

дрическими наслоениями, сочетавшимися в ряде случаев со сверхценным отношением к своему здоровью. У 33,3% больных в ремиссии алкоголизма отмечалось возникновение псевдоабстинентного синдрома, который в 71,4% случаев привел к рецидиву алкоголизма. Данный синдром имел не только спонтанное развитие — у 78,6% он был в определенной степени связан с экзацербацией синдрома позвоночной артерии. Длительность псевдоабстинентного синдрома варьировала от 6 ч до 3 сут и составляла в среднем 1,2 дня. В структуре синдрома преобладали аффективные нарушения (дисфория, тревога, депрессия в 92,3%), а также фобии (71,4%) и дисмнестические расстройства (21,4%). Неврологические проявления преvalировали над соматическими и были представлены альгическим синдромом различной локализации (крайальгия, миальгия, цервикальгия), головокружением, реже трепоморем. Соматические нарушения сводились к вегето-астеническому симптомокомплексу.

Таким образом, можно заключить, что течение алкоголизма на фоне синдромов позвоночной артерии и цервикобрахиальгического при шейном остеохондрозе имеет более прогредиентную динамику и сопровождается утяжелением его основных проявлений. Преобладают псевдозапойные формы алкоголизации. Характерно наличие измененных форм опьянения (депрессивная, дисфоническая, миорелаксационно-антальгическая,

дискоординаторно-атактическая). Выражены алкогольные амнезии, особенно при гиперсомническом варианте опьянения. Выявлена разнонаправленность вариантов изменения толерантности к алкоголю с преобладанием тенденции к ее снижению. Высока частота алкогольно-органических изменений личности с психопатоподобными включениями, которые приводят к выраженной социально-трудовой дезадаптации. Ремиссии отличаются низким качеством с высокой насыщенностью психопатологическими и неврологическими расстройствами. Одним из факторов частых рецидивов алкоголизма является развитие псевдоабстинентного синдрома на фоне экзацербации синдрома позвоночной артерии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корсаков С. С. // Курс психиатрии. — Т. 2. — М., 1913.
2. Сербский В. П. // Психиатрия. — Руководство к изучению душевных болезней. — М., 1912.
3. Скугаревский А. Ф., Скугаревская Е. И. // Здравоохран. Белоруссии. — 1982. — № 6. — С. 8—11.
4. Шумский Н. Г. // В кн.: Вопросы клиники и лечения алкоголизма. — М., 1980.
5. Чудновский В. А. // В кн.: Алкоголизм (под ред. Г. В. Морозова). — М., 1983.
6. Энтин Г. М. // В кн.: Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — Т. 71. — М., 1975.

Поступила 09.02.88.

УДК 616.24—002.5—06:616.891—08

ОТКЛОНЕНИЯ В НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЕ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ИХ КОРРЕКЦИЯ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

Р. Ш. Валиев

Кафедра фтизиатрии (зав.— проф. Г. А. Смирнов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Мы обследовали больных туберкулезом с помощью Миннесотского многофильного личностного опросника (MMPI) с целью определения возможности применения этой методики фтизиатрами, не имеющими подготовки в области психиатрии, для оценки особенностей личности больных и выявления у них психических расстройств.

С помощью MMPI в модификации Л. Н. Собчик [3] было обследовано 149 больных (мужчин — 146, женщин — 3) туберкулезом легких в возрасте от 20 до 59 лет. Интерпретацию результатов обследования проводили по 3 оценочным и 10 клиническим шкалам. Количественные данные переводили в Т-баллы и по их графическому изображению определяли профиль личности.

118 из 149 больных были из IА группы диспансерного учета, их обследовали в самом начале основного курса лечения; остальные

страдали хроническим деструктивным туберкулезом (IБ группа учета).

Среди больных со свежими формами туберкулеза очаговый процесс был обнаружен у 5 человек, инфильтративный — у 105, диссеминированный — у 4, туберкулома — у 3, экскудативный пневмоторакс — у одного. Фаза распада установлена у 85 больных, бацилловыделение — у 98. 47 больных выявлены при обращении, 71 — при профилактическом флюорографическом обследовании. У 57 больных в момент поступления в стационар были отмечены симптомы интоксикации, у остальных болезнь протекала инапперцептно. Контрольную группу составили 46 здоровых людей.

При сравнении усредненных показателей профиля личности у лиц контрольной группы и больных туберкулезом у последних имели место значительные отклонения, лишь у

12,1% обследованных профиль личности не превышал норму (30—70 Т-баллов). Обращала на себя внимание частота повышения показателей по шкале депрессии (68,7%), индивидуалистичности (58,4%), тревожности (50,3%), психопатии (44,9%), ипохондрии (42,9%). Однако полученные данные требуют дифференциации, так как среди больных туберкулезом часто встречаются лица с хроническим алкоголизмом [5], который также сопровождается изменениями профиля личности по данным MMPI. В связи с этим все больные были разделены на 3 группы. В 1-ю группу (79 чел.) были включены больные со свежими формами туберкулеза легких, не состоящие на учете у нарколога; во 2-ю (39) — с такими же формами туберкулеза и сопутствующим хроническим алкоголизмом, установленным наркологом; в 3-ю (31) — с хроническим туберкулезом, не состоящие на учете у нарколога.

Мы не смогли установить достоверных различий профиля личности больных, выявленных при обращении и профосмотре, а также зависимости психических расстройств от наличия тубинтоксикации.

При оценке выраженности психических расстройств в каждой группе нами выделены 3 подгруппы: с компенсированным состоянием психики (профиль не превышает нормы — 30—70 Т-баллов), субкомпенсированным (профиль выше 70 Т-баллов по 2 шкалам, но не более 80 Т-баллов) и декомпенсированным (профиль выше 80 Т-баллов по 3 и более шкалам).

Среди впервые выявленных больных туберкулезом редко встречалось компенсированное состояние нервной системы, значительно чаще отмечалось субкомпенсированное и, особенно, декомпенсированное ($P < 0,05$). При этом выраженность психических расстройств находилась в зависимости от тяжести туберкулеза и распространенности деструктивных изменений в легких. Однако если бы психические расстройства зависели от формы заболевания, то на их возникновение наибольшее влияние оказывал бы синдром тубинтоксикации. Между тем связи между тубинтоксикацией и психическими расстройствами не обнаружено ни нами, ни Ю. Г. Степановым [4]. Следовательно, можно предполагать, что не психические расстройства зависят от тяжести заболевания туберкулезом, а, наоборот, наиболее тяжелые формы туберкулеза возникают у лиц с выраженнымими психическими расстройствами. Это подтверждается и тем фактом, что распространенный деструктивный туберкулез чаще имеет место у алкоголиков, у которых, как будет показано ниже, психические расстройства наиболее выражены.

Среди больных 1-й группы нервно-психическое состояние было компенсированное у 17,7%, субкомпенсированное — у

24%, декомпенсированным — у 58,3%, во 2-й группе — соответственно у 7,7%, 7,7% и 84,6% ($P < 0,05$). При этом у больных 1-й группы изменения чаще выявлялись по шкале депрессии (51,9%), что было расценено нами как результат реакции больного на свое заболевание, сомнений в исходе болезни, а также как следствие отрыва от семьи и привычного окружения.

Мы не встретили в литературе данных обследования с помощью MMPI больных туберкулезом с сопутствующим хроническим алкоголизмом. При сравнении профиля личности больных 1 и 2-й групп была обнаружена высокая частота и выраженность психических расстройств у страдавших алкоголизмом по всем шкалам, особенно по шкалам депрессии (84,6%), тревожности и индивидуалистичности (69,3%), психопатии (51,3%). У 75% больных 2-й группы было зарегистрировано пикообразное повышение показателей по шкале депрессии и психопатии, характерное для лиц с пониженным настроением и склонностью к асоциальным поступкам, причем в 1-й группе намного реже ($P < 0,05$). Следовательно, такое обследование может помочь в выявлении алкоголизма у лиц, скрывающих его. Неврозоподобные и психопатоподобные нарушения, диагностированные у алкоголиков, были обусловлены как реакцией личности на обнаружение у них туберкулеза, так и отрывом от возможности употребления спиртного в стационаре.

Больных туберкулезом, особенно страдающих алкоголизмом, или лиц с асоциальным поведением, нередко выписывают из стационара преждевременно за нарушение режима. При анализе профилей личности больных, выписанных по показаниям, у 18,9% пациентов 1-й группы установлено повышение показателей по шкале активности и оптимизма, характерное для лиц с высоким уровнем жизнелюбия и активности. Среди выписанных преждевременно оно встречалось всего в 3,8% случаев ($P < 0,01$), что свидетельствовало о пассивной позиции личности в большинстве случаев. Как в 1, так и во 2-й группе среди выписанных преждевременно у 54,9% больных обнаружено повышение показателей по шкале психопатии, типичное для лиц с асоциальным поведением. И действительно, часть этих больных ранее находилась в местах лишения свободы. Среди больных, выписанных по показаниям, такое повышение констатировано в 2 раза реже ($P < 0,01$).

Частота и выраженность психических расстройств среди больных хроническим туберкулезом оказались еще более значительными, чем у больных 2-й группы. Компенсированное состояние выявлено у 3,2% пациентов; субкомпенсированное — у 9,7%, декомпенсированное — у 87,1%, причем отмечена явная тенденция к ипохондризации

личности, что логично увязывалось с выраженными депрессивными расстройствами. Таким образом, у больных 3-й группы выявленные невротические расстройства были обусловлены пребыванием в стационаре с явлениями госпитализма, тяжелыми соматическими нарушениями, бесперспективностью лечения и неверием в исцеление. Данными факторами объясняется и асоциальность поведения ряда больных данной группы.

В отечественной литературе имеются сообщения о проведении психотерапии больным туберкулезом [2, 4, 6], но лишь на санаторном этапе лечения, когда туберкулезный процесс уже близок к излечению. Между тем большинство больных деструктивным туберкулезом с выраженным психическими расстройствами длительно лечатся в больницах. В связи с этим заслуживает внимания предложение о необходимости введения в штатное расписание крупных противотуберкулезных больниц должности психолога [7].

Нарушения нервно-психической сферы, диагностированные у больных туберкулезом легких, побудили нас испытать метод рациональной психотерапии, направленной на устранение невротических наслойений, коррекцию психических расстройств, вызванных болезнью, формирование правильных установок на пребывание в стационаре. Психологическое обследование с последующим обсуждением его результатов с больным носило психокорригирующий характер, способствуя реконструкции личностных установок, помогало планировать психотерапевтическую работу [1].

Рациональная психотерапия была проведена 57 больным 1 и 2-й групп, из них 15 алкоголикам. Оставшиеся больные (61 чел.) составили контрольную группу. Обе группы были идентичны по характеру туберкулезного процесса и типу психических расстройств.

Всем больным было назначено комплексное противотуберкулезное лечение с включением в показанных случаяхrifampicina, глюкокортикоидных и анаболических гормонов, туберкулинетерапии, пирогенала, УЗ, коллатептерапии. Через 3—4 мес пребывания в стационаре обследованы повторно с помощью MMPI 45 больных, получавших психотерапию, и 18 больных контрольной группы. Анализ показал достоверное уменьшение как частоты, так и выраженности психических расстройств по всем шкалам в группе больных, которые прошли психотерапию ($P < 0,01$). Компенсированное состояние среди больных, не состоящих на учете у нарколога, было достигнуто в 50%

случаев, субкомпенсированное — в 31,5% ($P < 0,001$). В группе больных, леченных с применением психотерапии, достоверного улучшения не было выявлено. При сравнении усредненного профиля больных, получавших психотерапию, с таковым у лиц контрольной группы выявленные различия оказались недостоверными, что свидетельствовало об эффективности проведенных мероприятий.

В результате психотерапии больные реже нарушили больничный режим и чаще выдерживали необходимые сроки пребывания в стационаре, что благоприятно отражалось на результатах лечения. Из 57 больных, получавших психотерапию, по показаниям были выписаны 77,1%, в группе без психотерапии — 32,8% ($P < 0,001$). Среди больных 1-й группы частота закрытия полостей расходилась к моменту выписки из стационара составляла 84,9%, а абацилирование — 94,5%. В группе без психотерапии чаще имела место преждевременная выписка из больницы, упомянутые показатели излечения были равны соответственно 48% и 64,3%. Среди алкоголиков эффективность психотерапии была ниже: по показаниям были выписаны 6 больных из 15; в группе алкоголиков, не получавших психотерапии — 19 из 24 ($P < 0,01$). По-видимому, больным этой группы недостаточно назначать только психотерапию, нужны и психотропные средства.

В свете изложенных выше данных очевидна необходимость пересмотра концепции реабилитации во фтизиатрии, введение в комплекс лечения больных туберкулезом легких системы психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий с предварительным психологическим обследованием. Такие экспериментально-психологические методы могут быть применены в работе каждым практическим фтизиатром.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарева Л. В., Ковалева З. Я., Лупчикова В. А. и др. // В кн.: Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза. — Тезисы республиканской научной конференции. — Каunas, 1983.
2. Грайман А. Л. // Коллективная психотерапия. — М., Медицина, 1969.
3. Собчик Л. Н. // Пособие по применению психологической методики MMPI. — М., 1971.
4. Степанов Ю. Г. // Психоневрологические аспекты реабилитации в подростковом противотуберкулезном санатории. — Канд. дисс. — Л., 1974.
5. Шестерина М. В. // В кн.: Материалы V Всероссийского съезда фтизиатров. — М., 1980.
6. Шмурев В. Н. // В кн.: Тезисы докладов IV съезда фтизиатров БССР. — Минск, 1980.
7. Trojanek S. // Gruzlicai choroby plus. — 1974. — Vol. 12. — P. 1147—1153.

Поступила 22.12.87.