К. Г. ДАНИЕЛЯН, М. А. МЕЛИК-ПАШАЯН

К ВОПРОСУ СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПРИСТУПООБРАЗНО-ПРОГРЕДИЕНТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ

Освещены вопросы реабилитации больных шизофренией с шубообразным течением, имеющие важное значение при решении ряда неотложных задач медико-юридического характера.

Реабилитация и реадaptация психически больных продолжает оставаться ведущей проблемой социальной психиатрии. Данные литературы [1—7] свидетельствуют, что одной из причин, приводящих к развитию дезадаптации и инвалидизации больных шизофренией, является пагубное действие длительной изоляции в условиях психиатрического стационара с вынужденной, бездеятельностью и информационной депривацией больных.

С решением вопроса—что является решающим в формировании дефекта психики: биологические факторы (только болезненный процесс) или нарушение интраперсональных отношений на фоне начинающегося болезненного процесса—связано понимание и того, что должно быть определяющим в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий, направленных на реабилитацию больных.

При шизофрении серьезно нарушаются социальные связи и отношения, поэтому реабилитация больных шизофренией есть прежде всего их ресоциализация, и реинтеграция дезинтегрированных психических процессов при шизофреническом дефекте личности должна быть нацелена на восстановление этих утраченных интраперсональных связей или же создание новых социальных связей.

Изучение роли разных факторов (пола, возраста, давности заболевания и т. д.) в возникновении различных форм болезни, дезинтеграции психических процессов, дезадаптации больных и формировании дефектных состояний при шизофрении не привело к заключительному выводу о преимущественном, определяющем значении одного из них. Только изучение этих факторов в комплексе может способствовать пониманию их роли в течении болезненного процесса.

С целью изучения вышеуказанных дискуссионных вопросов и выявления возможностей организаций реабилитационно-реадaptационных мероприятий нами проводилось клинико-катamnестическое обследование 180 больных (120 мужчин и 60 женщин), страдающих шубообразной формой шизофрении.

Заболевание протекало достаточно очерченными приступами (шубами), которые, как правило, включали в себя аффективные компоненты, нехарактерные для обострений непрерывнотекущей шизофрении. Приступы и межприступные состояния имели полиморфную картину. В зависимости от характера приступов и степени прогрессивности болезнь имела злокачественное, прогрессивное, шизоаффективное или малопрогрессивное течение.

По возрасту больные распределялись следующим образом: 20—29 лет—3 чел. (1,6%), 30—39—6 (3,3%), 40—49—80 (49,4%), 50—59—71 (39,4%), 60—69—8 (4,4%), 70 лет и выше—3 чел. (1,6%). У 9 больных катамнез не изучался.

Из обследованных больных у 21 болезнь протекала с преобладанием депрессивных приступов, у 23—маниакальных приступов, у 15—навязчивостей, у 13—деперсонализационных расстройств, у 17—психопатоподобных (гебоидных) расстройств; у 21—в форме острых паранойяльных приступов, у 7—острых галлюцинозов, у 44—острых параноидных приступов (синдром Кандинского-Клерамбо), у 5—острой парафрени, у 10—кататонических и у 4—кататано-гебефренических приступов. Из обследованных больных у 36 отмечались соматические заболевания (гепатит, туберкулез легких, нефриты и т. д.), а у 24—непродолжительные психотравмирующие ситуации.

По длительности катамнеза больные распределялись следующим образом: до 10 лет—31, 10—20 лет—124, выше 20 лет—25.

Инвалидность I группы имели 10, II—89, III—31 больной. Из 89 больных, имеющих II группу инвалидности, 25 человек в связи с полной утратой работоспособности не работали, 14—работали по специальности, 50 больных работали на низкооплачиваемых и менее ответственных работах (не по специальности). Все больные, имеющие III группу инвалидности, работали или по специальности (7), или на других, менее ответственных и менее сложных работах (не по специальности—24 чел.). Остальные 50 больных работали либо по специальности (20 чел.), либо на других работах (30 чел.). В связи с проведенными лечебно-профилактическими мероприятиями и частичным восстановлением трудоспособности 23 больных было переведено из II группы инвалидности в III, а трое больных были сняты с инвалидности.

Клинико-катамнестическое обследование больных шубообразной шизофренией, анализ факторов, способствующих сохранению или восстановлению трудоспособности, позволяют выделить следующие моменты.

1. Особенности трудового статуса до болезни, в период обострения болезни и в период затухания позитивных психопатологических симптомов.

Трудоспособность до болезни и восстановительная терапия в период болезни являются теми стимулирующими факторами, которые могут играть положительную роль, участвовать в формировании клинической картины, определять ее исход, уровень сохранности болезненно измененной личности. При этом физический и умственный труд по-разному влияют на болезненный процесс. В течение болезни переход больных от умственного труда к физическому или сочетание с последним создает благоприятную почву для рациональной восстановительной терапии.

Своеобразна также связь между характером работы и реабилитальностью больных: чем многопрофильнее работа, тем выше результаты восстановительной терапии и, наоборот, при однообразии и монотонности работы меньше гарантий в вопросе реабилитальности больных.

Распределение больных шубообразной шизофренией по группам инвалидности в динамике

Типы приступов	Число больных	Число больных, имеющих группу инвалидности	Число больных с разными группами инвалидности			Число б-ных, переведенных из одной группы инвалидности в другую		Число больных, снятых с инвалидности
			I	II	III	из I во II	из II в III	
Депрессивный	21 (11,6%)	10 (5,5%)	—	5 (2,7%)	5 (2,7%)	—	5 (2,7%)	—
Маниакальный	23 (12,7%)	20 (11,1%)	—	20 (11,1%)	—	—	—	—
С преобладанием навязчивости	15 (8,3%)	12 (6,6%)	—	10 (5,5%)	2 (1,1%)	—	2 (1,1%)	—
С преобладанием деперсонализации	13 (7,8%)	8 (4,4%)	—	2 (1,6%)	6 (3,3%)	—	5 (2,7%)	—
С преобладанием гебоидных расстройств	17 (9,4%)	17 (9,4%)	1 (0,5%)	16 (8,3%)	—	—	—	—
Острый параноидальный	21 (11,6%)	12 (6,6%)	—	6 (3,3%)	6 (3,3%)	—	4 (2,2%)	1 (0,5%)
Острый галлюциноз	7 (3,8%)	4 (2,2%)	—	1 (0,5%)	3 (1,6%)	—	2 (1,1%)	2 (1,1%)
Острый параноид (синдром Кандинского-Клерамбо)	44 (24,4%)	30 (16,6%)	—	22 (17,7%)	8 (4,4%)	—	5 (2,7%)	—
Острая парафрения	5 (2,7%)	2 (1,1%)	—	1 (0,5%)	1 (0,5%)	—	—	—
Кататонический	10 (5,5%)	10 (5,5%)	5 (2,7%)	5 (2,7%)	—	—	—	—
Кататоно-гебефренический	4 (2,2%)	2 (2,7%)	4 (2,2%)	—	—	—	—	—
Итого	180 (100%)	129 (71,6%)	10 (5,5%)	89 (49,7%)	31 (17,0%)	0	23 (18,3%)	3 (1,6%)

2. *Возраст (начало) болезненного процесса и реабилитабельность больных.* Начало болезни в детском, подростковом и юношеском возрасте не всегда является прогностически абсолютно неблагоприятным фактором. Не столько возраст в начале болезненного процесса определяет дальнейший социально-биологический статус больных, сколько психопатологическая структура болезни. Чем больше в структуре психотических состояний аффективных нарушений, чем меньше кататонических и гебефренических нарушений, тем выше курабельность, возможность реабилитации и реадaptации больных.

3. *Преципитативные или добавочные патогенные факторы и реабилитабельность больных.* При тяжелых соматических заболеваниях (ТВС, абсцесс легких, печени, инфекционные заболевания и т. д.) в ряде случаев отмечается некоторое улучшение психического состояния больных. Отмечается активизация трудовых возможностей больных, повышается их реабилитабельность. Психогенные реактивные состояния, наоборот, служат причиной более или менее длительной дезадаптации больных, декомпенсации болезненного процесса, т. е. приводят к снижению результативности восстановительной терапии и реабилитабельности больных.

4. *Шизофренический процесс, трудотерапия и восстановительная терапия.* Психические заболевания любой природы приводят к временной или постоянной, частичной или полной потере трудоспособности больных. Бесспорна существующая детерминированность восстановительной терапии, трудотерапии и психопатологического процесса—при их длительном и совместном действии происходит патоморфоз клинической картины шубообразной шизофрении. Видоизменение клинической картины выражается в том, что психопатологические негативные или нерезко выраженные позитивные феномены сопровождаются и сочетаются с определенной продуктивной и целенаправленной деятельностью.

5. *Лекарственный патоморфоз и реабилитабельность больных.* Лечение нейролептическими средствами привело к тому, что из клинической картины шубообразной шизофрении почти исчезли кататонические и гебефренические нарушения, приступы болезни стали аффективно насыщенными, abortивными, а ремиссии—менее глубокими. Трудоспособность больных соответственно оказалась сравнительно более сохранной, чем при непрерывно текущей шизофрении.

Трудотерапевтический и лекарственный патоморфоз клинической картины шубообразной шизофрении выражается в том, что многие психопатологические (галлюцинаторно-бредовые и др.) феномены редуцируются, теряют свою актуальность, о них больные говорят как о прошлых, уже пережитых состояниях, как о «стадиях истории», как о «мемуарах». Этот «исторический» или «мемуарный» характер редуцированных и дезактуализированных переживаний и является важным фактором, способствующим реабилитабельности больных.

6. *Социальные и биологические критерии нетрудоспособности и реабилитабельности больных.* Перевод больных в группу инвалидности (в частности II) и лишение их юридического права работать влияют на реабилитабельность больных. Перевод больного в ту или иную груп-

пу инвалидности в какой-то мере компенсирует социальные нужды больного. Это позитивное решение. Лишение же больных при наличии группы инвалидности работы на определенный период времени вообще приводит к социальной дезадаптации больных и развитию явлений госпитализма, госпитального регресса. Известно, что после назначения группы инвалидности (в частности II группы) вопросы трудоустройства усложняются. Преждевременное снятие группы инвалидности также мешает больным работать ввиду неустойчивости и неполноты ремиссии. Нам представляется правильным разрешать вопросы трудоустройства больных шубообразной шизофренией со II группой инвалидности индивидуально, что, безусловно, будет способствовать реабилитателности этого контингента.

Несмотря на проведенную обширную работу, вопрос социально-трудовой реабилитации больных шизофренией еще далек от окончательного решения. Успех реабилитации во многом будет зависеть от коллективного сотрудничества и содействия многих специалистов, работающих в различных (медицинских и немедицинских) областях науки.

Кафедра психиатрии
Ереванского ГИУВа

Поступила 10/VI 1985 г.

Կ. Գ. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ, Մ. Ա. ՄԵԼԻԿ-ՓԱՏՅԱՆ

ՆՈՊԱՅԱՉԵԿ-ՀԱՐԱՃՈՂ ՇԻՉՈՖՐԵՆԻԱՅԻՆՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԳՆԵՐԻ
ՍՈՑԻԱԼ-ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ԻՆԱԲԻԼԻՏԱՅԻՆՍԻ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋ

Ամփոփված են շիզոֆրենիայի նոպայաձև-հարաճող ձևով տառապող հիվանդների կլինիկական-կադամենստիկ հետազոտությունների արդյունքները: Ցույց է տրված տարիքի, սեռի, հիվանդության վաղեմության, բուժման ձևերի, վերականգնողական թերապիայի տարբեր մեթոդների և մի շարք այլ միջոցառումների նշանակությունը այդ հիվանդությամբ տառապող հիվանդների ռեաբիլիտացիայի հարցում: Առաջարկվում են մի շարք կոնկրետ միջոցառումներ, որոնք կոչված են օժանդակելու հիվանդների ռեաբիլիտացիային և ռեադապտացիային:

K. G. DANIELIAN, M. A. MELIK-PASHAYAN

ON THE PROBLEM OF SOCIAL-LABOUR REHABILITATION OF
PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH BOUT-LIKE PROGRESSING
COURSE

The problems of rehabilitation of patients with schizophrenia with bout-like course are discussed in detail, which are of great importance in case of the urgent problems of medical-juridical character.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Корабельников К. В. Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1971, 6, с. 882.
2. Корабельников К. В. Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1976, 5, с. 771.

3. Красик Е. Д., Логвинович Ф. В., Ж. невропатолог и психиатр им. С. С. Корсакова, 1977, 77, 11, с. 1711.
4. Красик Е. Д. Клиника и лечение госпитализма у больных шизофренией с непрерывно-прогредиентным течением (методические рекомендации). М., 1980.
5. Panell G. Psychother. med. Psychol., 1968, 48; 21.
6. Panell G. Symposium on Rehabilitation in Psychiatry, Örebro, 1973, 192.
7. Wing J. K., Brown G. N. Institutionalism and Schizophrenia. Cambridge, 1970.

УДК 623.647 : 612014.428

Ш. А. КОСЯН, Л. Г. МЕЛИКЯН

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПУТИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОЧИХ ЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО ЦЕХА ЭЛЕКТРОЛАМПОВОГО ЗАВОДА г. ЕРЕВАН

Изучены условия труда рабочих люминесцентного цеха электролампового завода после внедрения новых технических средств и оборудования. Показана эффективность оздоровительных мероприятий, значительно улучшивших условия труда рабочих.

Люминесцентное производство характеризуется возможным воздействием на организм рабочего комплекса профессиональных вредностей химической и физической природы.

Изготовление электровакуумных приборов связано с использованием газообразного топлива, в связи с чем воздушная среда производственных помещений может загрязняться продуктами его неполного сгорания. Помимо того, открытое сжигание газа существенно сказывается и на физическом состоянии воздуха.

Особенно неблагоприятным фактором в комплексе профессиональных вредностей является ртуть. Пары ртути могут содержаться не только на местах, где происходит заливка ртути, а практически на всех этапах технологического процесса. В таблице представлены данные концентраций паров ртути в теплый период года. Как видно из приведенных данных, на некоторых рабочих местах содержание ртути в воздухе рабочих зон превышает ПДК ($0,01 \text{ мг/м}^3$). Из таблицы видно также, что воздух рабочих зон и других профессиональных групп (цоклевщик, заварщик), работа которых не связана непосредственно с ртутью, также загрязнен ее парами. Необходимо отметить, что в воздухе рабочих зон могут поступать пары ртути и при аварийных ситуациях, когда лампа падает и ртуть разбрызгивается на пол и оборудование, которые становятся вторичным источником загрязнения воздуха рабочих зон. Подтверждением этому являются результаты анализов смывов с технологического оборудования, полов на рабочих местах. Содержание ртути в смывах с производственного оборудования на различных участках цеха колебалось от $0,025$ до $0,15 \text{ мг/дм}^2$.

Для приготовления люминоформной суспензии в качестве растворителя применяется бутилацетат, который загрязняет воздух рабочих зон в основном в процессе обезгаживания люминофора ($140-245 \text{ мг/м}^3$,