

В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, О. В. Абрамов, Г. Г. Путятин
Ефекти стигматизації та аутостигматизації хворих
на різних стадіях шизофренії

Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького (м. Донецьк)

У статті на основі системного інформаційно-теоретичного методу представлено аналіз макро- та мікросоціальних умов, що сприяють стигматизації хворих на різних етапах шизофренії, типологізовано особливості переживань пацієнта, що стигматизують, та сформульовано основні шляхи їх подолання.

V. A. Abramov, T. L. Ryapolova, A. V. Abramov, G. G. Putyatин
Effects of stigmatization and autostigmatization
of the patients at the different stages of schizophrenia

Donets'k National medical University named after M. Gor'ky
(Donets'k)

The article contains the analysis of macro- and microsocial factors which encourage by the stigmatization of the patients with the different stages of schizophrenia due to systemic information-theoretical method. Types of peculiarities of the patient's feelings which stigmatize them are described. Ways of the overcoming of the stigmas are formulated.

УДК 616.853:616.89-008.444-036

Д. М. Андрейко, врач-психиатр
 Коммунальное учреждение «Днепропетровская областная
 клиническая психиатрическая больница» (г. Днепропетровск)

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

В настоящее время различные аспекты отдаленных последствий травмы головного мозга остаются актуальными как для неврологов, нейрохирургов, психиатров, так и для врачей многих других специальностей. Это обусловлено тем, что одним из наиболее частых последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ) является посттравматическая эпилепсия (ПТЭ), как правило, развивающаяся в сроки от 3 до 18 месяцев от момента травмы, полученной впервые или повторно. Во всем мире черепно-мозговая травма является основной идентифицированной причиной симптоматической эпилепсии в молодом возрасте [3, 5, 6].

Распространенность ЧМТ в Украине и странах СНГ составляет 4 случая на 1000 населения. У мужчин в возрасте 20—39 лет ЧМТ встречается в 2—3 раза чаще, чем у женщин. В структуре ЧМТ доминирует сотрясение головного мозга (81—90%), ушибы головного мозга составляют 5—12%, его сдавление — 1—9% [15]. Развитие ПТЭ является одной из причин инвалидизации пациентов, находящихся в наиболее трудоспособном, социально активном возрасте. Поэтому организация лечебной и реабилитационной помощи больным с ПТЭ является не только значимой медицинской, но и важной социально-экономической проблемой [13].

Посттравматическая эпилепсия развивается у 11—20% перенесших ЧМТ. Частота и тяжесть течения зависят от выраженности первичной ЧМТ, локализации посттравматического очага, состояния преморбидного фона (наличие повторных ЧМТ и генетической предрасположенности) [2, 14].

Основными факторами риска развития ПТЭ являются: посттравматическая амнезия (более 2 часов), вдавленные переломы черепа, внутричерепные гематомы, повреждение твердой мозговой оболочки, наличие фокальных неврологических синдромов. Имеется зависимость между степенью тяжести и частотой развития посттравматической эпилепсии. ПТЭ впоследствии выявляется у 13% перенесших ушиб головного мозга средней степени, у 41% пациентов с тяжелой ЧМТ и у 45% — с открытой ЧМТ. Повреждение мозговых оболочек при травме головного мозга увеличивает вероятность развития эпилепсии до 36—53%. Статистически подтверждена эпилептогенность гематом вследствие ЧМТ, потери сознания более 3 часов, неврологического дефицита и персистирующего психоорганического синдрома [7, 11, 18].

Пусковым моментом развития ПТЭ чаще являются очаги первичного повреждения мозга. Однако наличие такого очага травматического повреждения головного мозга нельзя считать достаточным для эпилептического синдрома. Для развития эпилепсии необходимо наличие стойкого очага эпилептической активности. Эпилептизация нейронов, их особое состояние, определяющее «судорожную готовность» мозга в очагах травматического поражения, и степень эпилептического влияния этих очагов на мозговую структуру зависят и от преморбидного эпилептического предрасположения генетического или приобретенного характера [1, 8, 17].

В круг задач, изучаемых специалистами ВОЗ на начало 21-го века, попали проблемы профилактики и минимизации психических расстройств у больных эпилепсией, в том числе после перенесенных ЧМТ. Акцент таких исследований смещается в сторону ранней диагностики эпилепсии, проведения адекватной восстановительной и противосудорожной терапии, играющих ключевую роль в улучшении качества жизни больных [9, 10, 12, 16].

Целью настоящей работы явилось изучение динамики клинических и психопатологических характеристик больных с посттравматической эпилепсией на разных стадиях её развития.

Задачей исследования было установление частоты и структуры пароксизмальных нарушений и особенностей динамики формирования психических расстройств.

Катамнестически изучено 435 карт стационарных и амбулаторных больных эпилепсией, находившихся на стационарном лечении и амбулаторном обслуживании в Днепропетровской областной психиатрической больнице в период с 1986 года по 2007 год. Скрининговым методом установлено, что диагноз ПТЭ установлен у 62 больных (14,25%), которые составили основную группу исследования. Мужчин в группе исследования было 32 чел. (51,6%), женщин — 30 (48,4%). Средний возраст больных составил $32 \pm 7,9$ лет, давность верификации заболевания — от 6 месяцев до 20 лет. Среднее количество припадков составило $19 \pm 4,7$ в год.

Диагноз ПТЭ устанавливался в соответствии с классификацией эпилепсий и эпилептических синдромов (1989) и стандартами диагностики эпилепсии, разработанными Международной противоэпилептической

лигой [4], после клинического и электроэнцефалографического обследования с учётом нейропсихологических показателей, данных компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

Психические расстройства определялись по результатам клинических исследований.

У всех больных в анамнезе имела место ЧМТ: у 38 — закрытая, у 24 — открытая. Оперировано 24 больных по поводу внутрочерепных гематом: 13 — субдуральных, 6 — эпидуральных, 5 — внутримозговых.

Эпилептические приступы при ПТЭ у 50 больных дебютировали в сроки от 6 до 18 месяцев после перенесенной ЧМТ, у 9 больных — от 19 до 24 месяцев и у 3 больных — по истечении 2 лет. Частота приступов варьировала от десятков в сутки до единичных в несколько лет.

В зависимости от тяжести ЧМТ больные распределялись следующим образом: лёгкая ЧМТ диагностирована у 7 больных, что составляет 11,3 %, ЧМТ средней степени тяжести определена у 23 больных (37,1 %), тяжёлая — у 32 человек (51,6 %).

Из 62 обследованных больных у 22 выявлена умеренная неврологическая симптоматика, у 40 больных имелись выраженные неврологические нарушения. Психические расстройства различной степени выраженности диагностировались у всех 62 больных группы исследования.

При ЭЭГ-исследовании очаговой патологии не выявлено у 8 больных, у 23 больных диагностировался один очаг, и у остальных больных отмечалось более одного очага эпиактивности. Посттравматические изменения при нейровизуализации с помощью КТ или МРТ обнаружены у 56 человек.

При сопоставлении результатов электроэнцефалографических и нейровизуализационных исследований у больных с ПТЭ в 2/3 случаев морфологический посттравматический очаг коррелировал с электроэнцефалографическими фокальными изменениями биоэлектрической активности.

У 38 больных (61,3 %) преобладали простые парциальные приступы в виде джексоновских, адверсивных, соматосенсорных приступов, простых парциальных приступов с вкусовыми, обонятельными нарушениями. Приступы с психическими расстройствами у 33,2 % больных характеризовались изменением восприятия, неправильной ориентацией больного во времени и пространстве, явлениями деперсонализации и дереализации, наплывом мыслей, чувством страха, тревоги, дисфазиями, иллюзорными и галлюцинаторными переживаниями. У 24 больных (38,7 %) отмечались сложные парциальные припадки и вторично-генерализованные приступы.

Клиническим исследованием у 50 % больных выделены основные клинические синдромы, утяжеляющие течение ПТЭ.

Вегетососудистый синдром отмечался у 13 больных (21,1 %). В клинике таких больных отмечалась неустойчивость артериального давления, нарушения сна, чувство прилива жара и холода.

Гипертензионно-гидроцефальный синдром у 9 больных (14,5 %) характеризовался распирающей головной болью диффузного характера, иногда сопровождавшейся тошнотой и рвотой, головокружением, болью в глазных яблоках.

У 6 больных (9,6 %) клиника корково-очагового синдрома зависела от локализации и степени повреждения

полушарий мозга и варьировала от глазодвигательных нарушений до грубых двигательных и речевых расстройств.

Экстрапирамидный синдром проявлялся дрожательными гиперкинезами, нарушениями мышечного тонуса, дисметрией, замедленностью и затруднением произвольных движений. Такие нарушения отмечались у 2 больных (3,2 %).

Психические расстройства характеризовались большим полиморфизмом, изменчивостью синдромальных составляющих и распространялись от уровня неврозоподобных расстройств до явлений слабоумия.

Наибольшую представленность в спектре психических расстройств имело органическое эмоционально-лабильное расстройство — у 19 больных, что составляет 30,6 %, лёгкое когнитивное расстройство диагностировано у 12 больных (19,4 %), а органический психосиндром выявлен у 14 больных (22,7 %) ($p < 0,05$). У 5 больных (8,3 %) депрессивный синдром выступал в качестве основного психического расстройства, психотическое расстройство с галлюцинозом отмечалось у 3 больных (4,8 %), а шизофреноподобное расстройство — у 5 человек (8 %). Органический амнестический синдром выявлен у 4 больных (6,5 %).

С целью установления выраженности психических расстройств в зависимости от тяжести перенесенной ЧМТ проведено их сопоставление.

Установлено, что у исследуемых больных имеются как количественные, так и качественные различия представленности психопатологических феноменов.

У больных с лёгкой и средней степенью тяжести ЧМТ выраженность психических расстройств непсихотического характера превалировала в сравнении с пациентами тяжёлой ЧМТ, у которых психотические расстройства представлены в большей степени.

В начальном периоде болезни у 92,3 % встречались различные феномены астенического симптомокомплекса. Больные предъявляли жалобы на общую слабость, гиперестезию к внешним раздражителям, повышенную утомляемость, головные боли различного характера, бессонницу. В дальнейшем, на этапе верификации эпилепсии, астенический синдром имел устойчивый характер как завершённый психопатологический феномен у 19 больных (30,6 %). В зависимости от тяжести перенесенной ЧМТ наибольшая представленность астенического расстройства отмечалась в группе больных с лёгкой и средней степенью тяжести ЧМТ — 15 больных (50 %) в сравнении с группой больных с тяжёлой черепно-мозговой травмой — 4 больных (12,5 %).

В качестве осевого психопатологического образования органический психосиндром был представлен у 22,7 % больных — 14 человек. У таких больных отмечалась неустойчивость аффекта, слабодушие, расстройства внимания, нарушение запоминания, снижение интеллектуальной активности, ослабление способности к умственному напряжению, сужение круга интересов. Органический психосиндром чаще диагностировался у больных с тяжёлой ЧМТ (в 31,2 % случаев) в сравнении с больными лёгкой и средней степени тяжести травматизации головного мозга — 13,4 % случаев.

Лёгкое когнитивное расстройство выявлено у 26,6 % больных I группы и у 12,5 % больных II группы.

В клинической картине таких больных отмечались трудности сосредоточения, гипомнезия, трудности в выполнении тестовых заданий.

Аффективные расстройства в виде депрессивного расстройства диагностированы у 6,7 % I группы и 9,4 % II группы. Депрессивное расстройство проявлялось гипотимией со снижением жизненного тонуса, ощущением физического дискомфорта, чувством бессилия, наличием мыслей о собственной неполноценности. Отличительной клинической особенностью таких больных было отсутствие знаков витальной тоски, а интенсивность депрессивного расстройства смещалась на послеобеденное время суток.

Галлюцинаторное расстройство наблюдалось лишь у 3 больных, перенесших тяжёлую ЧМТ, в виде зрительных (2 случая) и тактильных переживаний. Больные были частично критичны к таким переживаниям, а эмоциональная насыщенность переживаний была минимальной.

Шизофреноподобное расстройство, наблюдавшееся у 1 больного I группы (3,3 %) и у 3 больных II группы (9,9 %), характеризовалось доминированием в клинической картине бредовых переживаний и отрывочных галлюцинаторных включений, не привязанных к их содержанию. Такие расстройства в значительной мере утяжеляли течение эпилептического процесса, нуждались в психофармакологической коррекции и постоянном контроле приёма нейролептических средств.

Органический амнестический синдром у 4 больных II группы характеризовался снижением памяти на недавние и отдалённые события, нарушением способности к усвоению нового материала, появлением антероградной амнезии и дезориентировки во времени, а конфаблюторные переживания непостоянного характера отмечались только у 2 больных.

Помимо противосудорожных препаратов, назначаемых больным с ПТЭ, в план лечения включались вазоактивные препараты, церебропротекторы, антиоксиданты, метаболические средства, психотропные препараты с целью коррекции сосудистых, вегетативных, психических расстройств, двигательных, речевых и других нарушений, вызванных травмой.

Стратегической задачей противосудорожного лечения пациентов с эпилепсией являлось предупреждение развития припадков у лиц, имеющих склонность к повторению эпилептических приступов.

Применение комплексного лечения показало высокую эффективность как в отношении пароксизмальных эпилептических проявлений, так и различной степени выраженности неврологических и психических нарушений, что коррелировало с уменьшением генерализованных и очаговых изменений на ЭЭГ и томографических картах мозга.

Таким образом, проведенным исследованием установлено, что частота посттравматической эпилепсии составила 14,25 %.

ЧМТ можно рассматривать как фактор риска заболевания эпилепсией. Хотя по данным исследования удельный вес эпилепсии у больных, перенесших ЧМТ, составляет приблизительно 12,4 %, но этот показатель в 8—12 раз выше, чем в популяции.

Преимущественной формой эпилептических припадков были простые парциальные приступы (61,3 %). Приступы с психотическими расстройствами

отмечались у 1/3 больных. Выделены основные клинические синдромы, утяжеляющие течение ПТЭ (гипертензивно-гидроцефальный, очагово-корковый и экстрапирамидный).

Характер динамики психических расстройств указывает на тяжесть течения и степень их дезадаптивного влияния на течение ПТЭ. Такие положения важны как для разработки клинической тактики, так и для выработки специальных организационных форм по их обслуживанию с участием специалистов по неврологии, психиатрии и другим специальностям — электрофизиолога, психотерапевта, специалиста по реабилитации.

Список литературы

1. Бабиченко Е. И., Волкотруб И. И. К патогенезу травматической эпилепсии // Эпилепсия (клиника, патогенез, лечение): Матер. конф. / Под общ. ред. С. Ф. Семенова. — М., 1972. — С. 80—83.
2. Болдырев А. И. Основные проблемы эпилептологии: Матер. 14-го съезда психиатров России. — 2005. — С. 78—80.
3. Войтына С. В., Лебедев В. В., Сумский Л. И. и др. Результаты стереотаксических вмешательств у больных очаговой эпилепсией // Бюлетень Української Асоціації Нейрохірургів. — 1998. — Вип. 5. — С. 113.
4. Гехт А. Б., Авакян Г. Н., Гусев Е. И. Современные стандарты лечения эпилепсии в Европе // Журнал неврол. и психиатр. — 1999. — № 9. — С. 4—7.
5. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия. — М.: Бином, 2006. — С. 132—157.
6. Жученко Д. Г. К проблеме эпилептического очага в патогенезе эпилепсии // Эпилепсия (клиника, патогенез, лечение): Матер. конф. / Под общ. ред. С. Ф. Семенова. — М., 1972. — С. 43—47.
7. Заваденко Н. Н., Кемалов А. И., Гузилова Л. С. и др. Психоневрологические нарушения в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы у детей и подростков // Лечащий врач. — 2005. — № 6. — С. 10—14.
8. Закутько Л. И., Кольченко В. А., Шевченко Н. В. и др. Морфофункциональные особенности синкопальных состояний и посттравматической эпилепсии // Вісник епілепсії. — 2002. — № 1. — С. 66—67.
9. Зенков Л. Р., Притыко А. Г. Фармакорезистентные эпилепсии. — М.: МЕД-информ, 2003.
10. Калинин В. В. Изменения личности и мнестико-интеллектуальный дефект у больных эпилепсией // Журнал неврологии и психиатрии. — 2004. — Т. 2. — С. 64—71.
11. Касумов Р. Д., Степанова Т. С., Кравцова С. В. и др. Роль легкой черепно-мозговой травмы в развитии травматической эпилепсии // Науч. конф. с междунар. участием «Пароксизмальный мозг. Мультидисциплинарный подход к проблеме»: Сб. тез. — СПб., 19—20 октября 2004 г. — С. 52—53.
12. Козаковцев Б. А. Психические расстройства при эпилепсии. — М.: Медицина, 1999.
13. Коновалов А. Н., Лихтерман Л. Б., Потапов А. А. и др. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме: В 2 т. — М.: Медицина, 1998. — Т. 1. — 550 с.
14. Макаров А. Ю., Помников В. Г., Щедеркин Р. И. и др. Посттравматическая эпилепсия: клинические варианты, диагностика // Поленовские чтения. — СПб., 11—13 апреля 2005 г. — С. 338.
15. Педаченко Е. Г., Морозов А. М. Стан і перспективи організаційного вдосконалення в Україні спеціалізованої допомоги при черепно-мозковій травмі // І з'їзд нейрохірургів України. — К., 1993. — С. 10.
16. Lowenstein D. H., Bleck T., Mac Donald R. L // Epilepsia. — 1999; 40: 120—122.
17. Shorvon S. Epilepsy: 2nd ed. / Ed. A. Hopkins et al. — London, 1995; 331—354.
18. Hauser W. A., Annegers J. F., Kurland L. T. Prevalence of epilepsy in Rochester, Minnesota: 1940—1980 // Epilepsia. — 1991; 32: 429—445.

Надійшла до редакції 25.02.2008 р.

Д. М. Андрейко

Клінічна характеристика хворих на посттравматичну епілепсію

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

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

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

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

D. M. Andreiko

Clinical description of patients with posttraumatic epilepsy

Municipal establishment «Dnipropetrovsk regional clinical mental Hospital» (Dnipropetrovsk)

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

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

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

УДК 616.89

Л. Н. Гуменюк

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

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

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

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

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

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

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

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