца», а сама кривая, начиная со второго слова, была монотонно-торпидной. Последний факт свидетельствует о том, что в основе снижения объема памяти

у больных с НПНКМ лежит инертность мобилизующих факторов мнестического процесса.

Сопоставление количественных показателей латентных периодов показало, что у больных с НПНКМ разность между средними значениями латентных интервалов вербальных элементов колеблется в значительных пределах и превышает соответствующий показатель здоровых более чем в 3 раза. Этот факт свидетельствует о том, что при НПНКМ процесс организации КВП не только замедлен, но и неравномерно распределен во времени на всех ее этапах.

В соответствии с применяемой нами методикой исследования КВП при изучении особенностей процесса ее адаптации испытуемый оказывался включенным в монодидактическую систему по заучиванию и воспроизведению вербальных элементов. В таком случае средняя продолжительность соответствующих латентных интервалов могла характеризовать степень адаптированности памяти испытуемого в указанной системе. Установлено, что продолжительность латентных интервалов всех вербальных элементов к концу обучения по сравнению с первым шагом была значительно меньшей у больных, чем у здоровых. Другими словами, у больных с НПНКМ соотношения латентных интервалов в начале и в конце обучения резко отличались, имея самую большую продолжительность на первом шаге обучения, в то время как у здоровых указанные соотношения были практически неизменными. Полученные данные свидетельствуют о нарушениях процесса адаптации КВП у больных с НПНКМ по сравнению со здоровыми.

Анализ результатов по исследованию АП показал, что здоровые выполняли задание с легкими ассоциациями уже после первого шага обучения. Что же касается трудных ассоциаций, то правильность их воспроизведения на первом шаге составила 43,8%, на втором — 75,0%, на третьем — 91,3%. У больных с НПНКМ выявлено снижение объема АП. Так, задание с легкими ассоциациями оказалось трудным даже после трехкратного повторения, и правильность воспроизведения составила 94,0%. Особенно резкое снижение АП у больных с НПНКМ по сравнению со здоровыми отмечалось при установлении ассоциативных связей в трудных парах: на первом шаге обучения объем был снижен в 3,2 раза (правильность воспроизведения составила 13,6%), на втором — в 2,4 раза (31,6%), на третьем — в 2 раза (44,6%).

В оценке качественной характеристики произведенных замен в ассоциативных парах учитывались: замены словами, взятыми из предъявляемой серии (перестановка ассоциаций); замены заданных слов близкими по смыслу, принадлежащими к тому же кругу представлений (новые ассоциации); внесение

больными таких новых слов, которые не только не содержались в задании, но и ассоциативно не были связаны ни с одной парой слов (побочные ассоциации). Здоровые лица задание с легкими ассоциациями выполняли безошибочно. Незначительные ошибки при воспроизведении трудных ассоциаций заключались только в перестановке ассоциативно группируемых пар. Больные с НПНКМ производили замены как в пробе с легкими, так и особенно в пробе с трудными ассоциациями. При этом замены в виде перестановок слов предъявленной серии встречались в два раза чаще, чем появление новых ассоциативных связей. Побочные ассоциации не были зарегистрированы.

Временные параметры организации АП у больных с НПНКМ по сравнению со здоровыми оказались достоверно замедленными как в случаях с легкими, так и с трудными ассоциациями на всех шагах обучения. В среднем латентный период у больных с НПНКМ был на $0,166 \pm 0,005$ с продолжительнее, чем у здоровых, оказавшись при этом для легких ассоциаций замедленным на $0,156 \pm 0,04$ с ($p < 0,001$), а для трудных — на $0,289 \pm 0,015$ с ($p < 0,001$).

Таким образом, уменьшение объема и замедление временных параметров АП у больных с НПНКМ свидетельствует о снижении подвижности нервных процессов.

Так же, как при КВП, была изучена динамика латентных состояний АП, которая позволила выявить неравномерность ее временной организации и снижение скорости адаптации у больных с НПНКМ по сравнению со здоровыми.

Таким образом, на основе использования результатов статистического анализа фонооцилограмм и математического исследования процессов адаптации КВП и АП удалось установить, что у больных с НПНКМ снижается объем этих видов памяти, значительно изменяются временные параметры мнестических процессов: увеличивается продолжительность латентных состояний, снижается скорость адаптации, нарушается равномерность и уравновешенность основных временных параметров. Подобный анализ динамики латентных состояний КВП и АП позволяет по предложенным временным параметрам дифференцировать нормальные и патологические состояния КВП и АП и использовать их в комплексе с другими методами исследования для ранней диагностики начальных проявлений цереброваскулярной патологии.

Поступила 26.05.94



А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова, Л.А. Черникова, Е.М. Некрасова, О.В. Серебренникова

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ И РЕЧЕВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

НИИ неврологии (гир. — акад. РАМН Н.В. ВЕРЕЩАГИН) РАМН, Москва

Р е ф е р а т. Анализ восстановления нарушенных функций у больных, перенесших инсульт, показал преимущество раннего начала реабилитации. Раннее начало восстановительного лечения позволяет предотвратить развитие контрактур, речевых стереотипов, уменьшить выраженность психической дезадаптации. Восстановление двигательных функций происходит в основном в первые 6 мес, восстановление речи — в первые 2 года после инсульта, что и определяет длительность реабилитации.

А.С.Кадыков, Н.В.Шахпаронова, Л.А.Черникова,
Е.М.Некрасова, О.В.СеребренниковаБАШ МИЕНЭ КАН САВУДАН СОҢ
ХЭРЭКЭТЛЭНУ ҺӘМ СӨЙЛӘУ ФУНКЦИЯЛӘРЕН
РЕАБИЛИТАЦИЯЛӘУНЕҢ ДӘВАМЛЫБЫҒЫ

Баш миенә кан савудан барлыкка килгән функциональ үзгәрешләрнең нормаль хәлгә килү очрақларын анализлау, моңдый авыруларны башлангыч периодта реабилитацияләу кулай булуны күрсәтә. Дәвалауны иртәрәк башлау контрактуралар барлыкка килү, психик дезадаптация һәм башка патологик үзгәрешләрдән саклап кала. Хәрәкәтләнү функциясе гадәттә кан савудан соң беренче 6 айда, ә сөйләү — беренче 2 елда нормаль хәлгә килә.

A.S.Kadykov, N.V.Shakhparonova, L.A.Chernikova,
Ye.M.Nekrasova, O.V.SerebrennikovaDURATION OF MOTOR FUNCTION AND SPEECH
REHABILITATION AFTER INSULT

The analysis of rehabilitation of injured functions in patients with insult showed the advantages of early beginning of the rehabilitation measures. The early beginning of rehabilitation therapy enables to prevent the development of contractures and stereotypes of speech, to decrease expression of psychical disadaptation. Recovery of motor functions happens, in the general, within 6 month after insult, recovery of speech happens within 2 years after insult; it is these periods that determine duration of rehabilitation.

Основной задачей реабилитации является восстановление нарушенных функций и социальная реадaptация больных, включая восстановление навыков самообслуживания, социальной активности, межперсональных отношений, когда это возможно — трудоспособности. Хотя роль восстановительного лечения ни у кого не вызывает сомнений, удельный вес спонтанного и направленного восстановления остается еще достаточно неопределенным. Неясны еще и многие методические аспекты восстановительной терапии: сроки ее начала, длительность проведения, отбор больных, необходимость повторных курсов и т.д.

Важность раннего начала реабилитации связана, во-первых, с рядом осложнений острого периода, во многом обусловленных гипокинезией и гиподинамией (тромбофлебиты конечностей, тромбозомболии легочной артерии, застойные явления в легких и т.д.), и, во-вторых, с опасностью развития и прогрессирования вторичных патологических состояний (таких как, например, спастические контрактуры, «телеграфный стиль» при моторной афазии и т.д.). На значение ранней реабилитации указывает большинство исследований [9, 10, 11, 17, 18], многие из них подчеркивают, что более раннее ее начало способствует более полному восстановлению функций, влияет на темп восстановления. Некоторые исследователи считают раннее начало реабилитации даже более важным для восстановления функций, чем ее длительность [9, 10, 18].

Следует подчеркнуть, что необходимым условием начала активной реабилитации является стабилизация общего состояния больного, в том числе гемодинамики, определенный уровень бодрствования и высокая степень мотивации, определяющие способность к обучению.

В отношении длительности реабилитации среди специалистов не существует единого мнения. Некоторые исследователи [13, 19] считают, что восстановительный период длится до 6 мес. В то же время другие полагают, что восстановление может продолжаться и после 6 мес.

Наиболее эффективна, как считают многие исследователи [1, 2, 9], трехзвенная схема поэтапного восстановительного лечения: реабилитационные мероприятия начинают уже во время пребывания больных в отделении для лечения острых нарушений мозгового кровообращения, куда они доставляются машиной скорой помощи, затем продолжают в восстановительном отделении, из которого через 1,5–2 мес следует выписка на амбулаторное лечение. При речевых, при очень грубых двигательных нарушениях, при медленном темпе восстановления и сопутствующих заболеваниях этот срок может удлиниться до 3 мес. Многие больные продолжают и после выписки получать лечение в восстановительных отделениях районных поликлиник, в районных врачебно-физкультурных диспансерах и на дому.

Некоторые исследователи [8–10] подчеркивают, что наиболее целесообразно прово-

дить реабилитацию больных, перенесших инсульт, во всяком случае на первом этапе, не в реабилитационных центрах общего типа, а в специализированных реабилитационных инсультных отделениях. Два фактора говорят о целесообразности создания таких отделений: 1) сохранение медицинской преемственности после острой стадии инсульта; 2) наличие реабилитационного персонала, специализирующегося на восстановлении после инсульта.

Нами проводилось изучение эффективности проводимых в институте реабилитационных мероприятий у больных, начавших восстановительное лечение в разные сроки от момента развития инсульта — в острый период (до 21 дня), в ранний восстановительный (до 6 мес), в поздний восстановительный (от 6 до 12 мес) и резидуальный (более 1 года) периоды инсульта и прошедших один или несколько курсов реабилитации.

Обследовано 188 больных с двигательными и 121 больной с речевыми нарушениями. Средний срок наблюдения составлял 2–3 года. Больные подробно обследовались при поступлении и выписке и в резидуальный период через 2–3 года.

В группе больных с двигательными нарушениями мужчин было 125, женщин — 63; в молодом возрасте (до 44 лет — по классификации ВОЗ) — 48 человек, в среднем (45–59 лет) — 101, в пожилом (60–74 года) — 39. Преобладали больные с инициально тяжелыми двигательными нарушениями: в остром периоде у 119 (63%) больных наблюдалась гемиплегия, у 58 — грубый гемипарез, у 11 — умеренный и легкий гемипарез. У 64 больных восстановительное лечение было начато в остром периоде, у 62 — в раннем восстановительном, у 46 — в позднем восстановительном и у 16 — в резидуальном периоде инсульта; 113 больным проведены повторные курсы реабилитации.

При начале лечения в остром и раннем восстановительном периоде преобладала значительная и умеренная степень восстановления, составляя в целом 76% в первом случае и 61% — во втором. При начале реабилитации в позднем восстановительном периоде ее результаты были гораздо хуже: только у 13% больных отмечалась умеренная степень восстановления, у 41% степень восстановления была небольшой, а у 46% отсутствовала. Начало восстановительного лечения в резидуальном периоде инсульта у больных, не получавших его ранее, малоэффективно: у 63% из них эффект от лечения полностью отсутствовал, у 31% — отмечалась лишь небольшая положительная динамика, выражавшаяся в основном в уменьшении спастичности, улучшении функции ходьбы и навыков самообслуживания.

Повторные курсы восстановительного лечения тем больным (113 человек), которые уже в полном объеме получили его в условиях восстановительного отделения ин-

ститута, еще менее эффективны, чем проведение первичной реабилитации в резидуальном периоде больным, ранее не получавшим ее, — отсутствовал эффект у 83% больных.

В связи со спецификой речевых расстройств и их восстановления отдельно был проанализирован восстановительный период у больных с афазией.

Нейропсихологическое исследование речи проводилось по методу А.Р. Лурия в модификации Л.С. Цветковой [6]. Разработанная ею методика оценки речевых функций дает возможность не только выявить качественную специфику нарушения речи, но и оценить выраженность этого нарушения, что позволяет выбрать более адекватные методы восстановительного обучения, делает наглядными успехи больных, позволяет отличить истинное восстановление речи от приспособления к имеющемуся дефекту.

В группе больных с афазией (121) наблюдались 91 мужчина и 30 женщин; 30 больных было молодого возраста, 30 — пожилого, 61 — среднего. У всех больных в остром периоде отмечались тяжелые речевые расстройства: у 57 (почти у половины больных) — тотальная афазия, у 14 — грубая сенсомоторная, у 28 — грубая моторная, у 22 — грубая сенсорная. Результаты восстановительного лечения у больных с афазией в меньшей степени зависели от сроков начала реабилитации, чем у больных с двигательными нарушениями: значительная степень восстановления речи отмечалась у 40% больных, начавших речевую реабилитацию в остром периоде инсульта, у 29% — в раннем восстановительном периоде и у 10% — в позднем восстановительном периоде; умеренная — у 25% больных, начавших реабилитацию в остром периоде, у 29% — в раннем восстановительном и у 40% — в позднем восстановительном периоде.

При проведении повторных курсов речевой реабилитации в первые 2 года после инсульта у значительной части больных отмечалось улучшение речи. Наиболее эффективными оказывались повторные курсы в случаях с умеренной моторной (улучшение у 100% больных) и сенсорной (улучшение у 70% больных) афазией, значительно менее продуктивными — в случаях с сенсомоторной афазией (улучшение у 27% больных). Сохранение сенсомоторной афазии в резидуальном периоде инсульта говорит о большой ригидности восстановления — в случаях хорошего восстановления уже на ранних этапах сенсомоторная афазия трансформируется в моторную или реже в сенсорную афазию.

Результаты нашего исследования во многом соответствуют данным зарубежных исследователей. Так, R.T. Wertz [20] отмечал, что наилучшая эффективность достигается при начале речевой реабилитации в первые 3 мес от момента развития инсульта,

проводимой не менее 3 ч каждую неделю в течение 5 мес и более. По данным M.Kelly-Hauers [13], в отличие от сроков восстановления двигательных функций предельные сроки возможного улучшения речевой функции очень переменчивы, и часто улучшение продолжается и сверх 6 мес после инсульта.

Касаясь методов реабилитации, проводимой в институте, следует сказать, что при двигательных нарушениях они включали различные виды лечебной гимнастики (пассивная, активная гимнастика, обучение ходьбе), электростимуляцию, бытовую реабилитацию, методы, снижающие мышечную спастичность; при речевых нарушениях — регулярные занятия с логопедом-афазиологом по восстановлению различных сторон речевой деятельности (экспрессивной и импрессивной), обычно нарушенных при афазии письма, чтения и счета. Занятия проводились на фоне приема нейротрофических и вазоактивных препаратов. Реабилитационная программа для каждого больного была строго индивидуальной в соответствии с имеющимся клиническим синдромом и характером основного заболевания, возрастом, сопутствующими заболеваниями [4].

Нами разработан комплекс мероприятий по предупреждению развития контрактур, возникающих или в результате нарастания мышечной спастичности, или вследствие возникновения постинсультных артропатий [3—5]. В комплекс борьбы со спастичностью входят физиолечение (теплолечение или криотерапия), лечение положением, специальные лечебно-гимнастические приемы на расслабление, электромиографическая обратная связь, избирательный и точечный массаж, прием миорелаксантов. Обычно для достижения эффекта приходится назначать несколько из вышеуказанных процедур.

Для лечения постинсультных артропатий, развивающихся у 15—20% больных, перенесших инсульт, используется комплекс физиотерапевтических методов (электропроцедуры), обладающих выраженным обезболивающим действием (средствами выбора являются: чрескожная стимуляционная анальгезия, синусоидально модулированные токи, динамические токи, электрофорез лекарственных веществ), и методов, улучшающих трофику суставов и окружающих их мягких тканей (парафино- и озокеритолечение, вакуумный массаж, турбулентный гидромассаж), в сочетании с приемом анаболических гормонов и проведением кинезотерапии.

Все эти профилактические мероприятия должны начинаться в первые 1—3 мес после развития инсульта, т.е. в острый или в ранний восстановительный период. По нашим наблюдениям, своевременно начатое комплексное дифференцированное лечение позволяет предотвратить развитие контрактур.

Одной из важных постинсультных проблем является депрессия, поражающая от 20 до 40

и более процентов больных, перенесших инсульт [7, 12, 15, 16]. Тяжести реактивной депрессии способствуют такие факторы, как внезапность развития заболевания, выраженность инвалидизации, потеря социального статуса, неверие в возможность выздоровления. Как показывают в своих исследованиях M.V.Johnston и соавт. [12], раннее начало физической реабилитации является одновременно с профилактикой контрактур, пролежней и других осложнений инактивности и профилактикой психической дезадаптации, наступающей в результате выраженных депрессивных реакций. При раннем начале реабилитации депрессия встречается в меньшем проценте случаев и протекает более мягко.

Квалифицированная реабилитация — дорогостоящее мероприятие, для ее проведения требуются высококвалифицированные специалисты: логопеды-афазиологи, методисты ЛФК, массажисты, физиотерапевты, психологи. Поэтому важнейшей задачей является отбор больных для проведения интенсивного восстановительного лечения. Основой такого отбора является прогнозирование восстановления, в ходе которого можно выделить 3 группы больных: 1) с хорошим спонтанным восстановлением (без реабилитации); 2) с плохим восстановлением функций независимо от способа реабилитации; 3) с хорошим и умеренным восстановлением, возможным только при проведении интенсивной восстановительной терапии.

Третья группа, по нашему мнению, и должна составлять основную массу больных, направляемых в реабилитационные учреждения. При отборе больных для реабилитации следует принимать во внимание прогностическое значение отдельных факторов, влияющих на восстановление функций.

Необходимо также учитывать и противопоказания к интенсивной реабилитации, выработанные в результате длительного наблюдения за больными, проходившими лечение в восстановительном отделении. Это тяжелые соматические заболевания (недостаточность кровообращения III степени, стенокардия покоя с частыми приступами, активная фаза ревматизма и т.д.) и выраженные изменения психики.

Выводы

1. Восстановление двигательных функций происходит в основном в первые 3—6 мес от начала инсульта, в эти сроки и наиболее эффективно проведение двигательной реабилитации.

2. Начало восстановительного лечения и необходимых профилактических мероприятий в первые месяцы после инсульта позволяет предотвратить развитие контрактур, возникающих или на почве постинсультных артропатий суставов паретичных конечностей, или в результате нарастания спастичности.

3. Повторные курсы двигательной реабилитации в позднем периоде больным, уже прошедшим полноценный курс восстановительного лечения, малоэффективны.

4. Раннее начало речевой реабилитации более эффективно, оно позволяет предотвратить фиксацию патологических симптомов, однако здесь сроки начала лечения не имеют такого определяющего значения, как у больных с двигательными нарушениями.

5. Восстановительное лечение больных с афазией должно быть длительным и проводиться в течение первых 2-3 лет после инсульта. Наиболее эффективны повторные курсы речевой реабилитации больных с умеренной степенью речевых нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демиденко Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии. — Л.: Медицина. Ленингр. отделение, 1989.
2. Столярова А.Г., Кадыков А.С., Голланд Э.Б. Принципы организации восстановительного лечения неврологических больных // Вопросы организации восстановительного лечения больных и инвалидов. — М., 1982. — С. 14-20.
3. Столярова А.Г., Кадыков А.С., Пивоварова В.М. Миорелаксанты в комплексной реабилитации больных с постинсультными гемипарезами // Современные проблемы нейропсихофармакологии, принципы патогенетического лечения больных нервными и психическими заболеваниями: (Тез. докл. пленума Правл. Всесоюз. об-ва невропатологов и психиатров, Полтава, 23-25 окт. 1984 г. — М., 1984. — Т.1. — С. 163-165.
4. Столярова А.Г., Кадыков А.С., Черникова Л.А. Восстановительное лечение больных с постинсультными двигательными нарушениями: Метод. рекомендации. — М., 1986.
5. Столярова А.Г., Кадыков А.С., Черникова Л.А. и др. Профилактика контрактур при постинсультных артропатиях. //Журн. невропатол. и психиатр. — 1989. — № 9. — С. 63-65.
6. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. — М.: Просвещение, 1988.

7. Binder L.M. Emotional problems after stroke // Stroke. — 1984. — Vol. 15, № 1. — P. 174-177.
8. Brandstater M.E. An overview of stroke rehabilitation // Stroke. — 1990. — Vol. 21, suppl. II. — P. 40-42.
9. Feigenson J.S. Stroke rehabilitations: effectiveness, benefits and cost. Some practical considerations // Stroke. — 1979. — Vol. 10, № 1. — P. 1-4.
10. Feigenson J.S. Stroke rehabilitations // Stroke. — 1981. — Vol. 12, № 3. — P. 372-375.
11. Henley S., Petits S., Todd-Pokropek A., Tupper A. Predictive factors in stroke recovery // J.Neurd. Neurosurg. Psychiatr. — 1985. — Vol. 48, № 1. — P. 1-6.
12. Johnston M.V., Keister M. Early rehabilitation for stroke patients: a new look // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1984. — Vol. 65, № 8. — P. 437-441.
13. Kelly-Hayers M. Time intervals, survival and destination // Stroke. — 1990. — Vol. 21, suppl. II. — P. 24-26.
14. Kotila M., Waltimo O., Niemi M.-L. et al. The profile of recovery from stroke and factors influencing outcome // Stroke. — 1984. — Vol. 15, № 6. — P. 1039-1044.
15. Niemi M.-L., Laaksonen R., Kotila M., Waltimo O. Quality of life 4 years after stroke // Stroke. — 1988. — Vol. 19, № 9. — P. 1101-1107.
16. Robinson R.G., Bolduc P.L., Price T.R. Two years longitudinal study of poststroke mood disorders: diagnosis and outcome at one and two years // Stroke. — 1987. — Vol. 18, № 5. — P. 837-843.
17. Shah S., Vanclay F., Cooper B. Efficiency, effectiveness and duration of stroke rehabilitation // Stroke. — 1990. — Vol. 21, № 2. — P. 241-246.
18. Smith M.B., Garraway W.M., Smith D.L., Akhtar A.J. Therapy impact on functional outcome in controlled trial of stroke rehabilitation // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1982. — Vol. 63, № 1. — P. 21-24.
19. Sutin J.A. Clinical presentation of stroke syndromes // Stroke rehabilitation. Ed. by Kaplan P.E. a. Cerullo L.J. — Boston, 1986. — P. 1-36.
20. Wertz R.T. Communications deficits in stroke survivors. An overview of classifications and treatment // Stroke. — 1990. — Vol. 21, suppl. II. — P. 16-18.

Поступила 10.03.93

УДК 616.89:316.43

А.К. Хохлов, В.В. Гаврилов, А.Н. Савельев, В.И. Горохов

О ФАКТОРАХ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНОГО ПРОГНОЗА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Кафедра психиатрии (зав. — проф. А.К. ХОХЛОВ) Ярославского медицинского института

Р е ф е р а т. Дается описание результатов клинико-эпидемиологического исследования (изучено 506 пациентов). Анализ показывает, что социальный прогноз зависит не только от характера патологии, но и от практики в оценке трудоспособности психически больных, от культуральных и общественных влияний, особенно ощутимых в современный период исторического развития нашей страны. Выявлена тенденция к уменьшению числа работающих больных, к увеличению количества больных, признаваемых инвалидами. Сделан вывод о том, что социальный прогноз в психопатологии обусловлен множеством факторов, причем клинико-биологические факторы могут получать общественное звучание и «социализироваться», это необходимо

принимать во внимание при оценке влияния современного ведения больных на их судьбу.

А.К.Хохлов, В.В.Гаврилов, А.Н.Савельев, В.И.Горохов

ПСИХИК АВЫРУЛААРНЫҢ СОЦИАЛЬ ПРОГНОЗ КҮРСӘТКЕЧЛӘРЕНӘ ТӘЭСИР ЯСЫЙ ТОРГАН ФАКТОРЛАР

Мәкаләдә 506 авыруда уздырылган клиник-эпидемиологик тикшеренүләрнең нәтижәләре китерелгән. Анализ күрсәткәнчә, социаль прогноз патологик үзгәрешләрнең чагылышыннан гына түгел, ә бәлки психик авыруларның эшчәнлеген бәяләү, безнең илдәге бүгенге мәдәният һәм

жәмгыятэ йогынтысыннан да тора. Эшләүче авыруларның саны азаю һәм инвалид дип танылган авыруларның күбәю тенденциясы ачыкланган. Психопатологиядә социаль прогноз күптөрле факторлар белән бәйләнгән булуы турындагы фикер әйтелгән.

L.K.Khokhlov, V.V.Gavrilov, L.N.Savelyev, V.I.Gorokhov

ON THE FACTORS INFLUENCING THE INDICES OF SOCIAL INVOLVEMENT PROGNOSIS OF MENTAL DISEASES

The results of clinical and epidemiological research are given (506 patients were examined). The analysis has shown that social involvement prognosis depends not only on the pathology character but also on the practice of mental patient working ability evaluation, on cultural and social factors which are especially important at the present period of historical development of our country. The number of working patients tends to lower while the number of patients recognized as invalids has increased. The conclusion has been made that a social involvement prognosis in psychiatry relates with many factors while factors of clinical and biological nature can obtain social meaning, and it should be taken into account in evaluating the influence of up-to-date patient conducting methods on patient fates.

Целью определения значимости различных факторов в социальном прогнозе в случаях психопатологии нами проведено клинико-эпидемиологическое изучение группы пациентов (506 человек), проживающих в одном из городских районов. В исследовании включены все выявленные психиатрической службой больные района, у которых когда-либо в течение заболевания (независимо от его нозологической принадлежности) наблюдались депрессивные картины. В итоге выяснилось, что у каждого третьего больного (34,3%), обращавшегося в психоневрологический диспансер, на каком-то этапе заболевания констатировалась депрессия (однократно или повторно). Проведено сравнение полученных данных с соответствующими характеристиками всех других психически больных района.

Анализ показывает, что обнаруживается зависимость социального прогноза не только от характера патологии, но и от складывающейся практики в оценке трудоспособности психически больных, от культуральных, социальных, общественных влияний, особенно ощутимых в современный период в связи с большими, часто стремительными переменами, происходящими в нашей стране. Исторически меняется уровень требований общества к социальной адаптации. И это сказывается в тенденции к уменьшению числа работающих больных, к увеличению количества признаваемых инвалидами, в изменении отношения к госпитализации, ее продолжительности у ряда находящихся в неудовлетворительном материальном положении пациентов (установка на более частое и продолжительное стационарирование, чем это диктуется чисто медицинскими показателями).

При анализе такого важного показателя социального прогноза, как трудоспособность,

необходимо учитывать, что при психических расстройствах позднего возраста полученные данные могут не отражать истинных причин стойкой утраты трудоспособности [2], так как в ряде случаев пенсионное обеспечение по возрасту отличается от пенсии по инвалидности, в связи с чем часть больных не оформляет инвалидности по заболеванию (последнее время появились противоположная тенденция: оформлять инвалидность после выхода на пенсию по возрасту).

Когда мы начали проводить первые клинико-эпидемиологические исследования (вторая половина 60-х гг. — города Иваново, Ярославль), столкнулись с тем, что в то время часто не распознавали приступообразного течения при шизофрении и шизоформных психозах; явления атонической депрессии и тому подобные состояния принимали за выраженный дефект психики и неправильно оценивали клинический и социальный прогноз: соответствующих больных признавали инвалидами, хотя катамнез показывал ошибочность такого заключения. В последующие годы ситуация изменилась: не стали спешить с выводом о стойкой утрате трудоспособности у больных с приступообразным течением патологического процесса, и это положительно сказалось на соответствующих показателях.

С тем чтобы более конкретно показать сложность отношений, взаимовлияние биологического и социального, сравним показатели трудоспособности совокупности больных с депрессией и всех исследованных больных района. 40,9% депрессивных больных не имеют инвалидности, 42,9% этой совокупности являются пенсионерами по возрасту и 16,2% — инвалиды I—III группы: основная масса, естественно, по психической патологии (14,2%) и небольшое число (2%) — по соматическому неблагополучию.

Обращает на себя внимание, что только у 1,7% признанных инвалидами по психической болезни определяется III группа инвалидности, большинство же — инвалиды в основном II (11,9%) и отчасти I группы (0,6%). Если обратиться ко всем больным района (независимо от клиники, а не только к больным с депрессиями), попавшим в поле зрения психиатров, то картина трудоспособности представится следующей: 40,4% всей совокупности (и с депрессией, и без нее) инвалидами не признаны, 5,5% — инвалиды III группы по психическому заболеванию, 27% — II группы, 4,6% — I группы; 19,5% являются пенсионерами по возрасту, 3% — инвалиды по соматической патологии.

Как видно, больные с депрессией не отличаются от больных во всей совокупности (и с депрессией, и без нее) по удельному весу не имеющих инвалидности. Но во всей совокупности больных больше признанных инвалидами (всех трех групп) и меньше пенсионеров по возрасту. То есть группа больных с депрессией характеризуется, если

судить по показателям трудоспособности, в общем лучшим социальным прогнозом (в отличие от оказавшихся в поле зрения психиатров больных без депрессии). Объяснить это можно не только с сугубо клинических позиций, но и различием в толерантности, тем, что больные с депрессией направляются к психиатрам и тогда, когда патология неглубокая (невротическая депрессия и т.д.). Даже невыраженная депрессия, в отличие от других психопатологических проявлений, вызывает беспокойство и самих больных, и их окружения, врачей других специальностей (широко известен повышенный риск суицидного поведения больных с депрессией).

Далее, при оценке, например, образовательного уровня больных следует учитывать своеобразие того исторического периода, на который приходится обучение. У сравнительно молодых людей уровень образования, естественно, еще не устойчив и стабилизируется лишь в более поздние сроки. Поздно заболевшим пациентам пожилого возраста (с пресенильными, сосудистыми заболеваниями) в силу социально-исторических условий, прошедших на их молодость, было затруднительно получить более высокое образование. Поэтому в группе больных с пресенильными и сосудистыми заболеваниями удельный вес лиц со средним и выше среднего образованием самый низкий — 30,8% (во всей совокупности 61,3%).

В настоящее время резко меняется отношение к образованию, его обязательности, и это, следует ожидать, приведет к падению образовательного уровня и тех лиц, которые могут оказаться под наблюдением психиатрической службы. С другой стороны, имеет значение возраст, когда началась болезнь: при тяжелом страдании, начавшемся в раннем возрасте, шансы на получение сравнительно высокого образования уменьшаются. И наши расчеты показывают: чем более раннему возрасту сопутствует начало болезни, тем ниже образовательный уровень. Сказываются, таким образом, факторы, связанные с болезнью.

Неоднозначной может быть и оценка роли половой принадлежности. В изученной совокупности больных с депрессией (так же как и среди всех жителей района, по данным переписи населения) лица мужского пола имеют более высокие показатели по уровню образования: число лиц со средним и выше среднего образованием составляет в группе мужчин 72,5%, женщин — лишь 54,6%. Мужчины при сравнении с женщинами отличаются более высоким уровнем квалификации (на момент обследования), среди них меньше неработающих (23,8% против 57,4%) и больше занятых квалифицированным трудом (50,3% против 23,4%). И мужчины, и женщины, если судить по характеру выполняемой на момент катмнеза работы, в

основном реализуют в своей трудовой деятельности полученное образование, за исключением высшего и незаконченного высшего.

И здесь снова выступает значение пола. Высшее и незаконченное высшее образование получили 24,9% всех пациентов (31,2% мужчин и 21,1% женщин), а выполняют, на момент исследования, соответствующую квалифицированную работу лишь 10,5% пациентов: половина мужчин (15,3%) и одна треть женщин (7,3%) с указанным уровнем образования. В общем женщины отличаются от мужчин также и более низким уровнем социальной адаптации [1]. Но различия по последнему показателю не столь отчетливы в отличие от других социальных характеристик (образование, квалификация, трудоспособность). Это и понятно: при определении уровня социальной адаптации учитываются не только формальные, «официальные» стороны социального функционирования больных, но и работа, поведение дома, в быту и т.д.

В силу социального положения женщины, будучи фактически трудоспособными, чаще не работают на производстве, проявляют установку на инвалидность. То есть отмеченные половые различия в социальном функционировании связаны, видимо, не только с патологией, но и с требованиями общества к социальному статусу лиц разного пола. Подобным же образом есть основания объяснить и тот факт, что там, где больна женщина, брак оказывается менее устойчивым: разведенных среди больных мужчин — 22,8%, среди женщин — уже 48,3%.

Сложным, связанным с социальными факторами представляется и влияние на социальный прогноз алкоголизации (хронический алкоголизм, тяжелые формы бытового пьянства). В группе больных с депрессией, страдающих алкоголизмом, по сравнению с неотягощенной этилизмом группой несколько ниже (на момент исследования) показатель первого (самого высокого) уровня социальной адаптации и выше — показатель второго уровня. Почти одинаков в обеих сравниваемых группах удельный вес третьего и четвертого уровней. По пятому (самому низкому) уровню недостоверно меньше цифра, характеризующая совокупность пациентов, злоупотребляющих алкоголем. Приведенные данные отражают, можно думать, не только характер влияния злоупотребления алкоголем на течение болезни, но и тот факт, что для больных с тяжелым течением заболевания алкоголь становится менее доступным (и в силу особенностей патологии, ограничивающей активность пациентов, и вследствие социальной изоляции, снижения материальной обеспеченности). Алкоголизация чаще, как и следовало ожидать, констатируется у мужчин, и результатом этого является тот факт, что мужчины чаще женщин стационарируются: 5 и более раз госпитализировано 40,3% мужчин и 32,5% женщин.

Итак, мы сначала рассмотрели значение для социального (да и клинического) прогноза факторов, являющихся преимущественно экстреморбидными. В качестве экстреморбидных факторов клинического и социального прогноза можно назвать, помимо рассмотренных, и другие. Имеются некоторые основания принимать здесь во внимание особенности и наследственной отягощенности, и преморбидного склада личности. Так, психозы у родственников чаще встречаются в прогностически менее благоприятной группе больных с полисиндромальными психозами ($20,0 \pm 3,0\%$), чем у пациентов с аффективными приступами: полярное депрессивное течение — $11,2 \pm 2,0\%$, биполярное — $12,1 \pm 4,0\%$. Особенно часто затяжное течение депрессии приобретают у лиц с тревожно-мнительным преморбидом; короткие (до 1 мес) депрессии чаще всего обнаруживаются у эпилептоидных, эксплозивных личностей. В группе реактивно спровоцированных депрессий затяжные формы встречаются чаще ($10,0 \pm 1,5\%$), чем в группе спонтанно возникающих депрессий ($3,8 \pm 0,5\%$).

И, наконец, сделан вывод о значении для прогноза терапии. В современный период под влиянием массовой интенсивной психофармакотерапии появляется тенденция к уменьшению удельного веса затяжных форм депрессий, но возрастает частота рецидивов, доля депрессивных состояний психотического уровня (с присоединением болезненных переживаний, выходящих за рамки собственно депрессивного синдрома).

Естественно, социальные возможности больных в большой степени зависят от особенностей патологии: социальный прогноз тем благоприятнее, чем легче психическое заболевание. Так, наименьший процент инвалидов по психическому страданию определяется в группе пациентов с монополярным депрессивным течением страдания ($4,6 \pm 1,3\%$), наибольший — при биполярном развитии ($19,7 \pm 4,9\%$) и особенно при полисиндромальных психозах ($26,1 \pm 3,3\%$). При психотичес-

ком уровне расстройства число больных, не имеющих инвалидности, значительно меньше ($36,4 \pm 2,7\%$), чем в группе пациентов с непсихотическим характером патологии ($48,4 \pm 3,6\%$); инвалидов по психическому заболеванию показательно больше в первой группе ($20,9 \pm 2,3\%$), чем во второй ($3,2 \pm 1,3\%$). Характер патологии, ее тяжесть сказываются на всех формах социального функционирования больных: не только на социально-трудовой, но и на семейно-бытовой адаптации, на частоте и особенностях общественно опасного поведения.

Таким образом, на примере психических болезней, протекающих с депрессией, можно заключить, что социальный прогноз в психопатологии обусловлен множеством факторов: и клинко-биологических, и социальных, и связанных непосредственно с патологией, и экстреморбидных. Выступают они в комплексе, взаимосвязанно, изменяясь в ходе взаимодействия. При этом клинко-биологические факторы могут получать социальное звучание, как бы «социализоваться». Степень и характер социализации клинко-биологического различны в разные исторические периоды. Это необходимо принимать во внимание при рассмотрении прогноза в исторически хронологической динамике, при оценке влияния современного ведения больных на их судьбу. Изложенные факторы социального прогноза должны учитываться в лечебно-профилактической работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жариков Н.М., Либерман Ю.И. Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией: (Метод. письмо). — М., 1970. — 75 с.
2. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний: (Стат. исследование). — Рига, 1988. — 235 с.

Поступила 27.09.93

УДК 616.8-009.83:616.895.87:616.895.4

Г.Н. Носачев, В.С. Баранов

ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ САМОСОЗНАНИЯ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗАХ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Кафедра психиатрии (зав. — проф. В.А. МАДОРСКИЙ) Самарского государственного медицинского университета

Р е ф е р а т. Представлены результаты подробного феноменологического анализа нарушений самосознания при эндогенных психозах у целого ряда пациентов, обследовавшихся у авторов работы в течение последних 15 лет. Данные оцениваются в свете их значения для реабилитации. Делается вывод о том, что успех реабилитационных мероприятий через формирование у больных наиболее адекватной самооценки можно скорее всего ожидать при нажитых и лабильных изменениях самосознания в случаях маниакально-депрессивного психоза и периодической шизофрении.

Г.Н.Носачев, В.С.Баранов

ЭНДОГЕН ПСИХОЗЛАР ВАКЫТЫНДА БУЛА ТОРГАН АҢ ҮЗГӘРЭШЛӘРЕНЕҢ РЕАБИЛИТАЦИЯЛӘУ ЧАРАЛАРЫ ӨЧЕН ӘНӘМИЯТЕ

Мәкаләдә авторларның соңгы 15 ел эчендә эндоген психоз белән авырчуларның аңындагы үзгәрешләргә анализлау нәтиҗәләре китерелгән. Бу мәгълүмәтләр реабилитация өчен әһәмиятле. Йомгаллап шуны әйтсәргә

кирэк, реабилитацияләу чаралары авыруларда маниакаль-депрессив психоз һәм вакытлы шизофрения булганда ешрак уңышка китерә.

G.N.Nosachev, V.S.Baranov

REHABILITATION MEASURES WITH PATIENTS
HAVING SELF-CONSCIOUSNESS DISORDERS
AS CONSEQUENCES
OF ENDOGENOUS PSYCHOSES

The results of detailed phenomenological analysis of self-consciousness disorders as consequences of endogenous psychoses are presented: the authors have examined a large number of patients within the last 15 years. The data have been evaluated in view of their role in rehabilitation. The conclusion has been made that the success of rehabilitation measures through formation of the most adequate self-appraisal in patients with acquired and labile alterations of self-consciousness is more probable in those with manic-depressive psychoses or periodical schizophrenia.

До сих пор идет дискуссия о том, что, собственно, является предметом реабилитации психически больных — организационно-социальные и организационно-методические аспекты или же и клиничко-феноменологические аспекты «клинической» психиатрии. В отечественной психиатрии усилиями М.М. Кабанова [1, с. 24] эта дискуссия практически разрешена: «В связи с этим противопоставлять, даже терминологически, «клиническую» психиатрию было бы, на наш взгляд, неправильно».

Целью настоящего сообщения является феноменологический анализ нарушений самосознания при эндогенных психозах (маниакально-депрессивный психоз, приступообразная шизофрения), проведенный на основании обширных клиничко-психопатологических и медико-психологических данных, собранных коллективом психиатров кафедры на протяжении 15 лет [4, 6, 7, 10, 14], и определение их значения для этапов реабилитации.

Трудности феноменологической классификации патологии самосознания обусловлены в большей мере тремя основными причинами: 1) очевидной сложностью феномена психоза как такового, а эндогенных психозов особенно; 2) существенной неразработанностью собственного понятийного аппарата клинической психиатрии, с помощью которого описывается феноменология; 3) малой тенденцией привлечения других методов исследования психической патологии (экспериментальная патопсихология, психология личности и т.д.). Между тем именно использование патопсихологического метода и включение его на разных этапах клиничко-динамического анализа болезни создает возможность более глубокого феноменологического изучения нарушений самосознания.

К началу наших исследований (80-е гг.) в отечественной психиатрии заметное положение занимало учение о деперсонализации [5] с подразделением на чувственную, идеатор-

ную и анестетическую сферы; на сомато-психическую, ауто- и аллопсихическую деперсонализацию. Параллельно с нашими исследованиями шло выделение и уточнение вариантов интрапсихических расстройств феноменологии нарушений самосознания, но только клиническим методом [11].

Определяющими при анализе были три утверждения. Во-первых, положение И.С. Кона [3], согласно которому самосознание является следствием и одновременно условием функционирования «Я», отсюда — изменение сознания «Я», его составляющих, что отражает самосознание в целом; во-вторых, учитывалось, что в тщательный клиничко-психопатологический структурно-динамический анализ проявлений заболевания включаются и изменения самосознания; в-третьих, медико-психологические (патопсихологические) исследования составляющих самосознания не только не противоречат, а существенно дополняют феноменологический анализ, позволяя развести симптомы и синдромы самосознания. Введенные критерии К. Ясперса [13] и типология Вернике — Ханга соответственно указывают на принцип образования деперсонализации и типы поражения уровня самосознания. В более широком понимании, к сознанию личности (самосознанию) относятся все содержание психической деятельности, ее развитие, отношение к внешнему и внутреннему миру, социальные и культурные связи. В таком широком понимании, самосознание изменяется при любом психическом заболевании [11].

Помимо клиничко-психопатологического структурно-динамического анализа, в исследовании были включены патопсихологические методики, в том числе разработанные на кафедре методика «условного двойника» в трех ее вариантах [4, 6], методики самооценки [7], методика исследования «образа Я», в том числе модифицированные нами [6–8, 10]. Переживания больного, составляющие картину болезни, при использовании всех вышеуказанных методик оценивались в такой последовательности: 1) регистрация; 2) оценка; 3) интерпретация; 4) эмоциональная реакция; 5) критика [4, 6]. Принимались во внимание также континуиальные и дисконтинуиальные представления о природе психотического и соответственно непсихотического (невротического) разграничения с учетом полярности: норма — патология, здоровье — болезнь, структурированная — деструктурированная личность.

В ходе исследования уточнены и выделены следующие расстройства самосознания [8–10].

Нарушение самосознания витальности — неполнота, снижение или утрата чувства собственной жизненности. На психотическом уровне — это полная блокада переживаний от апатии, утрата чувства своего существования, выраженная психическая анестезия,

«отчуждение чувств» [13], «чувство бесчувствия» [15], «паралич Я» [12], утрата уверенности в том, что больные еще живут, что они еще есть и существуют; на непсихотическом — ослабление переживаний телесной жизнедеятельности, физического благополучия, комфорта, удовлетворения от телесного существования.

Расстройство самосознания витальности представляет особую форму нарушения физического и психического «образа Я», приводящего к дезорганизации всей психической деятельности и входящего в той или иной выраженности в другие расстройства самосознания.

Нарушение самосознания активности (произвольности) — чувство затруднения, замедления, ослабления произвольности интенции мышления, восприятия, чувств, моторики. Субъективно затруднены повседневные ощущения, восприятия, решения, речь, действия, что наиболее характерно для непсихотического уровня. На психотическом уровне расстройство самосознания активности достигает редукции энергетического потенциала и снижения уровня личности.

Нарушение осознания единства (целостности, простоты) «Я» проявляется расстройством себя как единого неразрывного целого, восприятием нарушения прежней простоты и привычности своего психического и физического существования, принадлежности «гармонии души и тела». На непсихотическом уровне расстройство самосознания единства отчетливо выражено на уровне субъективного, объективного «Я» и дисгармонии личности; на психотическом отчетливо представлено как в дисгармонии личности, так и в редукции энергетического потенциала.

Нарушение осознания идентичности (постоянства) «Я» — неуверенность, изменчивость, отдаленность, непостоянство «Я» в данный момент в сравнении с прежним «Я», сознание настоящего существования. При субъективном и объективном изменении «Я» возникает отдаленность «Я» больного, его «туманность», «расплывчатость» — непсихотический уровень; при психотическом — исчезает уверенность в собственном существовании, включая бредовое перевоплощение, ипохондрический и депрессивный раптус, сложную «двойную ориентировку» при онейроиде.

Изменение границ самосознания — ослабление самосознания четкости разграничения «Я — не Я», «Я — Ты», «Я — Они», между миром внутренним и внешним, миром реальным и образами, созданными аутистическим мышлением, галлюцинаторными и бредовыми переживаниями; встречается при большинстве остро развивающихся галлюцинаторно-бредовых, аффективно-бредовых синдромов помрачения сознания.

Расстройство осознания непроницаемости («секретности») «Я» — открытость внутрен-

него мира пациента, его «рассекречивание», доступность для проникновения в личностную индивидуальность, открытость и измененность привычного «образа Я», преимущественно в форме «отчуждения» [5], «нереальности», «чувства овладения» [2], «открытости» физических и психических актов. Наиболее часто это расстройство самосознания встречается в структуре острых аффективно-бредовых приступов, включающих на разных этапах галлюцинаторно-бредовые, парафренические и онейроидные синдромы.

Изменение стабильности «Я» в пространстве включает в себя как элементы дезориентировки в ситуации, дереализации и нарушения схемы тела в пространстве, которые в разной степени выраженности наблюдаются как на психотическом, так и на непсихотическом уровне. Особенно тяжелые, глубокие, фантастические, апокалиптические переживания нарушения «Я» в пространстве наблюдаются при бредовых синдромах и синдромах помрачения сознания.

Нарушение стабильности «Я» во времени — ослабление, изменение, замедление и ускорение переживания «Я» во времени, изменение непрерывности и преемственности «Я» во времени и идентичности «Я» в настоящем, прошлом и будущем. На невротическом уровне преобладают нарушения времени в будущем, на психотическом — в настоящем и прошлом [14].

Изменения транзитивности «Я» проявляются в неспособности больного перенести на себя знания о других больных, в присвоении чужой симптоматики или «отчуждении» своих переживаний от сходных у других больных, без переноса на другого больного. Расстройства транзитивности «Я» сближаются с нарушениями самооценки больного. Выделены парциальные и тотальные изменения транзитивности «Я». На невротическом уровне отмечаются более или менее выраженные парциальные изменения транзитивности «Я», преимущественно физическая, реже диссоциированная психическая транзитивность; на психотическом — преимущественно тотальные. Чем острее продуктивная симптоматика, тем глубже тотальные изменения транзитивности «Я».

Составной частью самосознания является самооценка — способность соотносить возможности личности (здоровой или больной) с реальностью восприятия личности собой или другими людьми.

С помощью патопсихологических исследований в сочетании с клинико-психопатологическим методом выделены следующие варианты изменения самооценки [8].

Пониженная самооценка заключается в равномерном снижении всех параметров психических свойств личности и частично или полностью и физических свойств «Я»,

в том числе с различными ролевыми позициями и «образа Я».

Повышенная самооценка проявляется в равномерном завышении всех психических и физических параметров личности.

Диссоциированная самооценка выражается в завышении одних параметров психических свойств личности и занижении других, проявляющихся в противоречии клинико-психопатологической картины психоза.

Парадоксальная самооценка представлена противоречиями всех параметров по близким психическим и физическим свойствам личности.

«Мозаичная» оценка характеризуется относительно адекватным повышением или понижением одних параметров и противоречивым отражением других.

В «продуктивной» самооценке оценка психических и физических свойств личности и «образа Я» во многом зависит от содержания бреда, галлюцинаций, явлений психического автоматизма и онейроидных включений.

Тотальное нарушение самооценки — полное нарушение осознания различных параметров своего физического и психического «Я».

Изменения самооценки подразделены на конституциональные и нажитые [11], лабильные и стабильные [8].

При эндогенных психозах (аффективные нарушения) нажитые изменения самооценки проявляются в виде понижения в случае депрессии, повышения — при маниакальном состоянии; самооценка на невротическом уровне — нередко диссоциированная: при бредовых синдромах, с одной стороны, «продуктивная», с другой — диссоциированная, с третьей — определяется аффективными включениями; при кататоно-гебефренических синдромах — диссоциированная и парадоксальная самооценка. При эндогенных психозах, сопровождаемых негативной симптоматикой, при субъективном и объективном изменении «Я» наблюдается нажитое снижение самооценки; диссоциированная самооценка в сочетании со снижением появляется в стадии шизоидизации личности; стабильное тотальное нарушение самооценки идет при регрессе личности.

Следовательно, при эндогенных психозах независимо от их сложности и выраженности наблюдаются расстройства самосознания и самооценки. При маниакально-депрессивном психозе, когда клиника ограничивается преимущественно аффективными расстройствами — от маскированной субдепрессии и гипомании до депрессивной парафрении и разных вариантов мании, отмечены нарушения самосознания, проявляющиеся в существенных изменениях витальности, активности, идентичности «Я», в отдельных компонентах размывания границ самосознания, стабильности личности во времени и пространстве, реже свойств транзитивности,

а также понижение и повышение самооценки.

Для приступов периодической шизофрении, которые характеризуются многообразными клиническими проявлениями — от онейроидно-кататонических до аффективных и невротических синдромов, характерны все вышеописанные расстройства самосознания и самооценки, четко связанные со структурой приступа. При полиморфных приступах происходит «калейдоскопичность» этапов его развертывания, «хаотичность» и быстрое перемешивание симптомов и синдромов, включая нарушение самосознания и самооценки.

При шубообразной шизофрении отмечена четкая связь расстройств самосознания и самооценки с ведущим психопатологическим синдромом в первых приступах, а при последующих — нарастание стационарных расстройств самосознания в виде снижения активности, искажения физической и психической простоты, витальности «Я», утраты транзитивности, с диссоциированной и «мозаичной» самооценкой, указывающих на углубление изменений личности.

Учитывая эти данные, успеха реабилитационных мероприятий следовало ожидать при нажитых и лабильных изменениях самосознания в случаях маниакально-депрессивного психоза и периодической шизофрении. Наши ожидания оправдались: формирование у больных данной категории наиболее адекватной самооценки в ходе так называемой терапии «научением» [12] дало положительный результат. В то же время при конституциональных и стабильных формах у больных с шубообразной шизофренией эффективность организации реабилитационных мероприятий через феномен «научения» была явно недостаточной даже в ремиссиях.

Таким образом, изучение расстройств самосознания и самооценки в случаях эндогенного психоза позволяет не только углубить наши знания в феноменологии патологии самосознания, уточнить их присутствие и выраженность при разных психопатологических синдромах в зависимости от нозологической принадлежности, но и привести новые клинические данные в дифференциальную диагностику и терапию эндогенных психозов, разработать новые реабилитационные подходы к эндогенным психическим заболеваниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — М., 1985.
2. Кангинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. — М., 1962.
3. Кон И.С. В поисках себя. — М., 1984.
4. Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях в связи с вопросами диагностики, лечения и реабилитации. — Куйбышев, 1982.
5. Метрабян А.А. Деперсонализация. — Ереван, 1962.

6. Методики изучения самосознания при психических заболеваниях: Метод. рекомендации. — Куйбышев, 1983.

7. Носачев Г.Н. // Новые технические решения в диагностике и лечении травм. Новое в медицине. — Куйбышев, 1981. — С.147—149.

8. Носачев Г.Н. Эндогенные депрессии и деперсонализация. — М., 1989. — Деп. в ВНИИМИ. 1989. Д. 18302.

9. Носачев Г.Н. Лечение депривацией сна эндогенных депрессий. — М., 1990. — Деп. в ВНИИМИ. 1990. Д. 20378.

10. Носачев Г.Н. Эндогенные депрессии: систематика, психопатология, терапия: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1991.

11. Снежневский А.В. // Руководство по психиатрии. — М., 1983. — Т. 1. — С. 16—96.

12. Delgado H. Curso de psiquiatria. — Lima, 1955.

13. Taspers K. Allgemeine Psychopathologie. — Berlin, 1948.

14. Nosachev G.H. // Neuroscience and Behavior. Physiology. — 1992. — Vol. 22. — P. 175—178.

15. Scharfetter Chr. Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. — Stuttgart, 1976.

Поступила 15.07.94



УДК 616.8—009.7—085

А.А. Гамбург, А.Я. Лившиц, В.Л. Кром, Л.Б. Ямпольский

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

Кафедра психиатрии и кафедра неврологии лечебного факультета
Саратовского государственного медицинского университета

Р е ф е р а т. Приводятся данные психопатологического обследования 134 больных с хроническим болевым синдромом. Даны описания вариантов пограничной психической патологии, возникающей у лиц, страдающих ХБС, их корреляции с длительностью болевого синдрома и преморбидными личностными особенностями пациентов. Обосновываются принципы дифференцированного, с учетом структуры психических расстройств, применения психотропных препаратов у данной категории больных.

А.А.Гамбург, А.Я.Лившиц, В.Л.Кром, Л.Б.Ямпольский

ХРОНИК АВЫРТУЛЫ АВЫРУЛАРНЫҢ ПСИХИК ҮЗГӨРӨШЛӘРЕН ПСИХОФАРМАКОЛОГИК ДӘВАЛАУ

134 хроник авырту синдромы булган авыруларны психопатологик тикшеренүләр нәтижәсе китерелгән. Хроник авырту синдромы белән интегүче психик патология чигендә торучы авыруларда күзәтелә торган вариантлар һәм аларның авырту синдромының дөвәм итү вакыты һәм авыруларның шәхис үзенчәлекләре белән бәйләнеше күрсәтелгән. Психотроп препаратлар кулланды бу төр авыруларның психик үзгәрешләрен күзәтелгән күз алдында тоту кирәклеге исбатланган.

L.A.Hamburg, L.Y.Livschitz, V.L.Crom, L.B.Yampolsky

PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN

Findings of psychopathologic examination of 134 patients with chronic pain syndrome are given. Variants of verging mental pathology, arising in persons with chronic pain syndrome, their correlation with duration of pain syndrome and premorbid personal peculiarities of patients are described. Principles of individual use of psychotropic drugs in the described category of patients, taking into account the structure of mental disorders, are proved.

ного профиля. К настоящему времени сложилось представление о хронических болевых синдромах (ХБС) как о группе клинически разнородных состояний, во многом объединяемых патологическим характером функционирования механизмов ноцицепции [3, 5, 6, 9]. Боль при этом превращается в системное страдание, действующее как активный соматопсихотравмирующий фактор, нередко ведущий к появлению у пациентов различных психических нарушений преимущественно невротоподобного регистра [2, 10, 13]. Клинический опыт показывает, что даже надежное купирование длительно существовавшего ХБС, достигаемое консервативными мероприятиями либо хирургическим путем, не всегда сопровождается исчезновением психического дисбаланса.

Этим объясняется необходимость включения в комплекс терапии таких больных психотропных препаратов. Имеются сведения об их успешном использовании преимущественно для достижения нейроседативного эффекта [1, 4, 8]. Предпринимались попытки целенаправленного воздействия на психопатологическую симптоматику в основном для купирования депрессии. При этом отмечен эффект лечения тимолептиками, которые в ряде случаев, нивелируя депрессию, тем самым уменьшали общую тяжесть проявлений ХБС [1, 12]. Вместе с тем до сих пор остается дискуссионным ряд вопросов, касающихся психопатологической структуры и динамики психических нарушений при ХБС, требуется уточнение принципов назначения психотропных средств в зависимости от особенностей психических нарушений, а также объективная оценка результатов лечения.

Хроническая боль — одна из актуальных современных клинических проблем, привлекающих внимание специалистов различ-

Настоящая работа ставила целью повышение эффективности лечения больных с ХБС с помощью дифференцированной психофармакотерапии, основанной на определении клинической формы нарушения психики у конкретного больного, страдающего ХБС, и сравнении результатов дифференцированного и недифференцированного применения психотропных средств.

Под наблюдением находилось 134 больных с ХБС (69 женщин и 65 мужчин в возрасте от 19 до 60 лет), госпитализированных для лечения в Саратовский противоболевой центр (руководитель — проф. А.Я.Лившиц). Длительность существования болевого синдрома варьировала от 3 мес до 44 лет. У 38 человек в ходе заболевания отмечались длительные (более года) ремиссии, связанные с лечением или спонтанные.

Хронический болевой синдром развивался у большинства больных (21,7%) вторично как результат перенесенной травмы или заболевания позвоночника, спинного мозга или его корешков либо периферических нервов конечностей (у 32 % больных), включая 9 случаев постампутационных болей. У больных, страдающих тяжелой формой невралгии тройничного нерва (48,3%), боль с самого начала являлась основным содержанием болезни и могла расцениваться как первичная.

Все больные получали комплексное лечение, включавшее лекарственные препараты, физиофункциональные мероприятия, рефлексотерапию, использование энергии магнитных полей и лазерного излучения, противоболевую электростимуляцию, различного рода блокады и т.д. 64 больным проведена также хирургическая коррекция боли.

Те или иные нарушения психики были диагностированы у 104 больных (77,6%). Во всех случаях психические расстройства имели невротический уровень. По клиническим проявлениям представлялось возможным выделить 4 основных варианта этих нарушений. У 27 больных (26%) доминировали астенические симптомы. Отчетливо проявлялись физическая и психическая истощаемость, разнообразные вегетативные дисфункции. У 41 человека (39,4%) преобладали аффективные нарушения в виде депрессии различной глубины и психопатологической структуры. При этом отмечались подавленность, угнетенность, тревога, чувство одиночества и беспокойности своей судьбой, ограничение контактов с окружающими и заметное сужение круга интересов. В большинстве случаев депрессивная симптоматика сочеталась с проявлениями астении; у части больных она сопровождалась внутренним беспокоеством, тревожным ожиданием несчастья.

У 29 человек (27,9%) преобладали обсессивно-фобические переживания: мучительная

неуверенность в своих действиях, страх перед возможными ошибочными поступками, навязчивые воспоминания и сомнения. При этом содержание болезненных переживаний было, как правило, связано с болью или дискомфортным физическим состоянием пациента. В 7 случаях (6,7%) была выражена истерическая симптоматика. Больных отличали повышенная чувствительность, обидчивость, требование повышенного к себе внимания, эгоцентричность.

Интенсивность боли оценивалась до, в процессе и после комплексного лечения в соответствии с использовавшейся патогенетической классификацией ХБС [7]. Катамнестическое исследование проводилось с применением специально разработанного нами опросника, который предлагался больным непосредственно или путем переписки по почте. Результаты наблюдений регистрировались с помощью унифицированных шкал, рекомендованных НИИ психиатрии МЗ РФ (Г.Я.Авруцкий, С.Г.Зайцев, 1975). Эффективность каждого варианта психофармакотерапии определялась динамикой улучшения состояния, выраженного в балах.

Расстройства психики при ХБС значительно чаще возникали у психопатически или характерологически акцентуированных лиц. Различные психические нарушения наблюдались у них в $56 \pm 1,2\%$ наблюдений, в то время как у лиц с гармоническим складом психики — лишь в $28 \pm 1,6\%$ наблюдений ($p < 0,05$). Характер психических нарушений коррелировал также с длительностью ХБС. При продолжительности болезни менее полугода нарушения психики обычно ограничивались общевротической (преимущественно астенической) симптоматикой. При большей длительности ХБС психические нарушения, как правило, обретали синдромологическую дифференцированность.

Средняя выраженность невротической симптоматики была также пропорциональна длительности ХБС. Так, при продолжительности болезни до 1 года этот показатель составил $1,7 \pm 0,1$ балла, а более 5 лет — $2,7 \pm 0,1$ ($p < 0,05$).

В тех случаях, когда ХБС протекал с длительными ремиссиями, степень риска возникновения психических нарушений была заметно меньше, чем при непрерывном течении. В последнем варианте частота возникновения психических нарушений особенно заметно возрастала при длительном ХБС. Так, если заболевание длилось до 1 года, психические нарушения встречались в $12 \pm 0,1\%$ наблюдений, при более затяжном течении болезни — от 3 до 5 лет — в $49 \pm 0,2\%$ ($P < 0,05$), а более 10 лет — в $76 \pm 0,2\%$ наблюдений ($p < 0,05$).

При затяжном (долее 3 лет) течении ХБС возникновение психических нарушений проявлялось у лиц с преморбидно гармоническим складом психики большей частью

невротическими состояниями, а на фоне психопатий или патохарактерологических акцентуаций — заострением девиантных личностных черт.

Отмечена прямая зависимость выраженности невротической симптоматики от интенсивности хронического болевого синдрома: при нестерпимой боли средний показатель уровня невротизации был заметно выше, чем при более умеренной, составив соответственно $2,9 \pm 0,1$ и $1,8 \pm 0,1$ ($p < 0,05$).

Обследованные больные были разделены на 3 клинические репрезентативные группы. В 1-й группе (36 человек) больные психотропных препаратов не получали. Во 2-й группе (46 человек) психотропные препараты назначались лечащими врачами-неврологами и нейрохирургами в целях седации и потенцирования действия анальгетиков, но без должного учета структуры психического состояния больных и спектра психотропной активности лекарств. Наконец, 52 пациентам, составившим 3-ю группу, психотерапия проводилась психиатром с обязательным учетом особенностей нарушений психики. В зависимости от этого применялись те или иные транквилизаторы (элениум, седуксен или феназепам), антидепрессанты (азафен, пиразидол или амитриптилин) или даже тимонейролептики (хлорпротиксен, сонапакс, эглонил, карбидин). Дозы препаратов варьировали в зависимости от выраженности психических нарушений. Длительность психотерапии в условиях стационара составляла в основном 1–1,5 мес. В дальнейшем те же психотропные препараты назначались и в амбулаторных условиях.

При астенических состояниях назначали главным образом феназепам или седуксен (реланиум), при депрессивных — амитриптилин или пиразидол, при обсессивно-фобических — реланиум с добавлением карбидина или эглонила, а при истерических — сонапакс или хлорпротиксен, поскольку предыдущих средств оказывалось недостаточно. В случае недостаточной эффективности отдельных средств прибегали к прицельно подобранным комплексам названных препаратов. При астеническом синдроме назначали сочетание адекватных симптоматике транквилизаторов с антидепрессантами, при обсессивно-фобических нарушениях — транквилизаторы с нейролептиками, при ригидной депрессии — комплексы антидепрессантов с тимонейролептиками.

Сравнительный анализ хода лечения показал, что улучшение психического состояния от применения отдельных психотропных средств быстрее других наступало у больных с аффективными нарушениями. Применение антидепрессантов заметно облегчало их состояние уже к 6–7-му дню лечения: у больных уменьшалось чувство тоски, подавленности, улучшался сон и аппетит. Обсессивно-фобический синдром

начинал поддаваться воздействию транквилизаторов заметно позже — лишь к 12–14-му дню лечения. Наиболее ригидным к лечению был истероформный синдром. Хотя уже с первых дней лечения тимонейролептиками уменьшалась аффективная лабильность и улучшался ночной сон, еще долгое время сохранялась раздражительность и капризность.

В случаях, когда перечисленные психотропные средства назначались без учета структуры психических нарушений, не отмечено существенного влияния на показатели среднего уровня невротизации. Недифференцированная психотерапия иногда даже ухудшала психическое состояние больных — нарастали жалобы на чувство разбитости, вялость, утомляемость. Некоторые положительные сдвиги в психическом состоянии отмечались только у больных с астенической симптоматикой. В ряде случаев применение транквилизаторов у больных этой группы уменьшало общевневрологическую симптоматику, улучшая сон и сокращая повышенную истощаемость и раздражительность. Однако на проявления депрессивного и истероформного характера, как правило, такое лечение не влияло.

В тех случаях, когда удавалось значительно снизить интенсивность боли, а тем более ликвидировать ее, средняя выраженность невротической симптоматики заметно уменьшалась. Но эффективность купирования психических нарушений, вызванных ХБС, во многом зависела от характерологических особенностей больного, длительности ХБС и, естественно, адекватности применения психотропных средств и особенно их сочетаний. У лиц с гармоническим складом психики и сравнительно небольшим «стажем» болезни (до 3 лет) дифференцированный подход к психотерапии нередко приводил к редукации психических нарушений и купированию алгидных явлений. Как показали катamnестические данные, у этих лиц и далее (в течение 2 лет) психика оставалась относительно благополучной, даже в случае сохраняющейся боли. При недифференцированном же подходе, как и в группе, где лечение ограничивалось рамками основного заболевания, ликвидация боли не всегда приводила к исчезновению психических нарушений, а если боль уменьшалась незначительно, их выраженность иногда нарастала.

У больных с большой длительностью ХБС и преморбидными личностными девиациями психотерапия не приводила к существенному уменьшению невротической симптоматики, если боль сохранялась в прежнем объеме. Однако и при радикальном купировании боли психические нарушения часто сохранялись и проходили только при назначении комплексной психотерапии.

Именно у лиц, получавших комплексное психотерапевтическое лечение, зафиксировано наиболее отчетливое улучшение. Его применение у больных с преморбидными

характерологическими девиациями позволило достичь частичного или даже полного успеха в $64,1 \pm 1,2\%$ наблюдений, в то время как при изолированном использовании психотропных средств — лишь в $38 \pm 2,1\%$ наблюдений ($p < 0,05$). Кроме того, при комплексной психофармакотерапии быстрее, чем при назначении препаратов в отдельности, наступала редукция невротических нарушений, что довольно отчетливо проявлялось уже к концу первой недели лечения.

Таким образом, проведенные исследования позволяют заключить, что возникновение психических нарушений при хронической боли отмечается у лиц с преморбидными характерологическими нарушениями и коррелирует с интенсивностью и длительностью ХБС. При затяжном течении ХБС обычно возникает стойкая невротизация личности, затрудняющая лечение, ресоциализацию и реадaptацию больных. Дифференцированное, с учетом структуры психических расстройств, применение психотропных препаратов, в особенности адекватных их сочетаний, способствует уменьшению или даже устранению возникших нарушений психики и в целом улучшает общие итоги лечения больных с ХБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Негува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1988. — С. 320—328.
2. Ерохина Л.Г. О психических нарушениях при типичной невралгии тройничного нерва и других формах прозопагии // Журн. невропатол. и психиатр. — 1968. — Т. 18, № 7. — С. 115—118.

3. Канарейкин К.Ф. Пояснично-крестцовые боли. — М.: Медицина, 1972. — С. 58—70.
4. Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Фегоров А.П. Соотношение психиатрии и фармакотерапии при лечении неврозов // Профилактическая и противорецидивная терапия психических заболеваний: Сб. науч. тр. / Ленингр. психоневрол. НИИ им. Б.М.Бехтерева. — Л., 1986. — С. 117—122.
5. Кассиль Г.Н. Наука о боли. — М.: Наука, 1975. — С. 257—287.
6. Крыжановский Г.Н. К патогенезу центральных синдромов боли и зуда (Теория генераторных механизмов) // Журн. невропатол. и психиатр. — 1976. — Т. 26, № 7. — С. 1090—1100.
7. Лившиц Л.Я., Меламуг Э.Е., Нинель В.Г. О классификации хронических болевых синдромов («боли-болезни») // Актуальные вопросы клиник и лечения нейрогенных болевых синдромов: Сб. науч. тр. Саратов. гос. мед. ин-та. — Саратов, 1989. — С. 47—90.
8. Лобова Л.П., Доброхотова Т.А., Бабаджанян М.Р. Применение психотропных средств для лечения болевого синдрома при органических заболеваниях // Материалы к съезду (2-й Всерос. съезд невропатол. и психиатр.). — М., 1967. — С. 513—514.
9. Мелзак Р. Загадка боли: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1981. — С. 46—71.
10. Святощ А.М. Неврозы. — М.: Медицина, 1982. — С. 368—372.
11. Смулевич А.Б., Фильц А.О., Лебедева М.О., Белорусов С.А. К проблеме идиопатических болей // Синапс. — 1992. — № 2. — С. 58—63.
12. Hendler N. // J. Clin. Psychiatr. — 1984. — Vol. 45, № 3. — P. 30.
13. Pilowsky J., Spanser T. // Pain. — 1976. — Vol. 1, № 1. — P. 61.

Поступила 09.11.93

УДК 616.89—008.441.33—08—053.71

В.С. Битенский

ФАРМАКО- И ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНОЙ И АДДИКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Кафедра психиатрии (зав. — проф. В.С. БИТЕНСКИЙ) Одесского медицинского института им. Н.И. Пирогова

Р е ф е р а т. Посвящена актуальной проблеме реабилитации подростков, страдающих наркоманиями и токсикоманиями. В качестве теоретической базы исследования использована теория функциональных систем П.К. Анохина и потребностно-информационная теория эмоций П.В. Симонова. Анализ результатов комплексного исследования 1277 здоровых подростков позволил выделить факторы риска формирования аддиктивного поведения. Освещена поэтапная реабилитация больных подростков, включающая фармако-, физио- и психотерапевтическое воздействие, успешно сочетающее «фракционное» применение транквилизаторов, центральную электрорефлекторную терапию (ЦЭРТ) и тренинговые курсы по изменению ведущего мотива девиантной и аддиктивной деятельности.

В.С. Битенский

ДЕВИАНТ ҺӘМ АДДИКТИВ ЭШЧӘНЛЕКЛЕ ЯШУСМЕРЛӘРНЕ ФАРМАКО- ҺӘМ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ

Мәкалә наркомания һәм токсикомания белән авырчы яшүсмерләрне реабилитацияләү кебек актуаль проблемага багышланган. Тикшеренүләрнең теоретик нигезе итеп П.К.Анохынның функциональ системалар теориясы һәм П.В.Симоновның эмоцияләр теориясы кулланылган. 1277 сәләмәт яшүсмерләрне комплекслы тикшерү нәтижәләрен анализлау аддиктив үзгәртеш формалашуның киеренке факторларын аерым күрсәтәргә мөмкинлек бирә. Авыру яшүсмерләрне өзекле реабилитация йсулларын куллану буенча төшенчә бирелгән.

V.S. Bitenski

PHARMACO- AND PSYCHOREHABILITATION
OF TEENAGERS WITH DEVIATED
AND ADDICTED ACTIVITIES

The paper is devoted to rehabilitation of teenagers suffering from narcomania or toxicomania. The theoretical basis for the study are the P.K. Anokhin Theory of Functional Systems and the P.V. Simonov Demanding and Informational Theory of Emotions. The analysis of the results obtained in a complex examination of 1277 healthy teenagers made it possible to single out risk factors for formation of addicted activity. A stepwise rehabilitation is elucidated in the paper with respect to teenager patients, including pharmaco-, physio-, and psychotherapeutic treatment with favourable combination of «fractional» administration of tranquilizers, central electroreflex therapy, and training courses to reject leading motivations in deviated and addicted activity.

Пубертатный период с его бурными нейроэндокринными сдвигами, переходом от опекаемого взрослыми детства к самостоятельности, появлением новых форм социальной активности, изменением взаимоотношений между взрослеющим подростком и обществом является наиболее сложным этапом в биологическом и социальном существовании человека, когда на пути реализации доминирующих мотиваций возникает множество фрустрирующих факторов, которые осложняют достижение оптимального результата в деятельности подростка.

Согласно теории функциональных систем П.К. Анохина [2], подобное формирование поведенческой активности должно сопровождаться негативным эффективным напряжением (тревогой) и последующей интенсификацией поисковой активности («ориентировочно-исследовательской реакцией») [7].

Если рассогласование в системе «подросток — требования внутренней и внешней среды» не достигает значительной степени, тревога должна характеризоваться низким уровнем, служить позитивным подкреплением и обуславливать активацию всей жизнедеятельности подростка, в том числе и его целенаправленного поведения, т.е. в этих случаях негативное аффективное напряжение играет мотивационную роль. В случаях же мощных или длительных фрустрационных воздействий интенсивность тревоги должна повышаться [1]. Для перехода к дальнейшим рассуждениям по поводу формирования девиантного и аддиктивного поведения следует упомянуть представление о двухкомпонентном эмоциональном подкреплении деятельности: активационном (интенсивность подкрепления и интенсивность мотивации) и информационном (сигнальное окрашивание стимула). Достаточно интенсивное и негативное окрашивание может, по выражению П.К. Анохина, принимать «застойную форму, обладая существенной инертностью». В этих случаях к ощущению внутренней напряженности присоединяются так называемые

явления гиперестезии («гиперестезические реакции» [3]), ранее нейтральные стимулы приобретают особую значимость в результате нарушения их дифференцировки. В результате могут возникать неадекватные по направленности и силе поведенческие реакции. Происходит описанный П.В. Симоновым [7] переход от тонко специализированного поведения в условиях адаптации к реагированию по типу доминанты Ухтомского, в результате которого множество событий внешней среды становятся субъективно значимыми и негативно окрашенными. В этом, на наш взгляд, состоит особая «хрупкость» и неадекватность эмоциональных и поведенческих подростковых реакций. Для компенсации аффективного напряжения как проявления неудовлетворительного результата деятельности функциональных систем особую роль в таких случаях играют механизмы интрапсихической адаптации («психологические защиты»).

Связь негативного аффекта, психологических защитных механизмов и эффективность психической адаптации в наших исследованиях прослеживается в корреляции результатов психологических, физиологических тестов и микросоциальных взаимодействий 1277 здоровых подростков. Изучение функциональных систем здорового контингента подростков, преимущественно учащихся ПТУ, проводилось с целью выявления факторов «риска» аддиктивного (девиантного) поведения.

Успешнее всего характерное для подросткового возраста аффективное напряжение (по данным MMPI, MAS, ПДО) удается компенсировать механизмами его реализации в непосредственном поведении, минуя сложную систему поведенческой интеграции, «отрицания» тревоги и, как следствие, гипертимности и стремления к межличностным контактам.

«Отрицание» фрустрирующих факторов (тревожных стимулов) и тревожных состояний, формирование деятельности по удовлетворению доминирующих потребностей, минуя систему социальных установок, фиксируется на стадии «акцептора результата» как механизм наибольшей его эффективности. Положительные эмоции, возникающие не только в связи с защитными механизмами интрапсихической адаптации («отрицание»), но и как результат аффективной деятельности, служат мощным позитивным подкреплением этой формы поведения. Таким образом последующая деятельность по реализации комплекса доминирующих мотивов, т.е. то, что А.А. Ухтомский называл «вектором» доминанты, начинает приобретать форму асоциальной деятельности.

Однако здоровых подростков с подобной девиантной поведенческой активностью в группе обследованных немного (102 человека, или 8%). Основную часть составляют подрост-

тки со «средним» уровнем эмоционального напряжения (906 человек, или 71%), у которых тревожные расстройства компенсируются за счет механизма отрицания: удовлетворение потребности детерминировано прошлым опытом, в связи с чем поведенческая активность соотносится с требованиями социальной среды и «умеренное» тревожное напряжение является «негативным» подкреплением, позволяющим программировать поведение с реальной степенью достижения результата.

Совершенствование поведения по мере обучения, обогащения подростка жизненным опытом с целью достижения результатов К.В. Судаков [8] назвал «системогенезом поведенческого акта». Закрепление подобных форм поведения в связи с эффективностью деятельности, позитивным эмоциональным подкреплением позволяет в определенной мере объяснить причину столь демонстративной комфортной гипертимности основной массы подростков, конкретизировать механизм так широко описываемых в психологической литературе «естественных», «нормальных», «статистически нормальных», «приходящих возрастных», «жизненных» кризисов («кризов») подростков, проявляющихся в конфликтности, гипертимности, эмансипированности, асоциальности, а также понять такое распространенное и крайне опасное медико-социальное явление, как аддиктивное поведение.

Исследование индивидуально-психологических особенностей подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, позволило установить, что уровень тревожного напряжения у них соответствовал аналогичному в «низкотривожной» группе здоровых подростков ($P < 0,001$); также сохранялись все особенности усредненного профиля ММРП с компенсацией негативного напряжения за счет асоциальной деятельности, гипертимности и межличностной коммуникативности. Но если в здоровой группе обследуемых таких подростков было относительно мало (8%), то среди подростков с аддиктивным поведением, и тем более на различных стадиях наркомании, подобное формирование компенсаторных защитных психологических механизмов отмечалось как основное.

Однако те же исследования, проведенные у подростков с девиантным и аддиктивным поведением на 7–10-й день госпитализации, показали выраженную декомпенсацию тревожных расстройств и использование менее эффективных механизмов защиты путем фиксации тревоги и ограничительного поведения.

По данным клинического наблюдения, более одной трети стационарированных подростков, особенно с выраженным патохарактерологическим синдромом, изменили стиль поведения: прежде самоуверенные, развязные, бравирующие своими поступками, они становились пассивными, замкнутыми, тре-

вожными, напряженными, отмечалось пониженное настроение, чувство одиночества, безысходности.

Изучение влияния «неустрашимой приостановки» деятельности проводилось В.С. Ротенбергом [6], но еще ранее М. Seligman [11] на экспериментальных моделях показал, что подобное воздействие способствует возникновению так называемой приобретенной (выученной) беспомощности («learned helplessness»), или пассивно-оборонительному состоянию [6], которое складывается из пассивности и безынициативности на фоне выраженной тревоги, снижения побудительных мотиваций и продуктивности деятельности, многочисленных психофизиологических нарушений и соматических расстройств. Теория функциональных систем, в которой результат действия является ведущим системообразующим фактором организации поведения, также трактует подобную ситуацию как «стрессовую», причем вследствие «пластичности» доминирующей мотивации деятельность может в ряде случаев «переключаться» на удовлетворение других потребностей, но чаще наблюдается усиление тревоги, а также соматические, вегетативные и гуморальные нарушения [5].

Таким образом, результаты нашего исследования подтвердили имеющиеся биологические концепции возникновения «срыва» адаптации в условиях «неустрашимой приостановки деятельности» и оказали в дальнейшем существенное влияние на выбор адекватных терапевтических воздействий в общей программе фармако реабилитационных мероприятий, применяемых нами на госпитальном этапе.

При выборе комплекса препаратов, направленных на лечение симптоматики тревожного регистра в рамках нарушенной психической адаптации у девиантных подростков и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, нами учитывались, с одной стороны, клиническая выраженность симптоматики, особенности характера и черты личности подростка, этап наркотической зависимости, ряд психофизиологических параметров, микросоциальные условия; с другой стороны – свойства психофармакологических препаратов, обращенных к выявленным расстройствам; и, наконец, проводилась оценка перспективности использования избранных препаратов в общем комплексе реабилитационных программ.

В условиях выявленного психоэмоционального напряжения на фармако реабилитационном этапе оказалось целесообразным использование бензодиазепинов (феназепам, гидазепам, диазепам, медазепам), усиливающих ГАМК-эргическую передачу, способствующих нормализации катехоламиновой регуляции и улучшению внутриклеточного метаболизма, а также препаратов из группы ноотропов (пирацетам) и актопротекторов (бемитил), имеющих много общего в своих

эффектах с производными ГАМК, положительно влияющих на биоэнергетические и пластические процессы в тканях [4].

Особенностью фармакорекламационного этапа явилось «фракционное» применение как транквилизаторов, так и их комбинаций с актопротектором, т.е. последовательные 5-дневные курсы с 3-дневными интервалами, что позволило избежать возникновения адаптационного «привыкания». Кроме того, в интервалах использовался разработанный нами способ лечения нейроэлектростимуляцией (а.с. № 1587729) — центральная электрорефлекторная терапия (ЦЭРТ).

В процессе фармакорекламационного этапа была выявлена чрезвычайно важная закономерность, заключающаяся в адаптивном эффекте ЦЭРТ, объясняемая биологичностью электровоздействия на эндорфинную систему мозга [10].

Чередование активизации ГАМК-эргической системы (бенздиазепины) со стимуляцией опиоидной системы (ЦЭРТ) на фоне нормализации биоэнергетических и пластических механизмов (актопротектор) позволило осуществить стабилизацию клинического состояния госпитализированных подростков и успешно приступить к следующему, психореабилитационному этапу.

Наши задачи на этом этапе реабилитации сводились к применению тренинговых курсов по изменению ведущего мотива девиантной и аддиктивной деятельности и заключались в следующем:

- 1) определить для подростка и разъяснить ему слабые и сильные стороны его личности;
- 2) соотнести поставленные им самим перед собой перспективные цели овладения той или иной профессией, тем или иным видом спорта (картинг, фото, стрельба и др.) и реальные возможности их достижения;
- 3) укрепить веру подростка в возможность достижения целей, но при этом наметить конкретные пути, по которым будет развиваться его деятельность;
- 4) ежедневно подросток должен анализировать свои результаты, наша задача при этом — подкрепить эффект, не замечая неудач;
- 5) объяснить подростку, что в достижении своей цели он должен полагаться только на себя, но не на врача, педагога, товарища по группе и т.д.;

б) внушить основное требование к подростку: отвечая за себя, он отвечает за эффективность деятельности всех, — т.е. актуализировать переживание «чувства причастности» [9]. Этот тезис де Чармс применил в программе изменения мотивов в рамках школьных учебных занятий. Программа оказалась наиболее эффективной из всех тренинговых программ, применяемых в США для обучения подростков с отклонениями в поведении.

В наших условиях эффект «причастности» переживался подростком на фоне целесообразной и подчас впервые для него социально одобряемой деятельности референтной группы, к которой он уже принадлежал.

Все шесть перечисленных выше пунктов — требований тренинговых занятий ежедневно подкреплялись в беседах-тренингах. В среднем с каждым подростком было проведено от 14 до 30 тренинговых занятий. В 16 специальных группах получили первичное обучение более 500 подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. — М.: Медицина, 1968.
2. Анохин П.К. Системные механизмы высшей нервной деятельности: Избр. тр. — М.: Наука, 1979.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л.: Наука, 1988.
4. Бобков Ю.Г., Виноградов В.М., Катков В.Ф., Лосев С.С., Смирнов А.В. Фармакологическая коррекция утомления. — М.: Медицина, 1984.
5. Котов А.В. Пластичность доминирующей мотивации // Функциональные системы организма. — М.: Медицина, 1987. — С. 141—147.
6. Ротенберг В.С. Адаптивная функция сна. — М.: Наука, 1982.
7. Симонов П.В. Доминанта и условный рефлекс. — М.: Наука, 1987.
8. Судаков К.В. Системные механизмы мотивации. — М.: Медицина, 1979.
9. Charms de, R. Enhancing Motivation: Change in the Classroom. — New York, 1976.
10. Patterson Meg. Neuroelectric therapy: the new approach to drug treatment and its scientific basis // Новые подходы к лечению алкоголизма, наркоманий и токсикоманий: Тез. Междунар. симп., Гагра, 28—30 марта 1989 г. — С. 12.
11. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression development and death. — San Francisco: Freeman, 1975. — 273 p.

Поступила 29.09.93

УДК 616.89—008.441.13—08—036.8

Д.Г. Еникеев, М.А. Шмакова, А.М. Валева, А.К. Сайфуллина

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ

Кафедра психиатрии и наркологии (зав. — проф. Д.Г. ЕНИКЕЕВ) Казанского государственного института усовершенствования врачей

Р е ф е р а т. Обобщены некоторые особенности реабилитации больных в стадии преалкоголизма в трех его вариантах в условиях медсанчасти. Исследование

проводилось с целью профилактики развития алкоголизма у 300 больных в стадиях предболезни. Обоснована необходимость длительной поэтапной реабилитации в

поздних стадиях алкоголизма в условиях наркологического диспансера и лечебно-трудоустройственного профилактория (269 больных). Представлены данные изучения значения типов алкогольного изменения личности до и после перенесенного приступа с делириозно-онейроидным синдромом для достижения той или иной степени реабилитации (28 больных).

Д.Г. Еникеев, М.А. Шмакова, А.М. Валеева, А.К. Сайфуллина

АЛКОГОЛИЗМНЫҢ ТӨРЛЕ СТАДИЯЛАРЕНДЭ БУЛГАН АВЫРУЛАРНЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ

Клиника шартларында алкоголизмның өч төрле башлангыч стадиясендә булган авыруларны реабилитацияләүгә кайбер үзгәртүләр китерелгән. Тикшеренүләр алкоголизмнан профилактик чара буларак, башлангыч стадия алдынан 300 авыруда уздырылган. Алкоголизмның соңгы стадияләрен наркологик диспансер һәм хезмәт белән дөвәләү профилакторий шартларында озак һәм озакле реабилитацияләү кирәк булуы нигезләнгән. Алкоголизм аркасында шөхәснәң үзгәру типларының әһәмияте, делириоз — онейроид синдром булганчы һәм ул узгач реабилитацияләү мөһим булуы әйтелгән.

D.G. Enikeev, M.A. Shmakova, A.M. Valeeva, A.K. Sajfullina

REABLEMENT OF ALCOHOLISM PATIENTS AT VARIOUS STAGES OF THE DISEASE

Some features of patient reablement at the three variants of prealcoholism stage conducted at a medical-and-sanitary institution are summarized. The research was carried out with the purpose of preventing further alcoholism development in 300 patients at the stage of predisease. The necessity of long-term stepwise reablement at the late alcoholism stages at a narcomanial dispensary or medical-and-working preventorium has been substantiated (269 patients). We also present the data obtained in our research of the influence of personal alteration type due to alcoholism both before and after the attack with the delirium-oneiroic syndrom on the success of the reablement (28 patients).

Реабилитация как новое направление медицины представляет собой одну из интегративных тенденций современной науки [4]. Реабилитация больных алкоголизмом — это система мероприятий медицинского, психологического и социального характера, проводимых после возникновения заболевания, а также направленных на его профилактику [8]. В этой области достигнуты определенные успехи, но проблема требует решения еще многих организационных и методических задач [9]. Если реабилитации больных во второй стадии среднепрогредиентного алкоголизма посвящено значительное количество исследований, то клинику и реабилитацию больных преалкоголизмом начали изучать лишь в последние годы. Недостаточно разработана также реабилитация на поздних стадиях болезни.

Целью работы явилась разработка некоторых мер реабилитации больных алкоголизмом на различных стадиях болезни, методами исследования — клинический метод и социально-психологическое анкетирование. При проведении реабилитации были использова-

ны принципы партнерства, разносторонности, единства биологических и психосоциальных методов воздействия и ступенчатости [5].

По отношению к 300 больным преалкоголизмом (по социальному составу — рабочие и служащие промпредприятия) проводилась реабилитация с целью предупреждения развития алкоголизма. 269 больных на поздних стадиях алкоголизма проходили курс реабилитации в условиях наркологического диспансера и лечебно-трудоустройственного профилактория, при проведении их лечения и психокоррекционной работы с ними использовались принципы разносторонности и единства биологических и психосоциальных методов воздействия. Кроме того, на примере 28 пациентов, перенесших алкогольные психозы с делириозно-онейроидными синдромами, изучено значение типов алкогольного изменения личности до и после перенесенных приступов для достижения той или иной степени реабилитации.

Разрабатывая методы диагностики преалкоголизма и реабилитации больных данной категории для врачей МСЧ промпредприятий, мы учитывали, что наиболее структурированной средой является коллектив, где работает больной, здесь очень рано начинают нарушаться социальные связи, и в восстановлении их, кроме врача МСЧ, большую роль могут играть члены коллектива. Кроме того, здесь, в коллективе, легче выявить сохранившиеся особенности малых групп, социально-психологическую природу: традиции, привычки, типы и формы отношений, свойственных некоторым малым коллективам. Как известно, понятие микросоциальной среды неразрывно связано с понятием личности и представляет целостную систему, включающую непосредственное окружение, служащее связующим звеном между личностью и обществом. Эти положения весьма успешно использовались как при изучении личности, так и при лечебном воздействии.

Так, малопрогрессирующую форму преалкоголизма (МПФПА) имели положительные и зрелые личности с определенным социальным положением, развитыми сдерживающими особенностями характера и потенцирующими эти черты членами семьи. Продолжительность развития болезни — более 10 лет. Врачи МСЧ помнили их как длительно болеющих (бронхиты с обострениями, ангины, язвенная болезнь, аллергические болезни и т.п.) и знали их алкогольный анамнез, хотя больные долгое время умело скрывали свое пьянство. Правонарушений и случаев попадания в медвытрезвитель обычно не наблюдалось. Бытовые травмы бывали редко.

Перестройка системы отношений больного МПФПА в процессе реабилитации имела свои особенности. Во-первых, активное участие самого больного в лечении было чаще, чем при других формах, во-вторых,

члены семьи оказывались союзниками врача. Установление связи соматической болезни и пьянства как причины ее шло путем постепенного осознания больными, что приближало их к излечению. Третьей особенностью реабилитации являлось то, что больной, заключая союз с врачом, обещая прекратить пьянство, ставил условием анонимность лечения. Обычно этим больным удавалось длительное время воздерживаться, хотя они признавали сохранившиеся проявления влечения к алкоголю. У некоторых из них время от времени были эпизоды употребления алкоголя. Они замечали уменьшенную силу влечения, значительное улучшение соматического состояния и обычно отсутствие обострений имевшейся болезни, постепенно осознавали эффект лечения, что нередко укрепляло их желание проводить лечение.

Среднепрогредиентная форма преалкоголизма (СПФПА) отличалась тем, что злоупотребление алкоголем начиналось, как правило, до 20 лет, было весьма массивным и частым, сопровождалось разнообразными последствиями: бытовыми травмами и нередко полученными в драках; частыми ОРЗ, ангинами, гастритами; социальными конфликтами и попаданиями в медвытрезвитель. Чаще среди больных были личности с конформным типом реагирования, они подчинялись привычкам ближайшего окружения (обычно это пьющая компания). Состояние этих больных требовало наибольшего внимания цехового врача, вовлечения в лечебно-реабилитационный процесс, кроме родных, мастеров, актива цеха и санактива. Успех достигался там, где удавалось организовать оздоровительную среду на длительное время. Установление разнонаправленных связей «пьянство — получение травмы», «пьянство — возникновение острого соматического заболевания» было сложным, особенно когда это касалось давно перенесенных болезней и не было заинтересованности родных в постановке диагноза алкогольного заболевания. Пациенты стремились уклониться от медикаментозного лечения. Обычно прекращение злоупотребления продолжалось короткое время (1—3 мес), но каждый псевдоремиссия была менее продолжительной, чем до лечения, и идентификация симптома патологического влечения к алкоголю наступала под многосторонним воздействием медленно и у большинства больных.

Больных со злокачественной формой преалкоголизма (ЗФПА) было значительно меньше, причем они не удерживались на работе, пьянство было тяжелым и сопровождалось частыми многодневными прогулами. Злоупотребление у этого контингента больных началось еще в начале пубертатного возраста, они характеризовались как «трудные дети», чаще это были личности инфантильного типа или истеричные. Они не

проявляли никакой заинтересованности в лечении. После первой же встречи с врачом нередко не являлись на работу или увольнялись. В лучшем случае могли удержаться от пьянства в течение нескольких дней.

Эффективность лечения в данном случае была неудовлетворительной. На наш взгляд, необходимы широкие психологические, особенно социально-психологические исследования для создания государственной программы помощи этим больным.

Реабилитация 269 больных на поздних стадиях алкоголизма проводилась в несколько этапов. Первый этап лечения — психотерапевтический, общий. Включает в себя разные уровни индивидуальной, групповой психотерапии, психотерапии, направленной на коррекцию мотиваций, конфронтацию истинных и формальных мотивов трезвости. Установлено, что у больных алкоголизмом существуют определенные позиции по неприятию ими социально одобряемых поступков, позитивных общественных установок, проявляется пессимизм и негативизм ко всему, что вне сферы алкогольных отношений. Они не интересуются общественной жизнью, не посещают театров и кино, не склонны к анализу политических событий в стране. Они предпочитают другие хобби [1]: автомобиль, рыбалку, азартные игры, накопительство и т.п.

Формирование такого узкого диапазона ценностей при проведении психокоррекционной работы часто не приводит к ликвидации социального дефекта личности, а напротив, из-за инертности установок может привести к конфликту со средой. Поэтому первой мишенью при проведении психокоррекционной работы должна быть самооценка больных. У них отмечается контраст между уровнем притязания и уровнем достижения, когда определяется диссоциация между потребностями и явным клиническим состоянием эмоционально-волевых и интеллектуальных параметров личности. Поэтому в основу психокоррекции больных мы ставили проблему формирования у них более реалистического представления о себе, объективного и реального отношения к своей болезни, лечению, повышению чувства ответственности за свою жизнь.

На этапе групповой психотерапии главной целью являлось наблюдение за реакцией больного на групповой психотерапевтический процесс и выработка у него объективной стимуляции и коррекции поведения в группе. Необходимо было максимально активизировать больного, вызвать на обсуждение всех поднимаемых в группе проблем, на конфронтацию мнений и затронуть самые болезненные пункты его переживаний.

Второй этап лечения — индивидуальная психотерапия. Здесь с позиции «врач — больной» производится оценка происшедших

изменений у больного в отношении «я — и моя болезнь», «я — и моя семья», «я — и алкоголизм» и т.д. Степень осознания болезни самим больным определяется его личностно-психологическими качествами, выраженностью алкогольной симптоматики и деградацией личности в процессе заболевания. Однако без помощи врача осознание болезни неглубокое, формальное, понимается больным и его окружением как морально-нравственная, личностно-психологическая проблема.

Особое место отводится обсуждению симптомов патологического влечения к алкоголю. Анализируются психологические, психические и физические аспекты влечения к алкоголю, сны на алкогольную тему, феномен психической зависимости в связи с традициями среды, системы алкогольных алиби и т.д.

Широко использовался для активизации работы больных в группе прием «анонимного обсуждения». Больные на поздних стадиях алкоголизма пассивны и неохотно обсуждают свои проблемы; они активизируются, когда речь идет о других лицах; но и в этом случае процесс интериоризации переживаний, переноса проблемы на себя недостаточно глубок, хотя активность больных и их критическое отношение к другим возрастает. Здесь помогает прием «психотерапевтического зеркала», он позволяет создать основу для саморегуляции поведения. Поэтому процесс групповой и индивидуальной психотерапии строится таким образом, чтобы больной «мог посмотреть на себя со стороны, глазами других членов группы, смог определить свой путь как патологический, осознать происшедшую перестройку собственной личности». М.С.Лебединский [6] считает, что возможности саморегуляции, самоотношения, самоконтроля присущи каждому человеку, поэтому самовоздействие личности играет значительную роль в повышении адаптивных возможностей личности.

Изучение типов алкогольного изменения личности до и после перенесенных психических приступов важно для достижения той или иной степени реабилитации больных. С этой целью было проведено изучение длительных клинических и социальных катамнезов 28 больных алкоголизмом, перенесших алкогольные психозы с делириозно-онейроидными синдромами. У всех больных указанным психотическим состояниям предшествовал многолетний (10—15 лет) алкоголизм, характеризовавшийся псевдодипсоманическим или ежедневным пьянством, амнестическими формами опьянения, выраженным синдромом похмелья с соматоневрологическими и психическими компонентами, интолерантностью к алкоголю и типичными изменениями личности по астеническому или апатическому типу [7].

Начало алкоголизма отмечено в молодом возрасте — с 24 до 30 лет. За весь период

катамнестического наблюдения (11—17 лет) больные перенесли по 1—2 повторных психотических приступа с интервалом между ними от 7 мес до 2 лет. Делириозно-онейроидные переживания, наблюдавшиеся в первых приступах, в последующем не повторялись, а заменялись или вербальным галлюцинозом (10 больных), или атипичным делирием (18 больных). Атипизация последних заключалась в сочетании зрительных и тактильных галлюцинаций с обильными слуховыми галлюцинациями. Употребление алкоголя возобновлялось в кратчайшие сроки после перенесенного очередного приступа психоза. В интервалах между приступами психоза у больных обнаруживался прежний тип изменения личности. Оказалось, что характер психотических приступов не отражается на трудовой приспособляемости больных. Возможна высокая трудовая активность и при наличии выраженной остаточной симптоматики (эпизодических вербальных галлюцинаций при сохранном к ним критическом отношении).

Наиболее высокие показатели восстановления трудовой и социальной активности наблюдались у больных с изменением личности по астеническому типу (18 больных). В межпсихотические периоды больные возвращались на прежнюю работу, восстанавливали внутрисемейные отношения, что благоприятно отражалось на больных, на восстановлении их личностного и социального статуса, восстановлении престижа в собственных глазах и глазах окружающих. Злоупотребление алкоголем возобновлялось в связи с незначительными психогенными моментами, оказавшимися значительными для больных в силу их повышенной ранимости. У всех больных наблюдались поздние рецидивы (после года).

Значительно более низкие показатели трудового и социального восстановления наблюдались у больных алкоголизмом с апатическим изменением личности. Из 6 больных этой группы только двое вернулись к прежней должности, 4 больных занялись временным неквалифицированным трудом. Показателем быстрого наступления десоциализации являлось и отсутствие стремления у этих больных к бытовому устройству. В семье они занимали подчиненное положение и не заботились о восстановлении престижа в глазах окружающих. У всех больных возникли ранние рецидивы (до 6 мес) под влиянием прежней или новой «алкогольной компании», традиций и обычаев.

Проведенное клинико-катамнестическое исследование еще раз подтвердило, что реабилитационная программа для каждого больного должна дифференцироваться в зависимости от его личности и характера реагирования на болезнь и сохранности компенсаторных функций.

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. Макаrchиков

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 мексикара 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 мексикар 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 mекsикаr administration as a drug improving rehabilitation of patients. It is noticed, that psychoactive drugs (nootrops,

tranquilizers, neuroleptics) give the opportunity to liquidate pharmacologically sensitive morboгенic 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 мебикар [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 мебикара, пирacetама, 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: мебикара — от 0,9 г до 4,5 г; пирacetама — 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)						
		мебикар		пирacetам	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
Симптомы мишени	Характер эффекта	Частота (в %) и степень (в баллах) редукции симптомов						
		Апатия	Частота	38,8	45	25	45,4	44,4
	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	
Компоненты труда	Характер эффекта	Частота эффекта (в %) и его выраженность (в баллах) (динамика)						
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
	Динамика							
Интеллектуальный компонент	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
Волевая устойчивость (внимание, усидчивость)	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	—
Эмоциональная устойчивость	Частота							
	улучшений	16,6	35	16,6	13,6	—	12,5	25
	ухудшений	16,6	—	8,3	22,6	25	12,5	—
	Динамика							
Скорость выполнения трудовых операций	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
Координация движений	ухудшений	—	—	—	4,5	—	—	12,5
	Динамика							
	улучшения	0,5	0,25	0,25	0,6	0,7*	0,7	0,25
	ухудшения	—	—	—	0,5	—	—	0,5
Выработка готовых изделий	Частота							
	улучшений	33,3	70	25	4,5	12,5	25	12,5
	ухудшений	11,1	—	—	4,5	12,5	—	—
	Динамика							
Выработка готовых изделий	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
Выработка готовых изделий	ухудшений	16,6	5	—	9	6,25	12,7	6,25
	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

инного больного. В частности, убедительно показано преимущественно положительное отношение к одиночеству у больных, страдающих шизофренией, и отрицательное — у больных с органическими поражениями и маниакально-депрессивным психозом (МДП). Отмечена необходимость создания специальной комплексной реабилитационной программы для больных данной группы, так как все они в той или иной степени социально дезадаптированы.

В.Ф.Друзь

ОЛЫ ЯШЪТЭГЕ ЯЛГЫЗ ПСИХИК АВЫРУЛАРНЫ
РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУДЭГЕ КАЙБЕР КЛИНИК
НЭМ СОЦИАЛЬ-ПСИХОЛОГИК АСПЕКТААР

Олы яшътэге ялгыз, психикалары үзгөрөшлө 50 авыруны тикшерү нәтижеләре китерелгән. Авыруның төрөнә һәм социаль-психологик үзгәрешләре аркасында ялгызлыкны кичерү төрлө вариантлары аеруча кызыклы. Мәселән, шизофрения белән авыручылар ялгызлыкны жиңел кичерәләр, ә органик үзгәрешләр булган авыруларның ялгызлыкка карата мөнәсәбәте киресенчә. Бу төркем авырулар өчен аерым комплекслы реабилитацияләү программасы буддырылырга тиеш, чөнки алар социаль яктан нормадан тайпылганнар.

V.F.Druz'

SOME CLINICAL AND SOCIAL-PSYCHOLOGICAL
ASPECTS OF REABLEMENT IN SOLITARY ELDERLY
MENTAL PATIENTS

The results of examination of solitary elderly unadapted mental patients are given. Of great interest might be description of variants in loneliness taking by patients, which depend on nosologic forms of disease and social-psychological components of a patient state. In particular, it was definitely shown that the majority of schizophrenics took loneliness as a positive thing, while patients suffering organic lesions or manic-depressive psychoses took it as a negative one. It is noted in the paper that such patients are all more or less unadapted socially and need a special complex reablement programme.

Известно, что большинство психически больных позднего возраста находится в общем населении, вне стационара [2, 8]. В последнее время довольно детально изучены их семейные отношения [3, 4, 6]; в этих работах наряду с клиническим успешно применялся социально-психологический метод, еще недостаточно используемый в отечественной психиатрии, особенно в ее практической сфере. Указанные исследования установили, что в большинстве семей отношения нарушены, вплоть до отказа родственников от совместного проживания с больными. По данным Е.Г.Трифоновой [7], общая доля одиноких среди психически больных позднего возраста составляет 1/3. Частое нарушение у них социальной адаптации [1], малая изученность проблемы и отсутствие программы по реабилитации данного контингента больных определяют актуальность настоящего исследования.

При создании программ по реабилитации и ресоциализации одиноких психически больных необходимо учитывать как клинические особенности болезни, так и личнос-

тные установки, субъективные представления больных об оптимальном образе жизни [9, 10]. Иначе предлагаемый способ социальной адаптации может быть отвергнут больными как не соответствующий их ценностным ориентациям [5]. В связи с этим важно выяснить взаимоотношения больных с родственниками, проживающими отдельно, их поле общения, причины одиночества, отношение к нему больных, механизм их переживаний и потребность в диспансерном наблюдении.

Изучение этих моментов в их связи с клиникой стало целью настоящего исследования.

Обследованы 50 больных (43 женщины и 7 мужчин) в возрасте от 60 до 88 лет, средний возраст 71 год. 28 больных было с диагнозом шизофрении, 5 — с МДП, 17 — с органическим поражением головного мозга (атеросклероз, последствия травмы и нейроинфекции, эпилепсия). Продолжительность заболевания варьировала от 5 до 55 лет. Среди 28 больных шизофренией 12 было с давним, начавшимся в молодом и среднем возрасте процессом, 16 — с первичным поздним. Течение в 9 случаях было непрерывно-прогредиентным, в 19 — шубообразным. У 15 больных ведущими были параноидные расстройства, у 4 — аффективные (в основном депрессивные приступы), у 4 — психопатоподобные, у 5 — апатоабулические. 3 из 5 больных с МДП заболели в среднем возрасте, 2 — после 40 лет; у всех пациентов преобладали депрессивные фазы. Из 17 больных с органическим поражением головного мозга 9 было с атеросклерозом, 4 — с последствием черепно-мозговой травмы, 2 — с последствием нейроинфекции и 2 — с эпилепсией. У больных с сосудистой патологией наблюдались различной степени выраженности церебрастения с аффективными колебаниями, галлюцинаторно-бредовые расстройства и лакунарная деменция, у больных с последствием травмы и нейроинфекции — психоорганические и психопатоподобные нарушения, у пациентов с эпилепсией — выраженные изменения личности.

Соматическое заболевание отмечалось у всех больных; у 20 оно было субкомпенсированным, у 19 — отмечалась легкая или умеренная декомпенсация, у 8 — выраженная и у 3 — тяжелая декомпенсация с нуждаемостью в посторонней помощи. Длительность проживания в одиночестве составила от 2 до 34 лет.

В дополнение к обычному клиническому обследованию проводился по специально разработанной программе опрос (анкета и интервью) больного, родственников, живущих отдельно, лечащего врача и медсестры диспансера.

Все больные, за исключением трех, имели родственников, живущих отдельно. Близкие

к пациентам с психоорганическими расстройствами и МДП относились лучше, чем к больным шизофренией, у которых чаще отмечалось отрицательное и индифферентное отношение к родственникам, чем у больных с органическим поражением головного мозга и МДП. Поле общения больных с органическими психозами и МДП было шире, разнообразнее состав лиц, с которыми они общаются и взаимодействуют (родственники, соседи, друзья, бывшие сослуживцы), чем у больных шизофренией, которые редко общались с родными и соседями главным образом из-за бредового отношения к ним и аутизма, не поддерживали связи с бывшими сослуживцами и не имели друзей.

Чаще всего причинами одиночества были смерть супруга, развод и отделение взрослых детей от семьи. Больных шизофренией супруги оставляли вскоре после начала болезни, основанием для этого было неправильное поведение пациентов или страх у родственников перед диагнозом «шизофрения». Взрослые дети отказывались от больных из-за их бредового или психопатоподобного поведения. Причинами одиночества при шизофрении, кроме указанных, были смерть матерей и сестер (часть больных из-за начавшегося в молодости процесса не смогли создать свои семьи и жили с родителями). Больные с МДП после смерти супругов избегали жить в семьях детей, стараясь не стеснять их. Женщины с органическим поражением головного мозга разводились с мужьями, в основном из-за пьянства, еще до заболевания, а с детьми отказывались жить из-за конфликтов в борьбе за лидерство или неправильного понимания близкими болезненных проявлений.

Большинство больных тяготилось одиночеством (29 из 50), реже отмечено индифферентное (13 из 50) и положительное (8 из 50) отношение. Отмечена связь между отношением к одиночеству и нозологической формой заболевания. Больные шизофренией реже тяготились одиночеством (14 из 28), чем пациенты с МДП (4 из 5) и с психоорганическими расстройствами (11 из 17), чаще относились к нему индифферентно (8 из 28; 3 из 17 соответственно) и положительно (6 из 28; 1 из 5 и 3 из 17).

Рассматривая механизм переживания одиночества (т.е. причины того или иного отношения к одиночеству), мы выделили три его уровня: психопатологический (синдромальный), психологический и соматический. Отрицательному отношению к одиночеству содействовали на психопатологическом уровне бред преследования, направленный на соседей, сослуживцев или других лиц из внесемейного окружения (больные сожалели, что рядом нет близких, которые могли бы защитить их от мнимых противников), депрессия (усиливалась тревога за близких,

чувство собственной неполноценности, безысходность, пессимистическая оценка прошлого и будущего), психопатоподобные расстройства астенического и истерического круга, лакунарная деменция (актуализировалось понимание своей несостоятельности и необходимости помощи со стороны). Негативное отношение к одиночеству на психологическом уровне вызывали благополучная семейная жизнь в прошлом (семейные отношения типа «сотрудничества», когда в семье не было конфликтов, близкие помогали врачу в лечении и реабилитации, и «гиперопека» — родные чрезмерно опекали больного), глубокая, прочная привязанность к близким, на соматическом — тяжелая патология с выраженной декомпенсацией и нуждаемостью в посторонней помощи.

Индифферентное отношение к одиночеству на психопатологическом уровне коррелировало с шизофреническим дефектом (апатия делала больных равнодушными к своему положению, аутистически вытесняя факт одиночества; они были уверены, что супруги и дети, несмотря на полную утрату связей, вернутся к ним; из-за амбивалентности больные, сожалея о своем одиночестве, отказывались жить с близкими) и апатическим вариантом психоорганического синдрома. На психологическом уровне происходила корреляция индифферентного отношения к одиночеству с защитой по типу вытеснения (например, больная совершенно не придает значения одиночеству: «Я привыкла быть одна, меня это не беспокоит»), религиозностью (верующая больная смиренно говорит об одиночестве: «Так богу угодно»), с семейными отношениями типа «эмоционального отчуждения» — члены семьи были холодны, замкнуты в отношении друг с другом; на соматическом — с отсутствием серьезной патологии.

Положительному отношению к одиночеству на психопатологическом уровне способствовали бред преследования, направленный на родственников (больные были довольны, что они не живут с близкими); психоорганический синдром с беспечностью, благодушием, снижением критики или с эксплозивностью; психопатоподобные расстройства возбуждаемого и паранойяльного круга. На психологическом уровне — психологическая защита по типу рационализации (обесценивалась жизнь в семье, показывалось преимущество одиночества) и трудная семейная жизнь в прошлом (семейные отношения по типу «взаимные диссоциации» — между всеми членами семьи были постоянные конфликты; «оппозиция» — больной противостоял родственникам вследствие своей грубости и эгоизма; «остракизм» — больной был изолирован в семье из-за холодности и эгоизма родственников). На соматическом уровне — нетяжелое заболевание с легкой декомпенсацией.

Большинство больных с органическим поражением головного мозга (14 из 17) и с МДП (4 из 5) относилось к диспансерному наблюдению положительно. Они охотно общались с участковым психиатром и сожалели о редких встречах с ним. Причины такого отношения: улучшение психического состояния после назначения медикаментозного лечения и психотерапии; личностные особенности врача — доброжелательность, вежливость, компетентность, внимательное, заботливое отношение к больным; проецирование на врача своих нереализованных родительских чувств (например, больной говорит о враче: «Ну дитя есть дитя, молодой, хороший»); социально-ролевой статус врача («врач есть врач»). Отрицательное отношение к врачу у больных было вызвано его грубостью, высокомерием, некомпетентностью и пренебрежительным отношением к пациентам (4 больных).

Больные шизофренией нередко (12 из 28) возражали против диспансерного наблюдения или относились к нему безразлично (5 пациентов), так как не считали себя психически больными. Некоторые из них (4 больных) не знали своего лечащего врача, не посещали диспансер и не получали лечения.

Значительные трудности пациенты во всех группах испытывали в связи с соматическим заболеванием, плохими жилищными условиями, недостаточным материальным обеспечением, бытовыми проблемами (стирка, уборка квартиры, приготовление пищи, доставка продуктов). Однако, несмотря на это, все больные, за исключением двух, отрицательно относились к помещению в стационар или дом-интернат.

Отмечаются некоторые различия в причинах и отношении к одиночеству у пожилых больных шизофренией, МДП и с органическим поражением головного мозга. Шизофрения больше, чем МДП и органические заболевания, нарушает взаимоотношения больного с его ближайшим окружением, прежде всего с семьей, способствуя одиночеству. Вместе с тем больные шизофренией в связи с особенностью клинических проявлений легче адаптируются и переживают одиночество. Наблюдается связь механизма переживания одиночества с психопатологическими проблемами, социально-психологическими факторами и соматическим состоянием.

Все одинокие пожилые психически больные, независимо от характера заболевания, в той или иной степени социально дезадаптированы. Врачи диспансера не оказывают

им достаточного внимания, многие из них тяготеют к одиночеству, нуждаются в психологической коррекции, терапевтической и социально-бытовой помощи. Программа по реабилитации данного контингента больных должна включать мероприятия, направленные на устранение перечисленных отрицательных моментов, восстановление там, где это возможно, связей с родственниками, и носить дифференцированный характер, учитывая клинические и психологические особенности пациента, причины одиночества, отношение к нему больного, механизм его переживания. Это возможно лишь при оказании комплексной медико-социальной помощи гериатрически подготовленными психиатрами, невропатологами, терапевтами, психологами и социальными работниками в условиях внебольничного геронтопсихиатрического подразделения.

Проведенное исследование показало необходимость использования в изучении положения одиноких пожилых психически больных, наряду с клиническим, социально-психологического метода, позволяющего получить данные для более углубленного изучения этой проблемы, что имеет важное значение для успешного решения реабилитационных задач.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барков И.Н. // Актуальные вопросы психиатрии. — 1985. — С. 58—64.
2. Гаврилова С.И. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1987. — № 8. — С. 1187—1192.
3. Данилов Ю.М. Семейные отношения психически больных в позднем возрасте (в связи с задачей вторичной психопрофилактики): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1984.
4. Друзь В.Ф. Семейная адаптация больных шизофренией в позднем возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1989.
5. Корецкий В.С. // Социально-правовые аспекты психиатрической помощи. — М., 1990. — С. 108—112.
6. Рахальский Ю.Е., Друзь В.Ф. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1989. — № 9. — С. 108—112.
7. Трифионов Е.Г. Клинико-социальная структура диспансерного контингента психически больных пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1990.
8. Шахматов Н.Ф. // Основы реабилитации при нервно-психических заболеваниях. — Л., 1973. — С. 65—67.
9. Barker F., Intagliata J. // Evaluation and program planning. — 1982. — Vol. 5. — P. 69—79.
10. Cattell H.R. // J. Geriatr. Psychiatr. — 1988. Vol. 3, № 4. — P. 251—261.

Поступила 21.05.94



В.Е. Гречко, А.В. Степанченко, Л.Г. Турбина, С.Ю. Семенова

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОПАТИЯМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Кафедра нервных болезней стоматологического факультета (зав. — проф. В.Е. ГРЕЧКО)
Московского медицинского стоматологического института им. Н.А. Семашко

Р е ф е р а т. У 58 больных с периферическим поражением лицевой мускулатуры (прозопарез — у 30, контрактуры мимических мышц — у 28) в раннем и позднем восстановительном периодах проводились различные реабилитационные мероприятия: медикаментозная терапия, нейропсихореабилитационная по типу «нейромоторного перевоспитания», включающая саморегуляцию функций мимических мышц при помощи ЭМГ-ОС, обучение пациентов самостоятельному проведению постизометрической релаксации пораженных мышц. Анализ эффективности лечения больных в раннем и позднем восстановительном периодах показал определенную эффективность методов реабилитации.

В.Е. Гречко, А.В. Степанченко, Л.Г. Турбина, С.Ю. Семенова

БИТ НЕРВЫ НЕВРОПАТИЯСЫ БЕЛӘН АВЫРУЧЫЛАРНЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУНЕН ЗАМАНЧА ЫСУЛЛАРЫ

Бит мускулатураның периферик өлешендә үзгәрешләре булган 58 авыруда (башлангыч һәм соңгы периодьнда) төрле реабилитацион чаралар уздырылган: дару белән дәвалау, нейропсихореабилитация, һ.б. Бу авыруларны дәвалауда кулланылган чараларның файдалы булуы турында әйтелгән.

V.E. Grechko, A.V. Stepanchenko, L.G. Turbina, S.Yu. Semenova

CURRENT REHABILITATION ASPECTS IN PATIENTS WITH FACIAL NERVE NEUROPATHY

In 58 patients with peripheral injury of face musculature (prosopearesis — 30, contracture of facial muscles — 28) at early and late recovery stages various rehabilitation measures were carried out: drug therapy, neuropsychorehabilitation through «neuromotor re-training» including self-regulation of facial muscle functions with the help of electromyography, patient training for independent carrying out postisometric relaxation of injured muscles. Therapy effectiveness analysis in patients at early and late recovery stages definitely pointed out the effectiveness of rehabilitation methods.

Невропатии лицевого нерва до настоящего времени остаются одной из актуальных проблем неврологии, причем актуальность проблемы определяется частотой возникающих при этой патологии осложнений и отсутствием достаточно эффективного лечения. Частота невропатий лицевого нерва составляет в европейских странах 20, а в Японии 30 на 100 тыс. населения; не удается выявить ни сезонных, ни половых различий [8]. Частота различного рода осложнений при невропатиях составляет 25–30% [7].

В числе наиболее распространенных осложнений — парезы мимической мускула-

туры различной степени выраженности, контрактуры мимических мышц с патологическими синкинезиями и дискинезиями, аберрантные синдромы и др. Эти состояния отличаются хроническим течением и плохо поддаются лечению. Существующие методы лечения невропатий лицевого нерва оказываются малоэффективными. Поэтому все усилия врачи направляют на то, чтобы больной приспособился к своему дефекту и стала возможной аутокоррекция.

Реабилитационные мероприятия при этом заболевании играют важную роль. Они включают последовательную лечебную программу с учетом стадии заболевания, выраженности прозопареза, наличия синкинезий и дискинезий (миокиний), аберрантных синдромов.

Понимая под термином «медицинская реабилитация» комплекс лечебных, педагогических (обучающих), психологических, социальных мероприятий, сменяющих друг друга в зависимости от стадии заболевания, мы в течение ряда лет занимались разработкой вопросов реабилитации при невропатиях лицевого нерва.

Целью нашего исследования было создание индивидуальных программ нейропсихореабилитации больных с невропатиями лицевого нерва. Для оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий использовались методы комплексного определения динамики клинических проявлений невропатии с применением бальной шкалы выраженности пареза по Я.С.Балабану, миографических изменений по Л.О.Бадалян, И.А.Скворцову [3], фазы заболевания по В.С.Лобзину [4], психологического тестирования с использованием зрительно-аналоговой шкалы тревоги Хорнблоу и Кидсона [6].

Под нашим наблюдением находилось 58 больных в возрасте от 15 до 76 лет (мужчин — 21, женщин — 37): до 30 лет — 14, 31–40 лет — 12, 41–50 лет — 11, 51–60 лет — 10, 61–70 лет — 8, старше 70 лет — 3 больных. По этиологии заболевание всех больных определено как идиопатическая невропатия (простудный паралич Белла). В раннем восстановительном периоде (10–30 дней от начала заболевания) было 30 больных, в позднем (30 дней — 6 мес) — 15, в периоде стойких остаточных явлений (более 6 мес) — 13. По степени тяжести заболевания выделили 3 группы больных: с невропатиями легкой

степени выраженности, средней степени и с тяжелыми невротпатиями (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Распределение больных в зависимости от давности и степени тяжести заболевания

Степень клинических проявлений	Периоды заболевания		
	ранний восстановительный	поздний восстановительный	период остаточных явлений
Легкая	12	7	6
Средняя	15	6	5
Тяжелая	3	2	2
Итого	30	15	13

Тяжесть клинических проявлений прозопареза классифицировалась по 5-бальной системе, предложенной Я.С.Балабаном.

К группе с легкими невротпатиями отнесены больные со слабостью мышц 3–4 балла.

Прозопарез 4 балла: больной может зажмурить глаз, нахмурить и поднять бровь, наморщить лоб, но с меньшей силой, чем на здоровой стороне; при оскаливании видны 4–5 зубов, рот едва заметно перетягивается на здоровую сторону; больной надувает щеку, но с меньшей силой, чем с противоположной стороны. При электронейромиографическом исследовании латентное время М-ответа 4,5–5,0 мс.

Прозопарез 3 балла: больной может зажмурить глаз, однако ресницы выступают больше, чем на здоровой стороне (симптом ресниц); может сдвинуть к центру и поднять бровь, наморщить лоб, но в меньшей степени и с меньшей силой, чем на здоровой стороне; при этом он не может преодолеть сопротивление исследующего. При оскаливании видны 3–4 зуба; больной плохо складывает губы для свиста и с трудом может свистнуть; надувает щеку, но не преодолевает сопротивления исследующего. При электронейромиографии латентное время М-ответа 5,0–5,5 мс.

Заболевание средней степени тяжести — прозопарез 2 балла: при оскаливании видны 2–3 зуба; надувание щеки слабое; свистеть больной не может; закрывает глаз не полностью — видна полоска склеры 1–2 мм (симптом Белла); слегка морщит лоб; незначительные движения при попытке нахмурить брови. Латентное время М-ответа 5,5–6,0 мс.

Тяжелые невротпатии оценены в 1–0 баллов.

Прозопарез 1 балл: больной глаз не закрывает — видна полоса склеры 3–5 мм

(симптом Белла); не может нахмурить и поднять бровь, надувать щеки, свистеть; при оскаливании на пораженной стороне видны 1–2 зуба. Латентное время М-ответа более 6 мс.

Прозопарез 0 баллов: полный паралич мимической мускулатуры — больной не закрывает глаз (полоса склеры более 5 мм); не может нахмурить и поднять бровь, не может оскалить зубы; движения угла рта на пораженной стороне нет; не может сложить губы для свиста; рот резко перекошен на здоровую сторону. При стимуляционной электронейромиографии М-ответ отсутствовал.

В раннем восстановительном периоде заболевания проводилась терапия, направленная на уменьшение отека, улучшение проводимости по нерву, восстановление регионарного кровообращения. Использовалась схема лечения, разработанная сотрудниками кафедры: низкомолекулярный декстран (реополиглюкин) 500 мл; сорбитол или маннитол 10 мл; трентал или агапурин 10 мл капельно. Применяли также кортикостероиды из расчета 0,5 мг на 1 кг веса в течение 2 нед.

Из немедикаментозных средств лечения в остром периоде заболевания, по нашим данным, наиболее эффективны лечебная гимнастика, гипербарическая оксигенация (ГБО), иглорефлексотерапия (ИРТ), а в позднем восстановительном периоде — лазеро-магнитная терапия (ЛМТ), постизометрическая релаксация (ПИР).

Т а б л и ц а 2

Результаты лечения больных в остром периоде невротпатий

Степень выраженности клинических проявлений	Количество больных (абс., %)	ЭМГ (латентное время)
До лечения:		
легкая	12 (40)	4,5–5,0 мс
средняя	15 (50)	5,5–6,0 мс
тяжелая	3 (10)	Более 6,0 мс
После лечения:		
легкая	25 (83,3)	4,3–4,5 мс
средняя	3 (10,0)	5,0–5,8 мс
тяжелая	2 (6,7)	Более 6,0 мс

Как видно из табл. 2, лучший эффект отмечен в группе больных с легкой и средней степенью поражения. Полное восстановление функций мимической мускулатуры наблюдалось у 47 из 58 пациентов. В течение 6 мес у части больных сформировались различные осложнения: у 2 больных сохранилась тотальная прозоплегия с полным отсутствием движений в половине лица без признаков контрактуры, у 9 отмечались остаточные

явления в виде слабости мимических мышц и контрактур разной степени выраженности.

Для определения степени тяжести контрактуры использовалась классификация по G.A. Waterman [9] с учетом роли гипертонусов мимической мускулатуры по Г.А.Иваничеву [2].

Легкая степень контрактуры: асимметрия лица незаметна в покое, минимальные произвольные усилия незначительно выявляют асимметрию лица, синкинезии слабо выражены. Жалобы больных сводятся к периодическому ощущению натянутости лица, боли в лице обычно неинтенсивные.

Средняя степень контрактуры: асимметрия лица выявляется в покое, минимальные произвольные усилия резко искажают лицо, синкинезии выражены. Жалобы на неприятные ощущения типа стягивания в лице, особенно во время разговора, на холоде.

Тяжелая степень контрактуры: все симптомы вторичной контрактуры мимических мышц грубо выражены, выявляются спонтанные гиперкинезы лицевой мускулатуры. Помимо типичных, присоединяются жалобы больных на эмоциональные расстройства, невротические и депрессивные реакции.

С учетом роли гипертонусов степень тяжести контрактуры оценивалась следующим образом: при легкой степени пальпируются гипертонусы в какой-либо одной мышце, спонтанных болей нет, выявляется слабая болезненность при растяжении пораженной мышцы; при средней степени гипертонусы определяются в нескольких мышцах, расположенных по соседству, боль выявляется в покое, растяжение значительно ее усиливает; при тяжелой степени гипертонусы определяются во всех мышечных группах, резко болезненные в покое.

Наиболее трудным и ответственным в психонейрореабилитации больных с невropатиями лицевого нерва оказался резидуальный период заболевания. Данное обстоятельство обусловлено тем, что возможности восстановления функции нерва в этом периоде практически исчерпаны.

Группа больных с полным отсутствием эффекта восстановления подлежит, по нашему мнению, косметическому оперативному вмешательству и параллельно рациональной психотерапии.

Группа больных с эффектом частичного восстановления (легкий дефект мимических мышц, сочетающийся с контрактурой) подлежит нейрорехабилитации по индивидуальной программе аутопсихокоррекции.

С учетом современных представлений о механизмах формирования контрактуры больным назначались препараты, воздействующие на сегментарный и супрасегментарный уровни системы лицевого нерва: карбамазепин 300 мг в сут, баклофен 200–300 мг в сут, препараты, улучшающие кровоснабжение мышц (например, никотиновая кислота). На фоне медикаментозной терапии проводилось

лечение с использованием электромиографической обратной связи (ЭМГ-ОС) [4, 5].

Тренировку методом ЭМГ-ОС осуществляли с помощью электромиографа М-440. Основная цель лечения заключалась в стимуляции активного участия больного в контроле своей мышечной активности. ЭМГ-ОС применялась как для тренировки ослабленных паретичных мышц, так и для расслабления спастичных мышц. При этом одновременно использовались 4 канала электромиографа: первые 2 канала для того, чтобы больной мог сравнить величину произвольной мышечной активности тренируемой и здоровой мышц, 3-й и 4-й каналы использовались для контроля за релаксацией мышц, принимающих участие в патологических синкинезиях.

Методика тренировки ЭМГ-ОС заключалась в следующем: больному на двигательные точки тренируемых мышц (лобной, круговых мышц глаза и рта) симметрично с двух сторон накладывались стандартные биполярные отводящие электроды площадью 0,5 см² с межэлектродным расстоянием 1,5 см. Показатели электрической активности этих мышц при двигательных реакциях предъявляли больному на экране электромиографа в виде биоэлектрических потенциалов различной амплитуды. Осуществлялась запись произвольных движений мышц лба, глаз, рта, образного представления о выполнении движений.

Во время сеанса ЭМГ-ОС с больным проводилась психотерапевтическая беседа. Параллельно назначался курс лазеротерапии (область гипертонусов в мимических мышцах). После уменьшения выраженности мышечных уплотнений, что обычно происходит после 3–5 процедур лазерно-магнитной терапии, дополнительно назначалась постизометрическая релаксация мимических мышц по методике Г.А.Иваничева [2]. Особенность реабилитации в фазе стойких остаточных явлений заключается в активном вовлечении пациента в процесс восстановительного лечения. Активизация осуществляется благодаря методике ЭМГ-ОС и обучению больных приемам постизометрической релаксации мимических мышц под контролем ЭМГ.

Курс лечения начинается методом ЭМГ-ОС, на фоне которой осуществляется ЛМТ мышечных гипертонусов и рациональная психотерапия; на 5–7-м сеансе ЛМТ, когда выраженность гипертонусов мышц уменьшается, начинается проведение ПИР; последующие 5–7 дней проводится комплекс терапии, включающий ЭМГ-ОС, ЛМТ и ПИР; по истечении 5 дней проведения ПИР врачом начинается обучение больного самостоятельному проведению ПИР. Ему объясняют основные приемы ПИР, смысл их проведения. Больной проводит ПИР самостоятельно под контролем врача до получения эффекта полного расслабления мышц. Таким образом, индивиду-

альная программа психореабилитации больных рассчитана на 14 дней. В течение всего цикла лечения проводятся сеансы с ЭМГ-ОС, на фоне которых осуществляется АМТ мышечных гипертонусов и ПИР мимических мышц по Г.А.Иваничеву.

Во время периода реабилитации проводится рациональная психотерапия, направленная на психологическую адаптацию больного к своему косметическому дефекту.

Анализ динамики клинической картины и данных ЭМГ показал, что более чем у 60% больных, лечившихся по предложенной нами методике, достигнут эффект реабилитации: контрактуры мимических мышц тяжелой степени трансформировались в средние, а средней степени — в легкие (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

Результаты лечения больных с контрактурами мимических мышц

Степень выраженности контрактур	Количество больных (абс., %)
До лечения :	
легкая	13 (46,4)
средняя	11 (39,3)
тяжелая	4 (14,3)
После лечения :	
легкая	22 (78,6)
средняя	4 (14,3)
тяжелая	2 (7,1)

Анализ результатов нейропсихореабилитации больных с невротиями лицевого нерва в различные сроки от начала заболевания показал следующее. В результате проведения реабилитационных мероприятий отмечено улучшение у 56 из 58 лечившихся больных. Оно выразилось в уменьшении явлений пареза мимических мышц (95%), мышечных контрактур (78%), уменьшении асимметрии лица, изменении психологии больных, их лучшей психологической адаптации к дефекту.

Исследования показали, что в остром периоде восстановление идет за счет улучшения проводимости импульса по нерву. Оно, судя по ЭМГ (латентное время), оказывается незначительным. В периоде остаточных явлений восстановление идет за счет

улучшения кровоснабжения мимических мышц, снижения возбудимости мышечных рецепторов, что ведет к уменьшению мышечных контрактур, способствует самостоятельной коррекции дефекта больным, использованию больным оптимального режима деятельности мимических мышц, психологической адаптации больного к имеющемуся дефекту.

Таким образом, исследования подтверждают, что в остром периоде невротии лицевого нерва восстановление идет благодаря нормализации проводимости по нерву, а в периоде формирования стойких остаточных явлений (после 6 мес) за счет развития компенсаторных механизмов. Для их активизации в число нейропсихореабилитационных мероприятий следует включать назначение медикаментозных средств, направленных на улучшение проводимости нерва, снижение мышечного тонуса, нормализацию кровообращения в мышцах, в сочетании с тренировкой методом ЭМГ-ОС, обучение больных приемам ПИР мимических мышц, создание оптимального режима деятельности мимических мышц и психологической адаптации больного к своему дефекту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропова М.И., Котенева В.М. Неврит лицевого нерва (современное комплексное лечение). — М., 1985.
2. Иваничев Г.А. Контрактура мимической мускулатуры. — Казань, 1992.
3. Багалян А.О., Скворцов И.А. Клиническая электромиография: Руководство для врачей. — М., 1986.
4. Лобзин В.С., Цацкина Н.Д. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1985. — Т. 85, № 4. — С. 528—531.
5. Лобзин В.С., Сметанкин А.А., Цацкина Н.Д., Яшин Н.С. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1989. — № 10. — С. 58—62.
6. Хорнблоу Э. Применение зрительно-аналоговой шкалы для оценки тревоги (Стресс и тревога в спорте): Пер. с англ. — М., 1983. — С. 165—173.
7. Юдельсон Я.Б. Патогенез вторичной контрактуры мимических мышц: (Обзор) // Журн. невропатол. и психиатр. — 1980. — № 4. — С. 526—530.
8. Imanagihara N. Etiology and pathophysiology of Bells Palsy ann Otol Rhinol. — 1988. — Vol. 97. — P. 3—27.
9. Waterman C.A. Facial paralysis, a study of three hundred and thirty-five cases n J. Nerw. Ment. Dis. — 1909. — Vol. 36, № 2. — P. 65—76.

Поступила 08.09.94



В.С. Чудновский

ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ И АРХИТЕКТУРНЫЙ ПРИНЦИП ПОНИМАНИЯ
МЕХАНИЗМОВ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ **Кафедра психиатрии (зав. — проф. В.С. ЧУДНОВСКИЙ) Ставропольского медицинского института*

Советской психиатрии всем ходом ее развития была уготована драматическая судьба. В результате идеологического прессинга она была поставлена в изолированное положение в мировой науке. Последовавшее за этим отлучение от нейроморфологии, генетики, нейрофизиологии с подменой последней надуманными схемами вульгаризированной и искаженной до неузнаваемости павловской концепции высшей нервной деятельности еще более усугубило отрыв отечественной психиатрии от ее общемедицинских основ. Формально сохранившаяся связь с психологическими дисциплинами сводилась в основном к использованию устаревших понятий ассоциативной психологии В.Вундта и отчасти персонологии под бдительным идеологическим контролем. В этих условиях основанные на прогрессивных идеях европейской психиатрии клиническое и терапевтическое направления стали превращаться в нашей стране в узко кастовое учение со всеми признаками научной догмы.

Ограниченность избранного пути стала особенно отчетливо проявляться в условиях происшедшего патоморфоза психических заболеваний и сопутствующего ему снижения эффективности биологической терапии, заставившего психиатров искать новые пути оказания помощи психически больным. Как было отмечено Ф.Гудвиным (США), успехи биологической терапии при психических заболеваниях малоутешительны; это заставляет психиатров активизировать их социальную активность. В качестве базовой теоретической идеи западная психиатрия приняла издавна существующую гуманистическую теорию, видя в ней путь к решению текущих практических задач. Отмечавшись от биологической концепции болезни и ее лечения, гуманистическая психиатрия тем не менее заслужила признание общества понятностью и очевидностью своей позиции для «человека из толпы», поскольку эта позиция основана на признании общечеловеческих ценностей: психически больной — это человек, испытывающий мучительные трудности социальной адаптации; в то же время в нем скрыты резервы, позволяющие

ему выйти из мрака психического расстройства и ступить на твердую почву свободного самовыражения; умелая социальная и психологическая поддержка, понимание и любовь, помощь в обретении смысла жизни рано или поздно дадут возможность больному найти недостающую ему точку опоры.

Гуманистическая сущность экзистенциальной медицины и ее роль в ресоциализации психически больных не нуждается в особых доказательствах. Но нужно в то же время признать, что с одними социально-психологическими критериями и подходами научная психиатрия не продвинется ни на шаг вперед. И.П.Павлов писал: «...сколько тысячелетий человечество разрабатывает факты психологические, факты душевной жизни человека! Ведь этим занимаются не только психологи, но и все искусство, вся литература, изображающая механизм душевной жизни людей... а результатов этого труда — законов душевной жизни человека мы до сих пор не имеем» (Соч., т. 3, кн. 1, с. 106). Необходим дальнейший поиск биологических механизмов психики человека в норме и в патологии, обращенный к природе, необходимо исследование ее, по словам И.П.Павлова, без каких-либо толкований, заимствованных из других источников, кроме самой природы. Этот путь соответствует основным традициям отечественной медицинской науки.

В поисках биологических закономерностей психических заболеваний в период моей работы в Казанском медицинском институте совместными усилиями с моими казанскими коллегами** удалось получить данные, которые я считаю заслуживающими того, чтобы напомнить о них. Прежде всего был обоснован оригинальный принцип исследования системной деятельности головного мозга при некоторых формах психической патологии. Он состоит в том, что в качестве инструмента исследования используется психотропный препарат, механизм действия которого на различные звенья функциональной системы достаточно хорошо изучен. Индикатором самого факта и силы действия фармакологического вещества являются изменения ЭЭГ, а объектом исследования — нейрофизиологические ме-

* Лекция прочитана на I Международном симпозиуме по нейропсихореабилитации (Казань, 5–10 сентября 1994 г.)

** Следует подчеркнуть большое творческое участие сотрудников кафедры психиатрии КГМИ — проф. Д.М.Менделевича, врача А.М.Фроловой, кафедры фармакологии, возглавляемой проф. И.В.Заиконниковой, кафедры нервных болезней — проф. Я.Ю.Попелянского, кафедры рентгенологии Казанского ГИДУВа во главе с проф. М.Х.Файзуллиним.

ханизмы психической деятельности испытуемого.

Общетеоретической базой такого исследования служит сама концепция функциональной системы, которая возникла не на основе аналитического изучения каждого из ее звеньев, а из наблюдения за целостными реакциями организма. Пользуясь указанным приемом, нам удалось показать, что в основе снижения энергетического потенциала при шизофрении лежит снижение активности холинергических ядер переднего гипоталамуса. Эта теория была подтверждена клиническим экспериментом с наблюдениями за изменениями поведения больных шизофренией с адинамическими расстройствами при введении в порядке клинических испытаний препарата армин, обладающего выраженным центральным холинергическим действием.

Другим наблюдением, позволяющим построить модель патофизиологических механизмов психических расстройств при локальных поражениях головного мозга, послужили исследования больных с синдромом вербального галлюциноза, у которых с помощью нейропсихологического, неврологического, рентгеноанатомического, электрофизиологического и отоневрологического обследования удавалось выявить энергетически заряженный очаг в одном из отделов коры больших полушарий, аналогичный эпилептогенному очагу при эпилепсии. Выступая в качестве пейсмекера, этот очаг формирует самовозбуждающую замкнутую функциональную систему галлюцинирования, включающую нервные элементы многих анализаторов. В качестве подтверждения этой теории послужили наблюдения, показавшие резкие изменения, а затем временное прекращение галлюцинирования у больных, у которых галлюциногенный очаг подвергался блокирующему действию функциональных доз рентгеновского облучения.

В конечном итоге нами была обоснована в применении к психической патологии концепция П.К.Анохина относительно энергетического и архитектурного принципа в организации системной деятельности центральной нервной системы. Энергетический принцип заключается в том, что психопатологический синдром возникает как следствие патологической активности большого числа нейронов в разных отделах головного мозга, объединенных на основе их общего участия в данной нарушенной психической функции. Источником энергии этой патологической системы становится пораженный участок в одном из отделов мозга (речь может идти о минимальном мозговом поражении), постоянная импульсация из которого приводит к объединению нейронов в клеточные единства с последующим их самостоятельным функционированием в качестве замкнутой системы.

Архитектурный принцип заключается в том, что в содержании патологических психических переживаний признается факт

отражения целостной психической деятельности больного, всего его жизненного опыта, элементы которого избирательно включаются в фабулу психопатологического синдрома.

Если пейсмекерный энергетический принцип вполне может рассматриваться в рамках биологических механизмов психического заболевания и подлежит классическому научному анализу, то принцип архитектурный выводит нас за пределы чистой науки, включая структурную психологию, в область духовного. Он выводит наше знание о природе человека на экзистенциальный уровень, в центре которого стоит признание неповторимой индивидуальности человека, способного делать свои собственные свободные выборы и брать за них на себя ответственность. Реальность заключается в полном крахе духовных ценностей вне индивидуальности, пишет А.Маслоу, и нет иного пути, как путь внутрь себя, к своему «Я», где заключен источник всего сущего. Любая попытка проникнуть в архитектурное содержание любых психических реакций неизбежно приводит нас к понятию «Я», к самосознанию человека. По мнению А.Г.Спиркина, это есть высшее интегрирующее образование в духовном мире человека, некий нравственно-психологический, характерологический и мировоззренческий стержень личности. В психологической структуре самосознания, пишет Е.В.Шорохова, особое место занимают представления человека о своих правах и обязанностях, чувство долга, чести и совести. По мнению А.Н.Леонтьева, проблема самосознания — это проблема высокого жизненного значения, венчающая психологию личности.

Мы с ученым высокомерием слишком долго пытались обойти культурный, нравственный, в прямом смысле этого слова духовный аспект наших знаний о высшей нервной деятельности и психике человека. И мы оказались в проигрыше, уступив свои позиции махинаторам всех мастей, включая магов, колдунов, псевдоцелителей и экстрасенсов, в попытках исчерпать наши научные знания и умения данными квазиобъективного познания мира и себя самих. Вспоминаются слова философа-экзистенциалиста С.Кьеркегора: если даже у меня есть доказательства объективной реальности духовного, религии, этики и нравственности, я отброшу их и буду их ненавидеть, так как они направлены на фальсификацию способа субъективного познания. Последнее, как нам представляется, не противоречит энергетическому принципу. Экзистенциализм не отрицает сущности вещей, которая проявляется в логике, математике и других аспектах реальности (Ж.-П.Сартр). Он лишь утверждает, что мы никогда не сможем до конца понять человеческое бытие на этой основе. Живая личность всегда проявляет себя уникальным способом, способна выходить за пределы

себя самой (трансцендентировать себя), взглянуть на себя со стороны.

Что же раскрывается в этом аспекте в существовании психиатрического обследования больного? Прежде всего то, что психическое расстройство в содержательном смысле лишь отчасти представляет собой объективный феномен. Объективным оно является преимущественно в той части, где речь идет о наблюдении за поведением и двигательными, вегетативными реакциями больного. Что же касается анализа самоотчета больного о его субъективных переживаниях, составляющих главную часть психопатологического синдрома, то здесь уместно вспомнить слова психолога Э.В.Ильенкова: судить о человеческой форме отношения к себе по фактам, открывающимся исключительно в актах самонаблюдения, было бы по меньшей степени неосмотрительно; реальная личность совсем не совпадает с тем, что человек о себе самом говорит или думает, с самоотчетом, даже самым искренним.

Эти слова психолога нельзя игнорировать при оценке данных психопатологического исследования больного. Последнее не раскрывает объективным образом внутренний, духовный мир пациента, но представляет собой акт взаимодействия (интеракции) исследуемого и исследователя. Человек может осознавать в себе лишь то, что он видел и знает в других людях, что он может выразить в словах и в понятиях. Темными остаются для нас те особенности душевной жизни, которые мы не выражаем никакими средствами и которые не увидим ни в ком, кроме себя (А.Потебня).

Наши целенаправленные наблюдения показывают, что при первичном психопатологическом обследовании больной с психозом или пограничным расстройством способен дать самоотчет лишь о тех внутренних переживаниях, которые ему знакомы по личному опыту и которые он представляет по внешним признакам у других людей (головная боль, бессонница, слабость, сновидные зрительные галлюцинации, страх и т.п.). Но сформулировать в самоотчете субъективное переживание малоизвестных или совершенно неизвестных ему симптомов, таких как депрессивный аффект при эндогенном психическом заболевании, навязчивые мысли, психосенсорные расстройства и др., он не в состоянии. Выявление их зависит от компетентности врача в психопатологии, который отчасти осознанно, отчасти интуитивно схватывает контур психического расстройства (гештальт), выделяя его из фона, каковым в данном случае является вся сумма слабо очерченных и аморфных переживаний внутреннего дискомфорта, отраженных в самоотчете больного, в мимических и пантомимических его реакциях, иногда почти недоступных примечанию. Дальнейшее формирование четко очерченного психопатологического синдрома происходит посредством

интеракции в системе «врач — пациент», в результате которой больной усваивает понятия и термины, дающие ему возможность выразить свои переживания в словесной и всегда типизированной в той или иной мере форме (например, псевдогаллюцинации «звучат в голове», имеют «насилованный, сделанный характер» и т.п.). Все это не означает, что врач «внушает» больному те или иные симптомы психического заболевания. Доказательством тому является тот факт, что если заданный психиатром наводящий вопрос не вписывается в контур действительно имеющегося у больного синдрома, то ответ, как правило, бывает уверенно отрицательным: «Этого у меня нет».

Парадоксальным на первый взгляд кажется тот факт, что неполнота и несовершенство самоотчета, являющегося основным источником знания о духовном мире психически больного человека, позволяют раскрыть одно из наиболее важных свойств его психической деятельности — степень адекватности самооценок (АСО), свидетельствующую об уровне самосознания. Для этого самооценки различных психических проявлений испытуемого сопоставляются с объективными оценками тех же параметров личности, даваемыми компетентным экспертом, в качестве которого выступает психиатр, хорошо знающий больного. Результат определения АСО может быть измерен математически. Объектом измерения при этом могут стать такие параметры личности пациента, которые познаются феноменологически, путем проникновения в душевное, в чувствования, сопереживания. Таким образом, изучаемый с помощью научных методов уровень самосознания личности представляет собой ту область клинического познания, где смыкаются результаты экспериментального анализа в духе неопозитивизма с экзистенциальными проблемами, понимаемыми с помощью интуиции и эмоционального, эмпатического восприятия. Те и другие в совокупности образуют архитектурную составляющую психопатологического синдрома.

Практическое значение изучения функции самосознания при психических заболеваниях связано с его свойством осуществлять саморегуляцию и самоконтроль психических актов. По мнению Дж. Мида, только осознав свое «Я» и свою социальную роль человек превращается в личность, которая способна сознавать смысл своих собственных слов и поступков, представлять себе, как эти слова и поступки воспринимаются другим человеком. Т.Шибутани писал: самосознание — это способ защиты от импульсивности, оно облегчает подавление естественных реакций. Поведение, таким образом, становится менее спонтанным, но оно всегда прилично.

Проведенные нами исследования уровня самосознания у нескольких сот больных, страдающих алкоголизмом, неврозами и

психопатиями, шизофренией, органическими психическими заболеваниями^{*}, показали большую роль процессов самосознания в социальной адаптации больных. Установлено, что степень и характер семейно-бытовой и трудовой адаптации при всех формах заболевания зависит от уровня самосознания не в меньшей, а иногда и в большей степени, чем от клинических, биологических свойств болезни, ее стадии и типа течения. Без учета роли самосознания психически больного невозможно представить себе как субъекта, активно участвующего в реабилитационном

^{*} Результаты работ отражены в сб.: Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях в связи с вопросами диагностики, лечения и реабилитации / Под ред. В.С.Чудновского. — Куйбышев, 1982. За последние годы исследования проводились также О.Г.Смирновым, М.С.Шейфером, Н.Ф.Носенко, В.В.Щедренко, А.Ю.Кржечковским, Ю.М.Шикиным и др.

процессе, способного в той или иной степени самостоятельно интерпретировать события и свои взаимоотношения с окружающими людьми, принимать собственные, а не навязанные со стороны решения и брать за них ответственность. По нашему мнению, именно на активное стимулирование способности больных осознавать свою роль человека, страдающего психическим заболеванием и состоящего под психиатрическим наблюдением, должны быть направлены усилия социально-психологической службы реабилитации. Только с учетом роли самосознания больной представляется не как пассивный объект реабилитационных воздействий, а как активный партнер в реабилитационном процессе.

Поступила 11.10.94



Поль Шлосберг (Нью-Йорк, США)

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ НЕРАЗОРВАВШИХСЯ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА*

Гигантские аневризмы встречаются относительно редко (5—13% всех церебральных аневризм), их хирургическое лечение очень затруднено.

Медикаментозная гипотензивная терапия оказалась эффективной у больных с доказанными разорвавшимися аневризмами сосудов головного мозга как в остром, так и в отдаленном периодах (до 35 лет). Поэтому аналогичный метод лечения впервые был апробирован на 5 больных с симптоматическими неразорвавшимися гигантскими аневризмами.

Данная статья является первым сообщением об отдаленных результатах наблюдений (катамнез до 12 лет) при симптоматических неразорвавшихся гигантских аневризмах, леченных консервативно только с помощью гипотензивной терапии (см. табл.).

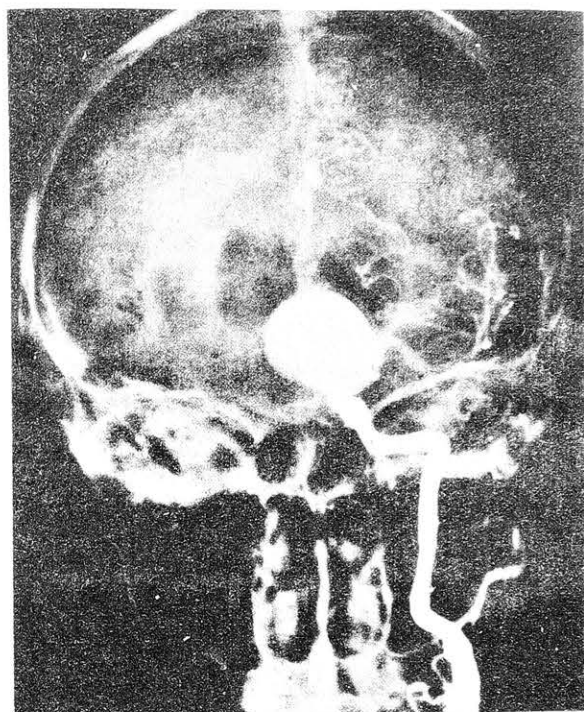
Предложенный метод может применяться изолированно. Возможно, в будущем он будет использоваться в сочетании с внутривенным введением XIII фактора или его производных, если полученные в эксперименте результаты получат клиническое подтверждение.

Ближайшие и отдаленные результаты консервативного лечения гигантских неразорвавшихся аневризм

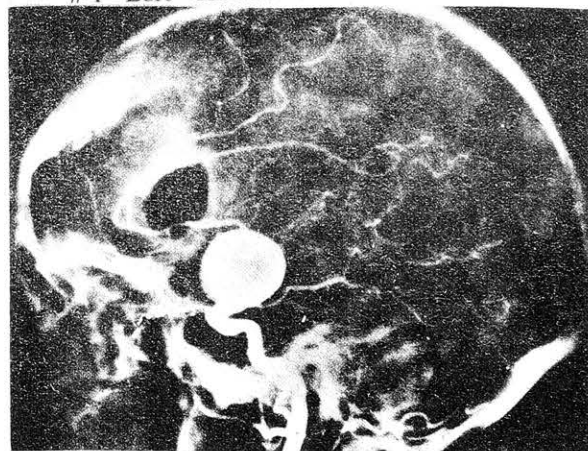
№	Возраст	Клиника	Ближайшие исходы	Отдаленные исходы
1	73	Головные боли, нарушения зрения	Уменьшение головных болей, зрение стабильно	Смерть 1 год спустя, причина смерти неизвестна
2	69	Непереносимые боли в левой половине лица и другие симптомы; не может работать	Значительное уменьшение болей через несколько недель; вернулся к работе	Смерть в возрасте 80 лет от метастазов рака. Катамнез 11 лет
3	55	Направлен нейрохирургом; выявлено 4 аневризмы	Уменьшение симптомов через несколько недель лечения	Стойкое улучшение. Катамнез 12 лет
4	75	Головные боли, диплопия; 2 аневризмы	Головная боль уменьшилась, диплопия осталась	Переехал в другой штат 2 года спустя
5	76	Непереносимые боли в правой половине лица и другие симптомы	Боли уменьшились через несколько недель, а затем пол-	Полное отсутствие болей. Тромбирование аневризмы по дан-

Окончание таблицы

№	Возраст	Клиника	Ближайшие исходы	Отдаленные исходы
		мы; гигантская аневризма четырьмя нейрохирургами признава не операбельной	ностью прекратились	ным МРТ. Катамнез 2,5 года



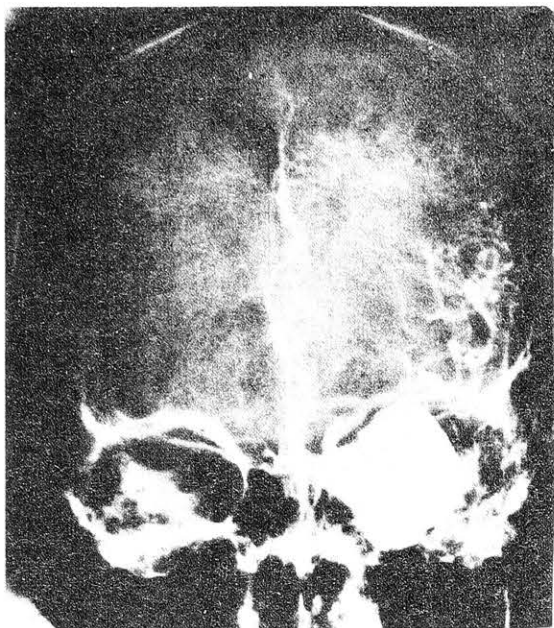
1 Left carotid — AP



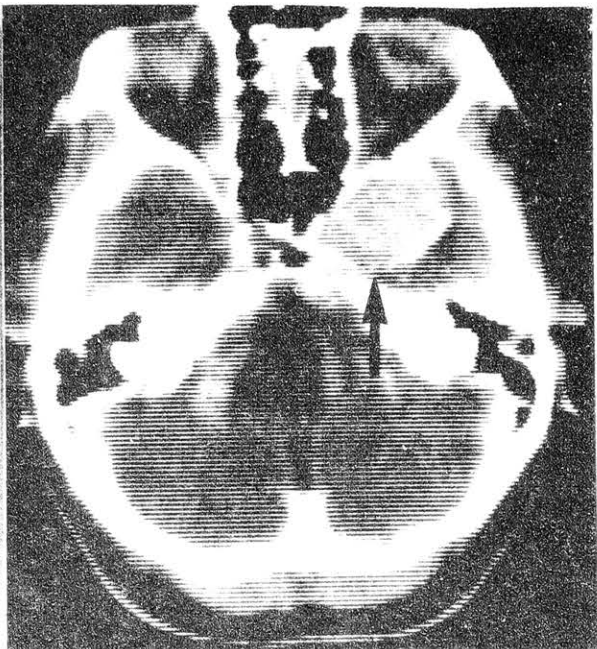
1 Left carotid — lateral

Рис. 1. Передняя и боковая каротидная ангиограмма; видна гигантская аневризма левой сонной артерии (случай 1).

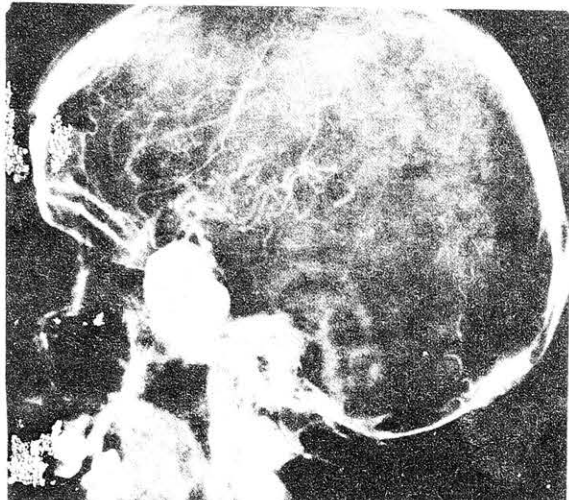
* Данная работа доложена на II конгрессе Панъевропейского неврологического общества (Вена, декабрь 1991).



#2 Left carotid - AP

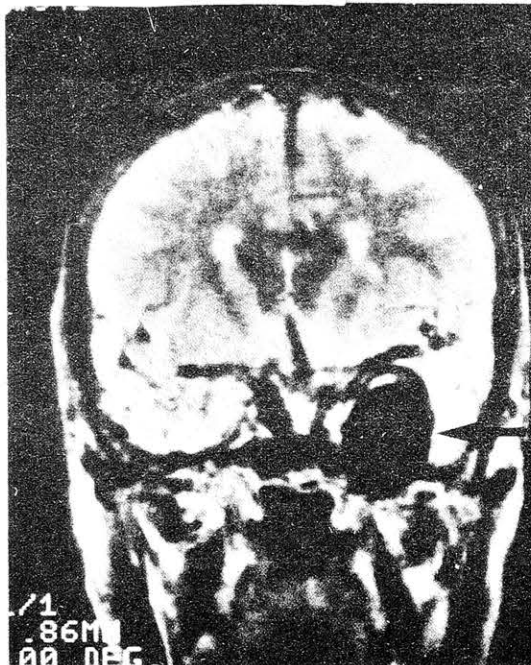


#2 CT (initial study)



#2 Left carotid - lateral

Рис. 2 А. Гигантская аневризма левой сонной артерии, по данным ангиографии и КТГ, до начала лечения (случай 2).



#2 MRI (follow-up, 9 years)

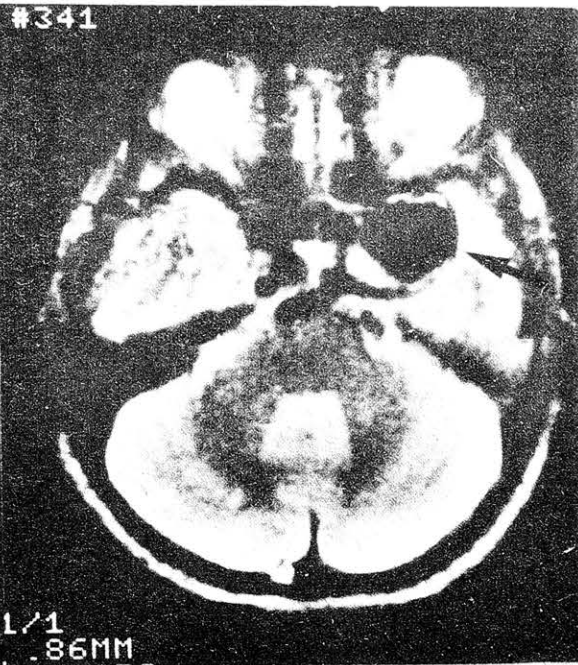
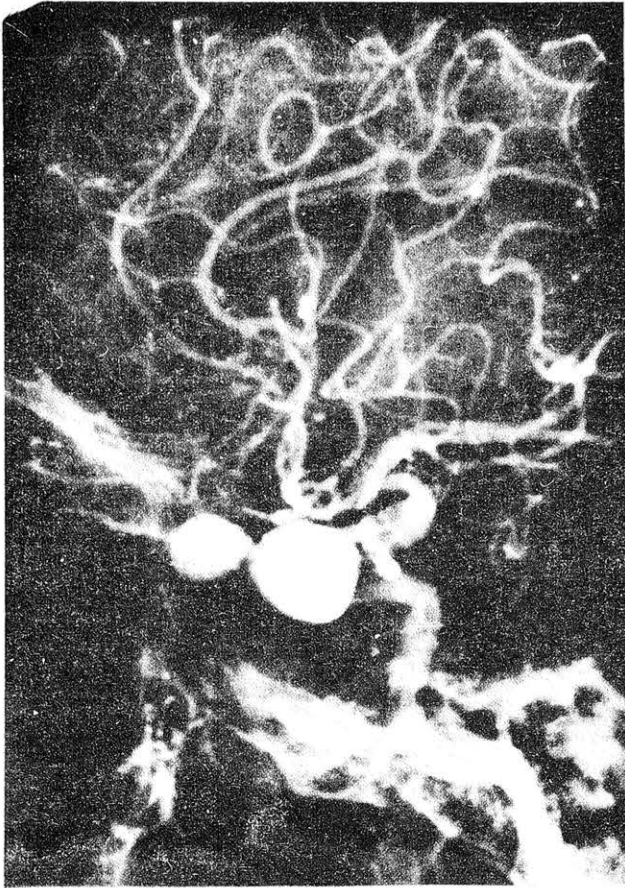
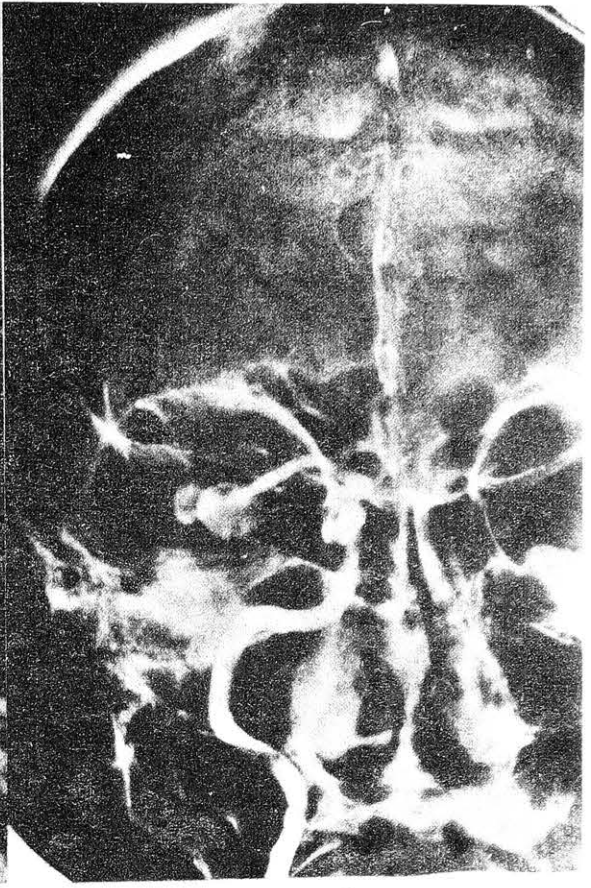


Рис. 2 Б. Тот же случай 9 лет спустя (по данным МРТ).



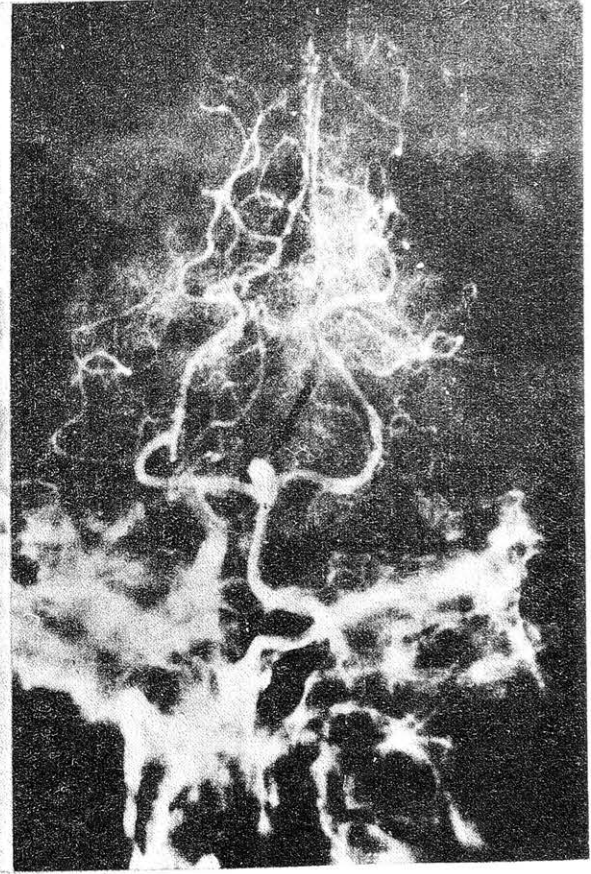
#3 Right carotid - lateral



#3 Right carotid - AP

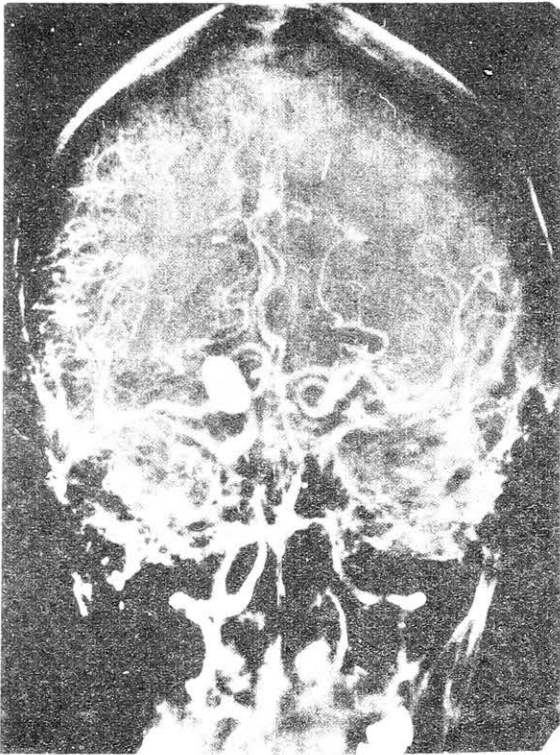


#3 Left carotid - lateral

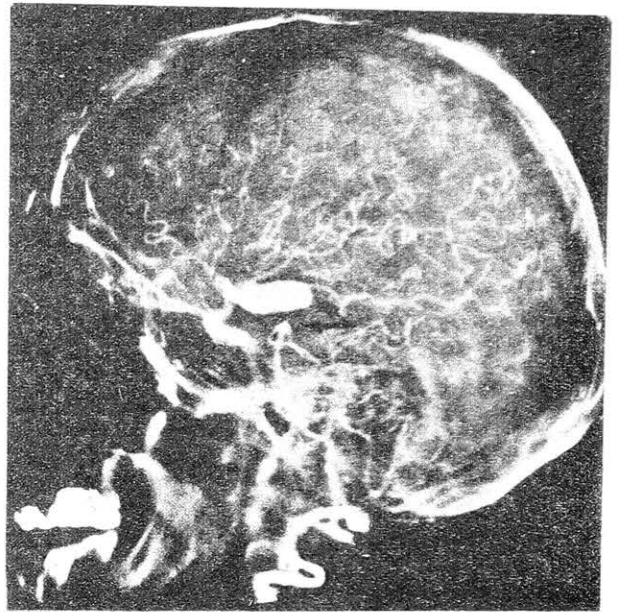


#3 Vertebral - AP

Рис. 3. Каротидная и вертебральная ангиограммы, выявляющие множественные аневризмы сосудов головного мозга (случай 3).

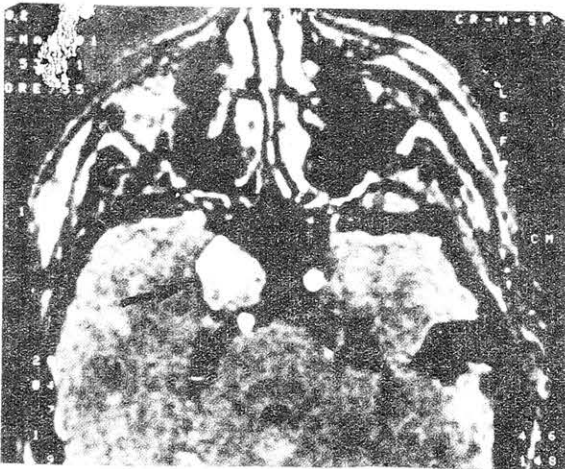


#4 Right brachial—AP

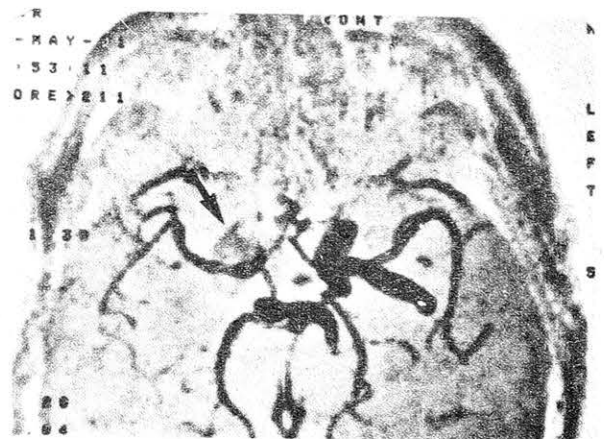


#4 Right brachial—lateral

Рис. 4. Две аневризмы в бассейне правой сонной артерии (случай 4).



#5 MRI (follow-up, 2 years)



#5 MRA (follow-up, 2 years)

Рис. 5. Гигантская аневризма правой сонной артерии, по данным МРА и МРТ, через 2 года после начала лечения (случай 5).

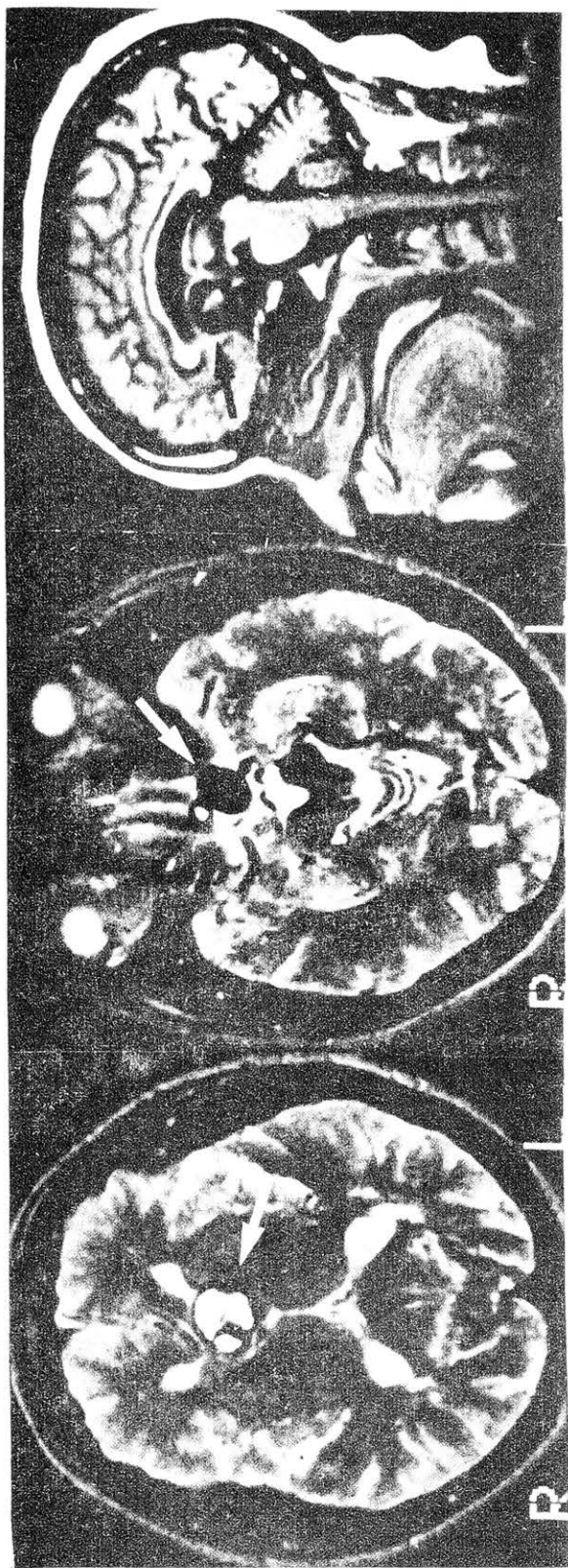


Рис. 6. МРТ гигантской аневризмы левой передней мозговой — передней соединительной артерии 30 лет спустя (случай 6).

#6 MRI (follow-up, 30 years)

Отмечено улучшение у всех 5 больных. Впоследствии один пожилой больной умер (причина смерти неясна), а другой переехал на новое место, и отдаленные результаты болезни не могли быть прослежены. У оставшихся 3 больных наблюдалось стойкое улучшение. У одного из 2 больных с непереносимыми лицевыми болями боль значительно уменьшилась, а у другого исчезла полностью через несколько недель после начала лечения (см. рис. 1–5). Больная, данные которой не внесены в таблицу (рис. 6), имела гигантскую аневризму передней соединительной артерии и страдала сильными головными болями, по поводу чего ей проводилась гипотензивная терапия. Катамнез в данном случае составляет 32 года, в течение всех этих лет больная принимает гипотензивные препараты.

На основе небольшого количества наблюдений здесь затрагиваются некоторые спорные вопросы лечения симптоматических неразорвавшихся гигантских аневризм головного мозга. Во-первых, эти больные хорошо переносили только медикаментозную терапию. Во вторых, отдаленные результаты были хорошими, несмотря на данные радиологических исследований и пожилой возраст.

В ы в о д ы. Таким образом, гипотензивная терапия может изолированно применяться для лечения гигантских неразорвавшихся артериальных аневризм головного мозга. Если полученные в эксперименте на животных исследования внутривенного введения XIII фактора подтвердятся на человеке, сочетанное использование этих двух методов лечения может оказаться целесообразным.

Поступила 25.12.93



Е.А. Петрянина, М.Ф. Исмагилов

СИНДРОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ АНОМАЛЬНЫМ СТРОЕНИЕМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

*Кафедра невропатологии, нейрохирургии и медицинской генетики (зав. — проф. М.Ф. ИСМАГИЛОВ)
Казанского государственного медицинского университета*

В клинике вертеброгенных заболеваний нервной системы задний шейный симпатический синдром (Барре—Льеу синдром, или шейная мигрень) занимает значительное место. Заболевание проявляется чаще на третьем десятилетии жизни в виде головных болей одно- или двусторонних, распространяющихся от затылочной до теменно-височной области, и кохлеовестибулярных нарушений.

В подавляющем большинстве наблюдений, по данным И.Р.Шмидт и А.А.Луцика [3], синдром Барре—Льеу вызывается унко-вертебральными экзостозами и разгибательным подвывихом позвонков. Я.Ю.Попелянский и И.Р.Шмидт [2] на основе анализа обширного клинко-рентгенологического материала делают вывод о том, что синдром позвоночной артерии является ведущим неврологическим проявлением врожденных блоков шейных позвонков. По их наблюдениям, чаще блокируются СII—СIII позвонки, сочетаясь с другими аномалиями и оставаясь длительное время клинически латентными. Болезненные симптомы связаны с более ранним развитием остеохондроза и патологической подвижности позвонков.

Блокирование позвонков относят к ряду пороков развития [1]. Блоки (конкресценция, синостозы) позвонков — полное или частичное слияние тел, дужек, суставных или остистых отростков соседних позвонков — связаны с нарушением сегментации в раннем или позднем внутриутробном периоде.

Врожденные блоки шейного отдела позвоночника рассматриваются как вариант синдрома Клиппеля—Фейля. Популяционная частота синдрома 1:120000. Клиника пестра и не до конца изучена. Характерны: короткая шея, низкий рост волос, ограничение объема движений, малые аномалии развития. Первые клинические описания синдрома приводят Klippel et Feil в 1912 г. [4]. Ценным методом диагностики аномалий является рентгенография. Лечение в основном симптоматическое.

В связи с вышеизложенным представляет определенный интерес описание раннего клинического проявления аномального строения шейного отдела позвоночника (дополнительный гипопластичный позвонок с костным блоком в СIII — тела, дужки, суставные и остистые отростки) в форме заднего шейного симпатического синдрома на фоне врожденной церебральной недостаточности, малых аномалий развития.

Приводим краткую выписку из истории болезни (№ 1699).

Пациент В., 17 лет, учащийся ПТУ, в клинику поступил с жалобами на постоянные головные боли, начинающиеся в затылочной области и распространяющиеся в теменно-височную область слева. Последние усиливаются при резких движениях головой, обычно утром, иногда сопровождаются шумом, звоном в ухе, системным (проприоцептивным) головокружением, фотопсиями (на высоте головных болей). Считает себя больным около 3 лет. Ухудшение связывает с травмой головы и шеи в 1991 г., сопровождавшейся кратковременным помрачением сознания.

Анамнез жизни: матери 44 года, единственный ребенок, в родах умеренная синяя асфиксия. Аллергологический анамнез без особенностей, наследственных заболеваний выявить не удается.

Объективно: сознание ясное, речевому контакту доступен, телосложение астеническое, рост выше среднего, питание снижено. Выпрямлен шейный лордоз, движения осуществляются за счет нижнего отдела: наклон вперед — 45°, назад — 30°, вправо — 30°, влево — 45°, поворот — 45° в обе стороны. Пальпаторная болезненность в проекции остистых отростков СII, СIII, межпозвонковых суставов этого уровня слева, точки позвоночной артерии слева с синдромом вибрационной отдачи. Малые аномалии развития: низкий рост волос, оволосение ромба Михаэлиса, высокое небо, приросшие мочки ушей.

В неврологическом статусе определяется горизонтальный мелкоразмашистый нистагм I степени, усиливающийся при разгибании шеи с поворотом вправо. Легкая сглаженность левой носогубной складки и легкая девиация языка вправо. Проприоцептивные рефлексы живые без четкой разницы сторон, симптом Россолимо с обеих сторон, негрубые аксиальные знаки. Глазное дно: справа — розовое, границы соска зрительного нерва четкие, слева — розовое, границы соска ступенчаты в нижней части височной половины, артерии сужены, вены не изменены.

Рентгенография черепа: легкие пальцевые вдавления, турецкое седло в норме. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника в 4 проекциях и в состоянии максимального сгибания и разгибания определяется дополнительный гипопластичный позвонок в полном костном блоке с СIII (тела, дужки, суставные и остистые отростки), снижение высоты дисков CIV—CV, CV—CVI позвонков, передневерхний угол CV скошен. Индекс Чайковского 0,85.

Эхоэнцефалоскопия: признаки умеренной интракраниальной гипертензии с обеих сторон, ширина III желудочка — 7–8 мм, ИМП=2,0, КК=140. М — эхо по средней линии.

Реоэнцефалография: интенсивность пульсового кровенаполнения сонных и позвоночных артерий достаточная, с дистоническими признаками смешанного типа. В функциональных пробах ухудшение кровотока в бассейне левой позвоночной артерии на 30%.

Клинический диагноз: вертеброгенная умеренно выраженная cervикокраниалгия с частыми кохлеовестибулярными пароксизмами (задний шейный симпатический синдром, компрессионно-ирритативная форма),

обусловленная аномалией шейного отдела позвоночника (дополнительный позвонок с полным костным блоком в СIII); начальные явления остеохондроза (по Зеккеру I-II степени) в позвоночных сегментах CIV-CV, CV-CVI на фоне резидуальной микроочаговой неврологической симптоматики и интракраниальной (умеренно выраженной) гипертензии. Рецидивирующее течение, обострение.

Проводилась дегидратационная, сосудистая, вегетотропная, общеукрепляющая терапия. Отмечалось улучшение общего состояния, уменьшение головных болей, урежение пароксизмов. Катамнестическое наблюдение после выписки в течение 3 мес ухудшения состояния не выявило. Пациент получает базовую терапию под наблюдением невропатолога.

Таким образом, мы наблюдали больного с редкой аномалией шейного отдела позвоночника (дополнительный позвонок с полным костным блоком в СIII), которая обусловила развитие заднего шейного симпатического синдрома в юношеском возрасте на фоне

врожденной церебральной недостаточности и малых аномалий развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дьяченко В.А. Аномалии развития позвоночника в рентгеноанатомическом освещении. — М., 1949.
2. Попелянский Я.Ю., Шмигт И.Р. Неврологические проявления врожденных блоков шейных позвонков // Вертеброгенные заболевания нервной системы. — Новокузнецк, 1969. — С. 80—107.
3. Шмигт И.Р., Луцки А.А. Некоторые патогенетические механизмы поражения позвоночной артерии в связи с шейным остеохондрозом // Там же. — С. 58—67.
4. Klippel M. et Feil A. Absence de la Colonne Cervicale. — Press. med., 1912. — Vol. 20, № 5. — P. 411—417.

Поступила 13.12.94



ИНВАЛИДЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН:
ЖИЗНЬ И ПРОБЛЕМЫ

Ассоциация социально-общественных организаций инвалидов РТ (председатель — Р.Н. ВАЛЕЕВ)

Проблемы инвалидов в Татарстане и в целом по России одинаковы. Прежней остается ситуация, когда общество не слышит об их нуждах, не создает элементарных условий для нормального человеческого существования. По-прежнему для них недоступны общественные места, транспорт, дороги, подъезды домов. Нет специальных подъемников и спусков в переходах, нет ни одного концертного зала или театра, где было бы предусмотрено присутствие инвалидов на колясках. К сожалению, это свидетельствует о том, что Указ президента России «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» № 1156 от 02.10.92 г. не стал пока руководством к действию для исполнительных структур.

Мы понимаем, что экономический кризис, спад производства, безудержный рост инфляции, всеобщая необязательность при исполнении законов сводят на нет многие положения этого указа. Возможно, постановление Правительства РФ № 927 от 12.08.94 г., принятое во исполнение вышеназванного указа, поможет его неукоснительному исполнению.

В нашей республике эти документы не остались незамеченными. В Татарстане наметился серьезный поворот всех властных структур в сторону понимания и решения проблем инвалидов. Так, Президиум Верховного Совета РТ в ноябре 1992 г. специально рассмотрел вопрос о трудоустройстве инвалидов. Было принято постановление и даны соответствующие рекомендации всем исполнительным структурам. Во исполнение этого документа Правительство РТ приняло в январе 1993 г. постановление «Об усилении мер по социальной защите инвалидов», на основании которого Ассоциация инвалидов РТ получила 320 млн рублей на строительство ряда объектов социально-бытового назначения. Однако рост инфляции в 1993 г. не позволил приступить к строительству некоторых запланированных объектов. Сегодня идет строительство лишь двух из них: 189-квартирного жилого дома для слепых и 60-квартирного специализированного жилого дома для инвалидов-колясочников. Строительство второго из них в настоящее время ведет администрация Казани. Пожалуй, это первый в СНГ экспериментальный дом такого типа.

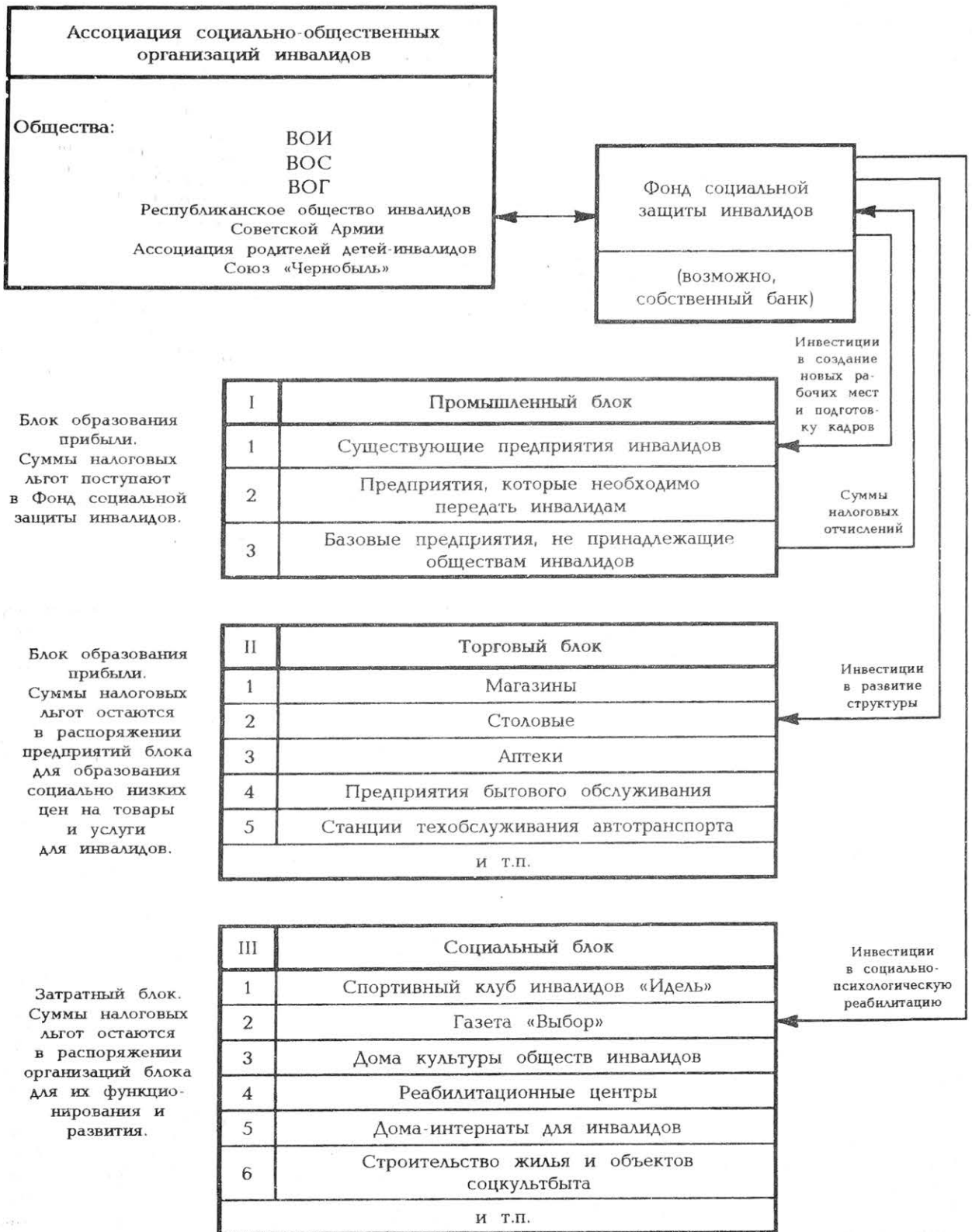
Большим событием в жизни инвалидов республики стало создание по инициативе нашего президента М.Ш.Шаймиева в декабре

1992 г. Ассоциации социально-общественных организаций инвалидов Республики Татарстан, в которую вошли ВОИ, ВОС, ВОГ, Республиканское общество инвалидов Советской Армии, Ассоциация реабилитации детей-инвалидов, Союз «Чернобыль» РТ, объединившие около 200 тыс. инвалидов. Эта структура взяла на себя координацию в решении некоторых общих проблем инвалидов, таких как организация новых рабочих мест, развитие самодеятельности, творческой активности, спорта, создание единого печатного органа, подготовка закона об инвалидах РТ, и в конечном счете — участие в формировании и реализации государственной программы поддержки инвалидов. Кроме того, создание на уровне республики специальной социально-экономической инфраструктуры для инвалидов со специализированными и неспециализированными, но работающими на нужды инвалидов предприятиями, сетью магазинов, столовых, аптек, предприятий бытового обслуживания, реабилитационными центрами. В ее основу положен принцип льготного налогообложения по всему налоговому полю предприятий, входящих в инфраструктуру, за счет чего предполагается снижение стоимости товаров и услуг для инвалидов.

Существенным тормозом при решении проблем инвалидов является отсутствие достоверной информации об инвалидах, их социально-демографических характеристиках, категориях и группах инвалидности. Так, по данным Министерства соцобеспечения РТ, инвалидов в республике около 113 тыс., по данным обществ инвалидов — около 150 тыс., по другим — 200 тыс. Однако, даже с учетом максимальных данных, инвалиды (т.е. имеющие этот статус) составляют всего 5,5% населения республики, в то время как, по утверждению многих авторитетных международных организаций, на планете каждый десятый, — инвалид. По этому поводу можно привести достаточно красноречивый пример. Так, во Франции при численности населения 58 млн человек в 1990 г. зафиксировано 5 млн 350 тыс. инвалидов. В то же время в России с населением в 160 млн человек, по официальным источникам, — чуть более 4 млн инвалидов! И это в государстве, пережившем две мировые войны, Афганистан, Чернобыль.

Первые шаги Ассоциации были направлены на формирование банка данных по инвалидам, на изучение их реального жизненного уровня, удовлетворенности ос-

Социально-экономическая инфраструктура для инвалидов РТ



Примечания:

1. Все предприятия и организации, входящие в инфраструктуру, кроме упомянутых в п. 2 «Промышленного блока», сохраняют свою существующую подчиненность, порядок снабжения, экономические связи и трудовые коллективы.
2. Предприятия, упомянутые в пп. 1-4 «Торгового блока», - в количестве не менее одного в каждом районе республики, включая городские районы.

новными условиями жизни. С этой целью при Ассоциации создан центр социологических исследований на базе Казанского университета под руководством доцента Г.В.Морозовой. За последний год сотрудниками центра проведено 3 исследования, по их результатам опубликован сборник.

Согласно полученным данным, опрошенные инвалиды выразили большую неудовлетворенность пенсионным обеспечением. Это объясняется тем, что в последние годы произошла резкая дифференциация доходов семей инвалидов в зависимости от категории инвалидности. Особенно высокая неудовлетворенность — у инвалидов по общему заболеванию (трудовому увечью) и инвалидов с детства. Значительный разрыв в размерах пенсий воспринимается инвалидами как неоправданный и несправедливый, и подавляющее большинство опрошенных считает проблему совершенствования пенсионного обеспечения первоочередной. Исследование показало, что среднедушевой доход на одного члена семьи инвалида в среднем в полтора раза ниже среднереспубликанского уровня. Исключение составляют лишь инвалиды войны. В категорию особенно неблагополучных в материальном отношении вошли семьи инвалидов, где есть дети. Именно среди них оказалось наибольшее число тех, кто признал, что денег не хватает даже на продукты питания и приходится экономить на еде. Такое положение этих семей настоятельно требует особой заботы со стороны государства, общественных организаций и частных лиц.

В ходе исследования более 60% опрошенных высказали большую неудовлетворенность медицинским обслуживанием. Причем среди казанских инвалидов доля недовольных работой медиков в 1,6 раза больше, чем в других регионах республики. Надеемся, что новая программа правительства республики по лекарственному обеспечению населения, разрушив сложившиеся ранее стереотипы, в какой-то степени улучшит положение.

Много претензий опрошенные высказали по поводу работы магазинов, пунктов бытового и коммунального обслуживания. В то же время инвалидов волнуют не только бытовые проблемы: они хотят, чтобы чаще организовывались смотры-конкурсы творчества и художественной самодеятельности, различные спортивные сборы и соревнования, видя в этих мероприятиях возможность самоутверждения, самовыражения, общения с друзьями.

Считаем большим своим завоеванием создание единого печатного органа — газеты «Выбор». Эту газету бесплатно получают пока 12 тыс. инвалидов. Планируем с ноября 1994 г., если сумеем изыскать средства, увеличить тираж до 50 тыс. Не могу не отметить несовершенство нашего законодательства и налоговой системы. Мы до сих

пор вынуждены подчиняться Закону СССР от 1990 г. «Об общественных объединениях», который, категорически запрещая заниматься коммерческой деятельностью, обрекает общественные организации инвалидов на дотации. Аналогичная ситуация и с налогами. Так, выпуская газету для инвалидов, мы вынуждены платить налоги по полной схеме. В подобной ситуации оказались находящиеся под эгидой Ассоциации ТОО «РИН» и «Эдельвейс», которые специализируются на производстве протезов и инвалидных колясок.

Большая работа ведется Ассоциацией по развитию творчества и художественной самодеятельности среди инвалидов. Прогресс в этом направлении наиболее ощутим. Впервые в апреле 1994 г. в республике прошел 1-й Республиканский фестиваль творчества инвалидов. В отборочных конкурсах приняли участие около 700 инвалидов, 43 из них были удостоены звания лауреата этого фестиваля, а троим указом президента нашей республики присвоено звание «Заслуженный работник культуры Республики Татарстан». В настоящее время Ассоциация имеет прекрасный коллектив, состоящий из одаренных музыкантов и исполнителей, а также детский хореографический коллектив «Радость» школы-интерната № 6 глухих детей под руководством И.И.Ионовой. В ближайшие месяцы планируем организовать для них гастрольные поездки по республике, благо для этого есть пока все необходимое, в первую очередь — автобус, который нам подарил большой друг Ассоциации московский бизнесмен Р.Г.Ахунوف (сын классика татарской литературы). Для приобретения первого в республике специализированного автобуса для перевозки инвалидов-колясочников он выделил нам в 1993 г. 25 млн рублей. Сейчас этот автобус можно увидеть на улицах нашего города: с начала театрального сезона будем возить инвалидов-колясочников в театры. Правда, вносить их туда придется на руках, но, думаю, мы все же добьемся установления специальных подъемников, которые бы не портили интерьера театров.

Большое внимание уделяем развитию спорта среди инвалидов, проводим соревнования по различным видам. Серьезную поддержку имеем от Госкомспорта нашей республики: недавно совместно с ним учредили спортивный клуб для инвалидов «Идель», благодаря которому в этом году в наших рядах появился инвалид Виктор Костряков из Нижнекамска, чемпион России по лыжным гонкам, чемпион мира, участник Параолимпийских игр 1994 г. В августе 1994 г. состоялся второй спортивный фестиваль инвалидов республики, в котором приняли участие 150 спортсменов, в том числе из 4 городов России: Ижевска, Перми, Екатеринбург, Пскова (первый фестиваль был проведен в августе 1993 г.).

Одной из серьезнейших забот Ассоциации остается организация новых рабочих мест для инвалидов и поддержка уже существующих предприятий, которые пострадали в результате непродуманной конверсии предприятий оборонного комплекса. Именно труд позволяет инвалидам чувствовать себя полноценными гражданами общества. Они не хотят просить милостыню, они хотят работать и зарабатывать, но для этого им нужны специализированные рабочие места — как в то время, до середины 50-х гг., когда лишь в Казани в собственности инвалидов находилось около десятка предприятий (сегодня 3), большое количество сапожно-обувных мастерских, был собственный банк, подъездные пути со складскими помещениями и даже собственный санаторий (ныне это санаторий «Крутушка»).

К сожалению, все это в прошлом, и приходится начинать заново. Но, благодаря помощи и поддержке правительства респуб-

лики, Ассоциация существует и набирает силу, ей по плечу решение проблем, делегированных обществами инвалидов. Сегодня они во многом не решаются не потому, что не хватает средств, а потому, что делами инвалидов занимаются различные ведомства: Министерство социального обеспечения, Министерство здравоохранения, Министерство народного образования, Управление социальной защиты, Госкомспорт, Госкомтруд и т.д. В итоге некому определять приоритетность при распределении средств, выделяемых для инвалидов, неизбежно возникает дублирование, нет подлинной ответственности и контроля. Во многом эти проблемы были бы сняты, если бы продолжал действовать Координационный комитет по делам инвалидов при президенте РФ.

Поступила 04.09.94



УДК 616.89+615.37

А.А. Старченко, А.Н. Хлуповский, С.А. Комарец, Т.И. Прилукова

ПСИХОНЕЙРОИММУНОМОДУЛЯЦИЯ — СТРАТЕГИЯ ИММУНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Кафедра нейрохирургии (нач. — проф. Б.В. ГАЙДАР) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова

Успехи, достигнутые клинической иммунологией за последнее десятилетие, позволили решить различные проблемы чисто медицинского характера в терапевтической и хирургической клинике, стимулировали практический интерес многих врачей к пониманию основных закономерностей реактивности организма [1]. Понимание этих закономерностей уже становится просто необходимым в повседневной работе врачей, сталкивающихся с нейрохирургической патологией.

В настоящее время иммунофизиологами доказана важнейшая роль нейроиммунных связей в нормальном и патологическом гомеостазе мозга человека [6]. При этом в поле зрения практиков попадает важная информация из области теоретической физиологии и изучения нейроиммунных связей как факторов, определяющих развитие патологии в целостном организме. С одной стороны, это сведения о единстве иммунных и нервных медиаторов, в том числе и антиноцицептивной системы [5] (так важной для обезболивания), с другой стороны, — сведения о наличии в головном мозге своеобразной местной иммунной системы, активно влияющей на гомеостаз нервной ткани. В литературе показано, что пептиды тимуса выступают как стресспротекторы и антиноцицептивные факторы [9, 14], облада-

ющие определенными нейрофизиологическими эффектами [7], в частности показана преимущественная связь компонентов зрительного вызванного потенциала и слухового коротколатентного вызванного потенциала с интерлейкинами 1 и 2 [15]. Все это требует поиска современных принципов иммунотерапии и иммунореабилитации, основанных на теории психонейроиммуномодуляции, и их внедрения в нейрореабилитационную практику [2].

В своей повседневной практике мы попытались внедрить стратегию иммунотерапии, которая основана на системном изучении иммунных реакций у различных больных нейрохирургического профиля. Установленные нами закономерности мы использовали в качестве основы для рациональной иммунотерапии [10—13, 16]. Исходя из необходимости учета роли психонейроиммунных взаимодействий в физиологических и патологических состояниях ЦНС [8], следует использовать некоторые принципы для профилактики.

1. Обязательная психологическая подготовка больных, идущих на оперативное вмешательство на головном мозге, с помощью медицинского психолога [3]. Бытует заблуждение, что хирург и анестезиолог — вот главные психологи при подготовке больного к операции вообще и к нейро-

операции в частности. Но, как правило, у этих категорий высококвалифицированных врачей не находится 3–4 ч для общения с пациентом до операции. Необходимый для этого психолог должен создать у больного настрой на хороший исход, помочь в создании мотивации на операцию, преодолеть фиксацию больного на «прошлом» и болезнь, устремить в послеоперационное «будущее».

Проведенное нами исследование общения психолога и больного показало, что больные очень сильно «завязываются» на него, ждут его прихода уже в реанимационное отделение после операции. На сегодняшний день нейрохирургия достигла невиданных высот развития: больные после операции на мозге поступают в отделение реанимации в ясном сознании. И вот тут важно опять-таки заставить мозг больного работать в правильном направлении, используя психологию и педагогику творчества, создавая у больного мотивацию к созданию образов и активации мышления путем развития творческих способностей. Для реаниматологов не секрет, что мозг больного в реанимации «не отдыхает»: постоянные процедуры, включенное дежурное освещение, разговоры персонала, посещения консультантов, вид больных на соседних кроватях, да и просто белый потолок — все это не способствует правильной работе мозга. В этой ситуации психолог призван направить деятельность мозга по пути совершенствования творческих способностей, только творческое функционирование мозга способно привести к хорошим результатам как в профилактике близких осложнений иммунного характера (воспаление, рецидив), так и в дальнейшей постреаниматологической реабилитации больного в целом. Концепция единства функционирования психонейроиммуноэндокринных связей свидетельствует в пользу именно такого подхода в нейрореаниматологии.

2. Создание адаптивного потенциала са-ногенеза — совокупности биохимических иммунологических ресурсов, расходуемых в процессе нейрореабилитации. Здесь в силу вступает принцип неспецифической заместительной иммунотерапии. Для его реализации необходимо создание в организме пула защитных факторов путем переливания одногруппной свежезамороженной плазмы, пентаглобина, интраглобина [17].

3. Создание нейроиммунных связей, адекватных поражению мозга, путем индивидуального подбора природных и синтетических иммуномодуляторов (тималин, тимоген, леакадин, тимоптин, тактивин и др.), активно влияющих как на иммунную, так и на нервную систему, особенно у больных с посттравматическими стрессовыми расстройствами [8]. К примеру, тималин способствует минимизации территории мозга, вовлекаемой в процесс формирования энграмм памяти, и

способствует приросту памяти, снижает энергетическую цену формирования, консолидации и хранения информации, обладая, таким образом, психотропной активностью и свойствами неспецифических корректоров, что существенно для адаптации в критических состояниях [4]. На антиноцицептивную активность тималина указывалось выше, он повышает болевой порог и проявляет седативное и тимолептическое действие [9].

4. Разведение, солибилизация и выведение антигенов и иммунокомплексов из организма методами инфузионной терапии.

Таким образом, саногенетическая стратегия иммунотерапии позволяет создать адекватные оптимальные нейроиммунные связи, направленные на выживание и выздоровление организма, и является одним из перспективных направлений нейрореабилитации в широком смысле.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова А.М., Глазко А.В. Иммунотерапия при вторичных иммунодефицитных синдромах при хронических легочных заболеваниях // Иммуномодуляторы. — М., 1987. — С. 35–47.
2. Девойно А.В., Игова Г.В. Психонейроиммуномодуляция — физиологический экстраиммунный механизм регуляции (Методологические аспекты) // Здоровье человека в условиях НТР: Методолог. аспекты. — Новосибирск, 1989. — С. 141–147.
3. Доброхотова Т.А., Зайцев О.С., Гогутуззе Н.В. Психостимулотерапия в реабилитации больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, сопровождающейся длительной комой: Метод. рекомендации. — М., 1991. — 15 с.
4. Долженко А.Т., Мелехин В.Д. Пептиды тимуса как психотропные средства // Применение малых регуляторных пептидов в анестезиологии и интенсивной терапии. — М., 1991. — С. 70–72.
5. Зозуля А.А., Пшеничин С.Ф. Опииды и иммунитет // Итоги науки и техники. Серия Иммунология. — 1990. — Т. 25. — С. 48–120.
6. Корнева Е.А., Шхинек Э.К. Гормоны и иммунная система. — Л.: Наука. Ленингр. отд-ние, 1988. — 250 с.
7. Кравцов П.Я., Мелехин В.Д., Самойлович И.М. Нейрофизиологические эффекты пептидов тимуса // Применение малых регуляторных пептидов в анестезиологии и интенсивной терапии. — М., 1991. — С. 87–89.
8. Лышкин В.М., Рукавишников В.М. Использование биорегуляторов для реабилитации больных с посттравматическими стрессовыми расстройствами // Пептидные биорегуляторы-цитомедины. — С.-Пб., 1992. — С. 91–92.
9. Мелехин В.Д. Пептиды тимуса как стресспротекторы и антиноцицептивные средства // Применение малых регуляторных пептидов в анестезиологии и интенсивной терапии. — М., 1991. — С. 96–98.
10. Старченко А.А. Иммунологическая реактивность и неспецифическая резистентность организма в приспособительных процессах послеоперационного периода при новообразованиях головного мозга: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — С.-Пб., 1992. — 22 с.
11. Старченко А.А. Система индивидуальной иммунотерапии в нейрохирургической реаниматологии // Актуальные вопросы клинической диагностики. — С.-Пб., 1993. — С. 78–79.
12. Старченко А.А., Комарец С.А., Хилько В.А. Роль биорегуляторов головного мозга в формировании психонейроиммунных взаимодействий у нейроонкологических и нейроофтальмологических больных // Пептидные биорегуляторы-цитомедины. — С.-Пб., 1992. — С. 133.

13. Старченко А.А., Комарец С.А., Хилько В.А. и др. Сверхмедленные колебания потенциала декаминутного диапазона и динамика иммунобиохимических показателей цереброспинальной жидкости больных оптохиазмальным арахноидитом и новообразованиями головного мозга в послеоперационном периоде // Физиология человека. — 1992. — Т. 18, № 4. — С. 110–119.

14. Федан В.А., Голов Е.Ю. Влияние иммунопептидов на передачу болевых и кинестетических сигналов // Нарушение механизмов регуляции и их коррекция. — М., 1989. — Т. 1. — С. 103.

15. Фокин В.Ф., Пономарева Н.В., Новоселов В.М. и др. Электрофизиологические показатели деятельности головного мозга и иммунные реакции организма человека

// Макро- и микроуровни организации мозга. — М., 1992. — С. 147.

16. Хлуновский А.Н., Старченко А.А., Комарец С.А., Хилько В.А. Адаптивная функциональная доминанта ЦНС как организатор межуровневых приспособительных процессов у нейроонкологических больных в до- и послеоперационном периоде // Там же. — С. 153.

17. Neu J. Immunoglobuline bei bakteriellen und viralen Meningitiden // Fortschr. d. Medizin. — 1982. — Bd. 17. — S. 802–809.

Поступила 28.06.94



**ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ПРИ НЕЙРОПСИХОРЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА
К РЫНОЧНЫМ ОТНОШЕНИЯМ**

В Республике Татарстан в настоящее время обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в основном осуществляется госпредприятием «Татарстанфармация», имеющим в своем составе республиканскую аптечную базу, Центр по контролю за производством и качеством лекарств, Республиканский центр информации, справочно-информационную службу для населения (003), а также 298 хозрасчетных аптек, в том числе 193 — сельские, 5 — межбольничных, 3 — больничные аптеки.

В республике в определенной степени сохраняется централизованная система планирования лекарственного обеспечения и формирования заявок на медикаменты и изделия медицинского назначения.

При определении потребности в лекарственных средствах и подготовке заявки учитываются следующие факторы: расчет, обоснования и заявки главных специалистов МЗ РТ и специализированных служб здравоохранения; рекомендации ученых Казанского государственного медицинского университета, Казанского института усовершенствования врачей; обеспеченность лекарственными препаратами; динамика потребления каждого препарата за последние 5 и более лет; наличие препаратов на рынке альтернативных структур; в связи с введением с 1992 г. условий поставки «по предоплате» — и финансовые возможности предприятия.

На поставку лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения в 1994 г. заключено 239 договоров, в том числе 175 договоров с поставщиками, находящимися на территории Российской Федерации, и 64 договора с поставщиками стран «ближнего зарубежья». При заключении договоров и контрактов предприятие оформляет в Минздраве РФ разрешение на ввоз лекарственных препаратов в Республику Татарстан.

Препараты, не вырабатываемые промышленностью стран СНГ, закупаются по импорту. До 1993 г. импортные препараты поступали централизованно в аптечных баз АО Фармимэкс согласно заявкам, ежегодно представляемым ГП «Татарстанфармация». С 1993 г. доля централизованных поставок резко сократилась, и предприятием принимаются меры к пополнению товарного ассортимента импортных препаратов за счет децентрализованных прямых закупок на собственные оборотные средства непосред-

ственно у инофирм и других рыночных структур.

В результате за 8 месяцев 1994 г. закуплено лекарственных средств на сумму 18,8 млрд руб., из них в странах СНГ — на 9,6 млрд руб., в том числе у поставщиков России — 75%, РТ — 15%, других стран СНГ — 10%. Объем централизованных поставок от МЗ РФ и АО «Фармимэкс» составил 2,2 млрд руб., или 11% от общего поступления.

Удовлетворение потребности в лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения в целом по республике составляет 70—75%. Увеличены объемы поставок онкологических, психотропных, аэрозольных противоастматических средств, антибиотиков, нестероидных противовоспалительных средств и др.

Но, несмотря на принимаемые меры, напряженное положение с лекарственным обеспечением сохраняется из-за отсутствия достаточных финансовых средств для закупки препаратов, высоких оптовых цен, устанавливаемых заводами-изготовителями, и образовавшейся задолженности лечебных учреждений, что в конечном итоге усугубляет систему взаиморасчетов с заводами-изготовителями.

В настоящее время стало жизненно важным лекарственное обеспечение больных при нейропсихореабилитации. На сегодня в Российской Федерации и странах СНГ практически отсутствуют отечественные фармацевтические производства гормональных препаратов для инъекций, современных противовирусных, сосудистых, высокоэффективных гепатопротекторов, препаратов с антиферментной активностью (гордокс, контрикал) и др.

В целях бесперебойного обеспечения ведущих служб здравоохранения республики, в том числе неврологии и психиатрии, и рационального использования денежных средств ГП «Татарстанфармация» проводит приоритетную закупку жизненно необходимых препаратов. Перечень этих препаратов утвержден приказом Минздрава РТ, в перечне 547 наименований, из них отечественных — 55%, импортных — 45%.

В настоящее время ГП «Татарстанфармация» может предложить на условиях предоплаты следующие группы препаратов для лечения больных при нейропсихореабилитации:

Фармгруппы	Предлагаемый перечень препаратов для лечения больных при нейропсихореабилитации
1. Активаторы биоэнергетического метаболизма	Рибоксин (таб., амп.), АТФ (амп.), фосфаден (д/ин.)
2. Ноотропы	Пирацетам (таб.), ноотропиал (капс., д/ин.), пикамилон (таб.), фезам (таб.)
3. Неспецифические стимуляторы метаболизма	Витамин В (амп.), ККБ (амп.)
4. Аминокислоты	Глутаминовая к-та (таб.), церебролизин (амп.)
5. Антихолинэстеразные препараты	Прозерин (д/ин.), калимин (таб.)
6. Антиоксиданты	Аскорбиновая к-та (таб., амп.), аевит (капс., амп.)
7. Антигипоксанты	Натрия оксibuтират (амп.), фенобарбитал (таб.), дифенин (таб.)
8. Ингибиторы протеолитических ферментов	Контрикал (амп.), гордокс (амп.)
9. Вазоактивные препараты: улучшающие мозговое кровообращение	Циннаризин (таб.), кавинтон (таб.), фезам (таб.), сермион (амп., таб.), ницелин (амп.)
спазмолитики	Дибазол (д/ин.), папаверин (д/ин.), аминофиллин (д/ин.), но шпа (таб.)
антагонисты кальция	Коринфар (таб.), кордилин (таб.), фаридон (таб.)
венотонизирующие	Троксевазин (капс., желе)
10. Стимуляторы регенеративных процессов	Метилурацил (таб.), пентоксил (таб.)
11. Препараты для понижения мышечного тонуса	Натрия оксibuтират (амп.), реланиум (д/ин.) и др., эглонил (таб.), нозепам (таб.), мезапам (таб.), рудотель (таб.), баклофен (таб.)

Фармгруппы	Предлагаемый перечень препаратов для лечения больных при нейропсихореабилитации
12. Липополисахариды	Пирогенал (амп.)
13. Иммунодепрессанты	Гидрокортизон (д/ин.), дексазон (амп.), дексаметазон (амп.), преднизолон (таб., амп.), трикорт (таб.)
14. НПВС	Диклофенак (таб., амп., свечи), пироксикам (таб.), фелоран (амп., таб.)

Таким образом, ГП «Татарстанфармация», располагая всеми маркетинговыми данными, имея лицензию на ввоз отечественных и импортных препаратов, гарантируя высокое качество закупаемых препаратов, может полностью удовлетворить потребность здравоохранения Республики Татарстан во многих лекарственных препаратах при условии бесперебойного и достаточного финансирования лечебно-профилактических учреждений здравоохранения. Кроме того, остается еще одно препятствие: на федеральном уровне необходимо решить вопрос о развитии законодательной базы производства и реализации лекарственных средств и о финансировании из федерального бюджета закупки таких социально значимых групп препаратов, как психотропные, транквилизаторы и др.

Р.С.САФИУЛЛИН,
Н.Т.ГАЗИЗОВА
(Казань)

УДК 616.711-018.3-002

БОЛЬ В СПИНЕ: ЭВОЛЮЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Существующие представления об обязательном сопровождении дегенеративно-дистрофических изменений позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) клиническими синдромами поражения в настоящее время считаются ошибочными. Саногенетические реакции целостного организма в ответ на изменение нагрузки на отдельный ПДС

вызывают первоначальные функциональные и последующие структурные изменения. Следует иметь в виду, что первоначальные функциональные изменения в деятельности отдельного сегмента выступают как локальные, видимые изменения в деятельности целостной цепи, какой является позвоночник. Очевидно, что патологическая интеграция

этих изменений осуществляется нервной системой, где роль измененной деятельности одного ПДС может быть представлена в виде генератора патологической детерминантной системы по Г.Н.Крыжановскому. Как известно, этот генератор способен навязывать свою патологическую активность целой функциональной системе, меняя ее основные свойства.

Дальнейшее увеличение нагрузки на ПДС в условиях биомеханических дефектов, аномалий, экзогенных отягощающих факторов способно изменить качество саногенетических реакций. Возникающая дисфункция ПДС является основой дальнейшей структурной перестройки. Патологически измененная структура ПДС, естественно, усугубляет функциональные нарушения, вызывая изменение координационных стереотипов, нарушение трофики, гемодинамики, иммунных реакций и пр. Дальнейшее развитие этих процессов сопровождается нарастанием структурных перестроек, что в итоге заканчивается выключением ПДС из движения.

В наиболее общем виде основные этапы функционально-структурной перестройки ПДС можно представить в виде следующего алгоритма: 1. *Гиперфункция ПДС*, проявляющаяся выраженной активностью саногенетических реакций, — гипертрофия мышц ПДС, изменение их координационных отношений, повышение или понижение порога возбудимости, лабильности, смена режима работы нейротрофического обеспечения и пр. 2. *Дисфункция ПДС*, возникающая при недостаточности мер физиологической (саногенетической) защиты, — перегрузки отдельных мышечных групп ПДС, функциональные блокады, триггерные феномены различного происхождения, появление патологических двигательных стереотипов. 3. *Дистрофия ПДС* (остеохондроз диска, артроз, спондилоз, ос-

теопороз) имеет две разновидности: а) *осложненная* — грыжеобразование с компрессионными поражениями различных структур нервной системы; рефлекторные синдромы остеохондроза позвоночника; б) *неосложненная* — фиброз и высыхание диска. 4. *Консолидация ПДС* — завершение функционально-структурной перестройки ПДС с выключением его из движения (ортопедическая компенсация) и с неизбежным увеличением нагрузки на соседние сегменты. В соседних ПДС могут начаться процессы по описанному алгоритму.

Естественно, реабилитационные мероприятия каждого этапа должны соответствовать основным механизмам развития патологического процесса. С учетом этого на I этапе должны быть предусмотрены недифференцированные мероприятия, рассчитанные на гармонизацию функциональных нагрузок по всей кинематической цепи, основное направление которых — профилактика перехода изменений I этапа во II. II этап основывается на принципах предыдущего этапа, но предполагает уменьшение или устранение дисфункции отдельного ПДС. III этап включает в себя комплекс реабилитационных мероприятий с учетом клинических проявлений дистрофии ПДС. Основная цель этих мероприятий — компенсация нарушенных функций. IV этап строится по схеме I этапа с целью защиты поражения соседнего перегруженного, часто гипермобильного, сегмента позвоночника.

Г.А.ИВАНИЧЕВ
(Казань),
K.LEWIT
(Praha)



УДК 616.721-002.77-07-08

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ ТРИГГЕРНЫХ ПУНКТОВ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

В последние годы значительно увеличился научный и практический интерес к проблемам реабилитации больных с анкилозирующим спондилоартритом [1, 4]. В период развития болезни, когда появляется ригидность позвоночника и суставов, но еще не возникли анкилозы (стадии преанкилозов), в клинике преобладают болевые синдромы и мышечные спазмы, существенно ограничивающие подвижность грудной клетки и суставов, не имеющих органических изменений [6].

Целью нашей работы явилось изучение роли миофасциальных триггерных пунктов в

формировании мышечных контрактур и болевых синдромов этого патологического процесса.

В исследуемую группу вошли больные с установленным диагнозом, подтвержденным клиническими, рентгеновскими и лабораторными данными; в ходе исследования также изучалось состояние мышечной системы (наличие триггерных пунктов, трофика, болезненность, тонус) и оценивались объем движений и наличие функциональных блокад позвонковых и внепозвонковых суставов.

Под нашим наблюдением находились 19 больных в возрасте от 29 до 53 лет с

центральной и ризомелической формами болезни (продолжительность болезни от 5 до 12 лет). Больные были разделены на 2 группы, сравнительно однородные по возрасту, длительности болезни и степени активности процесса. 1-я группа больных (10 человек) получала комбинированное лечение, включающее лекарственную и мануальную терапию, а также фасциотомию (разрушение миофасциального триггерного пункта «сухой» иглой). 2-я группа больных (9 человек) получала нестероидные противовоспалительные препараты, физиотерапию, ЛФК. Диагностика миофасциальных триггерных пунктов проводилась методами мануального тестирования и подтверждалась данными ультразвукового исследования [5].

В ходе исследования было установлено, что мышечно-дистонические и дистрофические процессы сопровождаются появлением миофасциальных триггерных пунктов в квадратной мышце поясницы, трапециевидной, грудино-ключично-сосцевидной, паравертебральных мышцах [3].

После проведенного лечения отмечено статистически достоверное снижение болевого синдрома. Приемами постизометрической релаксации (ПИР) достигалась релаксация соответствующей мышцы, фасциотомией — разрушение триггерного феномена [2]. При использовании классической мобилизации и манипуляции в определенном заблокированном позвоночно-двигательном сегменте (ПДС) (при функциональном характере блока) наступало рефлекторное расслабление локальной мускулатуры. В суставах значительно увеличился объем движений. У больных улучшился сон, аппетит, они стали более спокойными, у них появился интерес к жизни. Улучшение самочувствия у значительного большинства больных наступило после 7–12 сеансов. Таким образом, уменьшаются

сроки нахождения больных в стационаре. Продолжительность ремиссии мы наблюдали от 6 мес до 1 года. На этом этапе поддерживающая терапия достигается самостоятельной мобилизацией суставов.

В ы в о д ы. Миофасциальные триггерные пункты в клинических проявлениях анкилозирующего спондилоартрита обнаруживаются часто. С учетом их значительной патогенетической роли они должны быть устранены мануальной терапией и фасциотомией. Использование предложенного метода при реабилитации больных болезнью Бехтерева значительно сокращает сроки госпитализации и увеличивает ремиссию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмеров С.Ф., Иваничев Г.А., Абдракипов Р.З. Мануальная терапия болезни Бехтерева // Всесоюз. конф. ревматологов: Тез. докл. — М., 1988.
2. Иваничев Г.А. Безболезненные мышечные уплотнения. — Казань, 1990.
3. Иваничев Г.А., Парсанов С.А. Динамика алгических миодистрофических проявлений при болезни Бехтерева // Вертеброневрология. — 1993. — № 3.
4. Чепой В.М. Воспалительные и дегенеративные заболевания позвоночника: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — 1980.
5. Попелянский А.Я. Мануальная терапия при онкологической, травматической, ортопедической, метаболической и анкилозирующей патологии позвоночника // Тез. науч.-практ. конф. по мануальной вертеброневрологии. — Казань, 1983.
6. Попелянский А.Я. Вертебральный синдром при болезни Бехтерева // Профилактика и лечение неврологических заболеваний: Тез. докл. науч.-практ. конф. — Казань, 1988.

С.А.ПАРСАНОВ,
Г.А.ИВАНИЧЕВ
(Казань)

УДК 61:002.55

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ
И ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хорошо налаженная система научной информации является одним из условий успешного развития медицинской науки и практического здравоохранения.

Крайняя загруженность врачей повседневной текущей работой, отсутствие возможности самостоятельно следить за всеми новинками специальной литературы делают необходимой помощь информационных служб. Одной из таких служб является Республиканский медицинский библиотечно-информационный центр (РМБИЦ) Министерства здравоохранения Татарстана, призванный осуществлять библиотечно-информационное обслуживание медиков.

В структуре РМБИЦ особое место занимает Республиканский отдел научно-медицинской информации (РОНМИ), который осуществляет информационное обеспечение по медицинской тематике и смежным отраслям знания. Основной целью деятельности отдела является доведение до каждого потребителя всей информации, входящей в сферу его профессиональных интересов. Так, например, исследователям в первую очередь требуются монографии, научные журналы, отчеты о НИР, справочная литература. Потребители управленческого звена заинтересованы в получении аналитических обзоров, проблемно-ориентированных докладов о тен-

денциях развития здравоохранения и медицинской науки во всем мире. Для работников практического здравоохранения необходима информация, содержащая сведения о новых методах диагностики, профилактики и лечения, рекомендуемых для внедрения.

Применение дифференцированного подхода к каждому из потребителей позволяет добиться наибольшего эффекта. Этот подход реализуется в режимах ИРИ (избирательное распространение информации) и ДОР (дифференцированное обслуживание руководителей). Главным при работе в этих режимах является то, что абоненты (индивидуальные или коллективные) обслуживаются адресно, систематически, оперативно при постоянно действующей обратной связи.

Качество дифференцированного обслуживания (ИРИ и ДОР) во многом зависит от того, насколько точно сформулированные абонентами тематические запросы отражают их действительные информационные потребности. Поэтому работники РОНМИ первоначально выявляют эти потребности. Обычно запрос на информацию формулирует сам абонент, заполняя для этого опросный лист (анкету). Тема в опросном листе (анкете) определяется достаточно четко, без общих и расплывчатых формулировок, с указанием тех аспектов, которые интересуют абонента. Широкая формулировка темы неизбежно приведет к избытку информации, и наоборот, сужение темы может повлечь за собой потерю необходимых сведений.

Первоначально абонентам ИРИ и ДОР направляются вторичные источники, содержащие наряду с библиографическим описанием (сигнальная информация) аннотации и рефераты (экспресс-информация). Абоненты, просматривая материалы, делают соответствующие пометки и возвращают их. Информаторы по желанию обслуживаемых специалистов заказывают первичные документы, делают копии статей на современной копировальной технике, имеющейся в РМБИЦ.

Рабочие места сотрудников РОНМИ оснащены персональными компьютерами, что позволяет использовать для обслуживания абонентов автоматизированные проблемно-ориентированные базы данных, способные по запросу выдавать необходимую текстовую информацию. В нашем распоряжении сегодня такие базы данных: «Медицина» (с ретроспективой поиска 7 лет); ДИТ-ИБИС (информация по текущим поступлениям); MEDLINE (создана Национальной медицинской библиотекой США, содержит библиографические ссылки и рефераты публикаций по биомедицинской тематике с 1966 г. из 3200 изданий, выпускаемых в 70 странах мира; пополняется ежемесячно).

В штате РОНМИ имеется группа переводчиков, которые осуществляют перевод текстов из зарубежных медицинских журналов,

находящихся в фонде РМБИЦ, и базы данных MEDLINE.

Одним из ЛПУ, с которым у нас налажен наиболее тесный контакт, является Республиканская психиатрическая больница. В результате исследования потребностей специалистов в научно-медицинской информации были выявлены следующие тематические запросы: психолого-психиатрическая судебная экспертиза, психотерапия, транссексуализм, педофилия, психокоррекция (групповая психотерапия, личностно-ориентированная психотерапия), детская психиатрия и психология, лимбическая система головного мозга и др. В соответствии с этими запросами осуществляется систематическое и оперативное обеспечение научно-медицинской информацией.

В целом по Республике Татарстан в режимах ИРИ и ДОР научно-медицинской информацией обеспечиваются 16 коллективных и 288 индивидуальных абонентов; они регулярно получают оперативную сигнальную информацию, экспресс-информацию, ретроспективные библиографические указатели (с охватом 5—10 лет), первоисточники, копии статей и т.д.

Наибольшее распространение в практике работы РОНМИ получили массовые формы информационного обслуживания: бюллетени новых поступлений, выставки новых книг, периодических и других изданий, устные обзоры новинок, дни информации и дни специалиста. Самым доступным средством считаются бюллетени, или списки новых поступлений, дающие наиболее полную информацию о поступлениях в фонды научно-медицинских библиотек. Информационный бюллетень выпускается 1 раз в квартал и рассылается всем абонентам. Специалисты-информаторы регулярно анализируют результаты использования бюллетеня всеми абонентами. Для информации специалистов о получаемых периодических зарубежных изданиях составляются ежегодные «Перечни (указатели) зарубежных медицинских журналов и микрофиш».

В РМБИЦ ежемесячно организуются выставки-просмотры новых поступлений, которые доступны всем читателям. Существенным дополнением к таким выставкам являются устные обзоры новинок. В обзоре дается подробная информация о наиболее интересных, по мнению информатора, изданиях.

Ежемесячно в ЛПУ проводятся дни информации и дни специалиста. Программа дня информации включает: выставку-просмотр новой литературы о достижениях в медицине; обзор новых библиографических пособий; беседы-консультации о том, как следить за новыми изданиями и публикациями, о порядке получения изданий по МБА; сбор заявок на заинтересовавшие читателей материалы. Главная цель дня

специалиста — ознакомление определенной группы специалистов с текущими и ретроспективными источниками информации о литературе, пропаганда достижений медицинской науки, передового опыта. При проведении дня специалиста предусматриваются: краткое вступительное слово ответственного за мероприятие, лекция ведущего специалиста-медика о современном состоянии вопроса в стране и за рубежом, обзоры специальной литературы, обмен опытом по внедрению новейших достижений, выставка-просмотр литературы.

Дни информации и дни специалиста способствуют повышению квалификации врачей, распространению и внедрению передового опыта в практическое здравоохранение.

В июле 1994 г. состоялась научно-практическая конференция, посвященная 125-летию Республиканской психиатрической больницы МЗ РТ. Сотрудниками РОНМИ были подготовлены: книжная выставка специальной литературы, выставка-продажа библиографической продукции РМБИЦ по тематике, интересующей участников конференции («Шизофрения», «Эпилепсия», «Психотропные средства», «Психотерапия», «Клиническая психиатрия» и др.).

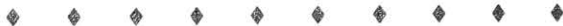
Для дифференцированного информационного обслуживания специалистов в области неврологии планируется сотрудничество с Республиканским вертеброневрологическим центром, Казанским консультативно-диагностическим вегетативно-сосудистым центром, неврологическими отделениями лечебно-профилактических учреждений Республики Татарстан.

Контакты с медиками показывают, что далеко не все знают о той помощи, которую им может оказать наш РМБИЦ. Поэтому, используя возможности журнала «Неврологический вестник», приглашаем всех к сотрудничеству.

Наш адрес: 420014 г.Казань, Кремль, 11. РМБИЦ (для корреспонденции); Центр находится на ул. Х.Такташа, д.125; телефон 37-22-20.

Ю.Н.ДРЕШЕР,
директор

Республиканского медицинского
библиотечно-информационного центра
(Казань)



М.Ф. Исмагилов, Д.Р. Хасанова, З.А. Галимуллина, Д.М. Шарашенидзе

СИНДРОМ МОРГАНЬИ – СТЮАРТА – МОРЕЛЯ

Кафедра невропатологии, нейрохирургии и медицинской генетики (зав. – проф. М.Ф. ИСМАГИЛОВ)
Казанского государственного медицинского университета

Синдром Морганьи – Стюарта – Мореля (синдром лобного гиперостоза, метаболическая краниопатия) по классическому описанию включает в себя триаду симптомов: утолщение внутренней пластинки лобной кости, ожирение и вирилизм.

В 1762 г. Morgagni, вскрывая труп 40-летней женщины, установил утолщение внутренней пластинки лобной кости, а вместе с тем чрезмерное ожирение и оволосение по мужскому типу. Эти признаки он посчитал не сосуществующими, а взаимосвязанными и описал данное наблюдение.

Впоследствии R.Stewart [65] и F.Morel [58, 59], независимо друг от друга, обратили внимание на сочетание этих симптомов. Дальнейшее изучение проблемы позволило добавить в структуру клинической картины различные психические и неврологические проявления.

Этот синдром своей уникальностью, своеобразием привлекает внимание ученых и клиницистов различных специальностей [13, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 25, 26, 46, 51, 52]. Тем не менее до настоящего времени литературные данные о частоте распространения синдрома Морганьи – Стюарта – Мореля (М.С.М.) в той или иной популяции продолжают отражать профессиональную принадлежность авторов. Лишь у J.Mooge [57] мы нашли данные о частоте этого синдрома в целом среди населения Франции, она составила 0,014%.

F.Henschen [45] на основании исследования 200 черепов людей, страдавших ожирением и вирилизмом, отметил лобный гиперостоз в 40% наблюдений. С другой стороны, Л.П.Лутс, А.В.Пашков [16] при обследовании 82 больных с гиперостозом внутренней пластинки лобной кости лишь у 59% лиц установили характерные клинические признаки синдрома М.С.М., что, по мнению авторов, указывало на отсутствие тождества между понятием «лобный гиперостоз» и «синдром лобного гиперостоза».

Среди пациентов психиатрической больницы частота этого синдрома варьирует от 9,8% [25] и 11% [59] до 25% [49]. Т.Н.Джапаридзе [12] отметил утолщение лобной кости у 50 больных из 106 страдающих шизофренией. М.Д.Гальперин [8] выявил клинико-рентгенологические корреляты между некоторыми формами маниакально-депрессивного синдрома и внутренним гиперостозом лобной кости. По данным ряда авторов [1,

25, 40, 57, 59,], в объединенной группе больных с психоневрологическими заболеваниями синдром М.С.М. наблюдался с частотой от 1,0% до 1,8%.

В вопросах этиологии и патогенеза также нет единого мнения. Многие авторы склонны считать, что данный синдром обусловлен генетически и передается по аутосомно-доминантному типу [50, 52]. Имеются суждения о том, что синдром М.С.М. связан с X-хромосомой [54, 61]. Известны семейные случаи заболевания: мать и трое детей [50]; 5 женщин в трех поколениях, страдавших данным синдромом [52]; 12 больных членов одной семьи в четырех поколениях, 10 из них были женского пола [61].

Считалось, что синдром М.С.М. – болезнь женщин климактерического периода, но накопленные в настоящее время данные вступают в противоречие с этим утверждением. Так, по данным I.Hollo [46], 34,3% больных были моложе 40 лет, из 35 больных 7 в возрасте до 30 лет. М.Л.Крымская и соавт. [14] сообщают о том, что возраст 77,6% больных варьировал от 20 до 40 лет, а по С.Boulard et I.Scotto [40], 15,2% больных были моложе 20 лет, 30,4% – в пределах 21–30 лет. Описано формирование синдрома к 11-летнему возрасту [1].

Известны единичные наблюдения этого синдрома среди мужчин, но они носят спорадический характер. Передача заболевания по мужской линии неизвестна [1, 26, 46]. Роль пускового механизма может принадлежать инфекциям (в частности, синуситам), нейроинфекциям [1, 46, 50, 58, 65]. З.А.Песочина [26] обнаружила признаки лобного гиперостоза у 9 больных из 100 после закрытой черепно-мозговой травмы. И.А.Мануилова, Е.Н.Моисеева [19] констатировали признаки лобного гиперостоза у 2 из 3 женщин, перенесших хирургическую кастрацию. По данным Б.А.Борисова и соавт. [2], длительная гормональная терапия андрогенами после комплексного лечения рака экстракраниальной локализации (рак грудной железы) может привести к формированию отдельных признаков синдрома М.С.М. В литературе имеются сообщения о выявлении эндокринологии у больных с миомой матки [63], склерокристом яичников [41, 48], генитальным инфантилизмом [34], персистирующей галактореей-аменореей [10]. Однако связь нейроэндокринных нарушений и изменений структуры черепа изучена недостаточно.

Исходя из вышеприведенного, можно сделать вывод, что синдром М.С.М. — это не нозологическая форма. Согласно современным предположениям, этот синдром является одним из ярких клинических вариантов нейроэндокринно-обменной формы гипоталамического синдрома [6]. Данное предположение подтверждается и множеством этиологических компонентов, включая конституциональный и наследственный характер с учетом большой частоты этого синдрома среди больных с нейропсихическими заболеваниями, а также полиморфизмом клинической картины, проявляющейся и другими признаками несостоятельности гипоталамических структур.

Еще в 1951 г. G.Fallovich [44] отнес все симптомы данного синдрома к гиперфункции передней доли гипофиза. I.Hollo et al. [46], W.Eldridge, G.Nolm [49] также считали, что заболевание связано с поражением как эозинофильных, так и базофильных клеток передней доли гипофиза. В то же время ими было высказано предположение, что возбуждение гипофиза индуцируется со стороны гипоталамуса. I.Moore [57] утверждал, что развитие синдрома М.С.М. является результатом поражения гипоталамуса с очагом поражения в сером бугре, супраоптическом и паравентрикулярном ядрах. Аналогичное мнение высказали и другие исследователи [9, 14, 21, 28, 57].

Выявление синдрома М.С.М. при опухолях гипофиза подтверждает точку зрения о причастности последнего к патогенезу лобного гиперостоза. Однако сочетание эндокринно-обменных нарушений с вегетативно-эмоциональными сдвигами у больных с этим синдромом, по-видимому, свидетельствует о более высоком уровне поражения [13, 16, 17, 21, 23, 46]. Вероятно, можно предположить, что при неблагоприятных условиях функциональная недостаточность неспецифических систем (лимбико-ретикулярный комплекс) манифестирует в форме данного синдрома.

Основным проявлением синдрома М.С.М., без которого он не существует как таковой, является утолщение внутренней пластинки лобной кости (гиперостоз). Это своеобразное разрастание гиперплазированной костной ткани, хорошо распознаваемое рентгенологически и не определяемое при осмотре и пальпации. Явление это довольно распространено, но в большинстве случаев не проявляется клинически и является рентгенологической находкой [18, 34, 35].

При синдроме М.С.М., как правило, утолщается внутренняя пластинка лобной кости [28], хотя нередко два других клинических признака (вирилизм и ожирение) сочетаются с иными изменениями, выявляемыми рентгенологически, которые, по своей сути, сродни гиперостозу лобной кости. Обызвествлению могут подвергаться и другие структуры черепа: твердая мозговая оболочка, в том числе большой серповидный отросток, намет мозжечка, диафрагма турецкого седла.

В ряде исследований [21, 22, 23] показано, что из 96 больных с признаками синдрома М.С.М. у 60 выявлен гиперостоз лобной кости, у 16 — обызвествление турецкого седла, у 16 — утолщение внутренней пластинки костей свода черепа диплоэтического слоя, у 3 — обызвествление серповидного отростка. По данным М.А.Крымской и соавт. [14], из 120 больных с гипоталамическими нарушениями у 107 выявлено утолщение всех костей черепа, в 30% случаев толщина лобной кости (внутренней пластинки) превышала 1 см, в 48% наблюдений отмечено изменение размеров турецкого седла. Имеются большие разногласия в оценочных критериях увеличения лобной кости. Так, в норме толщина лобной кости не превышает 2,5—3 см. Вероятно, большее утолщение кости указывает на то, что ошибочно учитываются напластования твердой мозговой оболочки [14].

А.И.Бухман [3] в 1975 г. объединил все виды гиперостозов под общим названием «эндокраниоз». Это понятие включает в себя обызвествление твердой мозговой оболочки и ее производных, а также утолщение внутренней пластинки всех костей свода черепа. Эндокраниоз сам по себе явление довольно распространенное, но в большинстве случаев остается нераспознанным, так как чаще всего не проявляется клинически и может быть лишь рентгенологической находкой. Выдвинуты различные теории эндокраниоза: нарушение локального кровообращения, компенсаторная теория (утолщение кости у стариков при уменьшении объема мозга), кальциевая теория и, наконец, эндокринная, в которой основное место отводится патологии гипоталамо-гипофизарных структур. Так, функциональные нарушения головного мозга, и в частности врожденные и наследственные поражения гипоталамической области, могут оказать влияние на развитие и формирование черепа через посредство эндокринной системы [7, 38].

Н.Mortimer [60] удалось вызвать гиперостоз черепа и ожирение у крыс после кормления их экстрактом передней доли гипофиза. А.И.Смирнова-Замкова [29] пришла к выводу, что расстройства регуляции гипоталамусом обменных процессов в соединительной ткани с нарушением белково-углеводных комплексов могут приводить к дистрофическим изменениям костей черепа. Таким образом, гипоталамо-гипофизарная недостаточность занимает центральное место в патогенезе гиперостозов, что подтверждает явление эндокраниоза при различных эндокринных и психосоматических заболеваниях [1, 2, 5, 6, 11, 13, 17, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 39, 46, 53].

Второй клинический признак этого страдания — ожирение. При синдроме М.С.М. характерно ожирение по центральному типу, т.е. равномерное и чрезмерное ожирение со свисающим подбородком и жировым передником на животе [33, 35, 58, 65]. Тем не

менее вопросы степени и типа ожирения при синдроме М.С.М. остаются противоречивыми и недостаточно изученными.

Третий клинический признак — вирилизм (оволосение по мужскому типу). У лиц с рентгенологической картиной лобного гиперостоза изменения оволосения констатированы [14] в 48,8% наблюдений (у 61 из 125 больных), в том числе при оволосении лица — у 34, белой линии живота — у 27 больных. Е.С.Трущенко и М.А.Райдер [35] обнаружили явления вирилизма у 7 из 53 пациентов с лобным гиперостозом. У этих лиц чрезмерное оволосение сочеталось с другими нарушениями эндокринной сферы. Те же авторы выявили дисменорею у 16 больных. Более детальный анализ [14] выявил у 79 из 125 больных различные нарушения функции яичников с изменениями менструального цикла и деторождения. Часто эндокраниоз сочетается со склеротизмом яичников [22, 41, 48], генитальным инфантилизмом [34], персистирующей галактореей-амеореей [10] и другими эндокринно-гинекологическими заболеваниями [3, 15, 19].

Среди больных с синдромом М.С.М. ряд авторов [11, 32, 35] выявили сахарный диабет. Исследование гормонального фона проводилось в основном лишь на уровне изучения 17-КС в крови. При этом данные литературы отличаются противоречивостью: в одних работах [46] отмечено увеличение 17-КС в молодом возрасте и понижение или нормальное содержание их в крови у лиц в климактерическом периоде, в других [25] — экскреция 17-КС у всех больных с синдромом М.С.М. была повышена, а в третьих [27] — каких-либо отклонений в секреции 17-КС у пациентов не зафиксировано.

У больных с гиперостозом костей черепа было бы логичным предположить нарушение кальциевого обмена. В литературе по этому поводу имеются лишь отдельные сообщения, носящие крайне противоречивый характер: либо изменения уровня кальция в крови отсутствуют [15], либо его уровень повышен [57, 62], либо даже понижен [42, 55]. Имеются сведения о высоком содержании Са при относительно низком уровне паратиреоидного гормона и высоком уровне тиреокальцитонина у больных со склерокистой яичников в сочетании с эндокраниозом [22]. К сожалению, в доступной литературе отсутствуют данные об уровне гипофизарных гормонов, а также секреторной функции гипоталамической области.

Постоянными симптомами заболевания являются также различные нервно-психические расстройства [1, 6, 13, 14, 17, 30, 35, 43, 46, 47]. Авторы подчеркивают, что среди жалоб превалирует головная боль, носящая гипертензионный и сосудистый характер, однако не зависящая от выраженности и локализации гиперостоза. Описан мигренозный характер головных болей по типу ассоциированной мигрени с преходящей диплопией [11, 13, 25].

Часто наблюдается головокружение, описано единичное наблюдение больной с синдромом М.С.М., в клинической картине заболевания которой доминировала высокая артериальная гипертензия, в анамнезе — неоднократные нарушения мозгового кровообращения [38]. В литературе имеется описание клинического наблюдения 20-летней больной, на краниограмме которой яметлись характерные изменения в сочетании с признаками вовлечения в процесс 1, 2, 6, 8-й пар черепных нервов [54].

На ЭЭГ больных с синдромом М.С.М. чаще, чем у здоровых, имеют место вспышки билатерально-синхронной активности в различных диапазонах волн. Часто регистрируются медленные тета- и бета-волны, в ответ на функциональные нагрузки нередко возникает пароксизмальная активность [16, 22, 52].

На РЭГ у больных с явлениями лобного гиперостоза снижены скорость объемного кровотока и венозный тонус [22]. Нарушения психической сферы для данного заболевания дискутируются по сей день. Одни авторы считают, что специфических изменений нет, другие полагают, что они все-таки имеются [16, 17, 46]. Авторы указывают на то, что у больных с синдромом М.С.М. могут наблюдаться обидчивость, раздражительность, навязчивость, а также истероидные явления, депрессия, снижение памяти. Описаны диссомнические и мотивационные расстройства у части больных на фоне астении [1, 6, 16, 17], что еще раз может указывать на причастность гипоталамических структур. В то же время, несмотря на вышеозначенные нарушения, эти больные остаются волевыми людьми, добивающимися своих целей и достаточно работоспособными долгое время.

Таким образом, из вышеизложенного следует, что синдром М.С.М. встречается довольно редко (примерно 140 на 1 млн населения). На практике, как правило, приходится иметь дело с «осколками» данного синдрома, так как болезнь развивается исподволь, на протяжении многих лет, и клинические симптомы формируются с неодинаковой скоростью. Больные обращаются ко многим специалистам (терапевтам, эндокринологам, гинекологам, невропатологам), пока синдром не сформируется во всей «красе». До сих пор считалось, что болеют женщины ближе к климактерическому периоду, но на самом деле в этом периоде онтогенеза болезнь достигает своего критического состояния, когда сформировались необратимые патологические изменения.

Не ясно, почему гиперостоз лишь лобной кости включен в классическую триаду симптомов. Вероятно, следует обратить внимание на эндокраниоз в целом. Остаются недостаточно изученными многие аспекты этиологии и патогенеза этого страдания. Нуждаются в изучении и разработке критерии ранней диагностики этого синдрома. Необходимо также ответить на вопрос, кто должен лечить

этих больных и как лечить. Нельзя ограничиваться лишь симптоматической терапией, производимой обычно в гинекологических и эндокринологических клиниках. С учетом предполагаемого церебрального генеза данной патологии больные должны быть обследованы в неврологическом стационаре. Этот синдром, вероятно, прерогатива неврологов.

Таково современное состояние знаний в изучении этого заболевания, не имеющего нозологической самостоятельности. Имеется много предпосылок, свидетельствующих о том, что синдром М.С.М. — одно из клинических проявлений нейроэндокринно-обменной формы гипоталамического синдрома, то есть «синдром в синдроме». Несмотря на давность первого описания заболевания, мы еще пребываем лишь на подступах к его пониманию, что требует как новых подходов, так и новых методов в изучении этого синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахур Б., Бондарь А.М., Чеклед Л.А., Стародубцева Г.К. // Журн. неврол. и психиатр. — 1987. — Т. 87, вып. 6. — С. 911—914.
2. Борисов Б.А., Величко Л.В., Борисова Е.А. // Науч. труды центр. ин-та усоверш. врачей. — 1980. — Т. 235. — С. 117—118.
3. Бухман А.И. Рентгенодиагностика в эндокринологии. — М., 1975.
4. Бухман А.И. Рентгенодиагностика эндокринных заболеваний в хирургической клинике. — Алма-Ата, 1985. — С. 91—95.
5. Ваята Н.П., Грейсер А.Е. // 8-я медико-биолог. конф. — Петрозаводск, 1975. — С. 104—105.
6. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.А. и др. Заболевания вегетативной нервной системы. — М.: Медицина, 1991.
7. Галимов И.Х. Современные аспекты клинической рентгенологии. — Л., 1977.
8. Гальперин М.Д. // Труды НИИ им. В.М.Бехтерева. — Л., 1963. — Т. 31. — С. 5—40.
9. Гельгорн Э., Луфборроу Ф.Т. Эмоции и эмоциональные расстройства. — М., 1966.
10. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Персистирующая галакторея-аменорея. — М.: Медицина, 1985.
11. Денабаров К.А., Насирбеков З.А., Файзуллаев М.М. // Азерб. мед. журн. — 1985. — № 4. — С. 63—65.
12. Джапаридзе Т.Н. Рост, дифференцировка и инволютивные изменения костной суставной системы при шизофрении: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. — Обнинск; Тбилиси, 1963.
13. Динабург А.Д., Клебанова А.Ю., Вайсбург Б.М., Лаута А.Д. // Журн. неврол. и психиатр. — 1970. — Т. 70, вып. 10. — С. 1502—1507.
14. Крымская М.Л., Моисеева Е.Н., Волобуев А.И., Федоров Б.М. // Акуш. и гинек. — 1982. — Т. 64, № 4. — С. 32—34.
15. Лемнева Л.З. Овариальные расстройства у больных с эндокринозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1972.
16. Лутс А.П., Пашков А.В. // Проблемы васкулярной патологии мозга и психофармакологии. — Таллин, 1977. — С. 27—28.
17. Лутс А.П., Пашков А.В. // Вопросы ранней диагностики и лечения нервных и психических заболеваний. — Каунас, 1979. — С. 79—80.
18. Майкова-Строганова В.С., Рохлин Д.Г. Кости и суставы в рентгеновском изображении. Голова. — М., 1955.
19. Мануилова И.А., Моисеева Е.Н. // Акуш. и гинек. — 1969. — № 2. — С. 25—27.
20. Мацвеев Е.Т. // Вопр. курорт. и леч. физкультуры. — 1975. — С. 272—273.
21. Миндубаева Ф.З., Тухватулина Л.М. // Казан. мед. журнал. — 1982. — Т. 64, № 4. — С. 310—312.
22. Миндубаева Ф.З. Эндокриноз как патогенетическое проявление нейроэндокринных синдромов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 1985.
23. Миндубаева Ф.З., Гилязутдинова З.Ж., Тухватулина Л.М. // Акуш. и гинек. — 1989. — № 7. — С. 60—61.
24. Неначалов В.В. // Ленинградское научное об-во патологоанатомов: Тр. — 1985. — Вып. 22. — С. 59—60.
25. Панфилова З.П. // Журн. неврол. и психиатр. — 1957. — № 9. — С. 1136—1141.
26. Песочина З.А. // Журн. неврол. и психиатр. — 1989. — Том 89, № 9. — С. 79—82.
27. Писарская И.В., Шебашова З.А. // Труды центр. ин-та усоверш. врачей. — 1976. — Т. 204. — С. 37—41.
28. Рохлин Д.Г. Болезни древних людей. — Л., 1965.
29. Смирнова-Замкова А.И. Основное аргирофильное вещество и его функциональное значение. — Киев, 1955.
30. Сочнов Л.Д. // Сов. медицина. — 1971. — № 11. — С. 140—142.
31. Супрун А.В., Каган И.Б. // Офтальм. журн. — 1975. — № 5. — С. 353—355.
32. Сылчук А.Н., Прасюк Ю.Г. // Тер. архив. — 1987. — № 4. — С. 143.
33. Сьякоте П.М., Рогзиниш Э.К. // Клин. казуистика. — Рига, 1974. — С. 205—207.
34. Хамадьянов У.Г. Генитальный инфантилизм: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1976.
35. Трушенкова Е.С., Райгер М.А. // Вопросы патологии эндокринной системы: Дис. ... канд. мед. наук. — Алма-Ата, 1985. — С. 185—187.
36. Тынчишин А.Д. // Вестн. рентгенол. и радиол. — 1977. — № 3. — С. 81—86.
37. Шевченко В.И., Сухавеева Е.Я. // Актуальные вопросы гематологии. — Томск, 1976. — Вып. 1.
38. Шиллерова Е.С., Фомин А.В. // Клин. мед. — 1987. — № 3. — С. 142—143.
39. Balabanov S., Pohlandt F., Gaedicke G. et al. // Calcif. Tissue int. — 1983. — Vol. 35. — P. 41.
40. Boulard C., Scotto I. // Alger med. — 1960. — Vol. 64. — P. 269—270.
41. Capraro V.I. // Obstetrics and Gynecology. — Vol. 35, № 4. — P. 565—569.
42. Casati A. // Radiol. med. (Torino). — 1936. — Vol. 36. — P. 585.
43. Carr A.D. // Arch. Nevrol. Chic. — 1936. — Vol. 35, № 5. — P. 982—989.
44. Falovich G. // Cervello. — 1951. — Vol. 27. — P. 1—12.
45. Henschen F. // Ann. Anat. path. — 1936. — Vol. 13. — P. 943—950.
46. Hollo I., Iulesz M., Edelyi I. // Magy belim. Arch. — 1954. — Vol. 7. — P. 65—70.
47. Gecick G., Danovski, Khurana P. et al. // Ann. Intern. Med. — Vol. 79. — P. 71—75.
48. Deak P., Fried L. // Radiol. Diagnost. — 1960. — Vol. 9, № 1. — P. 73—79.
49. Eldridge W., Nolin G. // Am. G. Roentgenol. — 1940. — Vol. 43, № 3. — P. 356—359.
50. Knies P.T., Fever H.E. Metabolic craniopathy: hyperostosis frontalis intern. // Ann. Intern. Med. — 1941. — Vol. 14. — P. 1858—1892.
51. Kretschmer H., Goldhahn W.E. // Dtsch. Ges. — Wesen. — Vol. 25, № 17. — P. 796—799.
52. Liberman B. // Proc. XXIII Congress Hist. Med. 6. — London, 1972. — P. 117—122.
53. Lips P., Hackeng W.H.L., Gongen M.I.M. et al. // G. clin. Endocr. — 1983. — Vol. 57. — № 1. — P. 204—206.

54. Manni I.I., Scaf I.I., Hugger P. et al. // N. Engl. G. Med. — 1990. — Vol. 322, № 7. — P. 900—904.
 55. Mikati M.A., Menem R.E., Najjar S.S. // G. Pediatr. — 1981. — Vol. 99, № 6. — P. 450—454.
 56. Schiff P., Trelles J.O. // Encephale. — 1932. — Vol. 26. — P. 768.
 57. Moore I. Hiperostosis cranii. Steurart-Morel Syndrom. — Springfield, 1955.
 58. Morel F.L. Hiperostose frontale interne. — Seneva, 1929.
 59. Morel F. // Schweiz. Med. Wschr. — 1937. — Vol. 67, № 52. — P. 1235—1237.
 60. Mortimer H. // Radiology. — 1937. — Vol. 28. — P. 5.

61. Rosatti P. // G. Genen. Hum. — 1972. — Vol. 20. — P. 207—252.
 62. Schiff P., Grelles I.O. // Encephale. — 1932. — Vol. 26. — P. 768.
 63. Silinkova-Malkova R. // Gynecologia. — 1960. — Vol. 149. — P. 103—111.
 64. Sowogyi I., Bak R. // Dtsch. L. Neroon heilk. — 1937. — Bd. 143, № 3—4. — S. 199—208.
 65. Stewart R.M. // Lbl. ges. Neurol. Psychiat. — 1929. — Bd. 51. — P. 174.



УДК 612.178

Швалев В. Н., Сосунов А. А.,
 Гуски Г. Морфологические основы иннервации
 сердца. — М.: Наука, 1992. — 336 с.

Влияние казанских медицинских школ не только на отечественную, но и на зарубежную медицину — общеизвестная закономерность, ярко проявляющаяся и сейчас, в год 180-летия высшего медицинского учебного заведения Казани. Примером этого является рецензируемая книга (с посвящением корифею казанской нейростологической школы Б.И.Лаврентьеву).

Мы не будем останавливаться на анализе фундаментальных положений эмбриологического характера, отображенных в начальных главах книги, и рассмотрим главные клинические аспекты монографии, представляющие интерес для неврологов, кардиологов и других специалистов в области клинической медицины.

В последние годы в связи с определенным социальным стрессом, вывавшим на долю нашего поколения, для врачей имеет значение факт ранних инволюционных изменений симпатического отдела вегетативной нервной системы, описываемый авторами в главах о возрастных изменениях нервной регуляции сердца. Установленный на уникальном материале ранних вскрытий факт наступления редукции адренергических нервных сплетений в миокарде и в определенных очагах магистральных сосудов у человека свидетельствует, по данным книги, что уже в возрасте после 30 лет в зонах десимпатизации наблюдается снижение адаптационно-трофического влияния нервной системы. В монографии процесс старения органов справедливо связывается с феноменом ранних нарушений в их составе нейротканевых связей, и в этих процессах большое внимание уделяется как эфферентному, так и афферентному звену.

Весьма содержательной в клиническом аспекте является глава, посвященная изучению трофической функции нервной системы. Прежде всего авторы (среди которых и немецкий патологоанатом из Берлина Г.Гуски) подчеркивают первостепенную роль казанских медицинских школ в создании учения о нервной трофике. Затем приводятся результаты экспериментов с электростимуляцией нервов сердца. Раздражение усиливающего — павловского нерва вызывало, в частности, нарастание показателей плотности адренергических нервных сплетений в 2—5 раз, повышение активности в миокарде бетаоксибутират-дегидрогеназы. При нарастании продолжительности сеансов начинали определяться очажки повреждения кардиомиоцитов. Параллельно наблюдались изменения гипо- и эпителиума и стимуляция мозгового вещества надпочечников.

Интересные данные приведены в разделе, освещающем реиннервацию трансплантируемых органов (почки и сердце) как существенный фактор стабилизации органа после его пересадки. И здесь подчеркнута важная роль восстановления нервных регуляторных связей с позиций включения нервотрофических влияний, которая, к

сожалению, до сих пор, как справедливо отмечают авторы, не учитывается большинством трансплантологов. Это относится и к хирургам. Однако сейчас проф. В.Н.Медведев и к.м.н. А.М.Миролюбов (Казань), проводя операции по пересадке участков вен для замещения артерий нижних конечностей, учитывают необходимость реиннервации трансплантата и добиваются больших успехов в адаптации пересаженных тканей.

В неврологии и нейрохирургии существенное значение, как известно, имеет определение степени вовлеченности в патологические процессы важнейшего вегетативного нервного центра — гипоталамуса. Этой проблеме посвящена целая глава книги. Показана динамика вовлечения гипоталамуса в процессы висцеральной патологии в эксперименте. В результате электростимуляции гипоталамуса через стереотаксически введенные в определенные его ядра электроды развиваются нейродистрофические изменения важнейших внутренних органов — сердца, легких, мочеполовой системы и др.

Естественно, основное внимание в книге уделено патологии сердца. Показаны изменения и эфферентных, и афферентных нервных звеньев, динамика нарушений состояния синапсов. Затем на клинических материалах, полученных при вскрытиях больных, погибших от опухолей мозга с поражением гипоталамуса, также продемонстрированы проявления висцеральной патологии центрального генеза. Произведен количественный анализ различных звеньев рефлекторной дуги сердца при поражениях высшего вегетативного центра. Исходя из этих данных, клиницистам предстоит решать сложную задачу — совершенствовать способы профилактики названных осложнений.

Крупным вкладом в понимание механизмов внезапной сердечной смерти явились результаты долготелетнего комплексного исследования этой проблемы на уникальных материалах срочных вскрытий (124 случая), произведенных в Кардиологическом научном центре (Москва) совместно с американскими и немецкими кардиологами. В книге отражены основные результаты этих работ, полученные при патологоанатомических исследованиях. Впервые было обнаружено, что в миокарде внезапно умерших имеются, как правило, разновеликие очаги десимпатизации, в которых найдена высокая чувствительность к катехоламинам. Высказано предположение, что при стрессах забрасываемые в сердце катехоламины натакаиваются на гетерогенные по параметрам своей чувствительности участки сердечной мышцы и в результате электрической нестабильности может возникнуть мерцательная аритмия, фибрилляция мышцы сердца. Подробному изучению подверглась и проводящая система сердца, где также найдены очаги выпадения иннервационных связей, изменения надпочечников и гипоталамуса.

Эти факты демонстрируют клиницистам необходимость профилактики случаев внезапной сердечной смерти, стимулируют на поиски средств, которые могли бы купировать выпадения симпатической нервной регуляции сердца. Среди возможных мер упоминается дача определенному контингенту больных L-ДОФА. Но одна из труднейших проблем остается и ждет дальнейшей разработки. Отметим, что рассмотренная глава, как, впрочем, и другие, иллюстрирована убедительными и наглядными микрофотографиями и графиками.

Большой интерес для врачей представляют заключительные главы монографии, целиком посвященные клиническим проблемам. Показаны изменения нервнотрофических влияний при инфаркте миокарда не только в очаге ишемии, но и в так называемых «интактных зонах». Ценной особенностью изложения здесь материалов, как и в других частях книги, является комплексное их описание, ставшее возможным в результате количественного нейрогистохимического и ультраструктурного исследований. Кроме того, представлены данные морфобиохимического изучения обмена катехоламинов в миокарде при фибрилляции и аутолизе в сопоставлении с изменениями при этом нервного аппарата сердца. Интересны также для практиков-клиницистов ценные данные немецкого соавтора — Г.Гуски, показавшего явления адаптации сердечной мышцы у экспериментальных животных, предварительно физически тренированных. Внимание врачей, несомненно, привлекут новые данные, относящиеся к выяснению

природы кардиомиопатий. При изучении свойств сыворотки крови от 180 пациентов с различными формами кардиомиопатий впервые обнаружено наличие в ней антител к нервной ткани. Эти наблюдения свидетельствуют о том, что в генезе ряда симптомов кардиомиопатий имеют несомненное значение поражения нервной системы.

В заключительных главах мы находим также материалы об изменениях на ультраструктурном уровне экстра- и интрамуральных нервных ганглиев при артериальной гипертонии и ряде других интересных клиницистам фактов.

Основная идея авторов, проходящая через всю книгу, является логически обусловленной и оправданной: в наш век стрессов и перенапряжений для кардиологов, пульмонологов, гастроэнтерологов и врачей других специальностей необходимо основательное изучение у пациентов нейровегетативного статуса. Эта идея является продолжением традиций нервизма, свойственного представителям различных теоретических и клинических дисциплин известной на весь мир казанской медицинской школы. Фундаментальная книга известного медика-казанца В.Н.Швалева и его соавторов — новый вклад в медицинскую науку.

В.Н.ОСЛОПОВ,
д-р мед. наук
(Казань)



УДК 616.831—005

Трошин В. Д., Трошин В. М.
Острые нарушения мозгового кровообращения. —
Ниж. Новгород: Сарпи. — 1993. — 270 с.

Рецензируемая книга посвящена актуальной проблеме современной медицины — острым нарушениям мозгового кровообращения, являющимся главной причиной высокой смертности, приводящим к тяжелой инвалидизации населения. Совершенствование поэтапной системы медицинской помощи больным с сосудистым поражением мозга является важнейшей задачей общегосударственной программы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В монографии 7 глав, которые включают 12 таблиц, 3 схемы и 7 рисунков. В предисловии обосновывается важность проблемы острых нарушений мозгового кровообращения и необходимость издания данной книги для практического врача.

В главе 1 отражены социально-медицинские аспекты сосудистых заболеваний мозга, приводятся эпидемиологические данные, анализируется смертность в зависимости от форм инсульта, представлена классификация международных и НИИ неврологии этих заболеваний.

Глава 2 посвящена пато- и самогенетическим механизмам сосудистых заболеваний мозга. Особое внимание уделяется патофизиологическим и нейрометаболическим механизмам. Представлена концепция динамического пато- и самогенеза, включающая фило- и онтогенез, реактивность и адаптивность мозговой гемодинамики, полифакторность и динамизм, стадийность и фазность течения. Данная концепция позволяет подходить с новых позиций к рассмотрению проблемы сосудистых поражений мозга.

Большое место отводится семиотике и диагностике (глава 3). Достоинством главы является системный подход к проблеме, в ней описывается многообразие клинических форм патологии. Авторы подробно останавливаются на семиотике пароксизмальных состояний, малых инсультах, лакунарных инфарктах, сочетанных

нарушениях мозгового и коронарного кровообращения, особенностях сосудистых катастроф в детском возрасте.

В главе 4 рассматриваются вопросы интенсивной терапии острых нарушений мозгового кровообращения, выделяется базисная и дифференцированная терапия, описываются современные методы неотложной терапии.

Важной главой является глава 5, посвященная организации системы поэтапной помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения. В ней представлен опыт организации медицинской помощи в крупных промышленных городах.

В главе 6 особое внимание уделено ранней реабилитации, подробно приводится система поэтапной реабилитации. Авторы уделяют большое внимание и доинсультной реабилитации, что имеет важное профилактическое значение.

Завершает книгу глава 7, посвященная профилактике сосудистых поражений мозга. В соответствии с 5-групповым подразделением наблюдаемых лиц рассматриваются организационные вопросы и даются методические рекомендации по укреплению «сосудистого» здоровья.

В книге широко используется опыт зарубежных авторов.

В заключение следует подчеркнуть, что книга «Острые нарушения мозгового кровообращения» отражает современный уровень достижений науки и отвечает требованиям практического врача. Она представляет интерес для неврологов, терапевтов, педиатров и студентов старших курсов.

Е.И.ГУСЕВ,
проф., акад. РАМН
(Москва)



УДК 615.21:616.8(063)

О МЕЖДУНАРОДНОМ СИМПОЗИУМЕ ПО ЦЕРЕБРОЛИЗИНУ

(1 июня 1993 г., Москва)

1 июня 1993 г. в Москве состоялся IV Международный симпозиум по церебролизу, организованный Всероссийским обществом неврологов и заводом лекарств «ЭБЕВЕ» (Австрия), в котором приняли участие неврологи из России, стран СНГ, Австрии и Германии.

Церебролизин является хорошо известным, имеющимся в широкой продаже лекарственным препаратом. Он производится из белка головного мозга животных с помощью биотехнологического процесса, получившего название энзиматического гидролиза. Церебролизин представляет собой стабильный водный раствор, содержащий 85% аминокислот и 15% пептидов, являющихся его активной фракцией. Молекулярный вес таких пептидов не превышает 10 000 дальтон, что исключает возможность развития антигенных анафилактических реакций. С помощью радиоизотопного метода показано, что препарат проникает через гематоэнцефалический барьер и включается в биохимические процессы, происходящие в нервных клетках, повышая их энергетический метаболизм, оказывая на них нейротрофическое и нейропротекторное действие.

В связи с разнонаправленным мультимодальным действием церебролизина сфера его потенциального использования при неврологических заболеваниях достаточно широка. Уже имеются данные о терапевтическом потенциале церебролизина при дементирующих процессах (болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция), травматическом повреждении головного мозга, при некоторых формах нарушениях мозгового кровообращения, нейрогерiatricкой и нейропедиатрической патологии.

Настоящий симпозиум был посвящен обсуждению различных механизмов действия церебролизина и перспективам его использования при различных неврологических заболеваниях, а также результатам контролируемых клинических испытаний эффективности этого препарата. Особый интерес вызвали результаты таких испытаний церебролизина, которые позволяют говорить о его терапевтических возможностях при сенильной деменции альцгеймеровского типа, сосудистой деменции, остром ишемическом инсульте и его последствиях, нарушениях, связанных с дефицитом внимания у детей.

Особое внимание привлекло обсуждение терапевтического потенциала церебролизина при первичной дегенеративной деменции, в частности в такой ее форме, как мультиинфарктная деменция (МИД). Это объясняется тем, что в связи с отмечающейся в последние годы в большинстве развитых стран мира тенденции к постарению населения проблема деменции, развивающейся у значительной части популяции лиц пожилого возраста, стала рассматриваться в качестве одной из приоритетных в медицинской науке и практическом здравоохранении. По своей распространенности среди дементирующих процессов на 1-м месте стоит болезнь Альцгеймера. Клинико-анатомические исследования показывают, что в общей структуре деменции, развивающейся у лиц пожилого возраста, распространенность болезни Альцгеймера достигает 50–65%. По своей распространенности 2-е место после болезни Альцгеймера занимает сосудистая деменция. Ее удельный вес составляет, по разным данным, 10–30%. Такой широкий диапазон колебаний объясняется тем, что до последнего времени отсутствовали общепризнанные диагностические критерии деменции, а также наличием большого числа больных, страдающих так называемыми смешанными формами деменции, дифференциация которых от болезни Альцгеймера затруднена, а распространенность достигает, по некоторым данным, 18–25%.

Когнитивные и интеллектуально-мнестические нарушения развиваются при сосудистой деменции на

фоне прогрессирующей цереброваскулярной патологии. Синдром сосудистой мультиинфарктной деменции возникает после повторных нарушений мозгового кровообращения, как правило, ишемического характера. Ее морфологическим субстратом являются множественные инфаркты мозга.

Последние годы отмечается тенденция к росту распространенности и сосудистой, в том числе мультиинфарктной деменции. Это объясняется увеличением частоты прогрессирующих сосудистых заболеваний мозга у лиц пожилого возраста, нередко осложняющихся постепенно углубляющимися нарушениями когнитивных и интеллектуально-мнестических функций, вплоть до исходов в сосудистую деменцию.

В докладе М. Виндиш, руководителя Центра исследований ЦНС медицинской школы университета г. Грац (Австрия), были обобщены современные представления о механизмах действия церебролизина на головной мозг, а также представлены данные об эффективности церебролизина, полученные на различных экспериментальных моделях патологии нервной системы.

В настоящее время установлено, что церебролизин оказывает на головной мозг ярко выраженное метаболическое действие. Он регулирует потребление кислорода и энергетическую продукцию в головном мозге, причем как в процессе его развития, так и старения. Определенное влияние церебролизин оказывает на процесс синтеза белка в головном мозге, способствует коррекции нарушений белкового метаболизма у старых животных. Электрофизиологическими методами показано, что церебролизин непосредственно влияет на основные процессы получения мозгом информации и хранения ее в памяти.

В экспериментах на культурах центральных и периферических нейронов показано, что церебролизин обладает тремя основными видами активации факторов роста нейронов, вызывая дифференциацию нервных клеток, поддерживая их жизнеспособность и защищая от ишемического и нейротоксического повреждения. При этом протективное действие церебролизина выражено сильнее, чем у фактора роста нервов (ФРН) и фактора роста фибробластов.

Особый интерес представляет положительное действие церебролизина на моделях нейродегенерации, подтвержденное биохимическими, гистопатологическими и поведенческими методами. Экспериментальные данные полностью соответствуют результатам последних клинических испытаний, продемонстрировавших эффективность церебролизина при лечении больных, страдающих дегенеративной деменцией альцгеймеровского типа.

Так как церебролизин является единственным применяющимся в клинической практике пептидергическим препаратом, обладающим нейротрофической активностью, то его использование, как подчеркнул автор, уже сегодня вписывается в будущую стратегию лечения неврологических заболеваний, связанную с широким использованием пептидергических нейромодуляторов и факторов роста.

В докладе А.ра Г. Ладурнера из клиники нервных болезней г. Зальцбурга (Австрия) «Стратегия лечения болезни Альцгеймера» подчеркивалось, что исследования в области молекулярной биологии и нейрохимии значительно углубили понимание патогенеза болезни Альцгеймера, явились теоретическим обоснованием разработки различных терапевтических подходов к ее лечению.

Так, холинергическая гипотеза патогенеза болезни Альцгеймера послужила основанием для проведения клинических терапевтических испытаний эффективности ряда препаратов, используемых в заместительной тера-

пии при этом заболевании. Стали применяться холинергические агонисты (арехолин) и блокаторы холинэстеразы (например, физостигин и тетрагидроаминоархеридин). То, что процесс нейродегенерации практически не распространяется на постсинаптическую холинергическую систему, послужило основанием для применения блокаторов холинэстеразы. Однако на практике эти препараты не оправдали терапевтических ожиданий.

Когда было обнаружено, что при болезни Альцгеймера, помимо холинергической недостаточности, возникают нарушения и других систем нейротрансмиттеров, например серотонина и эпинефрина, были предприняты попытки использования для лечения блокаторов моноаминоксидазы-B (селегилин и селегилиноподобные субстанции) с целью увеличения уровня серотонина и эпинефрина.

Однако в дальнейшем оказалось, что нарушение церебрального метаболизма при БА выходит далеко за пределы системы нейротрансмиттеров. При этом заболевании существенно нарушается метаболизм нервных клеток, свойство липидных мембран, электролитный гомеостаз. Некоторое положительное влияние оказывали ноотропные препараты (например, пирацетам) и ганглиозиды, но оно не было значительным.

В связи с данными о нарушении при болезни Альцгеймера церебрального метаболизма кальция в настоящее время изучается терапевтическая эффективность блокаторов кальциевых каналов.

Поскольку в основе прогрессирующего характера этой болезни лежит дегенерация нейрональных систем, представляется логичным использование в лечении нейрональных факторов роста, терапевтическим эквивалентом которых, как известно, является церебролизин. Поэтому понятен тот интерес, который вызывают данные об его эффективности, полученные в ряде контролируемых терапевтических испытаний.

Результаты одного из таких клинических испытаний были представлены в докладе «Эффективность церебролизина у больных с сенильной деменцией альцгеймеровского типа (СДАТ)», авторами которого являлись Е.Петер, Р.Риттер, М.Апечеча, С.Фрейтаг, М.Виндш.

Испытание эффективности церебролизина, контролируемое посредством двойного слепого плацебо, было проведено с участием 120 больных с СДАТ, выраженность синдрома деменции у которых колебалась от легкой до умеренной степени. Больные группы активного вмешательства получали внутривенные инфузии 30 мл церебролизина (в 100 мл физиологического раствора) 1 раз в день, 5 дней в неделю. Общая продолжительность курса лечения была 4 недели. Больные контрольной группы тем же путем и в том же терапевтическом режиме получали плацебо (130 мл физиологического раствора). Оценка состояния больных проводилась на основании общего клинического впечатления, шкалы клинической гериатрической оценки Sandoz (SCAG) и качества проведения теста «прокладывания пути».

В группе вмешательства по сравнению с контрольной отмечалось улучшение в рамках всех указанных систем оценки. Реакция на лечение отмечена у 61,7% больных. Побочного действия церебролизина не наблюдалось. Сделан вывод, что лечение церебролизином может приводить к улучшению клинической симптоматики у больных СДАТ.

Различным аспектам лечения церебролизином больных с мультиинфарктной деменцией были посвящены два сообщения, сделанные научными сотрудниками НИИ неврологии РАМН (Москва).

В первом из них (З.А.Суслина, Н.В.Лебедева, Е.М.Некрасова, С.А.Тимербаева, М.Н.Алтунина, Б.А.Кистенев, О.И.Соловьев, Е.А.Пушкина) представлены результаты сравнительного анализа течения дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ), сопровождавшейся легкими проявлениями синдрома мультиинфарктной деменции, у больных, прошедших ранее (в 1989–1990 гг.) курс лечения большими дозами церебролизина (15 мл в сут

в течение 28 дней), и у таких же больных, получавших плацебо.

Всего наблюдалось 60 больных с легкой МИД в возрасте от 50 до 65 лет. В группе активно вмешательства и в группе плацебо было по 30 больных с одинаковым распределением по полу.

Спустя 3–3,5 года после лечения повторно было обследовано 40 больных, по 20 человек из каждой группы (14 мужчин и 6 женщин). Сведения о течении болезни за истекший период были собраны у всех больных в соответствии со специальным протоколом. Проведены: оценка неврологического статуса по Скандинавской шкале, нейропсихологическое тестирование с использованием теста Арнольда–Кольмана, компьютерная томография (КТ), электроэнцефалография (ЭЭГ), исследование длиннолатентных вызванных потенциалов (ДВП).

Отмечено, что в течение прошедших лет все больные принимали ноотропные, гипотензивные и вазоактивные лекарственные препараты, спектр которых у отдельных лиц был примерно одинаковым. Установлено, что частота нарушений мозгового кровообращения (инсульты, ПНМК, в том числе церебральные гипертонические кризы), возникших за истекшее время, была одинаковой в обеих группах (по 8). Прогрессирующее течение болезни чаще наблюдалось в группе больных, ранее получавших плацебо, по сравнению с больными, которым проводилось лечение церебролизином (соответственно 12 и 8 больных).

В группе активного вмешательства при ЭЭГ отмечена тенденция к появлению большего числа уплощенных ЭЭГ-кривых с наличием бета-активности и навязыванием ритма в высокочастотном диапазоне при фотостимуляции.

По результатам исследования ДВП у больных, получавших церебролизин, выявлен более высокий тонус коры и повышение реактивности мозга.

Нейропсихологическое тестирование абстрактного и практического мышления показало, что тяжесть их нарушений была более выраженной у больных, получавших ранее плацебо.

Таким образом, ретроспективный анализ результатов однократного курса лечения большими дозами церебролизина больных с ДЭ, сопровождавшейся легкими проявлениями синдрома МИД, показал, что при сохранении тенденции к прогрессированию сосудистого поражения мозга в обеих группах больных у лиц, получавших церебролизин, даже спустя 3–3,5 года после курса лечения наблюдалась слабо выраженная тенденция к стабилизации течения болезни. У них, например, определялось несколько лучшее состояние ряда электрофизиологических параметров и, по данным нейропсихологических тестов, более слабые нарушения памяти и практического мышления.

Второй доклад, представленный коллективом авторов НИИ неврологии РАМН (Н.В.Верещагин, С.А.Тимербаева, Е.Н.Некрасова, М.Н.Алтунина, В.В.Гнездицкий, Б.А.Кистенев, А.С.Кадыков, Д.Н.Джибладзе), — «Мультиинфарктная деменция: эффективность церебролизина».

В нем подчеркнута, что наиболее частой формой сосудистой деменции является мультиинфарктная деменция. Ее морфологический субстрат представлен множественными инфарктами мозга. Они развиваются на фоне хронического прогрессирующего поражения мозга, возникающего при длительно существующем церебральном атеросклерозе и артериальной гипертензии, что приводит к формированию дисциркуляторной энцефалопатии. Возникающий у ряда таких больных синдром сосудистой деменции характеризуется нарушениями когнитивных функций, нарастающим снижением памяти, изменением психической активности, прогрессирующим замедлением психических процессов.

Курс лечения церебролизином продолжительностью 28 дней был проведен 25 больным с синдромом сосудистой деменции, выраженность которой колебалась от

средней до тяжелой. Препарат вводился внутривенно, утром капельно (10 мл), вечером струйно (5 мл). Под наблюдением находилось 20 мужчин и 5 женщин, возраст — в пределах 50–70 лет. Средняя длительность заболевания составляла 10 лет. Артериальной гипертензией страдало 80% больных.

Диагноз мультиинфарктной сосудистой деменции ставился на основании клинического и психологического обследования, а также данных КТ, свидетельствующих о наличии множественных очагов ишемического поражения мозга. Психологическое обследование включало: тест Арнольда—Кольмана для определения состояния абстрактного и практического мышления и памяти, исследование времени реакции на простые и сложные стимулы.

Всем больным в начале и в конце курса лечения церебролизин проводилась ЭЭГ, в том числе топографическое ЭЭГ-картирование мозга, и исследование зрительных вызванных потенциалов.

После проведения лечения отмечено улучшение состояния у 24 из 25 больных (96%). Оно проявлялось в уменьшении и исчезновении головных болей и головокружения, скванности и онемения конечностей, в улучшении походки. Отмечено улучшение показателей слуховой и речевой памяти, абстрактного мышления.

Изучение динамики ЭЭГ показало, что лечение церебролизин ведет к стабилизации альфа-ритма, интенсификации бета-активности и к снижению пароксизмальной ЭЭГ-активности. Это свидетельствует о повышении энергетического потенциала мозга и расширении диапазона частотных характеристик ЭЭГ. При исследовании зрительных вызванных потенциалов у большинства больных отмечалось значительное восстановление реакции после стимуляции.

Авторы делают вывод, что церебролизин улучшает высшие корковые функции у больных с МИД. Улучшаются не только параметры ЭЭГ и вызванных потенциалов, но и абстрактное мышление и память, показатели которых в группе активного вмешательства были лучше по сравнению с контрольной.

Все это позволяет положительно оценить использование больших доз церебролизина у больных с синдромом мультиинфарктной деменции средней и тяжелой степени.

На симпозиуме были представлены результаты клинических испытаний эффективности церебролизина в остром и восстановительном периодах ишемического инсульта.

Доклад коллектива авторов кафедры неврологии и нейрохирургии РГМУ, Москва (Е.И.Гусев, Г.С.Бурд, В.И.Скворцова, С.М.Фидлер) был посвящен *клинико-нейрофизиологическому изучению влияния церебролизина на функциональное состояние мозга при остром ишемическом инсульте.*

Известно, что в лечении острого ишемического инсульта, особенно в первые часы и дни после его развития, важная патогенетическая роль принадлежит метаболической терапии. Она направлена на защиту мозга от гипоксии и ишемии, уменьшение выраженности функциональной дезинтеграции мозга и степени неврологического дефицита. При этом особое значение придается воздействию на системы нейротрансмиттеров и нейромодуляторов, на нейрональные рецепторы и использованию препаратов, обладающих нейротрофическим действием. Основанием для клинического применения церебролизина в лечении острого ишемического инсульта являются экспериментальные данные, свидетельствующие о том, что этот препарат увеличивает эффективность азробного метаболизма, уменьшает степень выраженности церебрального лакт-ацидоза, способствует предотвращению формирования отека мозга, защищает нервные клетки от гипоксического и токсического повреждения, снижает уровень свободных радикалов в зоне ишемии.

Церебролизин назначался в течение 5 дней 109 больным, перенесшим церебральный инфаркт в бассейне средней мозговой артерии. Все больные получали стандартную комплексную дифференцированную тера-

пию, направленную на коррекцию нарушений центральной гемодинамики, борьбу с отеком мозга, на нормализацию реологических и коагулирующих свойств крови, нарушений гомеостаза. В группе активного вмешательства больные дополнительно к стандартной терапии получали церебролизин, который вводился внутривенно, 1 раз в день, в дозе 10 мл, 20 мл или 30 мл (в разных группах больных).

Программа исследований включала обычную ЭЭГ, топографическое ЭЭГ-картирование мозга, исследование соматосенсорных вызванных потенциалов, оценку состояния больных по шкалам Глазго, по общему клиническому впечатлению и по стандартной неврологической шкале, используемой в неврологической клинике РГМУ. Оценка проводилась в начале и в конце 5-дневного курса лечения (на 6-й день), а также спустя 2 нед после окончания лечения (на 20-е сут заболевания).

Анализ динамики неврологической симптоматики показал, что на фоне лечения церебролизин регресс общемозговых и особенно очаговых симптомов, по состоянию на 6-е и 20-е сут, происходит быстрее, чем в контрольной группе аналогичных по тяжести больных. Особенно эффективным оказался церебролизин в группе больных с умеренно тяжелым инсультом, у которых не выявлялись менингеальные симптомы или нарушения сознания. Из 10 таких больных к концу острого периода у 5 наблюдалось полное восстановление неврологических функций. В группе тяжелых больных с изменениями сознания, вплоть до сопора или комы (I стадия), с признаками отека мозга, с грубым очаговым неврологическим дефицитом на фоне лечения церебролизин также определялась положительная клиническая динамика. Отмечалось ускорение регресса очаговых и общемозговых симптомов к 6–20-м сут заболевания (по сравнению с контрольной группой).

Мониторинг ЭЭГ показал, что действие церебролизина на ряд нейрофизиологических параметров проявляется через 7–15 мин после инфузии препарата в форме синхронизации ЭЭГ и увеличения мощности спектра. Затем следует нормализация ЭЭГ-паттерна, в том числе ускорение альфа- и бета-волн, уменьшение межполушарной асимметрии в альфа-диапазоне, падение мощности и зональное ограничение дельта- и тета-волн. Данные топографического картирования ЭЭГ показывают, что нормализация нейрофизиологических параметров и клиническое улучшение происходят параллельно.

Изучение дозозависимого действия церебролизина на биоэлектрическую активность мозга в режиме мониторинга позволило уточнить критерии выбора оптимальных доз препарата для проведения лечения острого ишемического инсульта полушарной локализации. Так, при назначении недостаточно высокой дозы церебролизина изменения биоэлектрической активности мозга были кратковременными и наблюдался возврат к ее исходному состоянию. Избыточно высокая доза препарата приводила к грубому нарастанию мощности спектра ЭЭГ. Установлено, что оптимальная разовая (суточная) доза церебролизина составляет у больных средней тяжести 10 мл, у тяжелых больных — 20 мл.

Различные аспекты влияния церебролизина на церебральный метаболизм при острой ишемии головного мозга в экспериментальных и клинических условиях обсуждался в докладе Н.Н.Боголепова, Е.И.Гусева, Г.С.Бурда, А.Н. Боголеповой. Основное внимание было уделено изучению влияния церебролизина на восстановление нарушенных неврологических функций и репаративные процессы в раннем постишемическом периоде. Представлены результаты морфологического исследования лобной и сенсорно-моторной областей коры мозга экспериментальных животных (крыс), которым вводился церебролизин для коррекции метаболических церебральных нарушений, связанных с острой очаговой ишемией мозга. Кроме того, в раннем восстановительном периоде при ишемическом инсульте проводилось изучение состояния высшей нервной деятельности больных (по

методике Лурия), получавших церебролизин. Отмечено его положительное влияние на эмоционально-волевую сферу. У больных улучшались спонтанная активность, критика своего состояния, настроение, повышался интерес к окружающему. Особенно значительные изменения выявлены при исследовании функций лобно-теменной области пораженного полушария. Делается вывод об определенном влиянии церебролизина на восстановление функций мозга, нарушенных в результате ишемического поражения головного мозга.

С большим интересом был встречен доклад «Эффективность церебролизина у детей с расстройством, связанным с дефицитом внимания (РДВ)». Он был представлен коллективом авторов кафедры неврологии педиатрического факультета РГМУ (Л.О.Бадалян, Н.Н.Заваденко, Т.Ю.Успенская).

Расстройство, связанное с дефицитом внимания, является наиболее распространенным хроническим нарушением поведения в детском возрасте. В зависимости от используемых диагностических критериев эта распространенность колеблется, по данным различных авторов, от 2–3% до 15–20%. Определение термина РДВ было впервые дано Американской психиатрической ассоциацией в 3-м издании «Диагностического и статистического руководства по психическим нарушениям» (DSM–III). РДВ характеризуется нарушением поведения – беспокойством, импульсивностью, наличием (или отсутствием) гиперактивности, а также коротким периодом концентрации внимания. В последние годы нарушениям внимания придается наибольшее значение, так как считается, что его расстройство играет в развитии этого синдрома даже большую роль, чем сама гиперактивность.

В открытом клиническом испытании церебролизина участвовало 29 детей в возрасте от 7 до 12 лет. У 18 больных РДВ сочеталось с гиперактивностью, у 11 гиперактивность отсутствовала.

Церебролизин назначался внутримышечно ежедневно в дозе 1,0 мл на 10 кг массы тела. Курс лечения

продолжался 30 дней. Эффективность лечения оценивалась по специальной программе (нейропсихологическое тестирование, включавшее тест подсчета кругов, субтесты для оценки памяти и кодирования; анкетирование родителей с помощью опросника Коунерса, специально предназначенного для этой цели; обычное неврологическое обследование, дополненное исследованием неясных клинических признаков, в соответствии с методикой Денкла и соавт.; ЭЭГ и ультразвуковое исследование черепа).

Больные исследовались за день до начала лечения (день 0-й), на 15-й и 30-й дни лечения. 24 ребенка были дополнительно обследованы через 1 мес после завершения курса лечения церебролизинем (день 60-й).

В процессе лечения ни у одного ребенка с РДВ не было выявлено побочного действия препарата или ухудшения состояния. Положительное действие церебролизина проявлялось у 60% больных улучшением поведения, состоянием общей моторики и координации движений.

Нейропсихологическое тестирование свидетельствовало о существенном улучшении, в том числе памяти и внимания. Улучшение поведения, состояния когнитивных и двигательных функций, достигнутое в процессе лечения церебролизинем, устойчиво сохранялось и через месяц после его окончания. Долговременный терапевтический эффект церебролизина, по мнению авторов, может быть проявлением нейротрофического действия церебролизина, которое, в свою очередь, может быть ключевым фактором, лежащим в основе значительного клинического улучшения состояния детей с РДВ.

Обсуждение результатов экспериментальных исследований и клинических испытаний церебролизина свидетельствует о его высоком терапевтическом потенциале и расширении сферы клинического применения при различных неврологических заболеваниях.

Г.ФИШЕРЭДЕР (Вена),
А.В.ЮДИНА (Москва)

УДК 616.8–08–036.8(063)

РЕШЕНИЕ I МЕЖДУНАРОДНОГО СИМПОЗИУМА ПО РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ (5–10 сентября 1994 г., Казань)

Заболевания нервной системы и психические болезни, которыми в России страдают миллионы людей, нередко приводят к тяжелым функциональным дефектам, к выраженной социальной и психической дезадаптации, резко снижают качество жизни больных. Применение реабилитационных мероприятий позволяет подавляющему большинству неврологических больных восстановить навыки самообслуживания и самостоятельного передвижения и значительную часть неврологических и психически больных вернуть к труду. Это выдвигает реабилитацию неврологических и психически больных в число важнейших медицинских и социальных проблем. Однако приходится констатировать, что в России не существует единой реабилитационной системы, позволяющей охватить восстановительным лечением всех нуждающихся в нем больных и инвалидов.

Имеются отдельные реабилитационные учреждения, накопившие большой опыт в реабилитации неврологических больных: в Москве – НИИ неврологии РАМН, Федеральный центр патологии речи и нейрореабилитации, Российский центр медицинской реабилитации и физиотерапии, отдел восстановительного лечения детей с церебральным параличом НИИ педиатрии РАМН; в С.-Петербурге – С.-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтере-

ва и Сестрорецкий реабилитационный центр; в Казани – Республиканский центр реабилитации инвалидов (Боровое Матюшино) и отделение восстановительного лечения; в Омске – реабилитационное отделение при клинике неврологии и нейрохирургии. В течение многих лет теоретическими проблемами восстановления нарушенных функций занимаются НИИ неврологии РАМН, Институт общей патологии и патологической физиологии РАМН, С.-Петербургский научно-исследовательский институт им. В.М.Бехтерева, Клиника неврологии Московского государственного медицинского института, НИИ мозга РАМН. Заслуживает изучения и распространения опыт Федерального центра патологии речи и нейрореабилитации по организации службы реабилитации больных с сосудистыми и травматическими заболеваниями головного мозга.

В настоящее время актуально формирование научно-практического направления реабилитационной неврологии. В соответствии с программой Российской АМН по нейронаукам в плане дальнейшей научной разработки реабилитационных неврологических и психически больных с и м п о з и у м р е к о м е н д у е т :

1. Интенсифицировать проведение исследований в области теории реабилитации по изучению адаптационных и компенсаторных возможностей и пластичности

нервной системы, физиологических механизмов направленного и спонтанного восстановления нарушенных функций, продолжать работы по анализу факторов, определяющих возможности и прогноз восстановления.

2. Разрабатывать вопросы оптимизации реабилитационного процесса, включающие совершенствование методов реабилитации, использование биологически активных лекарственных препаратов, трофических факторов, биоуправление по принципу биологической связи, методов сенсорной коррекции (нагрудочный комбинезон), мануальной терапии и т.д.

3. Продолжать научную разработку системы этапной реабилитации неврологических и психически больных.

В целях совершенствования служб реабилитации симпозиум рекомендует:

1. Внедрять в регионах поэтапную систему реабилитации неврологических больных. Проведение реабилитационных мероприятий должно начинаться в условиях неврологического стационара, куда поступают больные в острой стадии заболевания. Следующий этап реабилитации проводить в региональных центрах реабилитации, осуществляющих научно-методическую помощь всем учреждениям региона, или в отделениях восстановительного лечения многопрофильных больниц. Для больных инсультом предпочтительнее в первые 2-3 мес проведение восстановительного лечения в отделении ранней реабилитации в том же стационаре, где находится отделение острых нарушений мозгового кровообращения. На последующих этапах реабилитация может проводиться в зависимости от тяжести состояния больного или степени функционального дефекта или в специализированных реабилитационных центрах, или в реабилитационных санаториях, или в реабилитационных дневных стационарах, или в восстановительных отделениях районных поликлиник.

2. Уделять особое внимание созданию региональных центров нейрореабилитации. Такие специализированные технически оснащенные реабилитационные центры с высококвалифицированными специалистами в области различных видов восстановительного лечения и юридической службой обеспечивают комплексную медицинскую и социальную реабилитацию больных с патологией нервной системы.

3. Предусмотреть на базе региональных центров нейрореабилитации подготовку высококвалифицированных специалистов в области реабилитации: врачей, методистов по лечебной гимнастике, логопедов, инструкторов по трудотерапии, психологов.

4. Продолжать разработку: а) штатных нормативов реабилитационных учреждений; б) перечня необходимого реабилитационного оборудования; в) определения оптимальных сроков реабилитации в зависимости от заболевания и тяжести функционального дефекта.

5. Предусмотреть создание программы производства отечественных изделий для реабилитации (коляски, трости и другие средства для облегчения ходьбы, оборудование гимнастических залов и т.д.).

6. Унифицировать критерии оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

7. В целях ранней реабилитации больных с соматическими и неврологическими заболеваниями, страдающих одновременно и психическими расстройствами, создать и развивать государственную психосоматическую службу.

8. Создать в регионах при органах государственного управления общественные координационные советы по реабилитации больных и инвалидов, а при департаментах и министерствах здравоохранения — должность внештатного главного специалиста по нейрореабилитации.

9. Периодически созывать конференции и симпозиумы, посвященные реабилитации неврологических и психически больных.

10. В целях пропаганды реабилитации среди врачей просить редколлегии журналов «Журнал невропатологии и психиатрии» (Москва), «Обзор психиатрии и медицинской психологии» (С.-Петербург), «Неврологический вестник» (Казань) освещать на своих страницах вопросы реабилитации неврологических и психически больных; просить издательство «Медицина» шире публиковать научные и научно-популярные издания, посвященные проблемам реабилитации.

11. Просить правления Всероссийского общества неврологов и Всероссийского общества психиатров рассмотреть материалы и рекомендации симпозиума, обратиться с соответствующими предложениями в Министерство здравоохранения и медицинской промышленности РФ и довести рекомендации симпозиума и свои решения до региональных отделений общества.

12. Просить неврологическую и психиатрическую секции ученого совета Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ предусмотреть планирование различных научных аспектов проблемы реабилитации неврологических и психически больных и финансировать наиболее важные направления исследований.

Участники симпозиума выражают благодарность Президенту и Правительству Республики Татарстан за содействие в проведении симпозиума, Министерству здравоохранения Республики Татарстан (министр К.Ш.Зыяудинов) и Научно-медицинскому обществу неврологов и психиатров РТ (председатель проф. М.Ф.Исмагилов) за прекрасную организацию и проведение настоящего симпозиума.

Председатель правления
Всероссийского общества неврологов
акад. РАМН, проф. Е.И.ГУСЕВ,
главный ученый секретарь
Всероссийского общества неврологов
проф. Г.С.БУРА



У К А З

Президента Республики Татарстан

«О ПРИСВОЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРЕМИЙ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН 1994 ГОДА
В ОБЛАСТИ НАУКИ И ТЕХНИКИ»

Рассмотрев предложения комиссии при Президенте Республики Татарстан по Государственным премиям Республики Татарстан в области науки и техники, ПОСТАНОВЛЯЮ:

Присудить Государственные премии Республики Татарстан 1994 года в области науки и техники за работу «Димефосфон — оригинальный лекарственный препарат, нормализующий функции нервной системы»:

ВИЗЕЛЮ АНДРЕЮ ОСКАРОВИЧУ, кандидату химических наук, руководителю группы Института органической и физической химии имени А.Е.Арбузова Казанского научного центра Российской академии наук;

МУСЛИНКИНУ АБДУРАХИМУ АБДУРАХИМОВИЧУ, кандидату химических наук, заведующему лабораторией этого же института;

СТУДЕНЦОВОЙ ИРИНЕ АНДРЕЕВНЕ, доктору медицинских наук, профессору кафедры фармакологии КГМУ;

ГАРАЕВУ РАМИЛУ СУФИАХМЕТОВИЧУ, доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой фармакологии КГМУ;

ХАФИЗЬЯНОВОЙ РОФИИ ХАФИЗЬЯНОВНЕ, доктору медицинских наук, профессору кафедры фармакологии КГМУ;

ИСМАГИЛОВУ МАКСУМУ ФАСАХОВИЧУ, доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой невропатологии, нейрохирургии и медгенетики КГМУ;

ДАНИЛОВУ ВАЛЕРИЮ ИВАНОВИЧУ, кандидату медицинских наук, доценту кафедры невропатологии, нейрохирургии и медгенетики КГМУ;

ФАТЬХОВОЙ САГДЕ ФОАТОВНЕ, инженеру-технологу Казанского химико-фармацевтического производственного объединения «Татхимфармпрепараты».

Казань, Кремль, 2 ноября 1994 года

Президент Республики Татарстан **М.ШАЙМИЕВ**



На снимке: первые лауреаты Государственной премии Республики Татарстан в области науки и техники (1994 год). Сидят (слева направо): Р.Х.Хафизьянова, И.А.Студенцова и С.Ф.Фатьхова; стоят (слева направо): М.Ф.Исмагилов, А.О.Визель, В.И.Данилов, Р.С.Гараев и А.А.Муслинкин.

**П Л А Н
РАБОТЫ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕСТВА НЕВРОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ РТ
НА 1995 ГОД**

Сроки проведения заседаний	Тематика (исполнитель)	Ответственные лица
Январь	1. О классификации заболеваний нервной системы (Л.В.Забусова) 2. Гипервентиляционный синдром (Э.З.Якупов) 3. Утверждение плана работы Общества на 1995 год	М.Ф.Исмагилов
Февраль	1. Головные боли (А.А.Якулова) 2. Пограничные психические расстройства при функциональных дисменореях (Э.В.Макарочева)	М.Ф.Исмагилов Д.М.Менделевич
Март	1. Энурез как проявление нейрогенной дисфункции мочевого пузыря (М.Г.Билялов) 2. Особенности межличностных конфликтов при шизофрении как фактор риска суицида (З.Р.Зулкарнеева)	М.Ф.Исмагилов Д.М.Менделевич
Апрель	1. Антиципационная концепция неврозогенеза (В.О.Менделевич) 2. Клиническая характеристика степени тяжести неврологического больного (О.С.Кондратьева)	Д.М.Менделевич Т.В.Матвеева
Май	1. Акупунктурная коррекция надсегментарных нарушений вегетативной нервной системы (Г.А.Иваничев) 2. Проблемы супружеского алкоголизма (А.К.Шайдукова)	Г.А.Иваничев Д.М.Менделевич
Июнь	1. Классификация заболеваний периферической нервной системы (В.П.Веселовский) 2. Возрастные психологические кризисы как донозологические формы пограничных психических расстройств у детей (Е.А.Сахаров)	В.П.Веселовский Д.М.Менделевич
Сентябрь	1. Международная конференция, посвященная вопросам психологии и психиатрии (к 110-летию открытия в Казани первой психофизиологической лаборатории России)	М.Ф.Исмагилов К.К.Яхин
Октябрь	1. Информация о VIII Всероссийском съезде невропатологов (Т.В.Матвеева) 2. Метаболические энцефалопатии (Д.Р.Хасанова)	М.Ф.Исмагилов
Ноябрь	1. Туннельные синдромы (Ф.А.Хабиров) 2. Разрешающие возможности и сравнительная характеристика ЯМР и КТ (И.Р.Чувашаев)	М.Ф.Исмагилов И.И.Камалов
Декабрь	1. Судорожные синдромы и эпилепсия (О.В.Василевская) 2. О работе журнала «Неврологический вестник» (М.Ф.Исмагилов) 3. Обсуждение плана работы Общества на 1996 год	Х.М.Шульман К.К.Яхин М.Ф.Исмагилов М.Ф.Исмагилов

Председатель правления Общества

Проф. М.Ф.ИСМАГИЛОВ

Секретарь правления

Э.З.ЯКУПОВ

СОДЕРЖАНИЕ

ЭЧТӘЛЕК

CONTENTS

Передовые статьи

Баш мәкаләләр

Main articles

Ямалеев Р.Г., Исмагилов М.Ф., Галиуллин Ф.Г. Состояние нейрореабилитационной службы и перспективы ее развития в Республике Татарстан

Ямалеев Р.Г., Исмагилов М.Ф., Галиуллин Ф.Г. Татарстан Җөмһүриятендә нейрореабилитация хезмәтенң торышы һәм перспективлары турында

Yamaleev R.G., Ismagilov M.F., Galiullin F.G. The state of neuro-rehabilitation service and prospects of its development in the Republic of Tatarstan

5

Менделевич Д.М., Халитов И.М., Евплов В.А. Реабилитация психически больных и инвалидов в Республике Татарстан

Менделевич Д.М., Халитов И.М., Евплов В.А. Татарстан Җөмһүриятендә психик авыруларны һәм инвалидларны реабилитацияләү

Mendelevich D.M., Khalitov I.M., Evplov V.A. Rehabilitation of mental patients and invalids in the Republic of Tatarstan

9

Оригинальные статьи

Төп мәкаләләр

Special articles

Бабиченко Е.И., Гвоздев Ю.Б. Психоневрологические нарушения и некоторые пути их коррекции у больных с ушибом головного мозга, осложненным субарахноидальным кровоизлиянием

Бабиченко Е.И., Гвоздев Ю.Б. Субарахноидаль кан йөгөрү белән катлауланган баш миә бәрелгән авыруларда күзәтелә торган психоневрологик үзгәрешләр һәм аларны төзәтүнең кайбер ысуллары

Babichenko Ye.I., Gvozdev Yu.B. Psychoneurologic lesions in patients with the brain contusion complicated by subarachnoidal apoplexy and certain ways of their correction

12

Лебедев А.А., Гапеева Л.С. Нарушения памяти у больных с начальными проявлениями недостаточности кровообращения мозга

Лебедев А.А., Гапеева Л.С. Баш миә кан әйләнешенең житкенкерәмәү билгеләре башланган авыруларның хәтере үзгәрү

Lebedev A.A., Gapeeva L.S. Memory disorders in patients with early signs of cerebrovascular insufficiency

15

Кадыков А.С., Шахпаронова Н.Б., Черникова Л.А., Некрасова Е.М., Серебренникова О.В. Продолжительность двигательной и речевой реабилитации после инсульта

Кадыков А.С., Шахпаронова Н.Б., Черникова Л.А., Некрасова Е.М., Серебренникова О.В. Баш миенә кан савудан соң хәрәкәтләнү һәм сөйләү функцияләрен реабилитацияләүнең дәвамлылығы

Kadykov A.S., Shakhparonova N.B., Chernikova L.A., Nekrasova Ye.M., Se-rebrennikova O.V. Duration of motor function and speech rehabilitation after insult

18

Хохлов Л.К., Гаврилов В.В., Савельев Л.Н., Горохов В.И. О факторах, влияющих на показатели социального прогноза при психических заболеваниях

Хохлов Л.К., Гаврилов В.В., Савельев Л.Н., Горохов В.И. Психик авыруларның социаль прогноз күрсәткечләренә тәсир ясып торган факторлар

Khokhlov L.K., Gavrilo V.V., Savelyev L.N., Gorokhov V.I. On the factors influencing the indices of social involvement prognosis of mental diseases

21

Носачев Г.Н., Баранов В.С. Значение нарушений самосознания при эндогенных психозах для реабилитационных мероприятий

Носачев Г.Н., Баранов В.С. Эндоген психозлар вакытында була торган аң үзгәрешләренең реабилитацияләү чаралары өчен әһәмияте

Nosachev G.N., Baranov V.S. Rehabilitation measures with patients having self-consciousness disorders as consequences of endogenous psychoses

24

Гамбург А.А., Лившиц Л.Я., Кром В.Л., Ямпольский Л.Б. Психотерапия психических нарушений у больных с хронической болью

Гамбург А.А., Лившиц Л.Я., Кром В.Л., Ямпольский Л.Б. Хроник авыртулы авыруларның психик үзгәрешләрен психотерапевтик дәваләү

Hamburg A.L., Livschitz L.Y., Crom V.L., Yampolsky L.B. Psychopharmacotherapy of mental disorders in patients with chronic pain

28

Битенский В.С. Фармако- и психореабилитация подростков с девиантной и аддиктивной деятельностью

Битенский В.С. Девиант һәм аддиктив эшчәнлеккә яшүсмерләрене фармако- һәм психореабилитацияләү

Bitenski V.S. Pharmaco- and psychorehabilitation of teenagers with deviated and addicted activities

31

Еникеев Д.Г., Шмакова М.А., Валеева А.М., Сайфуллина А.К. Реабилитация больных алкоголизмом на различных стадиях болезни

Еникеев Д.Г., Шмакова М.А., Валеева А.М., Сайфуллина А.К. Алкоголизмның төрле стадияләрендә булган авыруларны реабилитацияләү

Yenikeev D.G., Shmakova M.A., Valeeva A.M., Sajfullina A.K. Reablement of alcoholism patients at various stages of the disease

34

Карпов А.М., Зимакова И.Е., Маркарчиков Н.С. Результаты изучения применения мексикара и ноотропных препаратов с целью повышения эффективности трудовой реабилитации инвалидов — психически больных

Карпов А.М., Зимакова И.Е., Маркарчиков Н.С. Психик авырулы инвалидларны хезмәт белән реабилитацияләүнең уңай тәсире эффектны арттыру өчен мексикар һәм ноотроп препаратлар куллану нәтижәләре

Karpov A.M., Zimakova I.Ye., Markarchikov N.S. Mebicar and nootropic drug administration aimed at increasing the effectiveness of mental invalid rehabilitation: the results of study

38

Друзь В.Ф. Некоторые клинические и социально-психологические аспекты реабилитации одиноких психически больных в позднем возрасте

Гречко В.Е., Степанченко А.В., Турбина Л.Г., Семенова С.Ю. Современные аспекты реабилитации больных с невропатиями лицевого нерва

Лекции

Чудновский В.С. Энергетический и архитектурный принцип понимания механизмов психических заболеваний

Наблюдения из практики

Шлосберг П. Отдаленные результаты консервативного лечения гигантских нераспорвавшихся аневризм сосудов головного мозга

Петрянина Е.А., Исмагилов М.Ф. Синдром позвоночной артерии, обусловленный аномальным строением шейного отдела позвоночника

Обмен опытом

Валеев Р.Н. Инвалиды Республики Татарстан: жизнь и проблемы

Старченко А.А., Хлуновский А.Н., Комарец С.А., Прилукова Т.И. Психонейроиммуномодуляция — стратегия иммунотерапии в комплексной нейрореабилитации

Краткие сообщения

Сафиуллин Р.С., Газизова Н.Т. Организация лекарственного обеспечения больных при нейропсихореабилитации в условиях перехода к рыночным отношениям

Иваничев Г.А., Lewit K. Боль в спине: эволюционные аспекты и проблемы реабилитации

Парсанов С.А., Иваничев Г.А. Динамика клинических проявлений миофасциальных триггерных пунктов при реабилитации больных с анкилозирующим спондилоартритом

Дрешер Ю.Н. Информационное обеспечение медицинской науки и практического здравоохранения

Обзоры, рецензии

Исмагилов М.Ф., Хасанова Д.Р., Галимуллина З.А., Шарашенидзе Д.М. Синдром Морганьи — Стюарта — Мореля

Друзь В.Ф. Олы яшьтәге ялгыз психик авыруларны реабилитацияләүдәге кайбер клиник һәм социаль-психологик аспектлар

Гречко В.Е., Степанченко А.В., Турбина Л.Г., Семенова С.Ю. Бит нервы невропатиясы белән авыручыларны реабилитацияләүнең заманча ысуллары

Лекцияләр

Чудновский В.С. Психик авырулар механизмнарының энергетик һәм архитектур төшенчә принциплары

Гамәлдән күзәтүләр

Шлосберг П. Баш мије кан тамырларының бик зур шартламаган аневризмаларын консерватив дәвалауның ерактагы нәтижеләре

Петрянина Е.А., Исмагилов М.Ф. Умырткалыкның муен өлеше аномаль төзелеш белән бәйлә булган умырткалык артериясы синдромы

Тәҗрибә уртаклашу

Вәлиев Р.Н. Татарстан Жәмһүриятенәң инвалидлары: тормыш һәм проблемалар

Старченко А.А., Хлуновский А.Н., Комарец С.А., Прилукова Т.И. Психонейроиммуномодуляция — комплекслы нейрореабилитациядә имунотерапия стратегиясы

Кыска белдерүләр

Сафиуллин Р.С., Газизова Н.Т. Базар мөнәсәбәтләренә күчү чорындагы шартларда авыруларны нейрорехабилитацияләүдә дарулар белән тәэмин итүне оештыру

Иваничев Г.А., Lewit K. Арка авырту: эволюцион аспектлар һәм реабилитация проблемалары

Парсанов С.А., Иваничев Г.А. Анкилозланган спондилоартритлы авыруларны реабилитацияләүдә миофасциаль триггер пунктларның клиник чагылышы динамикасы

Дрешер Ю.Н. Практик сәләмәтлекне саклау һәм медицина фәнненәң информация тәэмин ителүе

Күзәтмәләр, бәяләмәләр

Исмагилов М.Ф., Хасанова Д.Р., Галимуллина З.А., Шарашенидзе Д.М. Морганьи — Стюарт — Морель синдромы

Druz' V.F. Some clinical and social-psychological aspects of rehabilitation in solitary elderly mental patients

Grechko V.E., Stepanchenko A.V., Turbina L.G., Semenova S.Yu. Current rehabilitation aspects in patients with facial nerve neuropathy

Lectures

Chudnovsky V.S. Energetic and architectural principles of conception of mental diseases mechanisms

Observations from practice

Shlosberg P. Postponed results of conservative treatment of cerebral vessels giant unbroken aneurysms

Petryanina E.A., Ismagilov M.F. Vertebral artery syndrome, induced by abnormal construction of cervical vertebrarium

Expierience exchange

Valeev R.N. Invalids of the Republic of Tatarstan: life and problems

Starchenko A.A., Khlunovsky A.N., Komaretz S.A., Prilukova T.I. Psycho-neuroimmunomodulation — strategy of immunotherapy in complex neurorehabilitation

Short reports

Safiullin R.S., Gazizova N.T. Organization of medical drugs provision of patients during neuropsychorehabilitation in conditions of transitional period to market relations

Ivanichev G.A., Lewit K. Back pain: evolution aspects and problems of rehabilitation

Parsanov S.A., Ivanichev G.A. Dynamics of clinical evidence of myofascial trigger points in rehabilitation of patients with ankylosing spondylarthritis

Dresher J.N. Informational support of medical science and practical health care

Reviews, notices

Ismagilov M.F., Khasanova D.R., Galimullina Z.A., Sharashenidze D.M. Morgagni — Stewart — Morel's syndrome

41

45

49

53

58

60

63

66

67

68

69

72

Ослопов В.Н.: В.Н.Швалев, А.А.Сосунов, Г.Гуски. Морфологические основы иннервации сердца. — М.: Наука, 1992. — 366 с.

Ослопов В.Н.: В.Н.Швалев, А.А.Сосунов, Г.Гуски. Йөрәк иннервациянең морфологик нигезләре. — М.: Фән, 1992. — 366 б.

Osloпов V.N., Shvalev V.N., Sosunov A.A., Guskly G. Morphological foundations of cardiac innervation. — M. Science, 1992, p. 366 76

Гусев Е.И.: В.Д.Трошин, В.М.Трошин. Острые нарушения мозгового кровообращения. — Ниж. Новгород: Сарпи, 1993. — 270 с.

Гусев Е.И.: В.Д.Трошин, В.М.Трошин. Баш мие кан әйләнешең кискен бозылуы. — Түбән Новгород: Сарпи, 1993. — 270 б.

Gusev E.I., Troshin V.D., Troshin V.M. Acute disorders of cerebrovascular insufficiency. — Nizhn. Novgorod, Sarpi, 1993, p. 270 77

Съезды, симпозиумы, конференции

Съездлар, симпозиумнар, конференциялар

Congresses, simposiums, conferences

Фишерэдер Г., Югина А.В. О международном симпозиуме по церебролизину (1 июня 1993 г., Москва)

Фишерэдер Г., Югина А.В. Церебролизин буенча халыкара симпозиум (1 июнь, 1993 ел, Мәскәү)

Fishereder G., Judina A.V. About international simposium on cerebrolysin (June 1, 1993, Moscow) 78

Гусев Е.И., Бурд Г.С. Решение I Международного симпозиума по реабилитации неврологических и психически больных (5–10 сентября 1994 г., Казань)

Гусев Е.И., Бурд Г.С. Беренче халыкара симпозиумның психик һәм неврологик авыруларны реабилитацияләү буенча карары (Казан, 5–10 сентябрь 1994)

Gusev Ye.I., Burd G.S. Decisions of the I International symposium on rehabilitation of neurological and mental patients (Kazan, September 5–10, 1994) 81

Хроника

Хроник

Chronicle

Указ Президента Республики Татарстан «О присвоении Государственных премий Республики Татарстан 1994 года в области науки и техники»

Татарстан Республиканың Президентының Указы: «Фән һәм техника өлкәсендә 1994 елда Татарстан Республикасының Дәүләт премиясе бирелүе турында»

Decree of the President of the Republic of Tatarstan «On rewarding state prizes of Tatarstan in 1994 in the field of science and technology» 83

План работы Научно-медицинского общества неврологов и психиатров РТ на 1995 год

Татарстан Республикасының неврологлар һәм психиатрлар жәмгыятең 1995 елга эш планы

Plan of work of scientific-medical society of neurologists and psychiatrists of the Tatarstan Republic 84

Литературный редактор *Л.И.Имханицкая*
Переводчики *В.Ш.Шарипова* (тат.),
В.Г.Раенко, М.Г.Ахметова, Л.М.Амирова (англ.)
Технический редактор *Л.И.Блашкова*
Корректор *Ф.М.Абубакирова*

Сдано в набор 19.12.94. Подписано в печать 24.03.95.
Формат 60x84 ¹/₈. Бумага писчая. Гарнитура Baltica.
Усл. печ. л. 10,23. Уч.-изд. л. 11,0. Тираж 1000 экз. Заказ А-7.

ДИМЕФОСФОН

**лекарственное средство метаболической терапии,
по сочетанию эффектов не имеет аналогов**

Димефосфон нормализует функции нервной системы, механизмы регуляции мозгового кровообращения, тонус сосудов, кислотно-основное состояние при ацидозах различной этиологии, функции мембран клеток; при местном применении проявляет антисептическое, противовоспалительное, противоаллергическое действие, повышающее барьерно-защитные функции кожи и слизистых оболочек, стимулирующее заживление ран.

Димефосфон нормализует функции мозга:

— при нарушениях мозгового кровообращения (начальные проявления, преходящие ишемические атаки, ишемические и геморрагические инсульты, последствия ранее перенесенного инсульта, дисциркуляторная энцефалопатия, миелопатия и радикулопатия), обусловленных: а) атеросклерозом; б) гипертонической болезнью; в) вазомоторной дистонией; г) заболеваниями позвоночника;

- при нейрохирургической операционной травме головного и спинного мозга;
- при черепно-мозговой травме (сотрясение и ушибы головного мозга);
- при синдроме и болезни Меньера;
- при вегетативной дисфункции.

Димефосфон как корректор реактивности мозговых сосудов более эффективен, чем сермион и пирацетам.

Димефосфон эффективен при комплексной терапии острых и хронических заболеваний органов дыхания с субкомпенсированной легочной гипертензией, при бронхоспастическом варианте бронхиальной обструкции (**хронический бронхит, бронхиальная астма, туберкулез легких**). Он хорошо сочетается с традиционными бронхолитическими препаратами. В отличие от других вазодилататоров димефосфон уменьшает гипоксемию.

Димефосфон как **антиацидотическое средство** эффективен при пневмонии, хронических неспецифических заболеваниях легких, острых респираторных вирусных инфекциях, сахарном диабете и др.

Димефосфон **стабилизирует мембраны** иммунокомпетентных клеток. Он эффективен при атопической бронхиальной астме и полинозах у детей.

Димефосфон при местном применении рекомендован для лечения ран, рожи, утренней сыпи, для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в местах выхода спиц аппарата Илизарова и мукозитов при лучевой терапии злокачественных опухолей, а также при лечении ЛОР-органов и в стоматологии.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Внутри 15% водный раствор димефосфона назначают после еды 3–4 раза в день. Взрослым по 1 столовой ложке, детям из расчета по 1,0–1,5 мл на 5 кг массы. Продолжительность курса лечения зависит от характера заболевания, он может длиться от 3 дней до 2 месяцев.

Наружно применяют 15% водный раствор димефосфона посредством повязок, турунд и марлевых салфеток ежедневно в течение 3–14 дней.

Димефосфон и его лекформы разработаны Институтом органической и физической химии им. А.Е.Арбузова КНЦ РАН, Казанским государственным медицинским университетом им. С.В.Курашова и КПХФО «Татхимфармпрепараты».

Форма выпуска
Раствор димефосфона 15%
по ФС 42-2966-93 (во флаконах).

Адрес для заказов
420085 Казань, ул. Беломорская,
КПХФО «Татхимфармпрепараты».
Тел. 54-20-42, факс 54-33-54.

KAZAN CHEMICAL PHARMACEUTICAL PRODUCTION AMALGAMATION
«TATCHIMFARMPREPARATY»

DIMEPHOSPHONUM

a medicine for metabolic therapy

As to the combination of its effects dimephosphonum has
no analogs

Dimephosphonum produces a normalizing effect on the functioning of the nervous system, the mechanisms of blood circulation control, the tonicity of vessels, on the acid-base state in acidosis of different etiology and membrane functions of tissues. When locally applied dimephosphonum exhibits an antiseptic, antiphlogistic, antiallergic effect; it increases the protective barrier of the skin and the mucuous membrane functions, thus contributing to the healing of wounds.

Dimephosphonum produces a normalizing effect on brain functioning

— in brain circulation disorders (initial manifestations, transient ischemic attacks, ischemic and haemorrhagic insults, post insult complications, discirculatory encephalopathy, myelopathy and radiculopathy) due to: a) atherosclerosis, b) hypertension, c) vasomotorical distonia, d) spinal diseases;

- in neurosurgical trauma in the course of cranial and spinal operations;
- in craniocerebral injuries (concussion and contusion of brain);
- in Meniere's syndrome and disease;
- in vegetative disfunction.

Dimephosphonum has the advantage over Sermionum and Pyracetamum in the correction of cerebral vessel reactivity.

Dimephosphonum is effective in the combined treatment of acute and chronic respiratory diseases with subcompensatory pulmonary hypertension and in the bronchospastic form of bronchial obstruction (chronic bronchitis, bronchial asthma, TBC). It is in good agreement with the common broncholytic preparations. Unlike other vazodilatators dimephosphonum reduces hypoxemia.

Dimephosphonum as an antiacidosis agent is effective in pneumonia, chronic nonspecific lung diseases, acute respiratory virus infections, diabetes etc.

Dimephosphonum produces a stabilizing effect on membranes of immunocompetent cells. It is effective in atopic bronchial asthma and pollinosis in children.

When applied locally dimephosphonum is recommended for treatment of wounds, erysipelas, acne agminata, for prophylaxis of pyo-inflammatory complications in the points from which needles of the Elizarov apparatus emerge, and in mucositis in the X-ray therapy of malignant tumors as well as in otorinolaryngology and stomatology practice.

USAGE AND DOSAGE

For internal use 15% water solution of dimephosphonum is administered after meals, 3 or 4 times daily. 1 tablespoon for adults. 1.0–1.5 ml for 5 kg of weight for children. Duration of treatment depends upon the nature of the illness. It may last from 3 days to 2 months.

For external use 15% water solution of dimephosphonum is used for bandages, turundae and gauze daily for 3 to 14 days.

On intravenous injection of dimephosphonum no side effects are observed.

Dimephosphonum and its medicinal forms were developed at the Arbuzov Institute of Organic and Physical Chemistry of the Kazan Science Centre of the Academy of Sciences of Russia, by the Kazan Medical University and by the «Tatchimfarmpreparaty» firm.

Form of production
15% dimephosphonum
solution (in flasks).

Address for orders
Sales Department
of the «Tatchimfarmpreparaty» firm,
Belomorskaya str. 420085 Kazan, Tatarstan, Russia.
Telephone 54-20-42, fax 54-33-54.