

УДК 616. 895.8 – 08:364.444

Объедков Виктор Георгиевич

**Особенности социально-трудовой адаптации при  
длительной терапии нейролептиками больных  
шизофренией в интернатах**

**14.00.18- психиатрия**

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук,  
профессор **Ф.М. Гайдук**

**Официальные оппоненты:** заведующая кафедрой медицинской психологии  
Гродненского медицинского университета, доктор  
медицинских наук **Е.Г. Королева**; заведующий  
Центральной научно-исследовательской лабораторией  
по проблемам аварии на ЧАЭС, кандидат ме-  
дицинских наук **А.П. Гелда**

**Оппонирующая организация:** Гродненский государственный медицинский  
университет

Защита состоится «15» ноября 2000 года в 12 часов на засе-  
дании совета по защите диссертаций Д 03.18.04 при Минском государственном  
медицинском институте по адресу: 220116, г. Минск, проспект Дзержинского,  
83. Тел. 272-55-98

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Минского государст-  
венного медицинского института.

Автореферат разослан «21» сентября 2000 г.

**УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ  
СОВЕТА ПО ЗАЩИТЕ ДИССЕРТАЦИЙ,  
КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК,  
ДОЦЕНТ**

  
**В.Г. ПАНКРАТОВ**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Возрастающая актуальность медико-социальной помощи больным шизофренией обусловлена ростом у них тяжелой инвалидности и тем самым связана с необходимостью создания специальных условий в психоневрологических интернатах для таких больных ввиду их полной социально-трудовой дезадаптации в обществе (потери семьи, профессии и т.д.). В последнее десятилетие наблюдался рост страдающих шизофренией инвалидов с 10.7 до 14.5 на 10000 населения, который одновременно сопровождался тенденцией снижения доли инвалидов третьей группы за счет увеличения доли первой и второй групп (Киндроз Г.П., 1985; Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И., Ротштейн В.Г. и др., 1987). В Республике Беларусь функционирует 40 психоневрологических интернатов на 5370 койко-мест, которые не удовлетворяют реальным потребностям населения в данном виде медико-социальной помощи.

Основой лечения больных шизофренией в психоневрологических интернатах является длительная терапия нейролептиками (ДТН). Под ДТН понимается непрерывный прием нейролептиков в средних дозах не менее одного года, а для депо-нейролептиков - не менее 2 лет (Perris С., 1976). ДТН получают более 80% больных шизофренией в психоневрологических интернатах (Дементьева Н.Ф., Болтенко В.В., Доценко Н.М., 1985). Необходимость в ДТН при хронической шизофрении обосновывается рядом научных концепций и клинических гипотез (Perris С., 1976; Pietzcker А., 1978; Снежневский А.В., Наджаров Р.А., Смулевич А.Б. и др., 1985; Викторов И.Т., 1965; Ерышев Н.Т., 1986; Зеневич Г.В., 1983; Harding С.М., Zubin J., Strauss J.S., 1987; Kolle K., 1961; Langfeldt G., 1960).

ДТН на практике сопряжена с комплексом клинических, экономических и морально-этических проблем. В современной системе показаний к ДТН не в полной мере учтены клинические особенности дефекта личности на завершающем этапе течения шизофрении (Воробьев В.Ю., 1988; Смулевич А.Б., Панталеева Г.П., 1983; Вовин Р.Я., Хемпель Х.Д., Козеловски Г. и др., 1989; Штернберг Э.Я., 1969). Отсутствуют надежные методы по контролю эффективности ДТН и чувствительности к нейролептикам при столь длительном применении (Carpenter W.T., Heinrichs D.W., Wagman А.М. J., 1988; Gottfries С. G., 1981; Perris С., 1976; Woggon R., Bickel P., Schnyder R., 1979).

Необходимость в ДТН находится в противоречии с неизбежностью специфических осложнений: хронических дискинезий (Скугаревский А.Ф., 1980; Вовин Р.Я., Хемпель Х.Д., Козеловски Г. и др., 1989; Perris С., 1976; Gottfries С. G., 1981). Рациональному решению проблемных вопросов препятствуют отсутствие общепринятой дефиниции терминов, систематики негативных и дефицитарных нарушений при исходе болезни, различные толкования «курабельности» отдельных фрагментов дефекта личности. Следствием недостаточности научного анализа проблемы ДТН является ее «субъективное видение» практическими врачами. Это приводит к излишне



широкому, а часто «сплошному» охвату ДТН больных шизофренией в психоневрологических интернатах.

Как об отдельном феномене в современной литературе упоминаются сведения об использовании ДТН в качестве "инструмента социальной интолерантности" к больным шизофренией со стороны медицинского персонала (Perris С., 1976).

Экономический аспект проблемы связан с высокой стоимостью нейролептиков, что вызывает беспокойство даже в ряде экономически развитых стран (Werbel L., 1980).

На наш взгляд, шагом в направлении к более системному применению ДТН в психоневрологических интернатах может стать изучение особенностей социально-трудовой адаптации пациентов в качестве возможных предикторов эффективности терапии. Симптомы болезни на данном этапе претерпели возрастную и медикаментозную трансформацию, в связи с чем их использование в этом качестве малоэффективно. Признаки адаптации, напротив, клинически очерчены и могут быть сгруппированы и рубрицированы. Безусловна связь этих симптомов с биологическими закономерностями и этапами развития болезни. Изучение характера адаптации больных шизофренией в терапевтическом аспекте было отчасти связано с исторически сложившимися в учреждениях социального обеспечения принципами группирования пациентов.

**Связь работы с крупными научными программами, темами.** Работа связана с кафедральной темой "Изучить клинико-биологические особенности при экзо- и эндогенных психических заболеваниях, в выделенных группах риска, разработать и внедрить методы коррекции", выполняемой по плану института. УДК 616.89 - 02 - 08. Срок исполнения: 1994 - 1999 год. Номер госрегистрации 199545.

**Цель и задачи исследования.** Целью настоящего исследования является разработка принципов предикции эффективности ДТН больных шизофренией в психоневрологических интернатах на основе анализа их социально-трудовой адаптации. На этой основе усовершенствовать систему показаний и противопоказаний использования ДТН к данной категории больных.

Для осуществления намеченной цели были поставлены следующие задачи:

1. Исследовать характер социально-трудовой адаптации больных шизофренией к условиям домов-интернатов и закономерности ее динамики на протяжении всего пребывания пациентов в этих учреждениях.
2. Изучить профили ряда биологических параметров, позволяющих проследить закономерности общей биологической реактивности пациентов по мере изменения характера их адаптации к интернатам.
3. Установить наличие корреляционных связей между психотическими

нарушениями и особенностями адаптации больных шизофренией в интернатах.

4. Провести исследование больных шизофренией в интернатах на чувствительность к медикаментозным средствам из группы нейролептиков.

5. Изучить клинические эффекты прекращения ДТН у больных шизофренией с различным характером адаптации к интернатам.

6. Разработать рекомендации по использованию данных об адаптационных способностях пациентов при решении вопроса о целесообразности ДТН.

**Объект исследования:** шизофрения у пациентов психоневрологических домов-интернатов.

**Предмет исследования:** эффективность метода «длительной терапии нейролептиками» (ДТН) у больных шизофренией с различным характером адаптации к интернатам.

**Гипотеза.** Клиническая целесообразность в «длительной терапии нейролептиками» (ДТН) больных шизофренией в интернатах может быть определена с помощью оценки характера их социально-трудовой адаптации, коррелирующей с изменяющейся способностью данной категории больных ассимилировать терапевтический потенциал данного метода лечения.

#### **Методология и методы проведенного исследования.**

Проведенное исследование основывалось на методологических подходах:

- Концепция вариантов биологической реактивности и резистентности к терапии при шизофрении по Скугаревскому А.Ф. (1988г.)
- Концепция взаимодействия прихического и биологического уровней патологии психической деятельности и ее компенсации Семенова С.Ф. (1984г.)

В работе использовались методы:

Клиническая оценка состояния больных, характер их социально-трудовой адаптации, зависимость состояния больных от проводимого лечения осуществлялись с помощью психометрической шкалы «Стандартизированная регистрация клинических данных о течении эндогенных психозов и пограничных состояний под влиянием психофармакотерапии» (Портнов А.А., 1975). Использовался пятый вариант шкалы, адаптированный для изучения «полиморфных хронических психотических состояний». Тип исследования: закрытое, слепое, двухцентровое.

Исследование чувствительности к нейролептикам проводилось с помощью графической корректурной пробы методом В.И.Агаркова (1981).

Для оценки мышечного тонуса и мышечной силы применялась методика Г.П.Губа (1977).

Определение уровня низкомолекулярных пептидов в сыворотке крови осуществлялось методом гельфильтрационного разделения плазмы (Остерман Л.А. 1981; Габриэлян Н.И., 1985).



При статистической обработке и анализе полученных данных применялись расчеты средних и относительных величин, ошибка репрезентативности. Для выявления корреляционной зависимости между сроками после отмены ДТН и коэффициента тремора у больных шизофрений с различным характером социальной адаптации применялся метод ранговой корреляции (Шевченко И.Т., 1970).

В соответствии с программой сбора материала было составлено 72 макета статистических таблиц, данные которых обрабатывались с помощью персонального компьютера типа «PC IBM-386». Для обработки данных использовались пакеты программ: SUPER CALCAR, QPRO, STAT GRAF, WD

**Научная новизна и значимость полученных результатов.** Проведенные исследования показали, что психотические нарушения у больных шизофренией в психоневрологических интернатах претерпели распад, фрагментацию и возрастную трансформацию. На данном этапе эти симптомы не могут надежно служить предикции эффективности ДТН. **Впервые** при контроле за течением болезни и эффективностью ДТН предложено использовать комплекс признаков социальной адаптации пациентов: ориентировку, коммуникативность, подчиняемость, работоспособность. Доказана связь параметров социальной адаптации с показателями биологической реактивности исследованных больных (моторикой, мышечным тонусом и силой, «общей токсичностью» сыворотки крови) и чувствительностью их к нейролептикам. Результаты исследований **впервые** показали, что ДТН эффективна у больных шизофренией в психоневрологических интернатах с экстравертными формами социальной адаптации. Редукция этих форм адаптации в деструктивные является надежным признаком неспособности пациентов ассимилировать терапевтический потенциал этого метода лечения.

Проведенные исследования выявили динамичность и взаимосвязь социальных и биологических факторов у больных шизофренией в интернатах, и кроме того позволили определить одну из основных причин этих изменений, которая заключается в истощении общей биологической реактивности. Это требует не «сплошного», а дифференцированного применения нейролептиков и постановки новых научных исследований, направленных на поиск адекватных состоянию «истощенной» реактивности пациентов методов их лечения.

**Практическая значимость полученных результатов.** Полученные результаты показали необходимость в ДТН 28,7% больных шизофренией в интернатах, а так же легли в основу метода их идентификации.

Внедрение результатов настоящего исследования позволит упростить работу врачей психоневрологических интернатов, предложив несложную методику контроля за эффективностью ДТН и определения клинических границ применения данного метода лечения.

Использование этой методики приведет к уменьшению токсического влияния избыточного применения нейролептиков на организм больных.

Снижение чувствительности к нейролептикам, обеспечиваемое своевременной отменой ДТН, позволит более эффективно применять их короткими курсами.

В настоящее время ДТН применяется в интернатах у 80% таких пациентов. Апробированная в научно-исследовательской работе методика позволяет снизить назначения нейролептиков в интернатах до клинически необходимого уровня в 2,5 раза. Учитывая высокую стоимость нейролептиков и объем их потребления при непрерывном способе лечения, что предполагается при ДТН, внедрение результатов исследований существенным и реальным образом снизит общие затраты на содержание таких больных. Медикаментозное лечение в домах-интернатах является по стоимости второй расходной статьей после затрат на питание больных, опережая затраты на вещевое имущество. При сплошном охвате ДТН больных шизофренией на приобретение нейролептиков тратится до 60-75% от всех расходов на медикаменты. Внедрение результатов исследования в практику позволит изменить долю расходов на закупку нейролептиков, снизив ее до уровня 15-20% в общей структуре затрат на лекарства.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту.**

1. Больные шизофренией в психоневрологических интернатах представляют единый клинко-биологический континуум, разделенный в результате изменяющейся биологической реактивности пациентов на однородные по характеру социально-трудовой адаптации группы, что является основанием для дифференцированного подхода к их лечению.
2. Закономерность трансформации у больных шизофренией в психоневрологических домах-интернатах от экстравертных до деструктивных форм социально-трудовой адаптации в результате снижения их общей биологической реактивности, обуславливающей падение способности ассимилировать терапевтический потенциал ДТН.
3. Соответствие «границ эффективности» ДТН у больных шизофренией в психоневрологических интернатах экстравертным формам социально-трудовой адаптации.
4. Необходимость применения дополнительных методов исследования больных шизофренией в интернатах: определение моторно-двигательных нарушений, мышечной силы и тонуса, коэффициента тремора, уровня «общего токсикоза», которые обеспечивают дифференцированный подход к коррекции и прогнозу лечения в разных группах.
5. Терапевтическая, морально-этическая и экономическая целесообразность проведения ДТН больным шизофренией в психоневрологических домах-интернатах в соответствии с принципом «минимальной достаточности».

**Личный вклад соискателя.** Клинические исследования (изучение анамнеза, данных медицинской документации, курация, психометрическое тестирование) больных проводились диссертантом. Консультативная помощь диссертанту при проведении исследований на чувствительность к нейролептикам осуществлялась заведующим кафедрой психиатрии Минского



государственного медицинского института, доктором медицинских наук, профессором Ф.М.Гайдуком. Лабораторные исследования сыворотки крови больных на содержание уровня «средних молекул» проводились совместно с врачом-лаборантом Т.П.Красовской на базе биохимической лаборатории НИИ пульмонологии МЗ РБ. Статистическая обработка, анализ и обобщение результатов исследования проведены автором самостоятельно.

**Апробация результатов диссертации.** Результаты исследований, включенные в диссертацию, представлены в виде докладов и обсуждены на расширенном заседании кафедры психиатрии Минского государственного медицинского института, научно-практической конференции врачей Республиканской клинической психиатрической больницы, расширенной коллегии Городского отдела Социальной защиты г.Минска, семинарах врачей Министерства Социального обеспечения (1987-1996 гг.), научно-практической конференции Минского государственного медицинского института в 1999 году.

**Опубликованность результатов.** По материалам диссертации опубликованы 9 научных работ, 4 из них в научных журналах, 1 - в сборнике научных статей, 4 - в тезисах конференций. В публикациях полностью отражено содержание диссертации, ее положения и выводы.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, списка использованных источников, приложений. Полный объем диссертации - 149 страниц, из них 16 страниц - таблицы, 5 страниц иллюстрации и 14 страниц - список использованных источников (139 наименований: 84 - отечественных и 55 - зарубежных авторов).

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Для комплексной оценки и решения поставленных задач с 1985 по 1997г.г. в Минском психоневрологическом интернате №3 и №2 клинически обследованы 269 больных: 96 человек в отделениях «свободного» типа, в «наблюдательных» отделениях-79 человек, в отделениях «для немощных» -94 человека.

Возрастной состав обследованных больных шизофренией был неоднороден: до 30 лет -1.5%, от 31 до 40 лет - 13.0%, от 41 до 50 лет- 20.1%, от 51 до 60-40.5%, от 61 до 70 -9.3% и 71 год и старше -5.6%. Значительную долю составили больные шизофренией в возрасте от 51 до 60 лет (40.5%) и больные пожилого и старческого возраста (24.9%).

Значительная часть пациентов (63.2%) заболела в возрасте до 30 лет, в том числе до 20 лет-30.8% пациентов, в возрасте 21-25 лет -22.0%, в 26-30 лет-20.8%. В возрасте 31-35 лет заболели 12.7% пациентов, 7.4% больных- в 36-40 лет, а 6.3% пациентов- в возрасте от 41 до 45 лет.

Длительность болезни у 29.7% пациентов составила от 21 до 25 лет, 10.4% больных- от 26 до 30 лет и 14.5% пациентов болели свыше 31 года. Длительность болезни от 11 до 20 лет имела место у 30.5% и от одного до 10 лет-у 14.9%

Основную часть больных шизофренией, проживающих в интернатах, составили больные с типичным вариантом (48.7%) и неблагоприятным вариантом (30.5%) параноидной шизофрении. У 13.0% больных установлен

диагноз остаточной шизофрении (295.6), у 3.0% больных имело место приступообразное течение шизофрении, у 4.5% больных отмечен диагноз : простая шизофрения (295.0). У 95% исследованных больных тип дефекта личности был квалифицирован как «комбинированный», а у остальных 5% определен по преобладающей клинической симптоматике (Мелехов Д.Е., 1964). Все пациенты являлись инвалидами первой и второй групп без срока освидетельствования.

Для 93% больных шизофренией было характерно наличие сопутствующих заболеваний. В структуре причин сопутствующей патологии у больных шизофренией первое место занимала ишемическая болезнь сердца (52.6%), второе место- гипертоническая болезнь (13.6%), третье место - туберкулез легких (10.8%).

У 39.4% изученных больных была установлена наследственная отягощенность шизофренией (исследовалась линия пробанд- его родители). Полученные данные (39.4%) превышают соответствующие показатели для непрерывно-прогредиентной шизофрении в исследованиях А.В.Снежневского (1983)-13%, М.Е.Вартаняна (1983)-14%, А.Е.Личко (1989)-32%.

Для исследованных больных оказался характерным низкий уровень преморбидной социально-трудовой адаптации: 23.4% больных никогда не работали и не учились, 42.0% работали до поступления в психоневрологический интернат на неквалифицированных работах и только 33.5% пациентов работали до болезни по специальности, а 1.1% больных учились.

Таким образом, совокупность полученной информации о типах течения заболевания, уровнях наследственной предрасположенности к шизофрении и сопутствующей патологии, характере преморбидной социальной адаптации больных шизофренией в интернатах позволяют с большой степенью вероятности квалифицировать биологическую реактивность пациентов как низкую или как соответствующую «истощенному» (по А.Ф.Скугаревскому, 1988) типу.

Наличный возраст исследованных больных и длительность болезни убедительно свидетельствуют о решающей роли фактора старения в окончательной дезадаптации и изоляции пациентов в интернатах.

«Комбинированный» тип дефекта личности у 95% исследованных больных является в соответствии с исследованиями Э.Я.Штернберга, 1969г., свидетельством заключительного (непсихотического) этапа в его формировании. Невозможность оценить характер дефекта по ведущей клинической симптоматике и его квалификация как «комбинированный тип» является следствием утраты не только динамических, но и структурных связей с морбогенным этапом болезни.

Таким образом, больные шизофренией в интернатах представляют собой закономерно сформировавшуюся группу с рядом общих клинико-биологических параметров, что обуславливает необходимость поиска специфических для них методов лечения и реабилитации.

Характеризуя распределение больных шизофренией на разных этапах их

пребывания в психоневрологическом интернате за 10 лет, необходимо отметить, что при поступлении 75.1% больных направляется в отделения со «свободным» режимом, 21.1% больных – в отделения с «наблюдательным» режимом и только лишь 3.8% больных поступает в отделения для «немошных». На этапе лечения идет равномерное распределение больных по различным отделениям психоневрологического интерната. На заключительном этапе пребывания в психоневрологическом интернате основная часть больных шизофренией (83.8%) сосредотачивается в отделениях для «немошных», 11.1% больных – в отделениях с «наблюдательным» режимом и 5.1% больных – в отделениях со «свободным» режимом (рис.1.)

Уровень летальности среди больных шизофренией, проживающих в психоневрологических интернатах, составляет 31.9% и отличается по отделениям с различным режимом пребывания. Так, в отделениях со «свободным» режимом этот показатель равен 4.1%, в отделениях с «наблюдательным» режимом – 16.2%, а в отделениях для «немошных» достигает своего максимального уровня 79.1% (рис.2).

Средние сроки проживания пациентов в отделениях со «свободным» режимом составляют  $6.2 \pm 1.2$  лет, в «наблюдательных» отделениях –  $5.1 \pm 0.9$  лет, в отделениях для «немошных» –  $4.8 \pm 1.1$  года.

Таким образом, процесс социально-трудовой дезадаптации, приведший к необходимости изоляции в психоневрологические интернаты, продолжается у больных шизофренией и в этих учреждениях. Исследования показали, что основную роль в этом играет процесс старения пациентов, причем возраст больных 60 лет оказался критическим для адаптации к условиям «свободного» проживания в интернатах.

Исследованные больные непрерывно не менее года получали нейролептики, либо их комбинации (ДТН). Препараты назначались в среднетерапевтических дозах внутрь. Выбор определялся индивидуальной чувствительностью пациентов к препарату и клиническими особенностями болезни на данном этапе.

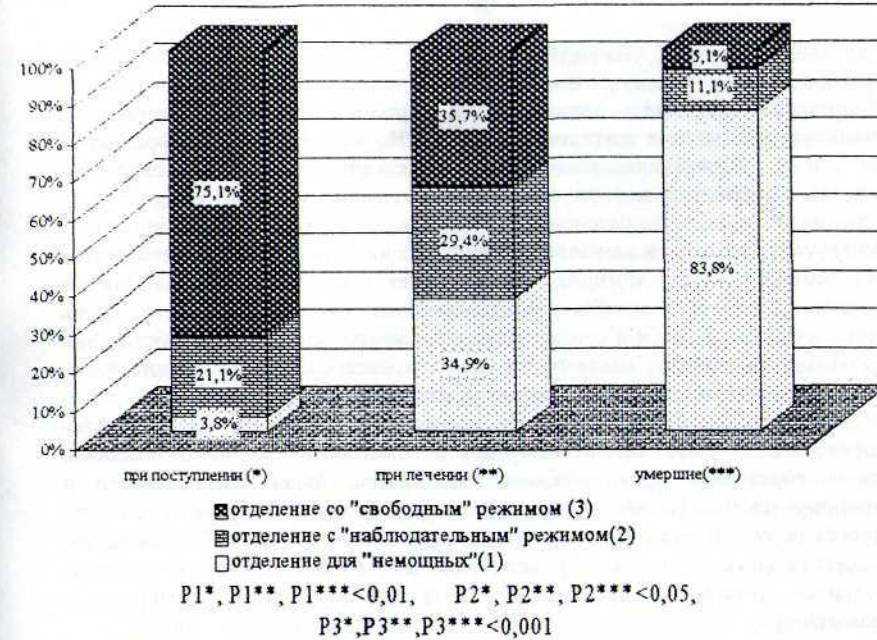


Рис. 1 Распределение больных шизофренией по различным отделениям на разных этапах лечения

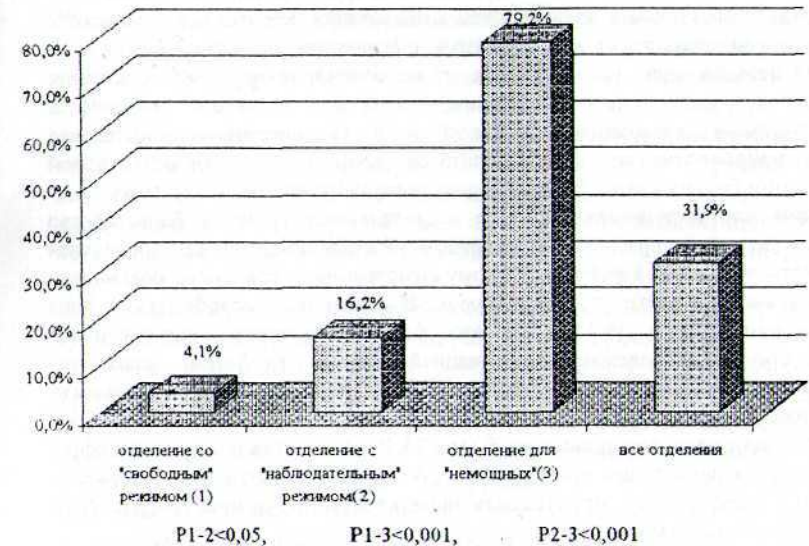


Рис. 2 Летальность больных шизофренией в различных отделениях (%)



**Социально-трудовая адаптация больных шизофренией в психоневрологических интернатах при ДТН.** У больных шизофренией в «свободных» отделениях отмечались «экстравертные» формы социально-трудовой адаптации: двойная ориентировка, симбиотическая зависимость, монотонная активность, пассивная подчиняемость. Это позволило пациентам этой группы свободно перемещаться в пределах интерната, участвовать во всех предусмотренных для интерната видах труда (самообслуживание, уборка помещений, работа в лечебно-производственных мастерских и т.д.), иметь личные вещи, вести себя в соответствии с требованиями реальной обстановки (соблюдали дистанцию, имели такт в общении, интересовались телевидением, радио, газетами), поддерживали связь с родственниками.

У больных в «наблюдательных» отделениях имелись «извращенно-тонические» формы социально-трудовой адаптации: больные активно противодействовали предъявляемым требованиям, были оппозиционно и агрессивны настроены, постоянно стремились к уходу за территорию, имели патологически повышенный аппетит, у части больных отмечались гомосексуальные тенденции, суицидальные высказывания, отказ от труда. Пациенты данной группы нуждались в круглосуточном контроле и наблюдении.

В отделениях для «неможных» у больных шизофренией наблюдались «атонические» формы поведения: адинамия, дезориентировка, нарушение узнавания, неспособность к самообслуживанию и труду, угасание инстинктов.

Распределение больных шизофренией в отделениях психоневрологического интерната свидетельствует о клинически очерченном процессе социально-трудовой дезадаптации. На начальных этапах социально-трудовой адаптации доминируют «экстравертные» формы, которые в итоге сменяются деструктивными: «извращенно-тоническими» и «атоническими». Длительная терапия нейролептиками не препятствует процессу социально-трудовой дезадаптации больных шизофренией в психоневрологических интернатах.

**Психотические нарушения.** Во всех исследованных группах большинство составили больные с «распавшимся» бредом. «Распавшийся» бред определялся по отсутствию бредовой фабулы, полному смысловому «отрыву» от реальности и грамматической реструктуризации речи. В отделениях «свободного» типа таких больных было 36.4%. Для них была характерной «регрессивная синтонность», проявляемая диссоциацией между глубиной «распада» мыслительной сферы и упорядоченным поведением. В «наблюдательных» отделениях больных с «распавшимся» бредом было существенно больше—65.8% и в отделениях «для немощных» их было —75.6%. Сопоставление этих цифр с характером распределения исследованных больных в отделениях интернатов приводит к выводу о том, что «распад» является доминирующей тенденцией в инволюции их мышления.

Парафренный бред имелся у 13.5% больных в «свободных» отделениях, у 20.2% - в «наблюдательных» и у 24.4% у больных в отделениях «для

немощных». В динамическом аспекте это означает рост числа больных с «парафренным» бредом по мере их социально-трудовой дезадаптации. Это подтверждает ранее обозначенную тенденцию к полной инкогеренции мышления у больных шизофренией в интернатах, так как «парафренный» этап предшествует полному грамматическому и смысловому «распаду».

Формы бреда с клинически очерченной фабулой были преимущественно у больных в отделениях «свободного» типа: паранойяльный бред—7.3%, интерпретативно-образный у 9.3%. У 5.3% больных в «наблюдательных» отделениях имелся «интерпретативно-образный» бред, а у остальной части больных с «деструктивными» формами адаптации эти клинические формы бреда отсутствовали. В анамнезе параноидный синдром, однако, имел место у 48.7% исследованных больных. Из этого следует, что инволюция параноидного синдрома с формированием апсихотической (дефектологической) модели произошла у большинства больных до поселения их в интернаты. У исследованных больных имели место только фрагменты синдрома Кандинского-Клерамбо. Характерными было отсутствие ложных галлюцинаций и ассоциативных автоматизмов: пациенты интернатов не жаловались на «сделанность» мыслей или влияние на них извне. У 29.4% больных в «свободных» отделениях и 8.7% в «наблюдательных» имелись «сенсорные» автоматизмы: жалобы на «сделанность» телесных ощущений.

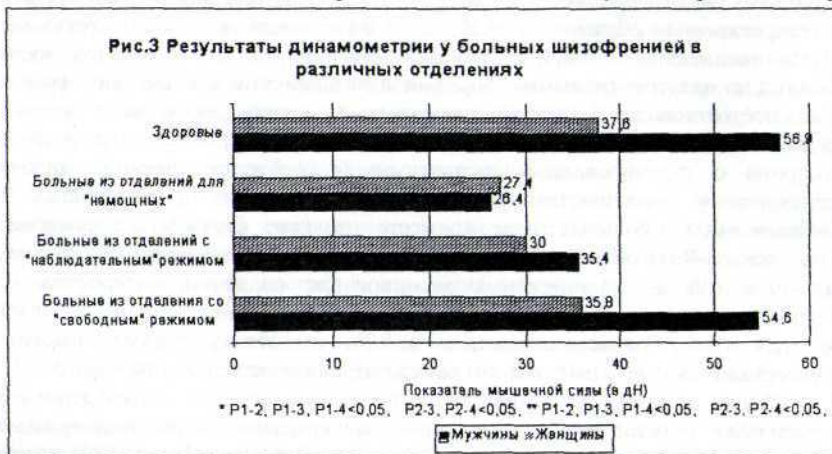
Таким образом, психотические нарушения у больных шизофренией в интернатах претерпели фрагментацию и «распад», что подтверждает формирование у них «непсихотического» (по Э.Я.Штернбергу, 1988) этапа исходного состояния.

**Моторно-двигательные дисфункции.** Патологические движения наблюдались у 56.2% больных шизофренией, проживающих в отделениях со «свободным» режимом. Они характеризовались произвольностью, локализацией в области головы и верхнего пояса, асинхронностью, хаотичностью. Мышечная гипертония отмечалась у 28.3% больных, параметры мышечной силы не отличались от показателей мышечной силы контрольной группы (здоровых лиц) ( $p > 0.05$ ) (рис 3). В «наблюдательных» отделениях моторно-мышечные дисфункции отмечались у 84.8% больных. Они были лишены произвольности, локализовались равномерно во всех отделах тела, отличались синхронностью, отсутствием модуляций. У большинства (73.1%) больных отмечалась мышечная гипертония, показатели мышечной силы были значительно ниже и существенно отличались от показателей группы здоровых лиц. В отделениях для «неможных» патологические движения были у 92.6% больных, имели произвольный характер, локализовались преимущественно в области ног. Мышечная гипертония наблюдалась у 29.9% больных шизофренией, что существенно ниже, чем у больных в «наблюдательных» отделениях.

Таким образом, период деструкции у исследованных больных «экстравертных» форм адаптации соответствует абсолютному росту моторно-мышечных дисфункций, изменению их локализации с тенденцией к равномерному распределению по всему телу, снижению зависимости от идеаторной сферы, усилению синхронности, уменьшению амплитуды.



Одновременно наблюдается диссоциация между патологическим ростом мышечного тонуса и снижением мышечной силы. Характер изменений моторно-мышечных дисфункций в период редукции у больных «экстравертных» форм адаптации свидетельствует об изменении в этот период их природы: от психотического этапа (произвольность, хаотичность, локализация в области верхнего пояса, головы) к органическому



(равномерность, непроизвольность, синхронность, низкая амплитуда). Сравнительный анализ полученных результатов с литературными данными позволяют оценить моторно-мышечные дисфункции пациентов с «деструктивными» формами адаптации как «хронические дискинезии» (Klawans H.L., Goetz Ch.G., Perlik S., 1980; Perris C., Dimitrijevic p., Jacobsson L., 1979)

**Клинические «эффекты отмены» длительной терапии нейролептиками (ДТН).** У 73.1% обследованных больных отмена ДТН не вызвала изменений в их состоянии, а у 28.7% пациентов была выявлена связь между отменой ДТН и ухудшением ряда клинических характеристик. Случаев улучшения состояния больных после отмены ДТН зарегистрировано не было. На этом основании исследованные больные были перегруппированы на тех, чье состояние имело зависимый и независимый от ДТН характер, и данный метод лечения проводился в течении года только у больных шизофренией, «зависящих» от ДТН. Исследование отдаленных результатов сокращения в применении ДТН больных шизофренией в отделениях интернатов показало, что к различным видам коррекции в состоянии больных прибегали одинаково часто как при «сплошном» охвате всех больных ДТН, так и после проведенного сокращения. Таким образом, на стабильность состояния пациентов психоневрологических интернатов не повлияло более чем трехкратное сокращение ДТН. Это свидетельствует также в пользу надежности примененной методики

определения тактики ДТН по «эффектам отмены» и ее высоких прогностических возможностях.

Исследование клинических особенностей «эффектов отмены» ДТН среди больных шизофренией зависимых от ДТН показало, что стойкие нарушения возникли у 41.7% больных в «свободных» отделениях. У 33.3% пациентов имело место обострение галлюцинаторно-параноидной симптоматики, у 4.2% больных возникли соматоневрологические нарушения: акатизия, нарушение аппетита, изменение артериального давления, стула, расстройство сна, тахикардия. У 4.2% больных шизофренией наблюдался комплекс острых дистонических реакций: тризм, спазм затылочных мышц, спазм взора, острая мышечная гипертония.

В отделениях с «наблюдательным» режимом симптомы отмены ДТН отмечались у 24.0% больных: из них обострение психотической симптоматики были у 10.1% больных, у 10.1% больных- соматоневрологические нарушения, острые дистонии – у 3.8% больных.

В отделениях для «немошных» обострения состояния больных было у 19.1%: из них у 6.4% больных отмечались психотические нарушения, у 7.4% больных – соматоневрологические нарушения, у 5.3% больных- острые дистонии.

Полученные результаты свидетельствуют, что эффективность ДТН после деструкции «экстравертных» форм адаптации существенным образом снижается, практически полностью завершается влияние ДТН на психотическую симптоматику. Необходимость использования ДТН у больных с «деструктивными» формами адаптации ограничивается профилактикой соматоневрологических и дискинетических нарушений у небольшой части (15%) больных, идентификация которых осуществляется эмпирически после отмены ДТН.

Таким образом, закономерное исчезновение «экстравертных» форм социально-трудовой адаптации у больных шизофренией в психоневрологических интернатах можно использовать как критерий своевременной отмены ДТН.

**Чувствительность к нейролептикам при ДТН по уровню тремора.** Средние величины коэффициента тремора при применении ДТН у исследуемых больных в отделениях со «свободным» режимом незначительно превышают среднюю критическую величину 6.3. После отмены ДТН в данной группе наблюдалось интенсивное снижение значений коэффициента тремора до нормальных величин ( $p < 0.05$ ).

У больных шизофренией в отделениях с «наблюдательным» режимом среднее значение коэффициента тремора на фоне ДТН значительно превышало критическую величину 6.3 ( $p < 0.05$ ). У 8.7% больных этой группы коэффициент тремора превысил значение 40.0. Отмена ДТН у больных данной группы привела к снижению коэффициента тремора, но его значения продолжали оставаться выше средней критической величины 6.3 ( $p < 0.05$ ). Результаты исследования позволили определить зависимость между сроками отмены ДТН и коэффициентом тремора у больных шизофренией с различным характером адаптации к психоневрологическому интернату: при увеличении сроков отмены



ДТН уменьшается коэффициент тремора среди «свободно» адаптированных и нуждающихся в наблюдении больных шизофренией.

Коэффициент тремора у больных в отделениях для «немошных» в 4-5 раз превышал значение критической величины, соответствующей нормальной чувствительности к нейролептикам ( $p < 0.05$ ). После отмены ДТН снижения коэффициента тремора не отмечалось.

Таким образом, метод ДТН, исходя из результатов проведенного исследования по В.И. Агаркову, может быть применен для лечения больных с «экстравертными» формами адаптации. Для лечения больных шизофренией с «деструктивными» формами адаптации использовать ДТН нецелесообразно ввиду высокой, малообратимой (в «наблюдательных» отделениях) и необратимой (в отделениях для «немошных») чувствительности к нейролептикам при оценке по уровню тремора.

**Уровень «средних молекул» в зависимости от ДТН.** У больных шизофренией в «свободных» отделениях при ДТН содержание уровня средних молекул (УСМ) в сыворотке крови составило  $0.280 \pm 0.02$  ед.оптич. плотности, что соответствует «зоне риска» (Остерман Л.А., 1981). При отмене ДТН наблюдалось статистически достоверное снижение УСМ до величин, соответствующих физиологической норме до  $0.260 \pm 0.02$  ед.оптич. плотности через полгода и до  $0.240 \pm 0.2$  ед.оптич. плотности через один год. У больных в «наблюдательных» отделениях при ДТН значения УСМ также соответствовали «зоне риска» ( $0.291 \pm 0.01$  ед.оптич. плотности), однако тенденция к снижению уровня средних молекул после отмены ДТН не отмечалась. У больных шизофренией в отделениях для «немошных» уровень средних молекул при использовании ДТН соответствовал токсикозу I степени ( $0.310 \pm 0.01$  ед.оптич. плотности) и не зависел от тактики лечения нейролептиками.

Таким образом, у всех больных шизофренией независимо от характера социально-трудовой адаптации отмечается повышение уровня средних молекул в сыворотке крови («токсичность» сыворотки крови). Зависимость УСМ от тактики ДТН у больных с «экстравертными» формами адаптации характеризует этот метод как фактор сопряженности «токсичности» сыворотки крови. Отсутствие такой зависимости у больных в «наблюдательных» отделениях и значения УСМ, соответствующие токсикозу I степени в группе «немошных», говорят о поломке механизмов дезинтоксикации в период дезадаптации больных шизофренией в психоневрологических интернатах.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Больные шизофренией в психоневрологических интернатах представляют собой клинко-биологический континуум, закономерно сформировавшийся в результате общей для этих больных тенденции к дезадаптации, возникшей в результате злокачественного типа течения болезни и низкого уровня реактивности организма./1,2,3,7/

2. Социально-трудовая адаптация больных шизофренией в психоневрологических интернатах имеет клинически очерченные формы и два

этапа трансформации: экстравертные формы поведения первично поступающих в интернаты претерпевают редукцию в извращенно-тонические и завершаются формированием атонических форм реакций социальной адаптации./2,6,7/

3. Редукция экстравертных форм социально-трудовой адаптации в деструктивные (извращенно-тонические и атонические) сопровождается распадом идеаторной сферы, дискинезиями органического типа, мышечной слабостью и гипертонией, усилением мануального тремора, что свидетельствует о генерализации дизонтогенетических тенденций и истощении общей биологической реактивности больных./1,2,4,5,7/

4. Одновременная отмена длительной терапии нейролептиками (ДТН) исследованным больным показала, что обострение состояния возникает у 28,7% пациентов, что расценивается как их низкая способность к ассимиляции терапевтического потенциала этого метода лечения. Обострение психотической симптоматики наблюдается преимущественно у пациентов с «экстравертными» формами адаптации. Необходимость в возобновлении ДТН у больных с «деструктивными» формами адаптации связана с сомато-неврологическими и моторно-двигательными нарушениями, возникающими в результате «привыкания» пациентов к нейролептикам и охватывающими не более 15% в этих группах./1,2,3,4,5/

5. ДТН больных шизофренией в психоневрологических интернатах является причиной возрастания чувствительности пациентов к нейролептикам, определяемой по коэффициенту тремора /4,5/

6. ДТН приводит к увеличению уровня средних молекул в сыворотке крови больных шизофренией в психоневрологических интернатах. Закономерная деструкция «экстравертных» форм адаптации соответствует значительному росту УСМ ( $p < 0.05$ ) и достигает уровня токсемии I степени у больных с атоническими формами поведения./9/

7. Метод ДТН должен быть ограничен больными шизофренией с «экстравертными» формами социально-трудовой адаптации в психоневрологических интернатах. Закономерная редукция этих форм адаптации в «деструктивные» является предиктором своевременности отмены ДТН в результате снижающейся клинической эффективности этого метода, токсичности и патологическом воздействии на чувствительность к нейролептикам./1,2,3,4,5,8/



## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. **Объедков В.Г.** О принципах психофармакотерапии больных шизофренией в условиях дома-интерната // Научно-практические аспекты реабилитации инвалидов: Тез. докл. конф. - Минск. 1991. Т.2. - С.18-19.
2. **Объедков В.Г.** Характер адаптации больных с исходным слабоумием после перенесенной шизофрении // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии: Тез. докладов I Республиканского съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь. - Минск. 1994. - С.65-66;
3. **Объедков В.Г.** Роль нейролептиков в адаптации больных с исходным слабоумием после перенесенной шизофрении // Актуальные проблемы биологии и медицины: Сб. науч. тр. - Минск: МГМИ. 1996. - Т.3. - С.252.
4. **Объедков В.Г.** Длительная терапия нейролептиками больных шизофренией в условиях интерната // Здоровоохранение. - 1997. N 7. - С. 14-15.
5. **Объедков В.Г.** Резистентность к нейролептикам при шизофреническом дефекте // Актуальные проблемы современной медицины: Тез. докл. - Минск. 1997. - С. 66-67.
6. **Объедков В.Г.** Феномен "обратимости" и основные концепции дефекта личности при шизофрении // Вестн. Белорусской психиатрической ассоциации. - 1999. - N 5. - С. 52-57.
7. **Объедков В.Г.** Диагностика этапов трансформации дефектных состояний при шизофрении по признакам социальной адаптации и моторно-мышечным дисфункциям // Здоровоохранение 1999. - №12 - С.43-45
8. **Объедков В.Г.** Концепции длительной терапии нейролептиками дефектных состояний при шизофрении // Мед. Новости. - 2000. - №1. - С. 12-15
9. **Объедков В.Г.** Уровень средних молекул (УСМ) у больных шизофренией с различным характером социальной адаптацией при терапии нейролептиками // Теория и практика медицины: Сб. науч. тр. - Минск, 1999. - Вып.1. - С.120-121

## РЕЗЮМЕ

Объедков Виктор Георгиевич «Особенности социально-трудовой адаптации при длительной терапии нейролептиками больных шизофренией в интернатах». Ключевые слова: шизофрения, интернат, адаптация, психические нарушения, нейролептики, предикция эффективности, длительная терапия нейролептиками (ДТН).

Целью настоящего исследования является разработка принципа предикции эффективности длительной терапии нейролептиками (ДТН) больных шизофренией в психоневрологических интернатах на основе анализа из социально-трудовой адаптации. На этой основе усовершенствовать систему показаний и противопоказаний использования ДТН для данной категории больных. Использовались: клинический, параклинический, лабораторный, статистический методы исследования.

Комплексно обследовано 269 больных шизофренией, проживающих в Минских психоневрологических интернатах №№2,3. Изучены группы больных с «экстравертными» формами адаптации-96 человек, с «извращенно-тоническими»- 79 человек, с «атоническими»- 94 человека. Исследовались характер динамики социально-трудовой адаптации, психотические моторно-мышечные нарушения, клинические «эффекты отмены» ДТН, коэффициент тремора и уровень низкомолекулярных пептидов в сыворотке крови.

На основании исследования установлено: в условиях психоневрологического интерната в длительной терапии нейролептиками нуждается только 28.7% больных шизофренией. Доказана возможность группировки больных по особенностям их социально-трудовой адаптации. Установлена взаимосвязь особенностей адаптации больных шизофренией в интернатах с клинико-биологическими параметрами и фармакодинамическими характеристиками. Полученные результаты позволяют более рационально использовать нейролептики для лечения больных шизофренией в психоневрологических интернатах, что значительно снижает стоимость их лечения.

В.Г.



## РЭЗЮМЭ

Аб'едкаў Віктар Георгіевіч. «Асаблівасці сацыяльна-працоўнай адаптацыі пры прыцяглай тэрапіі нейралептыкамі хворых на шызафрэнію ў інтэрнатах».

Ключавыя словы: шызафрэнія, інтэрнат, адаптацыя, псіхічныя парушэнні, нейралептыкі, прэдыкцыя эфектыўнасці, працяглая тэрапія нейралептыкамі (ПТН).

Мэтай даследавання з'яўляецца распрацоўка прынцыпу прэдыкцыі эфектыўнасці працяглай тэрапіі нейралептыкамі (ПТН) хворых на шызафрэнію ў псіханеўралагічных інтэрнатах на аснове аналізу іх сацыяльна-працоўнай адаптацыі. На гэтай аснове ўдасканаліць сістэму паказанняў і супрацьпаказанняў выкарыстання ПТН для дадзенай катэгорыі хворых. Выкарыстоўваліся клінічны, параклінічны, лабараторны, статыстычны метады даследавання.

Комплексна абследаваны 269 хворых на шызафрэнію, якія пражывалі ў Мінскім псіханеўралагічным інтэрнаце №2. Групы хворых з «экстравертнымі» формамі адаптацыі – 96 чалавек, са «скажона-танічнымі» – 79 чалавек, з «атанічнымі» – 94. Вывучаліся характар дынамікі сацыяльна-працоўнай адаптацыі, псіхатычныя матарна-мышачныя парушэнні, клінічныя «эфекты адмены» ПТН, каэфіцыент трэмара і ўзровень нізкамолекулярных пептыдаў у сываратцы крыві.

На аснове даследавання ўстаноўлена: ва ўмовах псіханеўралагічнага інтэрната ў працяглай тэрапіі нейралептыкамі маюць патрэбу толькі 28,7% хворых на шызафрэнію. Даказана магчымасць групування хворых па асаблівасцях іх сацыяльна-працоўнай адаптацыі. Устаноўлена ўзаемасувязь асаблівасцей адаптацыі хворых на шызафрэнію ў інтэрнатах з клініка-біялагічнымі параметрамі і фармакадынамічнымі характарыстыкамі. Атрыманая вынікі дазваляюць больш рацыянальна выкарыстоўваць нейралептыкі для лячэння хворых на шызафрэнію ў псіханеўралагічных інтэрнатах, што значна зніжае кошт іх лячэння.

## SUMMARY

Victor G. Obyedkov. «Peculiarities of Social and Labour Adaptation During Long-lasting Therapy of Schizophrenics in Boarding Houses by Means of Neuroleptics».

Key terms: schizophrenia, boarding house, adaptation, mental disorders, neuroleptics, prediction of effectiveness, long-lasting therapy by means of neuroleptics (LTN).

The aim of the present research is to elaborate the principle of effectiveness of long-lasting therapy by means of neuroleptics (LTN) of schizophrenics in psychoneurological boarding houses on the basis of their social and labour adaptation; in doing so to improve the system of indications and contra-indications of LTN for this category of patients. Clinical, paraclinical, laboratory-based, statistical methods of research were used.

There was a complex examination of 269 schizophrenics who live in Minsk Psychoneurological Boarding House №2. Groups of patients with «extrovert» forms of adaptation – 96 persons, with «distorted – tonic» – 79 persons, with «atonic» – 94 persons. The author studied the character of dynamics of social and labour adaptation, psychotic motor-muscular disorders, clinical «effects of cancellation» of LTN, the coefficient of tremor and the level of low-molecular peptides in blood serum.

On the basis of the research the following was determined: in the conditions of the psychoneurological boarding house the long-lasting therapy of neuroleptics is needed only for 28.7% of schizophrenics. It was demonstrated that these patients can be grouped in accordance with the peculiarities of their social and labour adaptation. It was proved that there exists interrelation between the peculiarities of adaptation of schizophrenics in boarding houses and clinical and biological parameters and pharmacodynamic characteristics. The results permit to more efficiently use neuroleptics for treatment of schizophrenics in psychoneurological boarding houses, and it will substantially reduce the cost of their treatment.

Подписано в печать 14.09.2000. Формат 60x84/16. Бумага писчая.  
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,42. Тираж 100 экз. Заказ 393.

Издатель и полиграфическое исполнение –  
Минский государственный медицинский институт  
ЛВ № 410 от 08.11.99; ЛП № 51 от 17.11.97.  
220050, г. Минск, ул. Ленинградская, 6.