

Поддерживающая медикаментозная терапия в комбинации с психотерапией осуществлялась по индивидуальным показаниям и являлась предметом выбора врача больного.

После значительного улучшения состояния больного (невротического расстройства) проводилось несколько сеансов эмоционально-стрессовой гипнотерапии по методике В. Е. Рожнова [1]. Этот вид лечения производил на больных неврозом, страдающих алкоголизмом, на фоне «щадящей» психотерапии неожиданно шокирующий эффект с возобновлением очень тягостных психических переживаний в сеансе, тяжелыми вегетативными расстройствами, которые по механизму «возбуждающих воспоминаний» укрепляли больного в необходимости абсолютного отказа от спиртного. Императивно внушалась невозможность дальнейших употреблений алкогольных напитков из-за возможности возобновления невроза. Выздоровление от невроза являлось сильной конкурирующей доминантой к другим возможным мотивам пьянства. Контрольный период осуществлялся путем сохранения длительных эмоционально насыщенных доверительных контактов с психотерапевтом. Семейная психотерапия и нормализация семейных отношений были благоприятным фоном для успешного лечения больных.

Динамическое наблюдение за этой категорией пациентов показало, что у больных, которые после периода ремиссии вновь начинали злоупотреблять алкогольными напитками, невротические симптомы не возобновлялись или оставались в редуцированном виде. Алкоголизм был обусловлен теперь другими мотивами, дальнейшей деградацией личности. При сравнении двух сочетанных заболеваний, когда невроз осложнялся алкоголизмом, оказалось, что невроз возможно успешно лечить, в то время как алкоголизм может давать рецидивы, если не создавать активной трезвенической установки у больных и не учитывать другие факторы, играющие роль при алкоголизме. Поэтому мы подчеркиваем необходимость такого психотерапевтического воздействия на больного, которое преследовало бы цели не только купирования невротических симптомокомплексов, но и осознания больными наличия у них симптомов алкоголизма с последующей выработкой твердой установки на трезвость.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Рожнов В. Е./ // В кн.: Сборник трудов института им. В. П. Сербского.— М., 1971.

Поступила 18.04.86.

УДК 616.895.8

## ВЛИЯНИЕ САМОСОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ИХ СЕМЕЙНУЮ АДАПТАЦИЮ

Н. Ф. Носенко

Нефтекамский психоневрологический диспансер (главврач — Э. С. Гатауллин) БАССР.  
Научный руководитель — проф. В. С. Чудновский

Лечебно-восстановительные мероприятия при шизофрении не ограничиваются купированием психотических состояний, но имеют также своей целью возможную социальную реадаптацию больных, которая включает в себя как профессионально-трудовую деятельность, так и социальное приспособление. Семья как первичная социальная группа, в которой индивидуум формируется и познает себя как личность и которая опосредует его отношения с обществом, образует особую психологическую среду с максимальной близостью общения. Поэтому семейные отношения обязательно сказываются на течении заболевания. Полная социальная компенсация психического дефекта не достигается без активного участия сознания больного и без критического отношения к болезни [3]. Без учета самосознания невозможно изучение межличностных отношений, в том числе и семейных [2, 4].

Целью данной работы являлось изучение семейно-бытовой адаптации больных шизофренией в зависимости от уровня самосознания.

Было обследовано 154 больных шизофренией, находившихся на стационарном лечении с 1982 по 1984 г. Мужчин было 76, женщин — 78, возраст больных — от 16 до 58 лет. Длительность заболевания — от 1 до 10 лет и более. У 130 больных был шубообразный и у 21 — непрерывно-прогredientный тип

шизофрении. У 3 больных тип не был установлен в связи с недостаточной продолжительностью заболевания. После выписки больных из стационара проводилось клиническое и социально-психологическое их обследование в амбулаторных условиях. Кроме того, с помощью специально разработанных методик определялся уровень их самосознания в динамике.

Анализ семейно-бытовых отношений показал, что в брачных отношениях продолжали состоять 72 (46,7%) человека, холостых и незамужних было 26 (16,9%), разведенных и вдовых — 56 (36,4%). 27 семей распались в связи с психическим заболеванием probanda, в том числе 18 семей, имеющих детей. Среди не состоящих в браке и разведенных 68 человек жили с родителями, 4 — с другими родственниками, 6 — самостоятельно (на квартире, в общежитии). Четверо вообще не имели родственников, полностью утратили связи и практически постоянно находятся в стационаре. Таким образом, половина всех обследованных не состоит в браке и живет с родителями и другими родственниками (49,4%). Этот показатель наиболее высок у лиц до 20 лет (95%), однако с возрастом он снижается: 20—30 лет — 50%, 31—40 — 48%, 41—50 — 11%, старше 50 — 8%. Приведенные данные указывают на снижение семейной адаптации у большинства больных шизофренией, которые не могут самостоятельно приспособливаться к жизни и поддерживать устойчивые отношения в собственных семьях.

По характеру семейно-бытовых отношений все больные, живущие с родственниками, были разделены на три группы [1]: а) с сохранившимися семейными отношениями, под которыми понимались ровные и теплые взаимоотношения probanda и членов семьи, общность интересов, взаимопонимание; б) с частичной семейной адаптацией, при которой в семье сохранялись формальные взаимоотношения, характеризующиеся эмоциональным отчуждением всех членов семьи, отсутствием заботы и внимания к больному, но при терпимом к нему отношении; в) с нарушенной семейной адаптацией, что подразумевало под собой полное отсутствие согласованности между членами семьи и больным, бездушным отношением и невниманием к его интересам, частыми конфликтами.

В соответствии с уровнем самосознания все больные были разделены на две группы: с относительно высоким и низким уровнем самосознания. Больные 1-й группы (76) были способны адекватно оценивать состояние других больных, страдающих психическим заболеванием, и переносить эти знания на себя. Ко 2-й группе (78) отнесены больные, которые не считали окружающих пациентов и себя самих психическими больными, отрицательно относились к помещению их в психиатрический стационар и к проводимому лечению, давали неадекватные самооценки в ходе экспериментального психологического исследования. Следует отметить, что у части этих больных при формировании умеренно выраженного эмоционально-волевого дефекта отношение к лечению становилось более равнодушным: они пассивно соглашались с мнением окружающих об имеющемся у них психическом заболевании, что было обозначено термином «научение» [4]. При формировании глубокого дефекта уровень самосознания, как правило, был низким, и больные давали неадекватные самооценки своему психическому и физическому «Я».

Связь особенностей семейной адаптации больных шизофренией с уровнем их самосознания представлена в таблице.

Обращает на себя внимание тот факт, что с нарастанием психического дефекта число лиц, сохранивших семейные отношения на прежнем уровне, уменьшается, а со сниженной адаптацией в семье и полностью ее утративших — возрастает. Но при одинаковой выраженности дефекта семейная адаптация в значительной мере зависит от уровня самосознания больных и, следовательно, их остаточной способности к саморегуляции поведения: чем выше уровень самосознания, тем больше больных частично или полностью адаптируется в семье ( $P < 0,05$ ).

Естественно, характер семейной адаптации определяется не только уровнем самосознания больных, но и рядом других обстоятельств. Так, даже в группе больных с выраженным психическим дефектом и низким уровнем самосознания достаточно велика доля лиц, сохранивших семейные отношения, в том числе и в собственной семье. Это можно объяснить, с одной стороны, достаточно большим составом семьи, когда больной продолжает проживать с семьей родителей или когда здоровый супруг берет на себя ранее выполняемые родителями функции, наличием детей и желания сохранить семью «ради них», хорошей материальной обеспеченностью, включая материальную поддержку со стороны родных больного. С другой стороны, фактором, способствующим сохранению семьи,

**Зависимость семейной адаптации от уровня самосознания у больных шизофренией с различной выраженностью психического дефекта**

Степень выраженности психического дефекта	Уровень самосознания					
	относительно высокий			низкий		
	семейная адаптация					
	сохранившаяся	частичная	нарушенная	сохранившаяся	частичная	нарушенная
Не выражен	24 80,0	5 16,7	1 3,3	7 43,8	5 31,3	4 24,9
Умеренный	16 51,6	12 38,7	3 9,7	7 29,1	10 41,7	7 29,2
Глубокий	5 33,3	7 46,7	3 20,0	6 15,8	14 36,8	18 47,4

**Примечание.** В числителе — абсолютные цифры, в знаменателе — процентные отношения.

является длительность пребывания в браке к моменту выявления выраженных дефицитарных психических нарушений — легче распадаются семьи с малыми сроками совместной жизни супругов.

Наиболее терпимые отношения с больными оставались в родительских семьях. Больные, не состоящие в браке, теснее общались с дочерьми и сестрами, чем с сыновьями и братьями. Лучше всего адаптировались в семейно-бытовом отношении больные, живущие с супругами или другими родственниками, понимающими их болезненное состояние, внимательными к переживаниям и желаниям больного и активно содействовавшими их лечению. К работающим больным, даже имеющим группу инвалидности, в семье относились лучше, чаще прислушивались к их просьбам и пожеланиям, что способствовало сохранению эмоциональных контактов и взаимопониманию.

Обращает на себя внимание тот факт, что доли больных с относительно высоким и низким самосознанием в группе с частичной семейной адаптацией оказались примерно одинаковыми. Можно предположить, что на семейные отношения больных с относительно высоким уровнем самосознания отрицательное влияние оказывают их более упорядоченное поведение и сохранившаяся активность. Они более часто, чем больные с низким уровнем самосознания, самостоятельно обращались к врачам-психиатрам поликлинической службы (соответственно в 23,3% и 12,7% случаев) и следовали их рекомендациям. Реже уклонялись от посещения психоневрологического диспансера (соответственно в 37,9% и 47,6%), реже повторно госпитализировались в психиатрический стационар (госпитализация с частотой один раз в 2—5 лет — соответственно 26,5% и 19,7%, 2 и более раза в год — 38,5% и 47,9%). Все это приводило родственников к недооценке тяжести заболевания: нарушения поведения больного не расценивались окружающими как проявление болезни. К ним предъявлялись в семье прежние, но теперь уже фактически завышенные требования [1], приводящие к конфликтам. С нарастанием глубины дефекта и снижением уровня самосознания больных родственники проникались к ним большим сочувствием, проявляли больше заботы и внимания. Пониманию родственниками тяжести болезни пробанда способствовало также возрастание частоты регоспитализаций по мере нарастания дефекта личности.

Учет особенностей самосознания больных шизофренией и связанной с ним саморегуляции их поведения, как и других факторов, влияющих на семейные отношения больных, необходим для разработки мероприятий, направленных на повышение семейно-бытовой и социально-трудовой реадаптации, что в свою очередь имеет существенное значение для профилактики декомпенсаций и рецидивов болезни. Благоприятное семейное окружение в улучшении клинического и социального статуса больного шизофренией играет более значительную роль, чем личностно-ориентированный терапевтический подход.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дружь В. Ф.//Журн. невропат. и психиатр.— 1984.— № 5.— С. 731.— 2. Корнейчук Т. В./В кн.: Социально-психологические исследования в психоневрологии.— Л., 1980.—

УДК 616.216.1 — 089.82 — 036.6 — 089.853

## УСТРАНЕНИЕ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Я. Г. Лившиц, Г. А. Тимофеев, Л. Г. Шканакин

Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови  
(директор — заслуж. деят. науки РСФСР, проф. В. А. Журавлев)

В стоматологической поликлинической практике нередко встречается перфорация дна гайморовой пазухи, несвоевременное распознавание и ликвидация которой приводят к образованию стойких свищей, инфицированию гайморовой пазухи с последующим возникновением гайморита.

Хорошо известные хирургические и ортопедические способы устранения перфорации дна гайморовой пазухи в поликлинических условиях сводятся в основном к наложению глухого шва или к применению йодоформной турунды с ее фиксацией в лунке. Однако эти методы имеют существенные недостатки: смещение турунды к месту перфорации вызывает образование стойкого свища, а наложение глухого шва — необходимость проведения значительной резекции альвеолярного отростка, особенно в области моляров, поскольку лунки их широки. Кроме того, нередко наблюдаются расхождение швов и прорыв шовного материала сквозь слизистую десны. Ортопедический же способ лечения показан только в тех случаях, когда имеются противопоказания к операции по общему состоянию больного.

Ряд авторов [1—4] указывают, что во избежание тяжелых воспалительных осложнений в гайморовой пазухе перфорацию необходимо устраниć не позднее 48 ч после ее возникновения.

Изучена возможность использования антисептической губки с канамицином, приготовленной в Кировском НИИ гематологии и переливания крови, для устранения перфорации (свища) дна гайморовой пазухи. Губка обладает пластичными, противомикробными, гемостатическими свойствами и при помещении в рану самостоятельно рассасывается.

**Методика применения губки.** После удаления зуба, осложнившегося перфорацией дна гайморовой пазухи, производили тщательное высушивание лунки стерильным марлевым шариком и определяли место и размер перфорации. Затем брали губку, размеры которой были на 0,5 см больше диаметра перфорационного отверстия, подводили ее без давления к месту перфорации с последующей свободной тампонадой всей лунки (лунки каждого корня у моляров) и накладывали 1—2 кетгутовых шва. При устраниć стойких свищей гайморовой пазухи и отсутствии явлений острого одонтогенного гайморита, выявляемых клинически и рентгенологически, производили иссечение краев свища с применением губки по изложенной выше методике. Использование губки при свищах дна гайморовой пазухи с наличием атрофии альвеолярного отростка нецелесообразно из-за невозможности тампонирования лунки.

Под нашим наблюдением находилось 75 больных, у которых перфорация (свищ) дна гайморовой пазухи возникла после удаления зуба или других оперативных вмешательств на альвеолярном отростке и челюстях. У 55 больных (мужчин — 26, женщин — 29) в возрасте от 10 до 63 лет перфорацию (свищ) дна гайморовой пазухи устранили с помощью антисептической губки с канамицином. У 36 из 55 больных перфорация появилась после типичного удаления зубов и у 19 — после длительной травматичной операции. При удалении первых моляров перфорация произошла у 25 больных, вторых — у 18, третьих — у 3, премоляров — у 4; при операциях по поводу радикулярных кист верхней челюсти — у 4 и фолликулярных кист с удалением ретенированных зубов — у 2. Всего у 55 больных было изъято 56 зубов. Перфорация была определена сразу после удаления зуба у 45 больных, через сутки — у 4, через 2 сут — у одного, через 14 сут — у 2, через 30 дней — у одного и через 60 дней — у 2. У 3 из 55 пациентов наблюдалась воспалительные явления в гайморовой пазухе. Размеры перфорацион-