

Таблица 3 - Эффективность проводимой методики у пациентов ЛН

Показатели	1 группа (n = 22)		2 группа (n = 20)	
	n	%	n	%
Практическое выздоровление	5	22,7	8	40,1
Значительное улучшение	5	22,7	5	25,2
Улучшение	4	18,2	4	20,3
Незначительное улучшение	5	22,7	2	9,4
Отсутствие эффекта	3	13,7	1	5,0

Сравнительный анализ клинических и функциональных показателей позволил установить, что применение разработанного нами метода дает возможность получить более устойчивый лечебный эффект по сравнению с контрольной группой. Эффективность проведенной реабилитации в баллах при этом составляет $48,8 \pm 5,32$.

Таким образом, применение предложенного метода медицинской реабилитации пациентов с невропатией лицевого и глазодвигательных нервов способствует более быстрому восстановлению трудоспособности, сокращению длительности лечения, более рациональному использованию коечного фонда, врачебных кадров и медицинской техники.

ОЦЕНКА ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ В АСПЕКТЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ «МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ»

Чапко И.Я., Стахейко Н.В., Фрид О.Н., Перкова В.Е.

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Актуальность: апробация «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ) в практической реабилитации пациентов вызывает определенные затруднения в связи с размытостью и неопределенностью некоторых терминов и понятий. В частности,

в МКФ выделены, как класс, «личностные факторы» (факторы, определяющие здоровье), однако они не расшифрованы и не детализированы.

Цель: определить психологическую структуру личности пациентов с помощью опросника 16 PF Кеттелла, установить взаимосвязь между «личностными факторами» и уровнем социально-психологической дезадаптации.

Методы исследования: Объектом настоящего исследования были пациенты с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ). Всего было обследовано 72 пациента. Из них 41 чел. с клиническими проявлениями дисциркуляторной энцефалопатии, 20 чел. после мозгового инсульта (МИ), 11 чел. с преходящими нарушениями мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки). У всех пациентов отмечались в различной степени проявления церебрастении или «органического астенического расстройства» (в рамках нерезковыраженного, так называемого, «психоорганического» синдрома или неврозоподобного синдрома).

Результаты исследования: проведенные исследования позволили выявить определенные закономерности результатов личностного профиля в зависимости от степени выраженности нарушений. Так, анализ личностных профилей показал, что для исследованных пациентов (по сравнению со здоровыми лицами) были характерны низкие оценки по факторам:

-А, свидетельствующие об обособленности, отчужденности пациентов, отсутствии у них живых сильных эмоций, наличии холодности, жесткости в контактах с окружающими;

-С, отражающие эмоциональную неустойчивость, периодическую неспособность контролировать свои эмоции и влечения, неумение выразить их в социально доступной форме (что внешне проявлялось как плохой эмоциональный контроль, отсутствие чувства ответственности, уклонение от реальности);

-Е, отражающие покорность, неумение отстаивать свою точку зрения, неверие в себя и свои возможности;

-F, свидетельствующие об озабоченности, беспокойстве о своем будущем, ожидании возможных неудач и несчастий;

-Н, указывающие на наличие сдержанности, неуверенности в себе, имеющем место чувство собственной неполноценности и

недостаточности, стремлении избегать социальных контактов и любого самовыражения;

-М, свидетельствующие о повышенной тщательности и аккуратности.

Высокие оценки были получены по факторам:

+G, отражающие высокую сознательность и настойчивость, обязательность, выраженное чувство долга, стремление к соблюдению моральных норм, высокую требовательность к себе и к окружающим;

+L, указывающие на присущие пациенту такие качества как недоверчивость и подозрительность, ожидание неблагоприятных поступков со стороны других людей;

+N, свидетельствующие о повышенной склонности к образованию поведенческих стереотипов;

+O, указывающие на чувство постоянной неадекватности, повышенную тревожность и беспокойство, неустойчивое настроение, внезапно возникающее чувство вины;

+Q2, отражающие наличие определенной независимости, самостоятельности, предприимчивости, избегание контактов с людьми, предпочтение выполнять ту или иную работу самостоятельно;

+Q4, свидетельствующие о раздражительности, напряженности, нетерпеливости, легкой возбудимости и быстрой утомляемости.

Анализ личностных профилей показал, что для пациентов было характерно доминирование отдельных факторных оценок, которые в целом составляли “типичный целостный профиль личности” пациента с астенией, отличающийся от такового у здоровых лиц. Анализ зависимости факторных оценок от степени выраженности астении показал, что в целом личностный профиль пациента не менялся, хотя имело место “заострение” некоторых личностных черт, таких как эмоциональная неустойчивость (-C), покорность (-E), озабоченность (-F), робость (-H), однако степень связи признаков (факторная оценка - степень астении) была низкой ($r < 0,3$).

Одним из направлений исследования личностных особенностей пациентов являлось сопоставление факторных оценок и степени социально-психологической адаптации. Было

установлено, что уровень социально-психологической адаптации взаимосвязан с личностными особенностями пациентов. Так, социально адаптированные пациенты отличались доминированием в факторной структуре качеств, отражающих стремление к контактам с людьми (фактор А), наличие сильных положительных эмоций (С), настойчивость в достижении поставленных целей (Е), отсутствие беспокойства о своем будущем (F), настойчивость в достижении поставленных целей, обязательность и чувство долга (G), уверенность в своих силах (H), мягкосердечность в отношениях с людьми (I), доверчивость (L), практичность в повседневных делах (M), простоту в общении (N), постоянство и обязательность в семейных, дружеских и служебных отношениях (O), гибкость мировоззрения (Q1), самостоятельность и предприимчивость (Q2), достаточный самоконтроль поведения (Q3), низкий уровень фрустрированности (Q4).

По мере нарастания степени социально-психологической дезадаптации происходило постепенное изменение личностного профиля. У пациентов с незначительной и умеренной социально-психологической дезадаптацией отмечалось превалирование и усугубление таких качеств как обособленность (-А) ($r=0,56$, $p<0,01$), эмоциональная неустойчивость (-С) ($r=0,75$, $p<0,01$), покорность (-Е) ($r=0,71$, $p<0,01$), озабоченность (-F) ($r=0,76$, $p<0,01$), совестливость (+G) ($r=0,31$, $p<0,05$), робость (-H) ($r=0,66$, $p<0,01$), жестокость (-I) ($r=0,46$, $p<0,01$), подозрительность (+L) ($r=0,66$, $p<0,01$), практичность (-M) ($r=0,43$, $p<0,01$), расчетливость (+N) ($r=0,76$, $p<0,01$), чувство вины (+O) ($r=0,82$, $p<0,01$), ригидность (-Q1) ($r=0,86$, $p<0,01$), самостоятельность (+Q2) ($r=0,76$, $p<0,01$), напряженность (+Q4) ($r=0,86$, $p<0,01$).

Максимум изменения личностного профиля отмечался у пациентов со значительно выраженной социально-психологической дезадаптацией. Так, для пациентов (по сравнению с другими подгруппами) были характерны максимально низкие оценки по факторам:

-А, свидетельствующие об обособленности, отчужденности пациентов, отсутствии у них живых сильных эмоций;

-С, отражающие эмоциональную неустойчивость, периодическую неспособность контролировать свои эмоции и влечения;

-Е, отражающие покорность, неумение отстаивать свою точку зрения, неверие в себя и свои возможности;

-F, свидетельствующие об озабоченности, беспокойстве о своем будущем, ожидании возможных неудач и несчастий;

-Н, указывающие на наличие сдержанности, неуверенности в себе, имеющем место чувство собственной неполноценности и недостаточности.

Максимально высокие оценки отмечались по факторам:

+L, указывающие на присущие пациенту такие качества как недоверчивость и подозрительность, ожидание неблагоприятных поступков со стороны других людей;

+N, свидетельствующие о повышенной склонности к образованию поведенческих стереотипов;

+О, указывающие на чувство постоянной неадекватности, повышенную тревожность и беспокойство, неустойчивое настроение, внезапно возникающее чувство вины.

Применение опросника позволило рассчитать ряд дополнительных показателей, характеризующих адаптационные возможности пациентов.

Показатель устойчивости системы интеграции поведения (IB) (оцененный по фактору С опросника 16 PF Кеттелла) имел низкие значения у пациентов с выраженной астенией и значительной социально-психологической дезадаптацией, увеличиваясь по мере уменьшения клинических проявлений астении и улучшения качества социально-психологической адаптации. Следует отметить параллельность изменения показателя устойчивости интеграции поведения и двух взаимосвязанных показателей (степень выраженности астении ($r=0,75$, $p<0,01$) и степень социально-психологической дезадаптации ($r=0,75$, $p<0,01$), что отражало их тесную взаимосвязь (при интеркорреляционном сопоставлении $r=0,98$, $p<0,01$).

Фрустрационная напряженность (FR) (оцененная по фактору Q4 опросника 16 PF Кеттелла) имела минимальные значения у пациентов с легкой астенией и полностью социально адаптированных. По мере нарастания астении фрустрационная напряженность увеличивалась ($r=0,65$, $p<0,01$), достигая максимального значения у пациентов с выраженными

расстройствами ($6,4 \pm 0,2$ стенов). Вместе с тем, зависимость между ростом фрустрационной напряженности и нарастанием степени социально-психологической дезадаптации была более выражена ($r=0,86$, $p<0,01$), достигая максимума у пациентов со значительной социально-психологической дезадаптацией ($6,7 \pm 0,3$ стенов). Уровень тревоги (АХ) (определяемый по второму комплексному фактору QII опросника 16 PF Кеттелла) также имел минимальную оценку в подгруппе пациентов с легкой астенией и полной социально-психологической адаптацией. Как и фрустрационная напряженность, уровень тревоги увеличивался по мере нарастания степени выраженности астении ($r=0,35$, $p<0,05$) и степени социально-психологической дезадаптации ($r=0,65$, $p<0,01$). Как меру потенциальной стабильности психической адаптации можно рассматривать такой показатель как порог фрустрации (LF) (оцениваемый по фактору QIII опросника 16 PF Кеттелла). Порог фрустрации отражает тот минимальный уровень нарушения взаимодействия между индивидом и средой, который необходим для возникновения состояния фрустрации (в результате чего блокируется или затрудняется удовлетворение актуальной физической и духовной потребности пациента). Проведенные исследования показали, что минимальные значения порога фрустрации имел у пациентов с выраженной астенией ($4,9 \pm 0,3$ стенов) и со значительной социально-психологической дезадаптацией ($4,7 \pm 0,2$ стенов), максимальные - при легкой астении ($5,8 \pm 0,5$ стенов) и полной социально-психологической адаптации ($5,8 \pm 0,4$ стенов). Положительная корреляционная зависимость ($r=0,58$, $p<0,01$) между степенью выраженности астении и еще большая зависимость между социально-психологической адаптацией ($r=0,75$, $p<0,01$) и величиной порога фрустрации свидетельствовала о том, что пациенты с выраженной астенией и со значительной социально-психологической дезадаптацией отличаются сензитивностью, повышенной фрустрированностью, в то время как при легкой астении и социально-психологической адаптации пациентам была присуща уравновешенность и малая чувствительность по отношению к фрустрационным воздействиям.

Выводы: Таким образом, определение психологической структуры личности с помощью опросника Р. Кеттелла позволило исследовать целостный профиль личности пациентов, оценить дезадаптирующие «личностные» факторы, которые необходимо учитывать при проведении реабилитации пациентов.

РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Шейфер Ю.А., Гельберг И.С., Алексо Е.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Актуальность: В настоящее время туберкулез (ТБ) по-прежнему остается актуальной проблемой в мире [3]. Ежегодно примерно у девяти миллионов человек развивается активный туберкулез и около двух миллионов умирают от этой болезни [2].

Более 90% всех случаев заболеваемости ТБ и смертей от него приходится на развивающиеся страны, где ТБ в 75% случаев поражает наиболее экономически продуктивную возрастную группу (15–54 года). В развивающемся мире взрослый больной ТБ теряет ежегодно в среднем от 3 до 4 месяцев рабочего времени. Это приводит к потере 20–30% ежегодного дохода [4].

Важнейшая черта современного патоморфоза туберкулеза - это распространение лекарственной устойчивости (ЛУ) и, особенно, множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерий туберкулеза. При МЛУ лечение бывает полностью неэффективным, и больные остаются постоянными бактериовыделителями. Низкая эффективность химиотерапии (ХТ) ведет к развитию запущенных деструктивных форм туберкулеза легких [5]. У больного деструктивными формами туберкулеза легких при наличии МЛУ, ряда отягощающих факторов, часто развиваются рецидивы заболевания, что приводит к развитию хронических и неизлечимых форм [7, 9]. Лечение лекарственноустойчивого, а тем более МЛУ туберкулеза - довольно сложная задача [5]. Наличие первичной