

са. Данный аспект требует длительных реабилитационных мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Афанасьев В. В.* Травматология челюстно-лицевой области. – М.: изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – С. 256.
2. *Вегетативные расстройства (клиника, диагностика, лечение) / Под ред. А. М. Вейна.* – М.: Медицинское информационное агентство, 1998. – 749 с.
3. *Герасимова М. М., Карпов С. М.* Вызванные зрительные потенциалы мозга при черепно-мозговой травме у детей // Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. – 2004. – Т. XXXVI. № 1–2. – С. 12–15.
4. *Карпов С. М., Христофорандо Д. Ю., Шевченко П. П., Шарипов Е. М., Абидокова Ф. А.* Эпидемиологические аспекты челюстно-лицевой травмы на примере г. Ставрополя // Российский стоматологический журнал. – 2012. – № 1. – С. 50–51.
5. *Карпов С. М., Христофорандо Д. Ю.* Сочетанная травма челюстно-лицевой области, вопросы диагностики, нейрофизиологические аспекты // Российский стоматологический журнал. – 2011. – № 6. – С. 23–24.
6. *Карпов С. М.* Механизмы адаптации при черепно-мозговой травме у детей // Практическая неврология и нейрореабилитация. – 2007. – № 1. – С. 22–24.

7. Реконструктивная хирургия в лечении пострадавших с черепно-лицевой травмой, сопровождающейся повреждением околоносовых пазух / М. И. Идрис // Российская оториноларингология. – 2007. – № 3. – С. 57–60.

8. *Христофорандо Д. Ю., Карпов С. М., Батулин В. А., Гандылян К. С.* Особенности течения сочетанной челюстно-лицевой травмы // Институт стоматологии. – 2013. – № 2 (59). – С. 59–61.

9. *Христофорандо Д. Ю., Карпов С. М., Шарипов Е. М.* Новые подходы для оценки мозговой дисфункции при черепно-лицевой травме // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – № 4. – С. 127–129.

10. *Михайлов В. М.* Вариабельность ритма сердца. – Ивово, 2000. – 182 с.

11. *Ульянченко М. И., Ходжаян А. Б., Апагуни А. Э., Карпов С. М., Назарова Е. О., Шишманиди А. К., Сергеев И. И., Власов А. Ю.* Анализ дорожно-транспортного травматизма у жителей г. Ставрополя // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 5 (2). – С. 427–430.

12. *Owens L. S.* Craniofacial trauma in the prehispanic Canary Islands. International Journal of osteoarchaeology. – 2007. – № 17. – P. 465–478.

Поступила 31.03.2014

*Н. А. КОСЕНКО, В. Э. ЛУГОВОЙ, Э. А. ПФАНЕНШТИЛЬ,  
Ю. В. ГРИДИНА, В. В. СУРИКОВА, В. Г. КОСЕНКО, Г. В. ЛОМАКИНА*

## **МЕТОДОЛОГИЯ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ, СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СРЕДИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ СЕЛЬСКОЙ И ГОРОДСКОЙ МЕСТНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ)**

*России, Кафедра психиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава Россия,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. (861) 268-09-26. E-mail: natakos73@mail.ru*

В статье представлена разработанная авторами карта клинико-социального обследования психически больных для комплексной оценки качества их жизни. В карте имеются 52 вопроса, и в зависимости от их содержания приводится от 2 до 22 предусмотренных ответов с двойной градацией: до заболевания и в период болезни. Все вопросы систематизированы и сгруппированы в профильные блоки: медико-биологические, социальные, демографические, профессионально-производственные, материально-экономические характеристики.

Статистический анализ заполненных карт позволит выявить или дополнить ведущие причины, способствующие возникновению психических заболеваний, и факторы, влияющие на их прогрессивность.

Ключевые слова: психические заболевания, карта обследования, качество жизни.

*N. A. KOSENKO, V. E. LUGOVOI, E. A. PFANENSHTIL, Y. V. GRIDINA,  
V. V. SURIKOVA, V. G. KOSENKO, G. V. LOMAKINA*

METHODOLOGY FOR STUDYING THE BIOMEDICAL, SOCIO-ECONOMIC AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE MENTALLY ILL RURAL AND URBAN AREAS (FOR EXAMPLE, PATIENTS WITH NEUROTIC AND SOMATOFORM DISORDERS)

The article presents a map developed by the authors of clinical and social survey of mentally ill in integrated assessment of their quality of life. The card has 52 questions, and depending on their content is driven by 2 to 22 provided responses Double graduation: to disease and during illness. All questions are systematized and grouped into specialized units: biomedical, social, demographic, professional production, logistical and economic characteristics. After statistical analysis of completed cards will identify or supplement the leading causes that contribute to mental illness, and contributing factors affecting the progression of them.

*Key words:* mental illness, survey map, the quality of life.

## **Введение**

На психическое здоровье населения, как отмечают многие авторы [1, 3, 4, 8], оказывает влияние множество факторов. Исследование каждого из них в отдельности представляет определенный интерес. Но главная задача, по нашему мнению, состоит в выделении из всей совокупности тех факторов, которые являются важнейшими детерминантами из числа социально-экономических, медико-биологических и демографических закономерностей, характеризующих тот или иной изучаемый показатель психического здоровья.

Дальнейший прогресс научно-практической психиатрии кроме традиционных клинических, эпидемиологических, инструментально-лабораторных и других исследований должен все шире включать углубленное (комплексное) изучение роли медико-биологических, медико-демографических, социально-экономических, профессионально-производственных, бытовых условий, места проживания больных (сельская и городская местность) и других факторов, их возможную взаимосвязь и роль в этиологии и патогенезе заболеваний, в разработке специализированных индивидуальных методов лечения, реабилитации и профилактики.

## **Методика и методы исследования**

Для оценки медико-социального функционирования жизни психически больных в соответствии с планом тематического исследования за основу была взята разработанная нами карта клинико-социального обследования. В данной карте имеются 52 вопроса, в зависимости от их содержания приводится от 2 до 22 заранее предусмотренных ответов с двойной градацией: на период заболевания и в период болезни. В анализе данных это позволяет оценить динамику медико-биологических, социально-экономических, профессионально-производственных на клинические и демографические характеристики психически больных в зависимости от места их проживания (село, город).

В зависимости от содержания вопросов в карте все они систематизированы и сгруппированы в профильные блоки:

общие сведения (место заполнения, дата, № истории болезни или амбулаторной карты);

паспортные данные (Ф. И. О. пациента, возраст, пол, место проживания (село, город), телефон ([домашний, мобильный]);

медико-биологические характеристики (ведущий диагноз по МКБ-10, наследственность у родителей и родственников, сопутствующие болезни у обследуемых, их детей, родителей, возраст начала заболеваний, длительность болезни в годах, причины болезни, количество госпитализаций по причине психического заболевания, основные медико-социальные и стрессовые факторы перед началом заболевания и перед последней госпитализацией, психическое состояние при поступлении, средняя длительность стационарного лечения, виды лечебно-оздоровительной терапии, обращение к целителям, частота санаторно-курортного и соматического лечения, отношение близких к болезненному состоянию пациентов, суицидальные тенденции, их мотивы);

медико-социальные характеристики (заболеваемость с временной утратой трудоспособности по причине психического заболевания и количество дней нетрудоспособности, необходимость опеки, патронажа или группы инвалидности, возраст при выходе на инвалидность, длительность пребывания на инвалидности, причины ее снятия, уровни социальной адаптации при выписке и нуждаемость в медико-социальной помощи);

медико-демографические показатели (семейное положение до и во время болезни, возраст вступления в брак с учетом количества браков, их продолжительность, характер супружеских взаимоотношений, состав семьи больного, желаемое и практическое число детей, возраст родителей в момент рождения обследуемой и классификация психического заболевания, количество беременностей и их исход);

социально-экономические и материально-бытовые показатели (размер среднемесячного дохода больного и дохода на одного члена семьи, асоциальные действия обследуемого, его детей и родителей, участие обследуемого в хозяйстве семьи, обычные способы проведения досуга, наличие домашнего подсобного хозяйства, категория жилья и жилищные условия);

профессионально-производственные показатели (место работы, профессия, общий стаж и стаж работы по основной специальности, характер организации труда, мотивы увольнения с работы).

### Результаты исследования

В соответствии с тематическим исследованием, проведенным нами во 2-м полугодии 2013 года, индивидуально заполнено 402 карты медико-социального обследования на больных с невротическими и соматоформными расстройствами, в том числе 143 – на сельских и 259 – на городских жителей.

При персонифицированном заполнении карт с согласия больных брались за основу их ответы, а также данные медицинской документации, а при сомнительных либо неполных сведениях в связи с психическим состоянием они уточнялись у близких родственников, навещающих их в процессе обследования и лечения. В результате такого подхода мы получили максимум объективных сведений не только на момент обследования, но и ретроспективно, а также с элементами прогнозирования. Кодировка данных производилась в соответствии с порядковыми шифрами. Шифры присваивались каждому вопросу в карте и, соответственно, каждому из возможных вариантов ответов. Есть основания полагать, что научное исследование на объемной выборке (402 больных) позволит объективно характеризовать интересующую нас психиатрическую категорию больных с позиций нозологии, особенностей клинической картины, социального, семейного, профессионально-производственного, материально-бытового статусов с учетом взаимных связей всех категорий признаков.

Статистический анализ полученных данных предлагается осуществлять по двум основным направлениям. Первое направление – с учетом специфики шкалы измерения изучаемых признаков и ее номинальности. Второе – установка на системный подход изучаемой проблемы.

Первое потребует обратиться к методам исследования статистической изменчивости и связей качественных (альтернативных) признаков. Второе – достаточно широко использовать современные многомерные статистические методы. Когда невозможны вычисления среднего и связи

признаков обычным коэффициентом корреляции Пирсона, мы рекомендуем использовать ряд адекватных статистических параметров, например, изложенных в документах, сопровождающих статистический пакет программ «Statisticafor Windows» [2], либо использовать одну из процедур кластерного анализа по критерию минимума внутри кластерной дисперсии расстояний [6, 7]. Анализ двумерных распределений также широко использовался для осуществления связи между изучаемыми признаками, он основан на вычислении критерия Хи-квадрат ( $\chi^2$ ) Пирсона.

Для сопоставления частот конкретных диагнозов в исследуемой выборке используется специальный вариант критерия Стьюдента, учитывающий хорошо известную асимметрию распределения выборочных долей (вариант около генеральной доли), когда последняя приближается к 0 или 1. С целью снятия асимметрии мы использовали специальное преобразование [5].

Системный анализ, используемый в нашем случае [3], – это методология исследования объектов посредством представления их в качестве систем и анализа этих систем. Он сводится к уточнению сложной проблемы, к ее структуризации в серию задач. Эту систему можно назвать в соответствии с тематическим исследованием, например, «Качество жизни психически больных с соматоформными расстройствами в условиях конкретной социальной среды». Все ранее перечисленные признаки, учтенные у данной нозологической группы больных, выступают как элементы названной системы. Предложенная нами, продуманная и целенаправленная система (методология) изучения медико-биологических, социально-экономических и демографических характеристик среди психически больных сельской и городской местности позволит наиболее полно выявить либо дополнить ведущие причины возникновения заболеваний и способствующие факторы их прогрессивности с учетом множества индивидуально-типологических особенностей пациента, действующих, как правило, совокупно с верифицированной оценкой качества жизни психически больных в зависимости от диагноза, пола и места их жительства (село, город).

### Обсуждение

Полученные результаты настоящего исследования найдут у организаторов психиатрической помощи и врачей-специалистов широкое применение в подходах к изучению качества жизни психически больных в территориальном населении и осуществлению целенаправленной профилактики и лечения психической патологии среди жителей сельской и городской местности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Причины психических болезней // Психиатрия (национальное руководство). – М., 2009. – С. 24.
2. Боровиков В. П., Боровиков И. П. Statistica // Статистический анализ и обработка данных в среде Windows. – М., 1997. – 592 с.
3. Кибернетический словарь. – М., 1989. – С. 609.
4. Косенко В. Г., Король И. С., Матарова Н. А. и др. Отдельные показатели внебольничной психиатрии ЮФО в динамическом сопоставлении // Правовые и этические проблемы психиатрической помощи (материалы научной конференции). – М., 2009. – С. 88–90.
5. Лакин Г. Ф. Биометрия. – М., 1980. – 292 с.
6. Олдендерфер М. Ф., Блэшфилд С. К. Кластерный анализ // Факторный, дискриминантный и кластерный анализ. – М., 1989. – С. 133–210.
7. Ростова Н. С. Изменчивость системы корреляций морфологических признаков // Ботанический журнал. – 1999. – Т. 84. № 11. – С. 8–17.
8. Шестопалова Л. Ф., Волошин-Гапонов И. К., Борода-вко О. А. Особенности нарушения когнитивных функций и эмбриональной сферы при гепатоцеребральной дегенерации // Журнал им. П. Б. Ганушкина. – М., 2013. – Т. 15. № 5. – С. 52–57.

Поступила 20.02.2014

**В. А. КРУТОВА, Т. Г. МЕЛКОНЬЯНЦ**

## ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С ИДИОПАТИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ ДО И ПОСЛЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

*Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350072, г. Краснодар, ул. Зиповская, 4/1; тел. 2756097. E-mail: tatyamelkonyanc@mail.ru*

У 70 женщин с идиопатической формой бесплодия проводилась психокоррекция. Для оценки эффективности психокоррекции у женщин с идиопатическим бесплодием до и сразу после нее регистрировали изменчивость ритма сердца. По результатам психокоррекции ретроспективно было выделено три группы. Первую группу составили женщины, у которых первый курс лечения оказался эффективным. У них после психокоррекции наблюдалось увеличение изменчивости ритма сердца (D – на 129,2%, V% – на 35,7%, rMSSD – на 58,7%, PNN50% – на 47,4%, Mo – на 5,2%, TP – на 79,6%). Ко второй группе были отнесены женщины, у которых эффект лечения имел место после второго-третьего курсов психокоррекции. После первого курса лечения происходило небольшое увеличение изменчивости ритма сердца (D, V% достоверно не изменялись, PNN50% увеличивался на 18,9%, Mo – на 5,6%, TP – на 46,0%). Третья группа включала женщин с идиопатическим бесплодием, у которых лечение оказалось неэффективным. Показатели изменчивости ритма сердца достоверно не изменялись. Таким образом, динамика значений параметров изменчивости ритма сердца может свидетельствовать об эффективности психокоррекции у женщин с идиопатическим бесплодием.

*Ключевые слова:* идиопатическое бесплодие, изменчивость ритма сердца.

**V. A. KRUTOVA, T. G. MELKONYANC**

HEART RATE VARIABILITY IN WOMEN WITH IDIOPATHIC INFERTILITY BEFORE  
AND AFTER PSYCHOCORRECTION

*Fundamental obstetric-gynecological clinic of Kuban state medical university  
of Russian Federation healthcare department,  
Russia, 350072, Krasnodar, 4/1 Zhipovskaya street; tel. 2756097. E-mail: tatyamelkonyanc@mail.ru*

The psychocorrection was carried with 70 women with idiopathic form of infertility. Before and after psychocorrection was performed registration of heart rate variability. Retrospectively, according to the results of psychocorrection, the examined women with idiopathic infertility were divided into three groups. The first group consisted of the women, in the case of which the first course of psychocorrection was effective. After psychocorrection, there was increase in the variability of the heart rhythm (D increased by 129,2%, V% – 35,7%, rMSSD – 48,8%, PNN 50% – 47,4%, Mo – 5,2%, TR, – 6%). The second group consisted of the women, which became pregnant and gave childbirth after the second or the third course of psychocorrection. After the first course of treatment is a slight increase in the variability of the heart rhythm (D, V% was not significantly changed. PNN50% increased by 18,9%, 5,6% – Mo, TR – 46,0%). The third group consisted of the women, in the case of which the used methods were ineffective. Heart rate variability parameters were not significantly changed. Therefore the dynamics parameters of heart rate variability may be indicative of the effectiveness of psycho-correction in women with idiopathic infertility.

*Key words:* idiopathic infertility, heart rate variability.