

значительно ниже в группе больных, получавших комбинацию гидазепама и изотиобарбина. Раздражительность, вегетативные дисфункции и истощаемость имели более низкие баллы во 2 группе и на протяжении терапии в дневном стационаре, и в периоде ремиссии. Миорелаксирующее действие лечения отмечалось только в 1 группе, активирующее - только во 2. Констатировано преобладание седативного эффекта в 1 группе обследованных больных.

Терапевтическая динамика психопатологических расстройств у больных, получавших низкие дозы гидазепама с изотиобарбином (2 терапевтическая группа), характеризовалась более выраженной, чем в 1 группе, односторонней редукцией собственно астенических расстройств. При клинической оценке динамики состояния больных уже в первые дни терапии отмечалось уменьшение физической слабости, вялости. Ко 2-3 дню появлялось чувство бодрости, повышалась физическая выносливость, трудоспособность. При математической обработке было выявлено, что показатели нарушения психической активности достоверно уменьшались к 3 дню терапии по сравнению с исходным фоном ($p < 0,01$). В дальнейшем, на протяжении первой недели терапии, происходило постепенное усиление ранее наметившихся изменений с одновременным повышением продуктивности деятельности в процессе трудотерапии. Больные обращали внимание на возможность выполнить больший объем работы при меньшей затрате сил, на улучшение концентрации внимания. Вместе с тем при увеличении физической или психической нагрузки в эти сроки терапии у больных вновь появлялась утомляемость, не достигавшая, впрочем, выраженности исходного уровня. К концу 2 - началу 3 недели лечения собственно астенические проявления подвергались более глубокой редукции, которая отличалась стойкостью и необратимостью.

Также как и описанная динамика показателей психической активности, общая клиническая динамика состояния больных, получавших изотиобарбин, была регрессионной. Первые 3-5 дней лечения характеризовались тем, что со снижением утомляемости у больных с тревожными нарушениями отмечалось появление чувства "внутренней успокоенности", уменьшались тревога и раздражительность, дезактуализировались переживания, обусловленные психотравмирующим воздействием. Вместе с редукцией тревоги в эти же сроки терапии наблю-

дались улучшение настроения, уменьшение апатии, оживление интересов и побуждений. Больные отмечали, что отсутствие собственно астенических и депрессивно окрашенных переживаний позволяло им легче вступать в контакт с окружающими. Первая неделя лечения характеризовалась также уменьшением диссомнических расстройств, прежде всего за счет нормализации глубины сна, а также редукцией вегетативной лабильности.

Таким образом, эффективность изотиобарбина при неврозах определяется его корригирующим действием на астенический симптомокомплекс (повышение работоспособности, улучшение обучения, повышение выносливости к нагрузкам), что повышало уверенность больных в себе, избавляло их от вторичных депрессивных наслоений. В целом, нормализация процессов психической адаптации с помощью препарата осуществляется за счет его влияния на интрапсихическую и психофизиологическую составляющие.

Терапевтические изменения у больных 1-й группы в процессе лечения гидазепамом носили двухфазный характер. В течение первой недели наблюдались постепенное ослабление тревожных переживаний и редукция раздражительности, однако уменьшение физической слабости и утомляемости не наступало. Начиная со второй недели терапии, больные жаловались на чувство "оглушенности", разбитости, отсутствие ощущения "свежести, бодрости" после ночного сна. Усиливалась сонливость в течение дня. У ряда больных возникали опасения о неизлечимости своего заболевания, так как астенические проявления при лечении гидазепамом не уменьшались, что снижало веру больных в эффективность фармакотерапии в целом.

Таким образом, применение предлагаемого терапевтического комплекса достоверно чаще приводит к выраженному улучшению состояния больных. Ухудшения в процессе лечения в данной группе больных не отмечалось ни в одном случае. "Выраженное улучшение" и "улучшение" в сумме встречались в группе, получавшей предлагаемое лечение, в 90,0% случаев, тогда как в группе больных, получавших монотерапию гидазепамом, достоверно реже - только в 66,0% случаев.

Приведенные результаты сравнительного изучения эффективности монотерапии гидазепамом и комбинированной терапии низкими дозами гидазепама с актопротектором изотиобарбином при невротических расстройствах сви-

детельствуют о большем корригирующем воздействии последней и целесообразности приме-

нения предложенного метода лечения в клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация (пограничные нервно-психические расстройства). - М. - 1979.
2. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. - 1992. - № 2. - С. 5-10.
3. Бобков Ю.Г., Виноградов В.М., Катков В.Ф., Лосев С.С. Фармакологическая коррекция утомления. - М.: Медицина. - 1984. - 208с.
4. Воробьев В.М., Коновалова Н.Л. О профилактике и терапии нарушений психической адаптации // Обозр. психиат. и мед. психологии. - 1993. - № 1. - С. 71-72.
5. Диагностика и лечение тревожных расстройств (Руководство для врачей) / Под ред. Т. МакГлинна, Ю.А. Александровского. - М. - 1995. - 120с.
6. Карвасарский Б.Д. Неврозы (Руководство для врачей). - М.: Медицина. - 1985.
7. Лакошина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности: Клиника и лечение. - М.: Медицина. - 1994. - 192с.
8. Молодавкин Г.М., Бурлакова Е.Б., Чернявская Л.И. Фармакологический анализ активности феназепам и флуниотразепам, вводимых в сверхнизких дозах // Бюлл. экп. биол. и медицины. - 1996. - № 3. - С. 164-166.
9. Незнамов Г.Г. Клинико-фармакологический анализ действия сочетаний психотропных препаратов у больных с пограничными состояниями // Новое в терапии и организации помощи больным с пограничными нервно-психическими расстройствами. - М. - 1986. - С. 46-64.
10. Серебрякова Т.В. Сравнительная характеристика особенностей психотропного действия актопротекторов и ноотропов // Новое в терапии и организации помощи больным с пограничными нервно-психическими расстройствами. - М. - 1986. - С. 76-84.
11. Середенин С.Б., Бледнов Ю.А., Дурнев А.Д., Гордей М.Л. Гидазепам. - Киев. - 1992. - С. 92-103.
12. Чабан Т.Г. Дослідження антиоксидантної активності деяких тіазоло(4,5 - В)-підридинів // Тези доповідей VI Конгресу світової федерації українських лікарських товариств, 9-14 вересня 1996. - Одеса. - 1996. - С. 214.

А.В. Бітенська

ФАРМАКОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Обласна клінічна психіатрична лікарня № 1, м.Одеса.

Обґрунтовується придатність та переваги застосування актопротекторів і низьких доз транквілізаторів у лікуванні психопатологічних симптомів і синдромів невротичного рівня реагування. Проведене порівняльне дослідження ефективності монотерапії транквілізатором гідазепамом та комбінованої терапії низькими дозами транквілізатора гідазепам з актопротектором ізотіобарбаміном при невротичних розладах. Доведена більш висока корекційна спроможність комбінованої терапії, що обумовлює доцільність застосування її у клінічній практиці лікувальних установ. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1997. - № 1 (3). - С. 38-41).

A.V. Bitenskaya

PHARMACOLOGICAL CORRECTIONS OF NEUROTIC DISORDERS

Regional clinical hospital of psychiatry № 1. Odessa

The author grounds the possibility and advantages of using actoprotectors and low doses of tranquillizers in the treatment of symptoms and syndromes of neurotic level. The effectiveness of monotherapy with a tranquillizer hidazepam and combined therapy with low doses of hidazepam and an actoprotector isothyobarbamine was investigated in the treatment of neurotic disorders. The higher corrective activity of combined medication was grounded the expediency of using it in the clinical practice (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1997. - № 1 (3). - P. 38-41).

Поступила в редакцію 10.04.97

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: состояния психической дезадаптации, личностно-психологические особенности, эпидемиология, этиологические факторы, промышленная психиатрия.

В настоящее время несомненной клинической реальностью считаются “состояния психической дезадаптации” (СПД), занимающие промежуточное положение между психическим здоровьем и болезнью. СПД являются категорией, относящиеся к “практическому здоровью”, но представляют собой повышенный риск формирования пограничных нервно-психических расстройств [1, 2].

Очевидна необходимость изучения дезадаптации в наиболее социально значимых группах населения, таких как работники промышленных предприятий. В работах ряда авторов получили освещение различные аспекты состояний психической дезадаптации у работников отдельных

отраслей промышленности - химической, лесной, в строительстве и т.п. [7, 8, 10]. Вместе с тем при популяционных исследованиях изучение дезадаптации основывалось преимущественно на исследовании всего контингента, без учета неблагоприятных воздействий конкретного производства, возрастающей социальной напряженности, либо ограничивалось эпидемиологическим, феноменологическим аспектами данных состояний, недостаточно исследованы личностно-психологические особенности дезадаптированных лиц, влияние конституционально-биологических особенностей на формирование указанных состояний.

Материалы и методы исследования

Настоящее исследование посвящено комплексному изучению состояний психической дезадаптации у работников машиностроительного предприятия электротехнической отрасли. Объектом исследования послужила репрезентативная выборка работников научно-производственного объединения “Новочеркасский электровозостроительный завод” в количестве 1864 человека.

В эпидемиологическом аспекте основным диагностическим инструментом являлся опросник нервно-психической адаптации И.Н.Гурвича, С.Б.Семичова [5], разработанный в научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. Методика использовалась для расслоения популяции по уровню нервно-психического здоровья; для изучения

распространенности тех или иных феноменов психического дискомфорта при различных уровнях психического здоровья; а также для выяснения влияния изучаемых в эпидемиологическом аспекте факторов на нервно-психическое здоровье популяции.

Комплекс психологических методов включал шкалу личностной и реактивной тревожности Ч.Д.Спилбергера в адаптации Ю.Л.Ханина (1976), опросник акцентуаций Шмишека-Леонгарда. Изучался уровень субъективного контроля опросником Е.В. Бажина и соавт. [4]. Для оценки психической ригидности применялся Томский опросник ригидности [6].

Статистическая достоверность результатов исследования оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и обсуждение

При помощи опросника Гурвича-Семичова среди работников предприятия были выделены группы, соответствующие трем уровням психического здоровья: практическое здоровье (ПЗ) - 785 чел.; состояния психической дезадаптации

(СПД) - 335 чел.; вероятно болезнь (ВБ, в соответствии с рекомендациями авторов может употребляться как синоним пограничного нервно-психического расстройства) - 744 чел. Подробное описание групп ПЗ и ВБ не являлось зада-

чей настоящей работы.

По материалам клинико-эпидемиологического обследования получены данные о распространенности психической дезадаптации в изучаемом контингенте. Интенсивный показатель распространенности СПД в данной популяции составил 180 на 1000 обследованных. Установлено достоверное повышение распространенности ($p < 0,05$) состояний психической дезадаптации с возрастом, при максимальных показателях в возрастных группах “26-35” и “46-55” лет (204 на 1000 и 190 на 1000 соответственно).

Изучение распространенности СПД в зависимости от пола показало преобладание дезадаптированных среди мужчин в изучаемой популяции, что подтверждается интенсивным показателем частоты СПД (174 на 1000 женщин, 187 на 1000 мужчин).

Частота дезадаптации среди работников предприятия достоверно повышена среди лиц, проработавших свыше 20 лет (удельный вес достигает 38,5 %), что свидетельствует об опос-

редованном влиянии неблагоприятных факторов производства на психическое здоровье с ростом стажа.

Изучение профессионального состава респондентов с психической дезадаптацией показало, что 65,4 % из них - рабочие, 34,6 % - служащие. Распространенность СПД среди служащих достоверно выше (181,8 на 1000), чем среди рабочих (178,6 на 1000). Анализ, проведенный с учетом пола обследованных, достоверно выявил, что наивысшая распространенность психической дезадаптации отмечается среди служащих-мужчин (213 на 1000), затем - среди рабочих-женщин (184 на 1000).

Принимая во внимание мнение С.Б.Семичова и И.Н.Гурвича (1988) о том, что к категориям ПЗ и СПД относятся психически здоровые люди, а к категории ВБ - преимущественно больные пограничными расстройствами, проанализирована половая структура группы психически здоровых (ПЗ и СПД) и вероятно больных (таблица 1).

Таблица 1

Распределение работников предприятия по уровням психического здоровья в зависимости от пола

Группа обследованных	Уровень психического здоровья						Всего	
	Практическое здоровье		Состояние психической дезадаптации		Вероятно болезнь		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	511	27,4	162	8,7	194	10,4	867	46,5
Женщины	274	14,7	173	9,3	550	29,5	997	53,5
Всего	785	42,1	335	18,0	744	39,9	1864	100

В группе практически здоровых количество женщин в 1,9 раза меньше мужчин, в группе СПД - в 1,1 раза больше, а в группе “вероятно болезнь” - в 2,8 раза больше. Сравнение показало: среди здоровых женщины составляют 39,9%, среди больных - 73,9%, внутригрупповые различия статистически достоверны, $p < 0,05$. Исходя из положения о том, что к категории СПД по сравнению с практически здоровыми относятся не “более больные” люди, а лишь те, у которых вероятность заболевания пограничным расстройством выше, очевидно, что женщины являются “группой риска” формирования пограничных нервно-психических расстройств. Этим можно объяснить, тот факт, что в группе психической дезадаптации “накапливаются” женщины, и по половому составу (практически 1:1, различия не достоверны, $p > 0,1$) СПД занимают промежуточное положение между практичес-

ким здоровьем и пограничным нервно-психическим заболеванием.

Равное соотношение мужчин и женщин в группе СПД позволяет предположить динамичность состояний дезадаптации, когда “движение” от психического здоровья к пограничному заболеванию происходит в значительной мере за счет женщин с СПД. Очевидно, что риск формирования пограничных расстройств у них повышен, возможно, за счет этого имеет место более быстрый, чем у мужчин, переход в группу “вероятно болезнь”. Таким образом, все женщины с состояниями дезадаптации более предпочтительны для психопрофилактической работы.

Была проанализирована распространенность СПД в профессиональных группах в зависимости от пола. Половая структура профессиональных групп у лиц с проявлениями дезадаптации

различна. Среди рабочих преобладают мужчины - 53 %, среди служащих - женщины - 60 %. Можно проследить динамику соотношения мужчин и женщин разных профессий на континууме “психическое здоровье - болезнь”. Группа практически здоровых рабочих характеризуется соотношением - 75 % мужчин и 25 % женщин, с признаками психической дезадаптации - 53 % и 47 %, вероятно больных - 31 % и 69 % соответственно, различия достоверны ($p < 0,05$). Таким образом, среди практически здоровых рабочих мужчины составляют подавляющее большинство, среди дезадаптированных сохраняется их незначительное преобладание, и среди вероятно больных их около трети. Служащие из группы ПЗ характеризуются преобладанием женщин - 54 %, среди дезадаптированных - женщин 60 %, а среди вероятно больных - 81 %. Среди всех рабочих общее соотношение составляет: мужчин - 661 человек (54%), женщин - 560 человек (46%). Половая структура различных

уровней психического здоровья у рабочих резко меняется на континууме “здоровье-болезнь”, характеризуясь преобладанием мужчин среди здоровых и преобладанием женщин среди больных (различия достоверны, $p < 0,05$). Лица с дезадаптацией в этом ряду занимают промежуточное место. Среди всех служащих мужчины составляют 34% (216 человек), женщины - 66% (427 человек). Половой состав служащих группы СПД близок этому общему соотношению, а также составу группы ПЗ, статистически значимо от них не отличаясь. Достоверное отличие имеется между составом служащих из рубрик СПД и ВБ ($p < 0,05$). Среди служащих с СПД удельный вес женщин превышает удельный вес мужчин на одну треть, а в рубрике ВБ женщины составляют 81%. Таким образом, на континууме ПЗ - СПД - ВБ происходит перераспределение полового состава групп с различным уровнем психического здоровья. В эпидемиологическом аспекте этот процесс иллюстрирует рис.1.

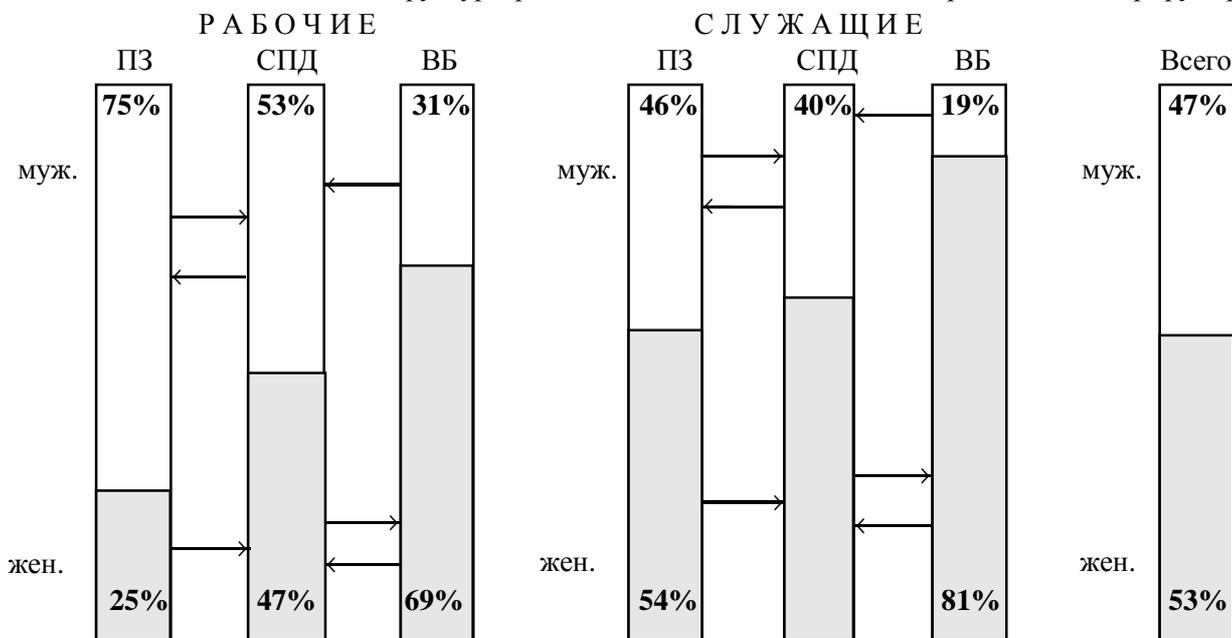


Рис. 1. Соотношение мужчин и женщин в профессиональных группах в зависимости от уровня психического здоровья.

Состояния психической дезадаптации являются проявлением функциональной неустойчивости “индивидуального адаптационного барьера”. Индивид с СПД может переместиться и в категорию практического здоровья, и - вероятно болезни. Возможно, среди женщин переход от психической дезадаптации к пограничному заболеванию происходит чаще (на рисунке отмечено стрелками). Такая динамика ещё раз свидетельствует о том, что СПД, особенно у женщин, являются “популяционным резервом” формирования пограничной нервно-психической

патологии.

Эпидемиологическое исследование позволило выявить роль разнообразных факторов риска в возникновении СПД. Установлена зависимость психодезадаптационных расстройств от семейного статуса: наиболее уязвимыми являются категории “разведенных” и “вдовствующих”. Выявлена статистически значимая зависимость между психической дезадаптацией и актуальной психотравмирующей проблематикой. Первое место занимают микросоциальные неблагоприятные факторы, связанные с производством: