

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ ЛИЧНОСТИ

Н.В. БОЧКАРЕВА, В.Г. ПОДСЕВАТКИН, С.В. КИРЮХИНА, С.В. ПОДСЕВАТКИНА

*ФГБОУ ВПО Национального исследовательского Мордовского государственного университета
им. Н.П. Огарева, ул. Большевикская, д. 68, г. Саранск, Республика Мордовия, Россия, 430005*

Аннотация. Цель работы: изучение терапевтической эффективности мексидола, гипербарической оксигенации и тимогена в комплексном лечении больных с невротическим развитием личности и ее влияние на качество жизни пациентов.

Материал и методы исследования: в исследование было включено 142 пациента с невротическим развитием личности. Пациентам первой назначалась традиционная терапия анксиолитиком и антидепрессантом в течение 30 дней. Пациентам второй группы базовая терапия дополнялась антиоксидантом, иммунокорректором, сеансами гипербарической оксигенации. Критериями эффективности для итоговой оценки результатов лечения являлись: редукция степени выраженности психопатологических симптомов, улучшение умственной и физической работоспособности и социальной активности.

Результаты: у пациентов с невротическим развитием личности выявлены физическая и умственная истощаемость, снижение побуждений, низкая продуктивность в труде и социальная дезадаптация, что отражается в низких показателях качества жизни больных в сфере социальных отношений и в психологической сфере. Эти симптомы на фоне традиционной терапии антидепрессантом и анксиолитиком не только не купируются, но и усугубляются нежелательными действиями данной группы препаратов. Комбинированное сочетание анксиолитика и антидепрессанта с гипербарической оксигенацией, антиоксидантом и иммунокорректором демонстрируют эффективность терапевтического воздействия метаболической терапии, что проявляется в значительном улучшении физического, психического и социального функционирования пациентов и повышении их качества жизни.

Выводы: комбинация пароксетина и диазепама с мексидолом, гипербарической оксигенацией, тимогеном в терапии невротического развития личности позволяет уменьшить нежелательные эффекты антидепрессантов и бензодиазепиновых анксиолитиков, повысить работоспособность больных, их активность в общении, социальную адаптацию и качество жизни, что указывает на высокую эффективность и безопасность данной схемы лечения.

Ключевые слова: невротическое развитие личности, метаболическая терапия, качество жизни, опросник WHOQOL-100.

STUDY OF QUALITY OF LIFE IN THE PATIENTS WITH PERSONALITY
NEUROTIC DEVELOPMENT

N.V. BOCHKAREVA, V.G. PODSEVATKIN, S.V. KIRYUKHINA,
S.V. PODSEVATKINA

*National Research Mordovia State N.P. Ogarev University,
Bolshevistskaya Str., 68, Saransk, Republic of Mordovia, Russia, 430005*

Abstract. Objective: To study the therapeutic effects of mexidol, hyperbaric oxygenation and timogena in complex treatment of patients with neurotic personality development and its impact on quality of life of patients.

Material and methods: The study included 142 patients with neurotic personality development. Patients of the first group were prescribed conventional therapy anxiolytic and antidepressant within 30 days. Patients of the second group were treated basic therapy and antioxidant immune correctors, sessions of hyperbaric oxygenation. Performance criteria for the final evaluation of the results of treatment were: reduction of the severity of psychiatric symptoms, improve mental and physical performance and social activity.

Results: In patients with neurotic personality development identified physical and mental exhaustion, reduced intentions, low productivity at work and social exclusion, which is reflected in low rates of quality of life in social relations and in the psychological realm. These symptoms on a background of traditional anxiolytic and antidepressant therapy didn't cropped, but compounded undesirable actions of these drugs. Combined anxiolytic and antidepressant combination with hyperbaric oxygenation and antioxidant immune correctors demonstrate the effectiveness of the therapeutic effects of metabolic therapy, which is manifested in a significant improvement in physical, mental and social functioning of patients and improve their quality of life.

Conclusions: The combination of paroxetine and diazepam with mexidol, hyperbaric oxygenation therapy, timogena can reduce the undesirable effects of antidepressants and benzodiazepine anxiolytics, increase efficiency

Библиографическая ссылка:

Бочкарева Н.В., Подсеваткин В.Г., Кирюхина С.В., Подсеваткина С.В. Изучение качества жизни пациентов с невротическим развитием личности // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 7-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4904.pdf> (дата обращения: 10.11.2014).

of patients, their activity in communication, social inclusion and quality of life, indicating that the high efficacy and safety of this regimen.

Key words: neurotic personality development, metabolic therapy, quality of life questionnaire WHOQOL- 100.

Актуальность проблемы. Невротические расстройства называют социальной болезнью [12]. По данным, которые приводит Ю.А. Александровский, число лиц с психическими расстройствами, возникшими вследствие стрессовых воздействий в России достигает 10 миллионов [2]. Однако выборочные исследования других авторов свидетельствуют, что стресс-обусловленных заболеваний значительно больше: 250-300 на 1000 человек, т.е. подобные расстройства возникают у 25-40% жителей страны [9]. Неврозы составляют около 20% в структуре общей заболеваемости и занимают 3-е место после кардиологической и онкологической патологии [3]. У 20-40% больных течение невротических расстройств может принимать ремитирующий, рекуррентный характер, при этом существенно снижая уровень социального функционирования пациентов. Затяжные пограничные психические заболевания, как правило, поражают лиц трудоспособного возраста и оказываются причинами значительного снижения качества жизни больных, а в ряде случаев – длительной и рецидивирующей нетрудоспособности, зачастую приводя к инвалидизации [2]. Внимание медиков все больше фокусируется не на отдельной болезни и ее симптомах, а на пациенте как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами. Растет понимание того, что качество жизни является чрезвычайно важной мерой результатов лечения [4]. В 1982 году R.M. Kaplan и Bush предложили термин «health-related quality of life» (качество жизни, обусловленное здоровьем), что позволило выделить параметры, описывающие состояние здоровья, заботу о нем и качество медицинской помощи из общей концепции качества жизни [4]. Согласно определению ВОЗ качество жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами [6]. Деформация личности на фоне длительных стрессов приводит к потере умственной и физической работоспособности, снижению творческого потенциала и приводит к снижению продолжительности жизни [7, 11]. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что качество жизни психически больных ниже, чем в общей популяции [2, 3, 7]. На уровень качества жизни влияет длительность заболевания и наблюдения в психоневрологических учреждениях, уровень самооценки и самоактуализации, эффективность психофармакотерапии [8]. Традиционная фармакотерапия затяжных невротических расстройств основана на использовании антидепрессантов и анксиолитиков. Однако при применении этих препаратов часто проявляются нежелательные эффекты в виде седации, снижения концентрации внимания, снижения умственной и физической работоспособности [1], что усугубляет низкое социальное функционирование пациентов, тем самым еще более снижая их качество жизни. Работы ряда авторов показали, что гипербарическая оксигенация в сочетании с антиоксидантами и иммуномодуляторами обладают выраженным стресс-протекторным действием, потенцирующим лечебные эффекты анксиолитиков и антидепрессантов и снижающие риск возникновения нежелательных эффектов [10, 13, 14]. При этом, несмотря на общность патогенетических механизмов развития острых и затяжных форм невротических расстройств, при лечении невротического развития личности комплексные патогенетические подходы с использованием антиоксидантов, антигипоксантов, иммунокорректоров, как правило, не применяются. В связи с этим, целью настоящего исследования явилось изучение динамики показателей качества жизни пациентов с невротическим развитием личности на фоне патогенетической терапии.

Материалы и методы исследования. Проведено простое, рандомизированное, сравнительное в параллельных группах исследование, в отделении неврозов ГАУЗ Республики Мордовия «Республиканская психиатрическая больница», с информированного добровольного согласия пациентов согласно статье 11 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и заключением ЛЭК (№ 35 от 28.01.13 г.). Критерии включения пациентов в исследование: установленный диагноз «невротическое развитие личности» в соответствии с МКБ-10 (F62.1) с длительностью невротической симптоматики более пяти лет. Критерии исключения из исследования: вялотекущие формы шизофрении и другие расстройства шизофренического спектра, органические заболевания ЦНС, эндокринная патология, злокачественные новообразования, клаустрофобия. Критериями эффективности для итоговой оценки результатов лечения являлись: редукция выраженности психопатологических симптомов, восстановление работоспособности, социальной активности и качества жизни. Оценка психического состояния и социальной адаптации осуществлялась по шкале Авруцкого-Зайцева при поступлении в стационар, на 10, 20 и 30 день лечения. Исследование качества жизни проводилось при поступлении в стационар и на 30 день лечения, по русской версии международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100), позволяющего наиболее полно оценить шесть сфер качества жизни: физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания); уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения); общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология); духовность (религия, личные убеждения). Опрос-

Библиографическая ссылка:

Бочкарева Н.В., Подсевакина В.Г., Кирюхина С.В., Подсевакина С.В. Изучение качества жизни пациентов с невротическим развитием личности // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 7-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4904.pdf> (дата обращения: 10.11.2014).

ник заполнялся респондентами самостоятельно и являлся субъективной мерой оценки благополучия и удовлетворенности условиями своей жизни.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью стандартного пакета программ Statistica на персональном компьютере с процессором IntelPentium III. В нем для обработки полученных результатов используется альтернативный метод вариационной статистики с вычислением средней выборочной (M), ошибки среднего (m). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Всего в исследование было включено 142 пациента, из них 98 женщин, 44 мужчины. Средний возраст больных находился в пределах 48,7±9,6лет. Пациенты были распределены на 2 группы (по 71 человеку). Пациентам первой назначалась традиционная терапия диазепамом по 10мг в сутки внутривенно струйно 1 раз в день 21 день, пароксетином в дозе 40мг 1 раз в день в течение 30 дней. Пациентам второй группы базовая терапия дополнялась мексидолом по 200мг в сутки (4 мл 5% раствора) внутривенно капельно на 200 мл физиологического раствора натрия хлорида в течение 20 дней, с последующим переходом на таблетированную форму по 250 мг 3 раза в сутки до 30 дней; тимогеном 0,01%, вводимым по 1 мл внутримышечно ежедневно в течение 10 дней, затем по 1 мл внутримышечно через день в течение 5 дней, сеансами гипербарической оксигенации (общим курсом 21 сеанс) в барокамерах типа БЛКС-301 и 303 МК при длительности изопрессии 40мин., избыточном давлении 1,6 атмосфер. Проведено сравнительное исследование влияния традиционной психофармакотерапии (анксиолитик и антидепрессант) и ее сочетание с гипербарической оксигенацией, антиоксидантом, иммунокорректором на клиническую симптоматику и качество жизни пациентов с невротическим развитием личности. Перед началом терапии по данным клинко-диагностического исследования, в выраженности клинических симптомов межгрупповых различий не было (табл.1, 2). При проведении клинко-диагностических методов оценки состояния здоровья пациентов с невротическим развитием личности определены следующие основные симптомы заболевания: тревога (62,3%), снижение побуждений (82,1%), физическая (42,3%) и умственная (54,8%) истощаемость, снижение продуктивности в труде (75,3%), снижение активности в общении (73,2%), нарушение сна (38,6%), снижение концентрации внимания (63,8%), социальная дезадаптация (78,6%). Таким образом, в клинической картине невротического развития личности, по шкале Авруцкого-Зайцева, преобладали симптомы тревоги и инсомнии, а также нарушения процессов социального функционирования, познавательной активности и трудоспособности. В ходе дальнейшего исследования выявлено, что на фоне практически одновременного нарастания анксиолитического и гипнотического эффектов в обеих группах происходят существенные отличительные изменения в сфере познавательной активности пациентов, их социального взаимодействия и трудоспособности (табл. 1, 2).

Таблица 1

Динамика клинических симптомов при невротическом развитии личности на фоне традиционной терапии на разных сроках лечения (баллы; $M \pm m$)

Симптом	Степень выраженности, баллы			
	Исходные	10день	20 день	30 день
Тревога	2,28±0,69	1,74±0,48	1,1±0,38*	0,19±0,11*
Нарушения сна	2,53±0,52	1,82±0,51	1,02±0,43*	0,58±0,31*
Снижение концентрации внимания	2,36±0,43	2,41±0,35	2,48±0,42	2,54±0,56
Снижение побуждений	1,68±0,44	1,74±0,48	2,07±0,36*	2,21±0,32*
Истощаемость физическая	1,44±0,35	1,68±0,29	2,10±0,19*	2,38±0,21*
Истощаемость умственная	1,75±0,68	2,08±0,34*	2,19±0,43*	2,63±0,28*
Снижение продуктивности в труде	2,20±0,31	2,28±0,37	2,34±0,40*	2,74±0,21*
Снижение активности в общении	1,71±0,35	1,86±0,40	2,16±0,21*	2,81±0,13*
Социальная дезадаптация	2,11±0,30	2,26±0,42	2,28±0,34	2,57±0,14*

Примечание: * – отличия от соответствующих исходных значений достоверны при $p < 0,05$

В первой группе пациентов, получавших традиционную терапию пароксетином и диазепамом, к 30 дню исследования происходило некоторое ухудшение концентрации внимания с 2,36±0,43 до 2,54±0,56 баллов, а также статистически достоверное снижение побуждений с 1,68±0,44 до 2,21±0,32 баллов и нарастание умственной истощаемости с 1,75±0,68 до 2,63±0,28 баллов (табл.1).

Ухудшалась и трудоспособность пациентов первой группы к 30 дню терапии: показатель физической истощаемости увеличивался с 1,44±0,35 до 2,38±0,21 балла, показатель снижения продуктивности к труду увеличивался с 2,20±0,31 до 2,74±0,21 балла.

Библиографическая ссылка:

Бочкарева Н.В., Подсваткин В.Г., Кирюхина С.В., Подсваткина С.В. Изучение качества жизни пациентов с невротическим развитием личности // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 7-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4904.pdf> (дата обращения: 10.11.2014).

Статистически достоверной явилась динамика показателей социального функционирования этой группы пациентов: ухудшился показатель снижения активности в общении с $1,71 \pm 0,35$ баллов до $2,81 \pm 0,13$ баллов, показатель социальной дезадаптации увеличился с $2,11 \pm 0,30$ баллов до $2,57 \pm 0,14$ баллов.

Таблица 2

Динамика клинических симптомов при невротическом развитии личности на фоне комбинированной терапии на разных сроках лечения (баллы; M \pm m)

Симптом	Степень выраженности, баллы			
	Исходные	10 день	20 день	30 день
Тревога	$2,24 \pm 0,53$	$1,64 \pm 0,58$	$0,82 \pm 0,61^*$	$0,16 \pm 0,07^*$
Нарушения сна	$2,53 \pm 0,36$	$1,68 \pm 0,64$	$0,89 \pm 0,42^*$	$0,38 \pm 0,23$
Снижение концентрации внимания	$2,53 \pm 0,31$	$2,10 \pm 0,37$	$1,15 \pm 0,27^{*A}$	$0,28 \pm 0,09^{*A}$
Снижение побуждений	$1,76 \pm 0,37$	$1,58 \pm 0,44$	$1,11 \pm 0,49^A$	$0,43 \pm 0,21^{*A}$
Истощаемость физическая	$1,64 \pm 0,27$	$1,52 \pm 0,38$	$0,94 \pm 0,23^{*A}$	$0,56 \pm 0,21^{*A}$
Истощаемость умственная	$1,91 \pm 0,53$	$1,70 \pm 0,62$	$1,41 \pm 0,56^*$	$0,82 \pm 0,25^{*A}$
Снижение продуктивности в труде	$2,44 \pm 0,44$	$1,56 \pm 0,39^*$	$1,08 \pm 0,24^{*A}$	$0,30 \pm 0,14^{*A}$
Снижение активности в общении	$1,79 \pm 0,63$	$1,52 \pm 0,22^*$	$1,16 \pm 0,20^{*A}$	$0,58 \pm 0,11^{*A}$
Социальная дезадаптация	$2,14 \pm 0,42$	$1,65 \pm 0,28$	$1,17 \pm 0,34^{*A}$	$0,58 \pm 0,12^{*A}$

Примечание: * – отличия от соответствующих исходных значений достоверны при $p < 0,05$; A – отличия от пациентов, получавших «традиционную» психофармакотерапию в соответствующий день наблюдения при $p < 0,05$

Познавательная активность пациентов второй группы, принимающих пароксетин и диазепам в комбинации с мексидолом, тимогеном, гипербарической оксигенацией, улучшилась значительно (табл.2). Это подтверждено статистически достоверными изменением показателя низкой концентрации внимания к 30 дню терапии с $2,53 \pm 0,31$ баллов до $0,28 \pm 0,09$ баллов; улучшился показатель снижения побуждений по сравнению с исходными данными к 30 дню терапии с $1,76 \pm 0,37$ до $0,43 \pm 0,21$ баллов; показатель умственной истощаемости изменился с $1,91 \pm 0,53$ баллов до $0,82 \pm 0,25$ баллов.

О повышении трудоспособности пациентов второй группы указывает улучшение показателя физической истощаемости с $1,64 \pm 0,27$ баллов до $0,56 \pm 0,21$ баллов, и показателя низкой продуктивности в труде с $2,44 \pm 0,44$ баллов до $0,30 \pm 0,14$ баллов. Важным показателем положительной динамики терапии является улучшение социального функционирования пациентов. Данный эффект нами был выявлен у пациентов второй группы: показатель сниженной активности в общении улучшился по сравнению с исходным с $1,79 \pm 0,63$ баллов до $0,58 \pm 0,11$ баллов, показатель социальной дезадаптации с $2,14 \pm 0,42$ до $0,58 \pm 0,12$ баллов. При этом имелись статистически достоверные отличия в исследуемых показателях от группы пациентов, получавших «традиционную» психофармакотерапию в соответствующий день наблюдения.

Таким образом, в ходе данного исследования выявлено, что добавление к традиционной терапии невротического развития личности мексидола, тимогена и гипербарической оксигенации позволяет улучшить функционирование пациентов как в сферах познавательной активности и труда, так и, в целом, в социальном взаимодействии. Эти выводы согласуются и с полученными данными при исследовании качества жизни пациентов по опроснику WHOQOL-100.

Таблица 3

Показатели опросника ВОЗ КЖ-100 при невротическом развитии личности на фоне традиционной терапии (баллы; M \pm m)

№	Сфера	Исходные	1-я группа (традиционная терапия)
1	Физическая	$9,32 \pm 0,71$	$12,34 \pm 0,2,11^*$
2	Психологическая	$8,86 \pm 0,36$	$7,36 \pm 0,28^*$
3.	Социальные отношения	$7,63 \pm 0,49$	$6,48 \pm 0,24^*$
4.	Окружающая среда	$12,84 \pm 3,06$	$12,23 \pm 2,10$
5.	Духовная сфера	$10,85 \pm 2,14$	$11,08 \pm 2,34$
6.	Уровень независимости	$9,25 \pm 2,33$	$7,48 \pm 0,92$
7.	Суммарный балл	$58,75 \pm 9,09$	$11,08 \pm 2,34^*$

Примечание: * – отличия от соответствующих исходных значений, достоверны при $p < 0,05$

Библиографическая ссылка:

Бочкарева Н.В., Подсевакина В.Г., Кирихина С.В., Подсевакина С.В. Изучение качества жизни пациентов с невротическим развитием личности // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 7-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4904.pdf> (дата обращения: 10.11.2014).

При исследовании качества жизни пациентов с невротическим развитием личности с помощью инструмента WHOQOL-100 наименее благополучными оказались физическая (9,32±0,71 баллов) и психологическая (8,86±0,36 баллов) сферы, а также сферы социальных отношений (7,63±0,49 баллов) и уровня независимости (9,25±2,33 баллов) (табл. 3, 4).

При анализе показателей качества жизни первой группы пациентов к 30 дню терапии пароксетином и диазепамом было выявлено улучшение в физической сфере с 9,32 ±0,71 баллов до 12,34 ±2,11 баллов. Во второй группе пациентов улучшение данного показателя явилось более выраженным – 16,42±2,14 баллов, при этом имелись статистически достоверные отличия от пациентов, получавших «традиционную» психотерапию в соответствующий день наблюдения.

Таблица 4

Показатели опросника ВОЗ КЖ-100 при невротическом развитии личности на фоне комбинированной терапии (баллы; M±m)

№	Сфера	Исходные	2-я группа (комбинированная терапия)
1	Физическая	9,28±0,82	16,42±2,04* ^A
2	Психологическая	8,91±0,27	16,23±1,37* ^A
3	Социальные отношения	7,58±0,43	15,37±2,42* ^A
4	Окружающая среда	12,77±2,41	14,25±1,72
5	Духовная сфера	11,21±3,08	13,29±2,29
6	Уровень независимости	8,63±2,33	13,31±2,35* ^A
7	Суммарный балл	58,38±9,34	88,87±12,19* ^A

Примечание: * – отличия от соответствующих исходных значений, достоверны при $p < 0,05$;
A – отличия от соответствующих значений первой группы пациентов, достоверны при $p < 0,05$

Низкий показатель качества жизни в группе пациентов, получающих традиционную терапию, в сфере уровня независимости, остается без положительной динамики к 30 дню лечения по сравнению с исходными данными. Это указывает то, что антидепрессант и анксиолитик не оказывает положительного влияния на исходно низкую при невротическом развитии личности способность к работе и выполнению повседневных дел, а также приводит к формированию зависимости от лечения.

Во второй группе пациентов, где терапия антидепрессантом и анксиолитиком сочеталась с антиоксидантом, иммунокорректором и гипербарической оксигенацией, показатель качества жизни в сфере «Уровень независимости» имеет существенную положительную динамику по сравнению и с исходными показателями, и с показателями первой группы. Данная схема лечения значительно улучшила способность пациентов к повседневной деятельности и повысила работоспособность. Кроме того, здесь не сформировалась зависимости от лекарств и не произошло негативного влияния нежелательных эффектов антидепрессанта и анксиолитика на качество жизни пациентов, что нами наблюдалось в первой группе исследования. Полученные данные указывают на высокую эффективность данной терапии в отношении симптоматики, которая, в основном, и определяет трудовую дезадаптацию пациентов с невротическим развитием личности.

При затяжных неврозах к периоду формирования развития личности всегда страдает познавательная активность больных [11, 13]. Это согласуется с исходными данными нашего исследования в психологической сфере качества жизни. Особенно это выразилось в низкой способности усваивать новое, запоминать и быстро воспроизводить информацию, низкой способности к концентрации внимания и к принятию решений. При этом, в первой группе пациентов произошло ухудшение показателей с 8,86±0,36 баллов до 7,26±0,28 баллов. Во второй группе исследования показатель качества жизни в психологической сфере увеличился до 16,23±2,37 баллов.

Наиболее основными критериями сферы социальных отношений опросника качества жизни являются межличностное взаимодействие, возможность устанавливать и поддерживать эмоциональную и физическую близость с другими людьми, а также сексуальная активность. В исследуемой первой группе пациентов на фоне традиционной терапии произошло снижение показателей этой сферы до 6,48±0,24 баллов по сравнению с исходными 7,63±0,36 баллов. Во второй группе эти показатели статистически достоверно отличались от исходных и от группы пациентов, получающих традиционную терапию в соответствующий день наблюдения и составили 15,37±2,11 баллов.

Таким образом, качество жизни больных второй группы, особенно их психологическое и социальное благополучие, во многом определялось эффективностью комбинации мексидола, гипербарической оксигенации и тимогена с пароксетином и диазепамом (табл. 3).

Выводы:

1. В результате проведенного исследования у пациентов с невротическим развитием личности выяв-

Библиографическая ссылка:

Бочкарева Н.В., Подсваткин В.Г., Кирюхина С.В., Подсваткина С.В. Изучение качества жизни пациентов с невротическим развитием личности // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 7-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4904.pdf> (дата обращения: 10.11.2014).

лены клинические симптомы, нарушающие процессы работоспособности, определяющие социальную дезадаптацию и существенно снижающие качество жизни.

2. На фоне выраженного антидепрессивного и анксиолитического эффекта традиционной терапии продолжают усугубляться показатели низкой продуктивности в труде и познавательной активности, ухудшаются показатели качества жизни в сфере социальных отношений и психологической сфере.

3. Полученные результаты исследования демонстрируют высокую эффективность метаболической терапии в отношении основной клинической симптоматики, ухудшающей качество жизни пациентов с невротическим развитием личности, полностью предупреждая развитие нежелательных эффектов.

Литература

1. Аведисова А.С., Ястребов Д.В. Длительное применение бензодиазепиновых транквилизаторов: польза или вред? (обзор литературы) // Журнал имени П.Б. Ганнушкина. Психиатрия и психофармакотерапия. 2010. Т. 12. №1. С. 17–24.

2. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства: клинко-социальная оценка и терапевтические возможности // XIV съезд психиатров России. М., 2007. С. 155

3. Бурковский Г.В. Использование опросника качества жизни /версия воз/ в психиатрической практике (Пособие для врачей и психологов). Санкт-Петербург, 1998. С.6.

4. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2006. № 4. С. 2–15.

5. Горбенко П.П. Создание государственной системы обеспечения высокого качества жизни здоровья населения Российской Федерации. Материалы форума Демографическая безопасность России. Москва, 2007 С. 88-90.

6. Гофман А.Г., Никифоров И.И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом в состоянии алкогольного абстинентного синдрома и в ремиссии // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т.16. № 2. С.25–30.

7. Карелина Д.Д. Оценка качества жизни, релевантного здоровью, больных депрессивными неврозами // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Том 6. № 3. С.675–679.

8. Кирюхина С.В. Экспериментально-клиническое обоснование патогенетической фармакологической коррекции обсессивно-фобических, конверсионных, астенических расстройств. Автореф. дисс. на соискание уч. степени доктора мед. наук. Саранск, 2010. 40 с.

9. Коблова А.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Социальные риски психического здоровья: медико-социологическая интерпретация // Современные проблемы науки и образования. 2012. № 6. С.728.

10. Никифорова Г.С. Диагностика здоровья: психологический практикум. СПб.: Речь, 2007. С. 454–484.

11. Павлов К.В. Адаптация или выработка новых норм? О природе невроза и терапевтических механизмах с позиций реконструкции качества жизни // Журнал практического психолога. 2012. N 3. С. 99–118.

12. Подсевакин В.Г., Кирюхина С.В., Блинов Д.С., Подсевакина Д.С. Опыт применения мексидола в комплексной терапии конверсионного расстройства // Журнал неврологии и психиатрии. 2009. №4. С. 75–77.

13. Подсевакин В.Г., Кирюхина С.В. Принципы терапевтической тактики стресс – обусловленных конверсионных, обсессивно – фобических, неврастенических расстройств с учетом роли нейроиммунных и эндокринных механизмов в их формировании // Психическое здоровье. 2010. № 10. С. 39–47.

14. Подсевакин В.Г., Кирюхина С.В., Подсевакина С.В., Кирюхин М.Е., Бочкарева Н.В., Мироненко Н.В., Горячева С.Н., Кузьмин Д.И. Патогенетические механизмы развития стресс - обусловленных расстройств и возможности их фармакологической коррекции // Психическое здоровье. 2012. № 2. С. 39–89.

References

1. Avedisova AS, Yastrebov DV. Dlitel'noe primeneniye benzodiazepinovykh trankvilizatorov: pol'za ili vred? (obzor literatury). Zhurnal imeni P.B. Gannushkina. Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya. 2010;12(1):17-24. Russian.

2. Aleksandrovskiy YuA. Sotsial'no-stressovye rasstroystva: kliniko-sotsial'naya otsenka i terapevticheskie vozmozhnosti. KhIV s"ezd psikhiatrov Rossii. Moscow; 2007. Russian.

3. Burkovskiy GV. Ispol'zovanie oprosnika kachestva zhizni /versiya voz/ v psikhiatricheskoy praktike (Posobie dlya vrachey i psikhologov). Sankt-Peterburg; 1998. Russian.

4. Vasserman LI, Trifonova EA. Metodologiya issledovaniya kachestva zhizni v kontekste psikhosomaticheskikh i somatopsikhicheskikh sootnosheniy. Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2006;4:2-15. Russian.

5. Gorbenko PP. Sozdanie gosudarstvennoy sistemy obespecheniya vysokogo kachestva zhizni zdorov'ya naseleniya Rossiyskoy Federatsii. Materialy foruma Demograficheskaya bezopasnost' Rossii. Moscow; 2007. Russian.

Библиографическая ссылка:

Бочкарева Н.В., Подсевакин В.Г., Кирюхина С.В., Подсевакина С.В. Изучение качества жизни пациентов с невротическим развитием личности // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 7-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4904.pdf> (дата обращения: 10.11.2014).

6. Gofman AG, Nikiforov II. Problema kachestva zhizni u bol'nykh alkogolizmom v sostoyanii alkogol'nogo abstinentsnogo sindroma i v remissii. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya. 2006;16(2):25-30. Russian.
7. Karelina DD. Otsenka kachestva zhizni, relevantnogo zdorov'yu, bol'nykh depressivnymi nevrozami. Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal. 2010;6(3):675-9. Russian.
8. Kiryukhina SV. Eksperimental'no-klinicheskoe obosnovanie patogeneticheskoy farmakologicheskoy korrektsii obsessivno-fobicheskikh, konversionnykh, astenicheskikh rasstroystv [dissertation]. Saransk (Saransk region); 2010. Russian.
9. Koblova AA, Krom IL, Novichkova IYu. Sotsial'nye riski psikhicheskogo zdorov'ya: mediko-sotsiologicheskaya interpretatsiya. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. 2012;6:728. Russian.
10. Nikiforova GS. Diagnostika zdorov'ya: psikhologicheskii praktikum. Sankt-Peterburg: Rech'; 2007. Russian.
11. Pavlov KV. Adaptatsiya ili vyrabotka novykh norm? O prirode nevroza i terapevticheskikh mekhanizмах s pozitsiy rekonstruktsii kachestva zhizni. Zhurnal prakticheskogo psikhologa. 2012;3:99-118. Russian.
12. Podsevatkin VG, Kiryukhina SV, Blinov DS, Podsevatkina DS. Opyt primeneniya meksidola v kompleksnoy terapii konversionnogo rasstroystva. Zhurnal nevrologii i psikhatrii. 2009;4:75-7. Russian.
13. Podsevatkin VG, Kiryukhina SV. Printsipy terapevticheskoy taktiki stress – obuslovlennykh konversionnykh, obsessivno – fobicheskikh, nevrastenicheskikh rasstroystv s uchetom roli neyroimmunnykh i endokrinnykh mekhanizmov v ikh formirovani. Psikhicheskoe zdorov'e. 2010;10:39-47. Russian.
14. Podsevatkin VG, Kiryukhina SV, Podsevatkina SV, Kiryukhin ME, Bochkareva NV, Mironenko NV, Goryacheva SN, Kuz'min DI. Patoge-neticheskie mekhanizmy razvitiya stress - obuslovlennykh rasstroystv i vozmozhnosti ikh farmakologicheskoy korrektsii. Psikhicheskoe zdorov'e. 2012;2:39-89. Russian.

Библиографическая ссылка:

Бочкарева Н.В., Подсеваткин В.Г., Кирюхина С.В., Подсеваткина С.В. Изучение качества жизни пациентов с невротическим развитием личности // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 7-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4904.pdf> (дата обращения: 10.11.2014).