

фармако-экономическими параметрами, что требовало разработки целенаправленных социально-реабилитационных мероприятий. Для сельских жителей приоритетными были долгосрочные программы, направленные на разработку жилищных программ и формирование полипрофессиональных бригад во главе с психиатром, который вел бы больного и в стационаре, и внебольнично.

Для инвалидов наиболее актуальна трудовая реабилитация при активном взаимодействии с госучреждениями и общественными организациями, стимулирование большей автономности пациентов. Для пожилых лиц акцент надо делать на создании терапевтических сообществ, позволяющих расширять социальные контакты и сеть поддержки. Для пациентов подросткового возраста и их родственников очень важно применять психообразовательные программы, обучение технике совладания, распознавание ранних симптомов обострения. У мужчин необходимо учитывать активизацию внесемейной социальной среды, вовлечение пациентов в групповые формы психосоциальной работы, а так же использование возможностей центров социальной помощи и благотворительных организаций. У женщин психосоциальная работа концентрировалась на нормализации стиля семейных отношений и на уменьшении нагрузки на семью. Необходимо создание кризисных центров по месту жительства, являющихся альтернативой частой госпитализации.

Литература

1. Агаджанян Н.А., Циркин В.И. Физиология человека. – М., 2001.
2. Бербин М.А., Штрахова А.В. Качество жизни – измерение, оценка или диагностика. //Тез. симп. по качеству жизни в психиатрии. – СПб., 2004. – 33 с.
3. Бурковский Г.В. и др. //Тез. симп. по качеству жизни в психиатрии. – СПб., 2004. – 55 с.
4. Гурович И.Я. и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Вып. 4. – С. 38–45
5. Корнетов Н.А., Суровцева А.К. //Качество – стратегия XXI века. Управление. Экология. Медицина. Образование: Мат-лы IV Междун. научно-практ. конф. – Томск. 1999. – С. 114.
6. Литвинцев С.В. и др. // Межд. конф. «Качество жизни в психоневрологии» (тез. докл.). – 2000, СПб. – 59 с.
7. Масловский С.Ю. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей психофармакотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2004. – С. 3–4
8. Незнанов Н.Г., Петрова Н.И. Психосоциальная реабилитация и качество жизни. – СПб., 2001. – 301 с.
9. Стоянова И.Я. Оценка качества жизни и структура личности. //Качество – стратегия XXI века. Управление. Экология. Медицина. Образование: Мат-лы IV Междун. научно-практ. конф. – Томск, 1999. – 122 с.
10. Султанов М.Г. Качество жизни и социальное функционирование больных шизофренией с длительными сроками госпитализации: Автореф. дис. ... к.м. наук. – М., 2005.
11. Шапкова Н.Г., Бабушкина Е.И. // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 2003. – № 2. – С. 107–111
12. Шмуклер А. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. Дис. ... д.м.н. – М., 1999. – С. 56–68
13. Gurevitch R. et al. //European Psychiatry. – 2004. – Vol. 19. – P. 172–174.

QUALITY OF LIFE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN VARIOUS GROUPS OF THE POPULATION (CLINICO-SOCIAL AND GENDER ASPECTS)

O.I. MITROFANOVA

Summary

The aims of this study were to assess the quality of life among 200 schizophrenic patients who were attending a mental hospital and to investigate which socio-demographic, gender and clinical factors influenced their subjective quality of life. Socio-demographic indicators showed to have a weak influence on the patients self-assessed quality of life while clinical factors, such as psychopathology, strongly influenced the patients life satisfaction. It is concluded that there is a need for further emphasis on the clinical, financial, and social interventions for this groups of patients.

Key words: quality of life, schizophrenic patients

УДК: 616.85-08-057.36

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕЕ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ У КОМБАТАНТОВ В УСЛОВИЯХ ГАРНИЗОННОГО ГОСПИТАЛЯ

О.И. МАЛАШЕНКО*

Совершенствование программ лечения и медико-социальной реабилитации участников боевых действий (комбатантов), страдающих посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР), – актуальная медико-социальная задача [1, 3–4]. Однако результаты реализации этих программ в условиях гарнизонного госпиталя пока недостаточно высоки, что негативно сказывается на качестве жизни этого контингента и выполнении профессиональных обязанностей [2]. Одним из важных аспектов совершенствования лечения и медико-социальной реабилитации комбатантов является поиск дополнительных возможностей объективной оценки психоневрологической сферы военнослужащих с ПТСР и контроля эффективности их лечения.

Цель работы – повышение эффективности лечения и изучение информативности методов ее оценки у комбатантов с ПТСР в условиях гарнизонного госпиталя.

Объект и методы исследования. На базе Курского гарнизонного госпиталя обследовано 69 комбатантов с хронической формой ПТСР (основная группа) и 30 практически здоровых военнослужащих того же возраста (контрольная группа). Все военнослужащие – мужчины, средний возраст в основной подгруппе – 33 ± 1 год, в контрольной – 32 ± 2 года ($P > 0,05$). Основная группа обследована до и после лечения, контрольная – однократно. Объем обследования: клиническая оценка неврологического статуса, опросники Российского центра вегетативной патологии (РЦВП), кардиоинтервалометрия (КИМ), определение нервно-психической устойчивости и риска дезадаптации в стрессе «Прогноз», «Методика диагностики самооценки» Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, опросник Леонгарда – Шмишека. Наряду с объективной оценкой нейропсихологических параметров, комбатанты оценивали эффективность лечения путем визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Диагноз ПТСР устанавливался с помощью «Вопросника для выявления симптомов посттравматического стрессового синдрома (PTSD)» по критериям МКБ-10 и DSM-IV.

Направления и объем терапии больных с ПТСР определялся характером изменений, выявленных при первоначальном клинко-нейропсихологическом исследовании комбатантов. При этом при проявлениях тревожной депрессии с внутренним напряжением, неспособностью концентрации внимания, страхом и инсомнией назначались селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (рексетин по 20 мг в сутки) и норадреналина (дулоксетин по 60 мг в сутки) в течение 4 и более недель. Для устранения тревожности, беспокойства, улучшения памяти, раздражительности и способности к концентрации внимания без нарушений сна применялись селективные аксиолитики бензодиазепинового (рудотель по 10 мг 3 раза в сутки) или небензодиазепинового ряда (афобазол по 10 мг 3 раза в сутки) в течение 2–4 недель.

При выраженных расстройствах сна использовались транквилизаторы бензодиазепинового ряда нитразепам (2,5–5 мг за 30 минут до сна, курс – 1–2 недели). Всем пациентам с нейротропной целью, для оптимизации мозгового метаболизма назначались мексидол (по 250 мг 3 раза в сутки, курс – 4–6 недель) или глиатилин (по 400 мг 3 раза в сутки, курс – 6 недель). Больным с вестибулопатией рекомендовали фезам (по 1 капсуле 3 раза в сутки в течение 6 недель).

При психовегетативном синдроме, протекающем с симпатикотонией, назначались диетотерапия с ограничением поваренной соли, продуктов, богатых солями калия и магния; витамины группы В₁; альфа- и бета-адреноблокаторы (анаприлин по 10 мг 3 раза в сутки); антидепрессанты с седативным эффектом. При симпатикотонии использовали блокаторы кальциевых каналов циннаризин (стугерон). При ваготонии, наряду с биогенными стимуляторами и витаминотерапией (В₆), применяли антидепрессанты с холинолитической активностью

* 305041 Курск, ул. Карла Маркса, 3, Курский ГМУ

(амитриптилин по 10-25 мг 2 раза в сутки) и гипертензивные препараты (регултон, гутрон) в течение месяца.

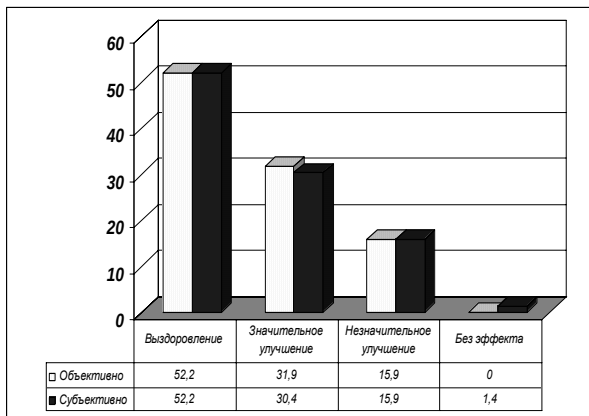


Рис. Субъективная оценка эффективности лечения комбатантами (в %)

В лечебный комплекс входили физиотерапевтические процедуры, которые назначали в зависимости от вегетативного обеспечения. Применяли также стимулирующий и сегментарный массаж, электромиостимуляцию.

Результаты исследования. Сравнительная эффективность традиционного алгоритма лечения (по данным отчета отделения госпиталя) и предложенного нами комплекса терапии, учитывающего индивидуальные особенности нейровегетативного и психологического профиля, отражена в табл. 1.

Таблица 1

Оценка эффективности стандартного алгоритма лечения и предложенного комплекса терапии, учитывающего индивидуальные нейровегетативные и психологические особенности комбатантов

Результаты лечения	Варианты лечения	
	Предложенный комплекс дифференцированного лечения	Традиционный алгоритм
Полное выздоровление	52,2 %	9,2 % $\alpha < 0,005$
Значительное улучшение	31,9 %	31,2 % $\alpha > 0,2$
Незначительное улучшение	15,9 %	49,5 % $\alpha < 0,005$
Без улучшения	0,0 %	10,1 % $\alpha < 0,05$

Таблица 2

Динамика частоты и выраженности вегетативной дисфункции под влиянием лечения в основной группе среди комбатантов с ПТСР и в контрольной группе (по данным «Вопросника для выявления признаков вегетативных изменений»)

Показатели	Основная группа (n=69)		Контроль (n=30)
	до лечения	после	
Среднее значение уровня вегетативной дисфункции (в баллах)	$34 \pm 15,9$ $F=25,4$; $t=33,2$; $\alpha_{2-4}=5\%*$	$22 \pm 2,1$ $F=12,3$; $t=16,7$; $\alpha_{3-4}=5\%*$	$13 \pm 2,9$ $F=9,7$; $t=15,9$;
Доля лиц с вегетативной дисфункцией (в %)	69 (100,0%) $Z_{2-3}=8,310$ $\alpha < 0,005*$ $Z_{2-4}=9,474$ $\alpha < 0,005*$	23 (33,3%) $Z_{3-4}=2,800$ $0,005 < \alpha < 0,01*$	2 (6,7%)

Примечание: * - различия статистически достоверны

Новый алгоритм лечения оказался более действенным по сравнению с традиционным. Полученные данные практически совпали с субъективной оценкой эффективности терапии самими больными (рис.). При этом полное выздоровление и улучшение отмечено у пациентов неврологического стационара во всех случаях; эффективность лечения в амбулаторных условиях была ниже. При анализе исходов лечения нами выявлена связь недостаточного восстановления со следующими особенностями ведения больных в амбулаторных условиях: отсутствие

охранного режима у негоспитализированных военнослужащих; наличие конфликтных стрессовых ситуаций; слабая приверженность к лечению: нерегулярность посещения ЛПУ и приема лекарств; обострение хронических соматических заболеваний во время лечения по вине пациентов; употребление спиртного в период лечения (исключавшееся в стационаре).

Таблица 3

Динамика частоты и выраженности вегетативной дисфункции под влиянием лечения в основной группе среди комбатантов с ПТСР и в контрольной группе (по данным «Схемы исследования для выявления признаков вегетативных нарушений»)

Показатели	Основная группа (n=69)		Контроль (n=30)
	до лечения	после лечения	
Среднее значение уровня вегетативной дисфункции (в баллах)	$47 \pm 16,4$ $F=30,9$; $t=24,1$; $\alpha_{2-4}=5\%*$	$32 \pm 3,4$ $F=23,2$; $t=31,1$; $\alpha_{3-4}=5\%*$	$21 \pm 4,4$ $F=11,9$; $t=15,2$;
Доля лиц с вегетативной дисфункцией (в %)	69 (100,0%) $Z_{2-3}=8,858$ $\alpha < 0,005*$ $Z_{2-4}=9,552$ $\alpha < 0,005*$	19 (27,5%) $Z_{3-4}=2,644$ $0,012 < \alpha < 0,02*$	1 (5,6%)

Примечание: * - различия статистически достоверны

Таблица 4

Характер и долевое распределение лиц с различным исходным вегетативным тонусом в основной группе комбатантов с ПТСР и контрольной группе (по данным кардиоинтервалографии)

Характеристика исходного вегетативного тонуса	Основная группа (n=69)		Контроль (n=30)
	до лечения	после лечения	
Ваготония	23 (33,3 %) $Z_{2-3}=2,589$ $0,005 < \alpha < 0,01*$ $Z_{2-4}=2,422$ $0,012 < \alpha < 0,02*$	10 (14,5%) $Z_{3-4}=0,609$ $\alpha > 0,2$	3 (10,0%)
Эйтония	13 (18,8%) $Z_{2-3}=4,253$ $\alpha < 0,005*$ $Z_{2-4}=5,785$ $\alpha < 0,005*$	37 (53,6%) $Z_{3-4}=2,482$ $0,012 < \alpha < 0,02*$	24 (80,0%)
Симпатикотония	33 (47,8%) $Z_{2-3}=3,809$ $\alpha < 0,005*$ $Z_{2-4}=3,593$ $\alpha < 0,005*$	12 (17,4%) $Z_{3-4}=0,944$ $\alpha > 0,2$	3 (10,0%)
Ваготония	23 (33,3 %) $Z_{2-3}=2,589$ $0,005 < \alpha < 0,01*$ $Z_{2-4}=2,422$ $0,012 < \alpha < 0,02*$	10 (14,5%) $Z_{3-4}=0,609$ $\alpha > 0,2$	3 (10,0%)

Примечание: * - различия статистически достоверны

Результаты примененных нами дополнительных методов объективного контроля позволили дать четкую оценку эффективности лечения. По данным «Вопросника для выявления признаков вегетативных изменений», доля комбатантов с вегетативной дисфункцией под влиянием терапии уменьшилась в 3 раза, а ее выраженность снизилась в 1,5 раза (табл. 2). Еще более значительно – в 3,6 раза – снизился процент больных с вегетативной дисфункцией по данным «Схемы исследования для выявления признаков вегетативных нарушений», и в 1,7 раза уменьшилась средняя величина балльной оценки вегетативной дисфункции (табл. 2). Результаты КИМ до и после лечения (табл. 3) свидетельствовали о достоверном снижении доли комбатантов с ПТСР с симпатикотонией (в 2,7 раза) и в 2,3 раза – с ваготонией наряду с 3-кратным возрастанием случаев эйтонии, что приблизило показатели комбатантов с ПТСР к контрольным (табл. 4). Проведенный курс лечения оказал влияние на нейропсихологические характеристики военнослужащих. Если до лечения акцентуации характера отсутствовали лишь у 16% комбатантов, то после лечения их доля возросла в 2,6 раза и составила 42% ($\alpha < 0,005$); этот показатель достоверно не различался с данными контрольной группы (57%). В 2,4 раза снизилось число лиц со смешанной акцентуацией характера,

максимально приблизившись к показателям контрольной группы (табл. 5).

Таблица 5

Долевое распределение акцентуаций характера среди комбатантов основной группы до и после лечения и военнослужащих контрольной группы (по данным опросника Леонгарда – Шмишека, в %)

Характеристика акцентуаций характера	Основная группа (n=69)		Контроль (n=30)
	до лечения	после лечения	
Акцентуация характера отсутствует	11 (15,9%) $Z_{2-3}=3,380$ $\alpha < 0,005^*$ $Z_{2-4}=4,143$ $\alpha < 0,005^*$	29 (42,0%) $Z_{3-4}=1,348$ $0,05 < \alpha < 0,1^*$	17 (56,7%)
Гипертимность	13 (18,8%) $Z_{2-3}=0,222$ $\alpha > 0,2$ $Z_{2-4}=0,139$ $\alpha > 0,2$	14 (20,3%) $Z_{3-4}=0,034$ $\alpha > 0,2$	6 (20,0%)
Эмотивность	12 (17,4%) $Z_{2-3}=0,986$ $\alpha > 0,2$ $Z_{2-4}=0,944$ $\alpha > 0,2$	12 (17,4%) $Z_{3-4}=0,944$ $\alpha > 0,2$	3 (10,0%)
Смешанный тип	33 (47,8%) $Z_{2-3}=3,409$ $\alpha < 0,005^*$ $Z_{2-4}=3,261$ $\alpha < 0,005^*$	14 (20,3%) $Z_{3-4}=0,830$ $\alpha > 0,2$	4 (13,3%)

Примечание: * - различия статистически достоверны

После курса лечения доля лиц с высокой нервно-психической устойчивостью в основной группе повысилась в 1,6 раза, со средней – в 1,3 раза, а с низкой – уменьшилось 2,2 раза (табл. 6). При этом удельный вес военнослужащих по контракту с низкой нервно-психической устойчивостью после лечения стал почти равен таковому среди здоровых лиц контрольной группы.

Степень реактивной тревожности у комбатантов с ПТСР была до лечения высокой и средней более чем в 97% случаев; после лечения этот показатель понизился в 2,2 раза (табл. 7). Уровень личностной тревожности при ПТСР до лечения был высоким и средним суммарно в 91,3% случаев (против 10,0% в контрольной группе). После лечения в основной группе этот показатель снизился в 1,9 раза (табл. 8).

Вывод. Определение индивидуальных профилей тревожности и нейровегетативного обеспечения, наряду с данными клинико-неврологического обследования, позволило дифференцированно назначать комбатантам с ПТСР комплекс лечебных мероприятий, реализация которого показала высокую эффективность, особенно при условии лечения больных в неврологическом стационаре.

Таблица 6

Долевое распределение военнослужащих основной и контрольной групп по уровню нервно-психической устойчивости в стрессе (по данным методики определения нервно-психической устойчивости и риска дезадаптации в стрессе «Прогноз», в %)

Уровень нервно-психической устойчивости	Основная группа (n=69)		Контроль (n=30)
	до лечения	после лечения	
Низкий	44,9 % $Z_{2-3}=3,083$ $\alpha < 0,005^*$ $Z_{2-4}=2,681$ $0,005 < \alpha < 0,01^*$	20,3 % $Z_{3-4}=0,418$ $\alpha > 0,2$	16,7 %
Средний	27,5 % $Z_{2-3}=0,926$ $0,1 < \alpha < 0,2$ $Z_{2-4}=0,790$ $\alpha > 0,2$	34,8 % $Z_{3-4}=1,472$ $0,1 < \alpha < 0,2$	20,0 %
Высокий	27,5 % $Z_{2-3}=2,127$ $0,025 < \alpha < 0,05^*$ $Z_{2-4}=3,368$ $\alpha < 0,005^*$	44,9 % $Z_{3-4}=1,683$ $0,05 < \alpha < 0,1$	63,3 %

Примечание: * - различия статистически достоверны

Таблица 7

Долевое распределение по уровню реактивной тревожности (по «Методике диагностики самооценки» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, в %)

Уровень реактивной тревожности	Основная группа (n=69)		Контроль (n=30)
	до лечения	после лечения	
Низкий	2,9 % $Z_{2-3}=6,757$ $\alpha < 0,005^*$ $Z_{2-4}=8,751$ $\alpha < 0,005^*$	55,1 % $Z_{3-4}=3,361$ $\alpha < 0,005^*$	90,0 %
Средний	44,9 % $Z_{2-3}=2,127$ $0,025 < \alpha < 0,05^*$ $Z_{2-4}=3,361$ $\alpha < 0,005^*$	27,5 % $Z_{3-4}=1,926$ $0,05 < \alpha < 0,1$	10,0 %
Высокий	52,2 % $Z_{2-3}=4,291$ $\alpha < 0,005^*$ $Z_{2-4}=3,782$ $\alpha < 0,005^*$	17,4 % $Z_{3-4}=3,203$ $\alpha < 0,005^*$	0,0 %

Примечание: * - различия статистически достоверны.

Таблица 8

Долевое распределение по уровню личностной тревожности (по «Методике диагностики самооценки» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, в %)

Уровень личностной тревожности	Основная группа (n=69)		Контроль (n=30)
	до лечения	после лечения	
Низкий	8,7 % $Z_{2-3}=5,552$ $\alpha < 0,005^*$ $Z_{2-4}=6,026$ $\alpha < 0,005^*$	52,2 % $Z_{3-4}=1,338$ $0,05 < \alpha < 0,1$	66,7 %
Средний	42,0 % $Z_{2-3}=1,789$ $0,05 < \alpha < 0,1^*$ $Z_{2-4}=1,778$ $0,05 < \alpha < 0,1^*$	27,5 % $Z_{3-4}=0,437$ $\alpha > 0,2$	23,3 %
Высокий	49,3 % $Z_{2-3}=3,576$ $\alpha < 0,005^*$ $Z_{2-4}=3,714$ $\alpha < 0,005^*$	20,3 % $Z_{3-4}=1,249$ $\alpha > 0,2$	10,0 %

Примечание: * - различия статистически достоверны

Оценка степени вегетативной дисфункции с помощью опросников РЦВП и КИМ, определение нервно-психической устойчивости и риска дезадаптации в стрессе, оценка личностной и реактивной тревожности могут быть с успехом применены. Они позволяют уточнить нейропсихологические особенности комбатанта с ПТСР и с их учетом более эффективно провести лечебные мероприятия, контролировать получаемые результаты.

Литература

- Брызгунов И. // Ж. ЦЭМП информ.– 1999.– № 4.– С. 19–22.
- Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство.– М.: Анахарсис, 2005.– 200 с.
- Медицинская реабилитация в Вооруженных силах РФ // Метод. пос.е для врачей / Под ред. М.М. Одинака, В.К. Шамрея.– М.: Военное изд-во, 2004.– Ч. III – С. 44–55.
- Ушаков И.Б. и др. // Военно-мед. ж.–2007.– №2.– С.49–52.

УДК 616.89-008.441.13-058

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ, ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ПРОГРАММЕ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ РАЗВИТИЯ НЕГАТИВНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ В СРЕДЕ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

Ф.Л. КУТАРЕВ*

Употребление психоактивных веществ: курения табака, употребление пива, разовое или систематическое использование веществ относящихся к группе наркотиков, в среде учащейся молодежи, превратилась в серьезную социальную и психолого-педагогическую проблему. Многофакторность причин развития данного поведения позволяет говорить о необходимости поиска

* Смоленский ГУ, каф. психологии, 214000, Смоленск, Пржевальского, 4,