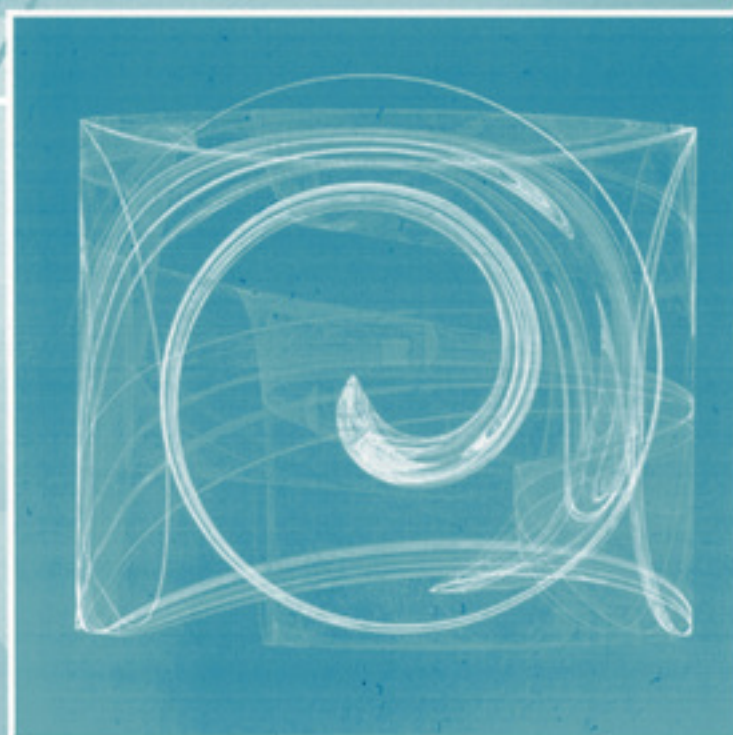


Украинская военно-медицинская академия МО Украины
Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии
Восточно-европейская академия психотерапии
им. Принца А. П. Ольденбургского. Военный факультет

О. Г. Сыропятов, Н. А. Дзеружинская,
В. Е. Шевченко, Д. В. Полевик

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ КОМБАТАНТОВ

Часть I. ВОЕННАЯ ПСИХИАТРИЯ. ПСИХИЧЕСКОЕ
ЗДОРОВЬЕ КОМБАТАНТОВ



Киев-2011

Олег Сыропятов

**Психическое здоровье и
организация психологической
подготовки комбатантов. Часть 1:
Военная психиатрия. Психическое
здоровье комбатантов**

«Автор»

2011

Сыропятов О. Г.

Психическое здоровье и организация психологической подготовки комбатантов. Часть 1: Военная психиатрия. Психическое здоровье комбатантов / О. Г. Сыропятов — «Автор», 2011

Монография предназначена в качестве дополнительной литературы для слушателей факультетов подготовки и переподготовки военных врачей, для военных психологов и психологов специальных подразделений силовых структур.

© Сыропятов О. Г., 2011

© Автор, 2011

Содержание

Сведения об авторах	5
Часть I. Военная психиатрия. Психическое здоровье комбатантов	6
Глава 1 Общие принципы диагностики органических и симптоматических психических расстройств	7
1.1 Органические психопатологические синдромы	7
1.2 Психические расстройства при ожоговой болезни	13
1.3 Психические расстройства при синдроме длительного сдавления мягких тканей	14
1.4 Психические расстройства при острой лучевой болезни	15
1.5 Лечение органических и симптоматических психических расстройств	16
Конец ознакомительного фрагмента.	18

**Олег Геннадьевич Сыропятов, Наталия
Александровна Дзеружинская,
В. Е. Шевченко, Д. В. Полевик**
**Психическое здоровье и организация
психологической подготовки комбатантов**

Сведения об авторах

О.Г. Сыропятов – профессор кафедры военной терапии Украинской военно-медицинской академии МО Украины, доктор медицинских наук, профессор, академик Крымской АН.

Н.А. Дзеружинская – главный научный сотрудник Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник.

В.Е. Шевченко – доцент кафедры психологии Университета «КРОК», кандидат психологических наук, доцент, подполковник м/сл. запаса.

Д.В. Полевик – командир спецподразделения, подполковник милиции.

Часть I. Военная психиатрия. Психическое здоровье комбатантов

Военная психиатрия – раздел военной медицины и психиатрии, изучающий особенности течения психических расстройств у военнослужащих в мирное и военное время, причины и условия их возникновения, методы лечения и профилактики и разрабатывающий методы организации психиатрической помощи военнослужащим, а также критерии военно-врачебной экспертизы при их медицинском освидетельствовании.

Решение отдельных задач, специфических для военной медицины, предполагает необходимость выхода за рамки диагностических критериев клинической и статистической психиатрии, основанных на Международной классификации болезней. Применение новых видов оружия предполагает возникновение и новых видов сочетанной психической патологии. Считается, что в военной психиатрии всё большее распространение получают многоосевые методы диагностики, ориентированные на различные аспекты функционирования военнослужащих.

Особенностью военной психиатрии является изучение психических расстройств, обусловленных профессиональной вредностью. Среди факторов, негативно влияющих на психическое и соматическое здоровье военнослужащих, можно выделить следующие: 1) специфические (источники ионизирующего и электромагнитного излучения; компоненты ракетного топлива и другие высокотоксичные вещества; шум, вибрация, инфразвук); 2) профессиональные (жёстко регламентированная деятельность; высокая степень ответственности; информационно-психологические перегрузки; сенсорная депривация; монотонность труда; гипокинезия); 3) организационные (неблагоприятные факторы внешней среды; строгая регламентация условий жизнедеятельности, режимов труда и отдыха); 4) социальные (относительная социальная депривация; специфика межличностных отношений в малых группах; длительный отрыв от семьи, негативное отношение к военной службе в обществе). Многие факторы действуют на военнослужащих сочетанно, вызывая сложную по своим клиническим проявлениям картину, затрудняющую идентификацию и лечение патологических состояний у военнослужащих.

Глава 1 Общие принципы диагностики органических и симптоматических психических расстройств

1.1 Органические психопатологические синдромы

Психические расстройства при органических поражениях головного мозга многочисленны. Они могут быть первичными, обусловленными поражением мозговой ткани, или вторичными, возникающими в результате какого-либо системного заболевания или расстройства. В результате деструкции или нарушений обмена в головном мозге возникает когнитивный дефект, являющийся отличительным признаком органических психических расстройств. Под когнитивными нарушениями понимаются расстройства ориентировки, памяти и интеллекта. Всегда нарушаются критические способности. Кроме того, в результате органического поражения головного мозга могут появиться неспецифические психические расстройства – тревога, депрессия, мания, бред и расстройства восприятия. Для правильной оценки органических и симптоматических психических расстройств необходимо исследовать состояние пациента в динамике. Возникновению симптоматического психоза всегда предшествуют трудности сосредоточения внимания, вялость, повышенная утомляемость или беспокойство, тревога, раздражительность и бессонница. Эта расстройства квалифицируются как эмоционально-гиперестетический синдром, а по МКБ-10 «**Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство**» F06.6.

Более тяжелым расстройством является «**Органическое (аффективное) расстройство настроения**» F06.3. Диагностические критерии расстройства настроения органического характера следующие:

А. Выраженное и устойчивое депрессивное, приподнятое или экспансивное настроение.

Б. Имеется установленная этиологическая связь между расстройством и органическим фактором.

Установлены следующие этиологические факторы, которые обуславливают расстройства настроения органического характера:

1) медикаменты: резерпин, кортикостероиды, метилдопа, оральные контрацептивы, психостимуляторы;

2) эндокринные заболевания: гипотиреозидизм, синдром Кушинга, Аддисонова болезнь, гиперпаратиреозидизм;

3) инфекционные заболевания: грипп, инфекционный мононуклеоз, инфекционный гепатит, вирусная пневмония;

4) пернициозная анемия;

5) карцинома поджелудочной железы;

6) опухоли мозга;

7) системная красная волчанка;

8) паркинсонизм;

9) карциноидный синдром;

10) нейросифилис.

Симптоматические депрессии наблюдаются чаще маний. Они появляются в дебюте заболевания и при выздоровлении. В МКБ-10 выделяются следующие виды органических аффективных расстройств:

F06.30 маниакальное расстройство органической природы,

F06.31 биполярное расстройство органической природы,

F06.32 депрессивное расстройство органической природы,

F06.33 смешанное расстройство органической природы.

Последняя группа расстройств, так называемые расстройства амфитимического типа, представляют значительные трудности при диагностике. Т.Ташев выделил несколько типов смешанных аффективных нарушений. Например, одновременное желание и страх смерти; сочетание идей самоуничтожения и подчеркнутого уважения к себе; эгоистичность и чувство обиды на окружающих, которые веселы и довольны; подавленность, сочетающаяся с агрессивностью.

К органическим расстройствам настроения относится и **экспансивно-конфабуляторный синдром**, впервые описанный при прогрессивном параличе. Для него характерны благодушно-эйфорическое или экспансивное настроение с ощущением счастья, возбужденностью, конфабуляторными бессмысленными и гротескными идеями величия, расторможением влечений и утратой критики.

F06.4 Тревожное расстройство органической природы

Синдром тревожности органического характера определяется выраженными периодически наступающими приступами панического страха или генерализованной тревожности, которые можно отчетливо отнести за счет органического фактора. Отмечаемые при этом расстройстве когнитивные нарушения обратимы. Чаще всего тревожное расстройство органической природы имеет следующие причины:

1) неврологические заболевания: опухоли мозга, травмы, субарахноидальные кровоизлияния, мигрень, энцефалит, сифилис мозга, рассеянный склероз, болезнь Вильсона, хорея Гентингтона, эпилепсия;

2) патологические состояния системного характера: сердечно-сосудистые заболевания, легочная недостаточность, анемии;

3) эндокринопатии: дисфункция гипоталамуса, щитовидной железы, паращитовидных желез, надпочечников; феохромоцитомы, нарушения, связанные с генеративной функцией у женщин;

4) заболевания воспалительного характера: красная волчанка, ревматоидный артрит, узелковый периартериит, височный артериит;

5) токсические состояния при отравлении ртутью, мышьяком, фосфором, сернистым углеродом, бензином, психоактивными веществами;

6) смешанные состояния: гипогликемия, карциноидный синдром, предменструальный синдром, лихорадочные состояния, хронические инфекции, гепатиты, уремия, инфекционный мононуклеоз, недостаточность витамина В12, пеллагра и т. д.

Тревожное расстройство органической природы может прогрессировать и трансформироваться в фобии. Walther-Buel описал состояния, названные им эхомнезией, при которых все, что переживается больным в остром состоянии, повторяется многократно.

Из органических расстройств пограничного регистра МКБ-10 выделяется **F06.5 Органическое диссоциативное расстройство**, при котором имеются потеря или затруднение в чувствительной или двигательной сферах. Симптомы расстройства отражают представления больного о мозговом заболевании.

F06.7 Легкое когнитивное расстройство может предшествовать, сопровождать или наступать вслед за различными инфекционными или органическими расстройствами как церебральными, так и системными. Главный признак – снижение когнитивной продуктивности: памяти, внимания, обучаемости.

F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство характеризуется постоянным или рецидивирующим бредом преследования, ревности, воздействия, болезни и смерти больного или другого человека. Могут присутствовать галлюцинации, расстройства мышления или изолированные кататонические феномены. Сознание и память обычно не расстроены.

Острый и хронический параноид относятся к типичным инициальным проявлениям почти всех форм симптоматических психозов. Параноидный синдром может трансформироваться в параноидно-галлюцинаторный. Вместо помрачения сознания, типичного для экзогенного типа реакций, здесь наблюдается совершенно другой вид переживаний – бред. Поэтому органические параноидные расстройства принято называть также атипичными. Параноидно-галлюцинаторные симптоматические расстройства напоминают шизофрению, что требует тщательной дифференциальной диагностики. В большинстве случаев начальные неврозоподобные, депрессивные или ипохондрические синдромы трансформируются в систематизированный бред с вербальными галлюцинациями. Экзогенная природа заболевания обнаруживается на высоте болезни, когда появляются нарушения сознания в форме оглушения, делирия или помрачения сознания.

F06.0 Органический галлюциноз с постоянными или рецидивирующими галлюцинациями, обычно зрительными или слуховыми, появляющимися при ясном сознании. Критика к галлюцинациям сохраняется. Отсутствуют выраженное интеллектуальное снижение, доминирующие расстройства настроения и доминирующие бредовые идеи. Органический галлюциноз связан со следующими причинами:

- 1) интоксикация психоактивными веществами и некоторыми медикаментами (леводопа, бромкриптин, эфедрин, пропранолол, меридил и т. д.);
- 2) объемные повреждения головного мозга (опухоли, аневризмы, абсцессы);
- 3) височный артериит;
- 4) гипотиреоз;
- 5) хорея Гентингтона;
- 6) сердечно-сосудистые заболевания;
- 7) заболевания органов чувств: двусторонняя катаракта, глаукома, отосклероз.

Галлюцинации имеют специфический оттенок в зависимости от характера экзогенной вредности. Описываются галлюцинации Бонне при катаракте, гемианоптические галлюцинации в выпавшей у больного части поля зрения, гигрические галлюцинации при гриппе и декомпенсации сахарного диабета, галлюцинации речевых движений языка при эпидемическом энцефалите, хронический тактильный галлюциноз Берса-Конрада (ощущение ползания насекомых по коже) у пожилых больных.

F06.1 Кататоническое расстройство органической природы представляет собой расстройство со сниженной (ступор) или повышенной (возбуждение) психомоторной активностью. В МКБ-10 используются следующие диагностические рекомендации:

- а) ступор – уменьшение или полное отсутствие спонтанных движений, с частичным или полным мутизмом, негативизмом и застываниями;
- б) возбуждение – общая повышенная подвижность, нередко с агрессивностью;
- в) сменяющиеся состояния гипо – и гиперактивности.

Дополнительными симптомами являются стереотипии, восковая гибкость и импульсивность.

Кататонические расстройства органической природы чаще всего описываются при отравлениях и травматическом поражении головного мозга.

Все психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие соматической болезни соотносятся со следующими факторами:

- 1) наличие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга или системного физического заболевания, которое определено связано с одним из упомянутых синдромов;
- 2) взаимосвязь во времени между развитием основного заболевания и началом развития психических расстройств;
- 3) выздоровление от психического расстройства вслед за устранением или излечением предполагаемого основного заболевания;

4) отсутствие предположительных данных об иной причине психического синдрома (такой, как выраженная семейная отягощенность или провоцирующий стресс).

Большое значение для понимания органических и симптоматических психических расстройств имеет **концепция переходных синдромов Вика** – симптомокомплексов, наблюдающихся в течение острых реакций экзогенного типа и имеющих важное прогностическое значение. Выделяют четыре группы переходных синдромов: 1) изменение побуждений; 2) аффективные (астенический, тревожно-депрессивный, депрессивный); 3) шизофреноподобные и галлюцинаторно-параноидные; 4) амнестические. Переходные синдромы аффективного регистра имеют благоприятный прогноз, тогда как амнестические расстройства неблагоприятны. Для определения степени тяжести переходных синдромов В.М. Блейхер и И.В. Крук рекомендовали использовать психологический тест Бекера.

F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами характеризуется выраженным нарушением памяти на недавние и отдаленные события, снижением способности к усвоению нового материала, антероградной и ретроградной амнезией, снижением способности к воспроизведению событий прошлого в обратном порядке их возникновения. Восприятие и другие когнитивные функции обычно сохранены, что подчеркивает расстройства памяти. Конфабуляции, отсутствие критики, эмоциональные изменения являются дополнительными симптомами.

Амнестический синдром вызывается множеством органических факторов при билатеральном повреждении диэнцефальных и медиальных височных структур головного мозга. Среди возможных причин называют черепно-мозговую травму, церебральную гипоксию, опухоли, дегенеративные заболевания и недостаточность тиамина.

Течение и прогноз амнестического синдрома зависит от причины заболевания. Это могут быть транзиторные, устойчивые или прогрессирующие нарушения. Обычно транзиторный амнестический синдром наблюдается при височной эпилепсии, сосудистой недостаточности, интоксикации барбитуратами и бензодиазепинами. Устойчивый амнестический синдром может наступать после травмы головы, при отравлении окисью углерода, субарахноидальном кровоизлиянии, атрофии мозговой ткани и некоторых нейроинфекциях.

F05 Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами. Делирий – самое частое психическое расстройство у пациентов соматических стационаров. МКБ-10 предлагает следующие диагностические критерии делирия:

1) изменение сознания и внимания от оглушения, характеризующегося значительным повышением порога восприятия внешних раздражителей, замедлением образования ассоциаций и затруднением их течения, сопором, до комы – глубокого нарушения сознания с угнетением регуляции жизненно важных функций;

2) глобальное расстройство сознания – искажение восприятия, иллюзии и галлюцинации, в основном зрительные; нарушения абстрактного мышления и понимания с или без проходящего бреда, инкогерентией мышления; нарушением непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события с относительной сохранностью памяти на отдаленные события; дезориентировкой во времени, а при углублении тяжести состояния в месте и собственной личности;

3) психомоторные расстройства – гипо – или гиперактивность и непредсказуемость перехода от одного состояния к другому;

4) расстройства ритма сон-бодрствование: бессонница, инверсия ритма сон-бодрствование, сонливость днём, утяжеление симптомов в ночное время, беспокойные сны или кошмары, которые при пробуждении могут переходить в галлюцинации;

5) эмоциональные расстройства: тревога, страхи, депрессия, эйфория, апатия, недоуменная растерянность.

Делирий входит как один из симптомокомплексов в группу синдромов помрачения сознания, для которых характерны следующие общие признаки Ясперса:

1) отрешенность от реального мира, выражающаяся в неотчетливом восприятии окружающего, затруднении фиксации или полной невозможности восприятия; нередко реальность отражена лишь в виде отдельных бессвязных фрагментов;

2) более или менее выраженная дезориентировка во времени, месте, окружающих лицах, ситуации;

3) нарушение процесса мышления в виде бессвязности с ослаблением или полной невозможностью суждений;

4) затруднение запоминания происходящих событий и субъективных болезненных явлений – воспоминание о периоде помрачения сознания очень отрывочны или совсем отсутствуют.

Различают типичный, мусситирующий и профессиональный делирии. При мусситирующем (бормочущем) делирии отсутствует реакция на внешние раздражители, возбуждение ограничено пределами постели и выражается в некоординированных, однообразных хватательных движениях, бессмысленном стягивании простыни, одеяла, обирании, снятии мнимых нитей, чего-то приставшего к телу. Речь тихая, невнятная, бормочущая. Профессиональный делирий отличается преобладанием двигательного возбуждения над наплывом парейдолий и галлюцинаций. Дезориентировка глубокая, возбуждение проявляется привычными профессиональными действиями – это возбуждение обычно безмолвное.

Выделяют также abortивный делирий, то есть неразвернутый, кратковременный, с фрагментарными психотическими переживаниями; протрагированный делирий, характеризующийся длительным течением; старческий делирий (острая пресбиофрения), наблюдающийся при старческом слабоумии. В МКБ-10 предусматривается этот вид делирия как **F05.1 Делирий, возникающий на фоне деменции**. Причины делирия следующие:

1) внутричерепная патология: эпилепсия и послеэпилептические состояния, черепно-мозговая травма, нейроинфекция, субарахноидальные кровоизлияния;

2) немозговые факторы: токсические воздействия различных веществ (седативных, антихолинергических, гипотензивных, антипаркинсонических, сердечных гликозидов, салицилатов, стероидов) и ядов (окиси углерода, солей тяжелых металлов и др.);

3) эндокринная дисфункция;

4) заболевания внутренних органов: печени, почек и мочевыводящих путей, легких, сердечно-сосудистой системы;

5) заболевания, связанные с различного рода недостаточностью: гиповитаминозом, нарушением минерального обмена и т. д.;

6) инфекции с лихорадочным состоянием;

7) послеоперационные состояния.

Деменция (приобретенное слабоумие) согласно МКБ-10 является синдромом, обусловленным заболеванием мозга, как правило, хронического или прогрессирующего характера, при котором имеются нарушения ряда высших корковых функций, включая память, мышление, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению, язык и суждения. Сознание не изменено. По глубине поражения выделяют парциальное (дисмнестическое) и тотальное (глобальное) слабоумие.

Для дисмнестических деменций характерна известная сохранность ядра личности – навыков поведения и личностных установок. При тотальном слабоумии происходит стирание индивидуальных особенностей личности.

В.М. Блейхер (1976) предлагал использовать следующую клинико-психопатологическую систематику слабоумия:

1) простое слабоумие, характеризующееся негативными, непродуктивными симптомами;

2) психопатоподобное слабоумие, наблюдающееся обычно в дебюте заболевания, с преобладанием аномальных личностных особенностей;

3) галлюцинаторно-параноидное слабоумие, при котором галлюцинации и бред возникают в тесной связи с особенностями течения органического процесса;

4) амнестически-парамнестическое (с Корсаковским синдромом) слабоумие;

5) паралитическое и псевдопаралитическое слабоумие;

6) асемическое слабоумие – сочетание глобального слабоумия с очаговыми расстройствами речи, гнозиса и праксиса.

При многих органических поражениях головного мозга наблюдается психоорганический синдром. **Психоорганический синдром** характеризуется общей психической несостоятельностью, снижением памяти, сообразительности, трудоспособности, ослаблением аффективно-волевых свойств. В триаде Walther-Buel выделяются характерные признаки: 1) ослабление памяти; 2) ухудшение понимания; 3) недержание аффектов.

Психоорганический синдром может быть резидуальным и прогрессивным. В первом случае преобладают личностные расстройства, во втором – слабоумие. М. Bleuler (1943) рассматривал также церебрально-очаговый психоорганический синдром, который характеризуется патологией влечений и расстройством настроения. Разновидностью психоорганического синдрома является эндокринный психосиндром, возникающий при эндокринной патологии. Симптоматикой эндокринного психосиндрома являются также расстройства влечений, инстинктов и настроения, что сближает его с церебрально-очаговым синдромом. Следует помнить, что психоорганический синдром – понятие собирательное, которое представлено в МКБ-10 как **F07.9 Органическое расстройство личности**, которое характеризуется значительными изменениями привычного образа преморбидного поведения. Особенно страдают выражение эмоций, потребностей и влечений. Когнитивные нарушения касаются, прежде всего, прогностических функций. Предлагаются следующие диагностические указания.

1. Значительно сниженная способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени.

2. Измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным неоправданным весельем (эйфорией), которое легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии (дисфорией); в некоторых случаях может быть апатия.

3. Выражение потребностей и влечений могут возникать без учета последствий или социальных условностей (больной может совершать антисоциальные акты, как, например, воровство, предъявлять неадекватные сексуальные притязания, обнаруживать прожорливость или не соблюдать правила личной гигиены).

4. Когнитивные нарушения в виде подозрительности, паранойи, сверхценных образований.

5. Выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, с чертами случайных ассоциаций, вязкости мышления.

6. Измененное сексуальное поведение.

Специфические резидуальные психоорганические расстройства выделяются в МКБ-10 как:

F07.1 Постэнцефалический синдром, включающий в себя общее недомогание, апатию, раздражительность, некоторое снижение когнитивного функционирования, нарушения сна и аппетита, изменения в сексуальной сфере и социальных суждениях.

F07.2 Посткоммоционный синдром, включающий головную боль, головокружение, утомляемость, раздражительность, трудности в сосредоточении и выполнении умственных задач, нарушения памяти, бессонницу, сниженную толерантность к стрессу, эмоциональным нагрузкам и алкоголю.

Из других органических расстройств личности и поведения вследствие заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга в МКБ-10 выделяется **F07.8 Правополушарные органические аффективные расстройства** – изменения в способности выражать или понимать эмоции у больного с правополушарными нарушениями.

1.2 Психические расстройства при ожоговой болезни

При ожоговой болезни могут наблюдаться как психотические, так и непсихотические расстройства, усложняющие клиническую картину заболевания и его течение, а также создающие дополнительные трудности для содержания больных, ухода за ними и проведения лечебных мероприятий. У обожженного первой реакцией может быть паника. Она выражается в нелепом поведении, моторном возбуждении и крике. Это состояние непродолжительно и длится 15–20 мин. Поведение пострадавших может быть неадекватно и опасно для них. Шоковые реакции могут сопровождаться ступором с растерянностью и кажущимся безразличием к происходящему.

После выхода из шока у пострадавших наблюдаются апатические расстройства. Типичны головная боль и чувство тяжести в голове, усиливающиеся во второй половине дня. Имеется частичная амнезия обстоятельств получения ожога. У пациентов, оказывающихся в условиях сенсорной депривации, в ожоговом отделении наблюдаются своеобразные парейдолии – «видения» лиц на потолке и функциональные галлюцинации – музыка, оклики, слышимые в шуме медицинского оборудования.

Частым вариантом реагирования на стресс является истероформная реакция, когда больные всячески пытаются привлечь к себе внимание окружающих, задавая им малозначительные вопросы или высказывая оптимистические предположения о скорой выписке. Кроме того, могут наблюдаться приступы плача, причитаний или психомоторное возбуждение, сменяющиеся апатией.

В период септикотоксемии психопатологические нарушения целиком исчерпываются неврозоподобными расстройствами. На фоне сквозного синдрома – соматогенной астении у пациентов развивается вялодинамическая или тревожная депрессия. Часто у обожженных пациентов наблюдаются диссомнические расстройства – трудности засыпания, частые пробуждения, исчезновение чувства сна.

В некоторых случаях наблюдаются астеновегетативные пароксизмы (панические атаки). Они возникают волнообразно, продолжаются от нескольких минут до 1 часа и сопровождаются чувством сдавления в горле, одышкой, ощущением внутреннего напряжения и мышечной слабости.

С течением ожоговой болезни у этих больных отмечаются патологические изменения личности в виде инфантильного поведения. Пациенты становятся плаксивыми, капризными, злобными, обидчивыми, недовольными и придирчивыми, злобно высказываются в отношении истинных или мнимых виновников полученного ими ожога и медицинского персонала. Пациенты обнаруживают также психологически понятные переживания, связанные с обезображиванием лица и потерей сексуальной привлекательности. Постоянным предметом тревожных опасений служат прекращение менструаций у женщин и спонтанных эрекций у мужчин.

В половине случаев в клинической картине доминируют проявления вяло-динамической депрессии. Больные пассивны, отчуждены, подавлены. В других наблюдениях преобладают тревожно-депрессивные расстройства с пессимистичной оценкой исхода своей болезни. Нередко отмечаются и навязчивые воспоминания обстоятельств получения ожога. При воспоминаниях об обстоятельствах ожога (пламя, пар, кислота и др.) обнаруживается резкий страх.

В период септикотоксемии возникают расстройства, получившие название ожоговой энцефалопатии. У таких больных страдают функции осмысления, внимания, памяти. Появ-

ляются отчетливые изменения личности в виде аффективной несдержанности и брутальности или в виде апатии. Развиваются очаговые неврологические расстройства: парезы нервов по центральному типу, гипотония, анизорефлексия по гемитипу, а также патологические рефлекссы, более отчетливо выраженные на стороне анизорефлексии.

Психопатологические расстройства, развивающиеся в период септикотоксемии, прослеживаются в течение 2–3 месяцев. Период реконвалесценции сопровождается определенными психопатологическими трудностями. Иногда это определенная анозогнозия или «ипохондрия здоровья». В последнем случае больные строят оптимистические планы на будущее, стремятся к реконструктивным операциям и упорно занимаются лечебной физкультурой. У части больных отмечаются упорные ипохондрические переживания, связанные со страхом отторжения пересаженных участков кожи.

Существенное значение в терапии психических расстройств у ожоговых пациентов имеют не только биологические методы, но и психотерапия. В реабилитационных центрах для ожоговых пациентов необходимо проводить психологические и психокоррекционные мероприятия, направленные на коррекцию внутренней картины болезни и восстановление адекватной социальной коммуникации.

1.3 Психические расстройства при синдроме длительного сдавления мягких тканей

Психические расстройства при синдроме длительного сдавления мягких тканей (СДС) имеют следующую динамику.

При олигурической фазе нередко наблюдаются нарушения сознания от глубокой оглушенности до комы. Наблюдаются обездвиженность и отрешенность пострадавших. Это состояние может сохраняться в течение нескольких суток. По мере улучшения соматического состояния на первый план выступают астенические расстройства с резко выраженной слабостью, утомляемостью и истощаемостью при ундулирующей ясности сознания.

Уменьшение мозгового токсикоза сопровождается уменьшением выраженности этих явлений. Состояние определяется неврозоподобными расстройствами с тревогой, беспокойством, эмоциональной гиперестезией, диссомническими расстройствами, аффективными и конверсионными нарушениями. Нередко у пострадавших наблюдаются фобии, отражающие переживания катастрофы.

Более длительная анурическая фаза и большая выраженность психических нарушений наблюдаются у больных, перенесших наряду с синдромом длительного раздавливания массивную психическую травму. Сам факт длительной анурии становится психотравмирующим обстоятельством, так как свидетельствует о почечных нарушениях.

В течение синдрома длительного раздавливания отмечено, что нередко за 12–48 часов до восстановления диуреза развиваются полиморфные эмоциональные и вегетативные нарушения. Пациенты становятся раздражительными, плаксивыми, эмоционально неустойчивыми. Обычны жалобы на неприятные ощущения в области сердца, желудка, кишечника, сердцебиения, потливость, чувство жара и озноб. По мере увеличения диуреза в течение 3–4 суток эти явления стихают.

Фаза полиурии продолжается от 8 до 18 суток. При суточном количестве мочи от 4000 до 6000 мл развиваются нарушения электролитного баланса, что вызывает мышечные подергивания и нарушения сердечного ритма. Усиливаются астенические явления – слабость, вялость, утомляемость, и появляются тревожные-депрессивные расстройства. На этом этапе появляется опасность вторичной инфекции и сепсиса. Параллельно с ухудшением общего состояния и нарастанием астенических и вегетативных расстройств уменьшается интенсивность депрессивных переживаний.

В восстановительной фазе при нормализации диуреза и гомеостаза уменьшается выраженность астенических и вегетативных расстройств.

Таким образом, соматические и психические проявления у больных синдромом длительного раздавливания находятся в сложной взаимосвязи, неоднозначной на разных этапах развития болезни. Наблюдающиеся психические расстройства могут рассматриваться как соматогенные, отчетливо коррелирующие с соматическим состоянием.

Терапия психических расстройств у пострадавших с синдромом длительного сдавливания проводится с учетом нарушений гомеостаза. Предпочтение следует отдавать регулирующей гомеопатической терапии (антигомотоксикологии).

1.4 Психические расстройства при острой лучевой болезни

Лучевая болезнь – общее название патологии, появляющейся вследствие лучевого поражения. Она представляет собой общее, генерализованное заболевание, возникающее в результате воздействия на организм ионизирующих излучений с вовлечением в патологический процесс большого числа органов и систем.

Радиационные повреждения центральной нервной системы в основном относятся к нестохастическим эффектам облучения – эффектам, тяжесть которых меняется пропорционально дозе и для которых, следовательно, может появиться порог. Наряду с величиной суммарной дозы облучения существенное значение в реализации эффектов поражения нервной системы имеет ее временное и пространственное распределение, а также степень зрелости мозга к моменту облучения.

Выделены основные формы реакций центральной нервной системы на радиационное воздействие: функциональный или рефлекторный ответ в виде неспецифической ориентировочной реакции на облучение, как раздражитель, и прямое повреждение тканей нервной системы, при воздействии высоких доз ионизирующих излучений.

Значительно реже осуществляются и стохастические эффекты облучения центральной нервной системы в виде опухолевых заболеваний и генетических нарушений.

Динамическое исследование психических нарушений у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующих излучений в результате аварии на Чернобыльской АЭС, позволило выделить три основных периода развития психических расстройств (Наприенко А.К., Логановский К.Н., 1997; Ревенок А.А., 1998).

1. Острый период аварии – продолжался с момента аварии до завершения эвакуации (несколько дней). Основным стрессовым воздействием в это время являлась угроза жизни и здоровью в связи с возможностью негативного радиационного воздействия. Экстремальное стрессовое воздействие развивалось в течение нескольких дней и затрагивало основы существования. В этот период формировались однотипные реакции тревоги и страха. Тревога и страх по поводу угрозы здоровью и жизни формировались под влиянием официальной и неофициальной информации, при отсутствии конкретного сенсорного воздействия. В этом периоде в крайне редких случаях встречались реактивные психозы.

2. Период ближайших последствий – период посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). В этот период в формировании дезадаптации значительно большее значение имели особенности личности, когда сенсibilизированная предыдущими экстремальными воздействиями центральная нервная система оказалась под влиянием социально-стрессовых проблем (утрата имущества и привычного окружения). В этот период преобладали такие психические расстройства как астения с аффективными включениями, тревожно-депрессивные расстройства, ипохондрия, личностная (психопатическая) декомпенсация.

3. Период отдаленных последствий – невротических и невротоподобных изменений, связан с опасениями возможностей развития радиоационных последствий и трудностями адаптации к изменившимся условиям жизни.

Клинико-динамический анализ психопатологических нарушений при острой лучевой болезни позволяет выделить основные этапы с характерными синдромами.

1 этап (астенический) – этап остаточных явлений после перенесенного воздействия ионизирующего излучения. Астенические расстройства острого периода и периода отдаленных последствий имеют различия. Если для астенического синдрома острого периода радиационного воздействия характерным является снижение двигательной активности, то в периоде отдаленных последствий на первый план начинают выступать жалобы на головную боль, расстройства сна, постоянное чувство усталости, эмоциональную лабильность с преобладанием сниженного настроения, на фоне которого проявляются неадекватные вегето-сосудистые реакции. Стойкие астенические расстройства, будучи сквозными, колеблются в своей интенсивности и зависимы от внешних экзогенных влияний.

2 этап (вегетативный) – этап возникновения вторичных вегетативных нарушений, часто протекающих в виде пароксизмов с фобиями и ипохондрией. Характерно, что продолжительный этап вегето-сосудистых нарушений предшествует развитию цереброваскулярной патологии.

3 этап (церебростенический) характеризуется манифестацией признаков органического поражения головного мозга. Одной из существенных черт пострадиационной церебрастении (F06.6) является появление когнитивной дисфункции в виде неустойчивости внимания, плохой сообразительности, забывчивости, затруднений вербализации, амнестических расстройств при чрезмерной для пациента психической деятельности.

4 этап (органического расстройства личности и поведения – F07.0) – определяется несоизмеримыми внешнему воздействию проявлениями аффективных реакций.

5 этап (психоорганический) с преобладанием собственно органического психосиндрома в виде: F04 – органического амнестического синдрома; F06.5 – диссоциативного органического синдрома и F06.7 – легких когнитивных расстройств.

О психоорганическом синдроме следует говорить лишь при наличии в клинической картине таких нарушений, как снижение темпа и продуктивности умственной деятельности, критики и уровня суждений, объема восприятия, оскудения представлений.

6 этап (дементный) – этап формирования лакунарного или тотального слабоумия.

Следует отметить, что указанный стереотип развития психических нарушений при острой лучевой болезни представляет собой динамику прогрессивного течения заболевания. Однако при своевременном и адекватном лечении полного развития динамики психических расстройств может и не быть. Стационарный тип течения может ограничиваться только астеническими, невротоподобными и легкими когнитивными расстройствами.

Кроме вышеизложенного развития заболевания по органическому типу, возможно в отдаленный период острой лучевой болезни развитие органической аффективной (F06.3) или тревожной патологии (F06.4).

1.5 Лечение органических и симптоматических психических расстройств

Лечение пациентов с органическими и симптоматическими психическими расстройствами проводится как в терапевтическом стационаре, так и в психосоматических или соматопсихиатрических отделениях.

Основные принципы лекарственной терапии острых симптоматических психозов не зависят от этиологии, но в каждом конкретном случае определяются индивидуально в зависимости от соматического состояния и структуры психопатологических расстройств.

При субпсихотических расстройствах и протрагированных симптоматических психозах применяются атипичные (мягкие) антипсихотические препараты (сонапакс, эглонил, рисполепт и т. п.) и транквилизаторы. Доза препарата выбирается в зависимости от состояния пациента. При выраженном тревожно-депрессивном аффекте применяются антидепрессанты-седатики (амитриптилин) или атипичные нейролептики (рисполепт).

При интоксикационных психозах одновременно проводят дезинтоксикацию и введение специфических антидотов. Для лечения астенических расстройств используют общеукрепляющую терапию, витамины и адаптогены.

При органических психических расстройствах с отчетливыми когнитивными расстройствами выбор терапии определяется этиопатогенезом заболевания. При психических расстройствах, связанных с сосудистыми нарушениями, выбираются преимущественно препараты, улучшающие мозговое кровообращение. Метаболические нарушения требуют соответствующего лечения с использованием лекарственных средств, улучшающих церебральный метаболизм (ноотропы).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.