

Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых психических реакций и состояний в системе медицинского обеспечения в условиях ЧС

В отечественной медицине проблемы, связанные с оказанием психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях и катастрофах, традиционно решались с позиций клинической психиатрии. Развивающиеся в этих условиях реакции и состояния рассматривались как психогенные нарушения, обусловленные действием «психической травмы». Их причинная зависимость от внешних воздействий считалась одним из основных критериев для понимания сущности и диагностики данного класса нарушений. Сегодня на смену «**психической травме**» пришел «**стресс**», с которым современная психиатрия и медицинская психология связывают развитие психолого-психиатрических последствий чрезвычайных ситуаций и событий катастрофического характера, которые рассматриваются как посттравматические стрессовые расстройства. Это относится, прежде всего, к войнам, землетрясениям, железнодорожным катастрофам и другим, лично значимым событиям, клинические последствия которых описываются и широко обсуждаются в психиатрической и психологической литературе

Проводимое с начала прошлого века их изучение позволило выделить особую группу «аффективных, связанных с вазомоторно-эндокринными расстройствами, катастрофических реакций», развивающихся под влиянием «резких, внезапных, травмирующих событий и способных у определённых лиц вызвать психозы (Брусиловский Л. Я. с соавт., 1928; Гуревич М. О, Серейский М. Я., 1928). Сложилось также представление, что патогенность травмирующих психику событий и ситуаций определяется не только силой, скоростью и длительностью действия их факторов, но и особенностями личности и состоянием исходной «почвы» пострадавших («внутренних условий»). Особо внимание обращалось и на то, что «серьезные душевные травмы и переживания могут существенным образом изменить психофизическую конституцию личности».

Большинство отечественных психиатров того периода соглашались, что сложность этиопатогенеза таких психогений, тесное переплетение эндогенных и психогенных (экзогенных) механизмов, как и недостаточная разработанность многих биологических аспектов, являлись основным препятствием к созданию научно обоснованной классификации данного класса психических расстройств. И сегодня, как пишут М.В. Коркина с соавторами (1995) в отдельной главе учебника психиатрии, посвящённой психическим расстройствам при стихийных бедствиях и катастрофах, «не существует единой их классификации».

Видные отечественные психиатры, исходя из собственного опыта, считали целесообразным выделение «реактивных» симптомокомплексов, структура которых определялась в основном скоростью развития ЧС и продолжительностью действия их патогенных факторов. Исходя из этого, ими выделялись **аффективные реакции** катастрофического характера, **реактивные психозы** и различные формы **неврастении**, возникающие у исходно здоровых лиц в условиях ЧС (Гуревич М. О, Серейский М. Я., 1928). К реактивным психозам относили **реактивные** депрессии, шизоидные и параноидные реакции, а также описанные П.Б. Ганнушкиным их эпилептоидные и **истерические** варианты.

Эти формы были уточнены и расширены в ходе исследований, проведённых во время Великой Отечественной войны и в послевоенный период (Осипов В. П., 1941, 1943; Серейский М. Я., 1943; Краснушкин Е. К., 1944, 1946, Давиденкова С. Н., 1945; Гиляровский В. А., 1946, 1973; Сухарева Г. Е., 1948, 1944; Попов Е. А., 1949).

Выделялись **острые** (шоковые), **подострые** и **затяжные** реактивные психозы. Развитие **шоковых** реакций преимущественно связывалось с войнами и с масштабными стихийными бедствиями и катастрофами, а имеющие более сложную клиническую структуру **подострые** и **затяжные** формы – с личностно значимыми событиями и ситуациями, сохраняющими свою актуальность в течение сравнительно длительного периода времени (Гиляровский В. А., 1954).

Такая группировка реактивных психозов нашла отражение в учебниках и руководствах отечественных психиатров (В.М. Банщиков, Т.А. Невзорова, 1969; А.А. Портнов, Д.Д. Федотов, 1971 и др.). В современной литературе психические расстройства при стихийных бедствиях и катастрофах рассматриваются как психогенные нарушения, среди которых наиболее характерными являются реактивные психозы (аффективно-шоковые реакции и истерические психозы, представленные, главным образом, истерическим сумеречным помрачением сознания). Наряду с острыми психотическими состояниями выделяются также непсихотические расстройства в виде расстройств невротического уровня – от невротических реакций до неврозов и невротических развитий (М.В. Коркина, 1995; Ю.А. Александровский, 1991, 2001 и др.).

Опыт **медицины катастроф** свидетельствует, что такой подход отечественных психиатров к оценке развивающихся в условиях ЧС психических нарушений в большей мере отвечает формирующейся в условиях ЧС клинической реальности.

Острые аффективные реакции (аффективно-шоковых реакций) отличаются разнообразием своих проявлений, но в целом могут быть сведены к двум основным формам – **фугиформным** реакциям (двигательное возбуждение с изменениями сознания по типу сумеречных состояний) и реактивному **ступору** (состояние психической и двигательной

заторможенности). В том и в другом случаях психопатологическая их структура определяется выраженными аффективными нарушениями в виде страха, ужаса, выраженной тревоги, нередко с растерянностью, нарушениями когнитивной (познавательной) деятельности, психомоторным возбуждением (хаотическим, нецеленаправленным), либо ступором с оцепенением, «застыванием» на месте, несмотря на опасность для жизни.

Наряду с этим отмечаются и многочисленные **соматовегетативные** расстройства, являющиеся обязательным компонентом острых психотических состояний – резкая бледность или покраснение кожных покровов, перепады А/Д, тахикардия, ощущение удушья, потливость, озноб, дизурические и диспептические нарушения, повышение температуры и др.

В ряде случаев в условиях ЧС выявляется **реактивная депрессия**, которая возникает при действии кратковременных, но объективно тяжёлых психотравмирующих факторов. Такое состояние обычно развивается не сразу, а по мере осознания трагической утраты (чаще всего гибель родных и близких). Основными психопатологическими проявлениями являются аффект глубокой тоски, переживание неразрешимости сложившейся ситуации, отчаяние, утрата перспективы, суицидальные мысли, идеи самообвинения и самоуничужения. Для таких лиц характерны: замкнутость, двигательная заторможенность, недостаточно модулированная речь, затруднения интеллектуальной деятельности. Возможно возникновение обманов восприятия в виде иллюзий и галлюцинаций, по содержанию связанны с ЧС.

При **тревожном варианте депрессии** чаще всего отмечаются аффективные реакции гиперкинетического типа, сопровождающейся двигательным беспокойством, тревогой до ажитированных (возбуждённых) приступов отчаяния, в связи с чем лица с тревожной депрессией представляют собой группу суицидального риска из-за возможности совершения ими самоубийств, особенно в начальные периоды развития этих состояний.

Возможно также возникновение **реактивного параноида** с патологической **интерпретацией** отдельных явлений или всей ситуации, которым сопутствуют изменение сознания, отсутствие критики, тревога, страх, слуховые галлюцинации, отражающие содержание психической травмы. У пожилых людей реактивные параноиды могут проявляться чувственным ипохондрическим бредом. Такого рода параноиды возникают на фоне эмоционального напряжения обычно тревожного типа. В этих случаях существенна роль «изменённой почвы», поскольку реактивные параноиды часто развиваются у лиц с остаточными явлениями органического поражения головного мозга, у соматически ослабленных, при переутомлении, недосыпании и т.д..

Острым реактивным параноидам обычно предшествует период выраженной тревоги, беспокойства, «предчувствия беды», после чего

возникает бред отношения, преследования, особого значения, сопровождающийся галлюцинациями (галлюцинаторно-параноидное состояние). Настроение у этих больных можно определить, как тревожно-тоскливое с выраженным аффектом страха и в этом состоянии они могут быть возбужденными. На высоте психоза наблюдаются расстройства сна, который носит тревожный, поверхностный характер, с кошмарными сновидениями

У части пострадавших могут развиваться по механизмам подражания **индуцированные психозы** («психическое заражение»). Индуктором обычно являются психически больные люди или лица подверженные паники. Индуцированные психозы часто выявляются у лиц с интеллектуальными нарушениями, повышенной впечатлительностью и психопатическими чертами личности (преимущественно истерического типа). Удаление их от источника индуцирующих воздействий позволяет достаточно быстро нормализовать их состояние.

К реактивным психозам также **истерические психотические реакции**, представляющие собой кратковременные эпизоды сумеречного состояния («помрачения») сознания или состояния аффективно-суженного сознания, связанные с действием факторов ЧС. Помимо таких нарушений сознания возможно развитие депрессивной и ажитированной **псевдодеменции** с расстройствами мышления, психомоторики, эмоций. Таких пострадавших отличает неспособность их осмыслить ситуацию, растерянность, интеллектуальная несостоятельность. Они не могут решить простейшую задачу, ответить на вопрос обыденного содержания и неожиданно правильно ответить на действительно сложный вопрос.

Реактивные психозы всегда находились в центре внимания клинических психиатров отечественной школы. Полученный ими клинический опыт и знания и сегодня остаются востребованными в медицине катастроф. В настоящее время эти психические нарушения стали достаточно редким явлением (Панюшкина Н.П. соавт., 1996; Коханов В.П., Краснов В.Н., 1997; Нечипоренко В.В., Шамрей В.К., 1998 и др.). При землетрясении в Нефтегорске (**29.05. 1995**), как и Спитаке (**7.12.1988 года**), число пострадавших с реактивным галлюцинозом, ступорозной депрессией, явлениями псевдодеменции в среднем составляло **3,2%**, а при железнодорожной катастрофе под Уфой (**3.06.1989**) их число не превышало **2%** случаев.

Среди патологических форм ситуационного реагирования у пострадавших более часто выявляются однотипные **субступорозные** состояния (в среднем **6,8%**). В одних случаях они проявляются депрессивной симптоматикой, в других – безучастностью по типу «эмоционального паралича». Наряду с ними в «остром» периоде ЧС отмечаются также кратковременные «панические» эпизоды и состояния растерянности с

пассивной подчиняемостью. Реже – с элементами негативизма в виде попыток отказа, сопротивления или противодействия.

В отечественной психиатрии давно сложилось мнение о барьерной роли реактивных психозов, развитие которых связывается с филогенетически старыми механизмами психической и физиологической защиты. В условиях реальной опасности такие защитные «катастрофические» реакции направлены главным образом на сохранение жизни и выживание. Об этом свидетельствует их благоприятный прогноз и характер течения, т.к. все они практически всегда заканчиваются выздоровлением и полным исчезновением грубых расстройств психотического уровня. Более того, в психиатрии катастроф накопились немало данных относительно прогностически положительного значения **непсихотических форм** психологически понятных ситуационных реакций (в том числе и «**аномальных**»). Отсутствие такого непосредственного реагирования (соматовегетативного, депрессивного, неврозоподобного и др.), как показывают исследования, существенно повышает риск развития отставленных и, как правило, затяжных болезненных состояний.

В **остром** периоде ЧС различные варианты таких **непсихотических** и психологически понятных **ситуационных** реакций отмечаются у подавляющего числа пострадавших, которые редко становились предметом специальных исследований. Особого внимания среди них заслуживают, по мнению «старых» авторов (**Гуревич М.О., 1923**), так называемые «**примитивные психогении**» кратковременного характера, которые развиваются у здоровых людей, включая детей, в условиях связанного с ЧС «напряжения». Они проявляются раздражительностью, различными по выраженности эмоциональными расстройствами, аффективностью, «отклонениями» в поведении, активным поиском выхода из сложившейся ситуации, «заострением» особенностей характера и личности. Такие психогении отличает отсутствие истерических, выраженных и стойких неврологических, соматических, вегетативных расстройств, а также доброкачественный характер течения. При оказании помощи и нормализации ситуации они претерпевают быстрое обратное развитие, заканчивающееся полным выздоровлением.

Достаточно частыми при большинстве ЧС в структуре ответного реагирования у пострадавших и спасателей стали выявляемые в среднем в **53.2%** случаев сравнительно лёгкие и умеренные расстройства познавательных (**когнитивных**) функций. В традиционной клинической психиатрии таким расстройствам, которые скорее можно отнести к проблемам «психологии катастроф» нежели психиатрии, в отличие от более грубых форм, не уделялось специального внимания. Вследствие этого они пока ещё не нашли ещё своего места в современных классификациях и поэтому редко оказываются в поле зрения специалистов.

Как и «**примитивные психогении**» они возникают уже в первые часы и дни сразу после ЧС и при внешне сохранном поведении проявляются снижением качества восприятия, внимания, памяти, интеллектуальной продуктивности, эмоциональной неустойчивости и элементами дезориентировки в ситуации. При отсутствии своевременной и адекватной помощи у таких лиц нарастает ухудшение общей поведенческой адаптации, самочувствия, продуктивности интеллектуальной деятельности, снижение выносливости к психическим нагрузкам, критики «к себе» и окружающему. Более заметными выраженными становятся отдельные, эпизодические проявления дезорганизации мышления и профессиональной несостоятельности.

Такие психологического уровня расстройства, не достигающие уровня собственно психической патологии, не носят очерченного синдромального характера. Их отличает отсутствие субъективного ощущения «нездоровья», «болезни», сохранность общения с окружающими, хотя не всегда и во всём достаточно продуктивного. Будучи условно «функциональными», такие расстройства обычно быстро проходят при нормализации ситуации, как и при оказании своевременной и адекватной помощи. При отсутствии помощи они могут длительное время сохраняться чаще всего в виде отдельных проявлений психической истощаемости, «парциальных» расстройств памяти, интеллектуальной продуктивности. Однако в неблагоприятных условиях жизнедеятельности они могут претерпевать дальнейшее развитие с постепенным феноменологическим усложнением проявлений.

Такого уровня расстройства выявляются не только среди различных социально-профессиональных групп пострадавшего населения, но и у специалистов аварийно-спасательных формирований. Их следует квалифицировать как поведенческие расстройства, требующие участия для их коррекции специалистов экстренной психологической помощи.

Среди пострадавшего в ЧС населения достаточно часто выявляются и такие психологически понятные ситуационные реакции и состояния как расстройства **невротического уровня**. От расстройств собственно психологического уровня их отличает не только большая стойкость психических, преимущественно эмоциональных, проявлений, но и выраженность сопутствующего им соматического и вегетативного сопровождения.

Эти невротики уровня реакции характеризуются эмоциональной напряженностью, лабильностью «аффекта», колебаниями настроения, преимущественно тревожным характером переживаний с включениями страха. Лица с такими расстройствами, как правило, эмоционально, односторонне и не достаточно адекватно воспринимают и оценивают ситуацию, они неуверенны в себе; с трудом осмысливают происшедшее и склонны к принятию спонтанных решений. У них ухудшается концентрация внимания; отмечается замедленный или неравномерный темп ассоциативных

процессов и общее снижением продуктивности деятельности.

В части случаев у таких пострадавших обнаруживаются элементы или эпизоды растерянности, своего рода сужение поля восприятия, соответственно и содержания сознания, носящие непсихотический характер, поскольку у них сохраняется возможность установления контакта с окружающим, а также критическое, хотя и неполное, отношение к окружающему и своему поведению.

После ЧС такие психические состояния сравнительно быстро клинически оформляются в виде двух основных **неспецифических и** наиболее распространённых антропотипических симптомокомплексов, которые в регистре психопатологических синдромов рассматриваются как **«клинические единицы»** первого порядка

Астенические состояния развиваются как результат истощающего действия факторов ЧС либо как остаточные явления перенесенного психотического эпизода. Различные их варианты проявляются сенсорной и эмоциональной гиперестезией, несвойственной ранее раздражительностью. Проявления собственно астения характеризуется, с одной стороны, повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, несдержанностью, гневливостью, с другой - крайней психической и физической истощаемостью, непереносимостью любого напряжения, склонностью к ипохондрии, эмоциональной неустойчивостью вплоть до недержания аффекта.

Среди витально-соматических проявлений астении отмечаются признаки повышенной чувствительности к проприо- и интероцептивным раздражениям в виде тяжести в голове, сдавливающих головных болей, давления в теле, нарушений сна и аппетита. Наряду с этим отмечаются разнообразные вазо-вегетативные нарушения, чаще всего принимающие форму вегетативных пароксизмов с тахикардией, ознобом, повышением артериального давления.

При отсутствии своевременной помощи и при сохраняющихся неблагоприятных условиях на смену раздражительной слабости приходят вялость и угнетенность с эпизодическими переживаниями тоски, с общим дистимическим фоном настроения. Усложнение структуры психических расстройств происходит за счёт более выраженных дистимических расстройств, витализации астении и соматоформных расстройств.

Непсихотические депрессивные состояния различаются глубиной и выраженностью своих проявлений. Они возникают после ЧС по мере осознания пострадавшими тяжести утраты близких, собственного морального и материального ущерба. В структуре таких депрессий на передний план выступает подавленное, тоскливое настроение. Тоскливый аффект часто оказывается связанным с переживаниями тревожного ряда, со сверхценными опасениями, навязчивостями, чувством неуверенности в своих силах, идеями самообвинения и собственной малоценности. Наряду с

«парциальным» двигательным беспокойством появляется идеаторная (умственная) и двигательная заторможенность, замедление темпа движения, речи, снижается общая активность, побуждения к деятельности. При выраженных депрессивных состояниях этого уровня отмечаются типичные для них психомоторные и соматовегетативные расстройства, нарушения сна и аппетита. Расстройства сна проявляются затруднённым засыпанием, частыми пробуждениями среди ночи, укорочением его длительности и ранним утренним пробуждением.

Дистимические (астенодепрессивные) состояния составляют определённые трудности для их диагностики и характеризуются тем, что невыраженные собственно аффективные расстройства, как правило, скрываются за фасадом соматических жалоб. В качестве таких соматических «масок» депрессии выступают диффузные головные боли, усиливающиеся к вечеру, кардиалгии, нарушения сердечного ритма, анорексия, «общее» недомогание, нарушения сна. Такие лица часто оказываются вне поля зрения психиатров и безуспешно лечатся у других специалистов в соответствии с предъявляемыми ими жалобами.

У лиц с личностными особенностями, с повышенной впечатлительностью, внушаемостью, тревожно-мнительными чертами характера возможно развитие **тревожно-фобических и обсессивно-фобических (навязчивый страх) расстройств**. Они характеризуются чувством внутренней напряженности, беспокойством, тревогой, которые сохраняются после прекращения воздействия факторов ЧС и отражают повторное переживание (воспроизведение) угрожающих жизни событий. На этом фоне возможны приступы страха, продолжающиеся от нескольких минут до одного часа. Они возникают в закрытых помещениях, на открытых пространствах, в транспорте. Попадая в указанные места, пострадавшие испытывают страх, сопровождающийся двигательным беспокойством, ощущением нехватки воздуха, сердцебиением, потливостью, тремором конечностей и другими соматовегетативными проявлениями. На высоте переживаний страха может утрачиваться критическая оценка своего состояния и поведения. В современных диагностических категориях такого рода состояния обычно относят к «паническим приступам». Речь в данном случае идет не о панике как массовой патологической реакции, а о тревожно-вегетативных кризах со склонностью к рецидивам.

Современная клиническая психиатрия при лечении психической патологии исходит из понимания всей сложности ее психобиологической сущности, необходимости своевременной и точной диагностики и возможности адекватно воздействовать на различные звенья патологического процесса. **Реактивные психозы** в остром периоде ЧС не вызывают особых проблем, и многие практические вопросы, связанные с их диагностикой и лечением успешно решаются клинической психиатрией, в клинической картине которых основное место занимает аффективная патология и расстройства сознания.

В то же время лечение **непсихотических** форм психических нарушений представляет значительные трудности для клинической психиатрии, особенно для психиатрии катастроф. Большинство психиатров признается, что эти состояния крайне трудны для терапии и сегодня не существует каких-либо универсальных схем и стандартных методов их лечения. Эти трудности обусловлены, прежде всего, полиэтиологичностью такого рода нарушений, неспецифичностью, полиморфизмом их проявлений, синдромальной «неочерченностью» состояний и т.п. Наличие «универсальных», неспецифических проявлений при всех видах расстройств непсихотического уровня, отсутствие между ними четких границ, частые переходы одной формы в другую делают проблему их нозологической принадлежности не принципиальной.

При лечении непсихотических форм нарушений более значимой в практическом плане является ориентация не на нозологическую, а на синдромальную оценку, позволяющую, исходя из уровня расстройств, определять конкретные кардинальные «симптом- и синдром-мишени». К их числу относятся, прежде всего, астенические, эмоциональные и психовегетативные расстройства.

Своевременное их купирование и лечение именно в острый период ЧС становится важным и едва ли не главным условием не только предупреждения их клинического усложнения и последующего развития, но и «расплывания психолого-психиатрических и медико-социальных» последствий ЧС.

Психические нарушения при черепно-мозговой травме (ЧМТ)

Существующие классификации выделяют три формы ЧМТ – сотрясение, ушибы и сдавления мозга. Для психиатрической практики медицины катастроф в остром периоде ЧС наибольшее значение имеют **сотрясения и ушибы мозга**. Тяжелые ушибы со сдавлением и открытые травмы являются, главным образом, прерогативой нейрохирургов и невропатологов.

1. **Сотрясения мозга** – наиболее легкая форма травматического поражения, наблюдающаяся практически во всех случаях закрытой травмы головного мозга, которая в остром периоде характеризуется диффузной стволовой симптоматикой и принципиальной ее обратимостью.

2. **Ушибы мозга** средней тяжести – травматическое повреждение мозговой ткани в области ушиба или в области противоудара, сопровождающееся не угрожающей жизни общемозговой, очаговой полушарной и стволовой симптоматикой, а также нарушениями ликворо- и гемодинамики с последующими структурно-органическими изменениями очагового характера.

3. **Тяжелые ушибы мозга** – травматическое поражение с угрожающей жизни симптоматикой стволового и подкоркового характера и необратимыми

органическими изменениями. В 60% случаев тяжелые ушибы сочетаются со сдавлением мозга, обусловленным внутричерепными гематомами, вследствие чего выделяют ушибы со сдавлением и без сдавления.

Дифференциальная диагностика сотрясения и ушиба мозга является сложной клинической проблемой. До сих пор они рассматриваются как разные состояния. Однако на практике разграничение этих состояний, как и выделение более тяжелых и более легких повреждений на основании только клинических данных, далеко не всегда представляется возможным. Отмечено, что сотрясения и ушибы одной и той же силы в одних случаях могут протекать без выраженных клинических проявлений, в других – сопровождаться тяжелой клинической симптоматикой и отчетливыми изменениями органического характера. Этот давно известный в клинической психиатрии факт имеет особое значение для оказания адекватной помощи пострадавшим данного профиля, поскольку последствия травмы определяются не только её тяжестью, но также исходным состоянием организма (до получения травмы) и особенностями сложившейся «актуальной» обстановки ЧС. «Утяжеляющими» факторами могут быть предшествующее длительное эмоциональное напряжение, физическое и интеллектуальное «переутомление», недоедание, раннее перенесенные травмы, ранения, заболевания, конституционные и возрастные особенности.

В клинической практике в большинстве случаев закрытой травмы головного мозга не представляется возможным дифференцировать влияние **коммоции** и **контузии**, т.к. в той или иной мере они сочетаются друг с другом. Так, контузии могут сопровождаться сотрясением, а сотрясение мозга - ушибами основания и ствола мозга.

Другой практической проблемой острого периода травмы мозга является дифференциация травматического шока и сотрясения мозга. Критерием в этом случае, как считают исследователи, может служить состояние сознания. Это обосновывается тем, что даже самый тяжелый шок может не сопровождаться потерей сознания, тогда как нередко и самые легкие сотрясения мозга способны приводить, пусть к кратковременному, всё же «выключению» сознания. Длительность его потери служит наиболее объективным критерием, как тяжести, так и прогноза травматического повреждения мозга.

В психиатрической клинике в зависимости от характера и степени тяжести психопатологических проявлений ЧМТ выделяют:

- синдром нарушенного сознания – кома запредельная, кома глубокая, кома умеренная, сопор, оглушение глубокое, оглушение умеренное, оглушение легкое (**обнубиляция**);

- синдром психотического уровня – разного вида спутанность, транзиторная общая амнезия, корсаковский синдром, «сумеречное» состояние сознания, бредовые, галлюцинаторно-параноидные психозы;

- синдромы субпсихотического уровня – нарушения в эмоциональной сфере (гипомании, эйфории с расторможенностью, различные по структуре субдепрессивные и депрессивные состояния, дисфории и др.);

- синдромы пограничного уровня – различные варианты невротоподобных и психопатоподобных состояний.

Такой подход позволяет не только прогнозировать возможные ближайшие и отдаленные последствия ЧМТ, но и оптимизировать организацию адекватной и своевременной психиатрической помощи пострадавшим.

Клиника нервно-психических нарушений при ЧМТ

Легкая степень сотрясения мозга – наблюдается в подавляющем числе случаев и сопровождается кратковременным (от нескольких секунд до 1-3 минут) изменением состояния сознания по типу оглушения с заторможенностью. На этом фоне отмечаются сомато-и вазо-вегетативные нарушения, проявляющиеся побледнением кожных покровов, атонией мышц конечностей, гипотонией, сниженной реакцией зрачков на свет, замедлением или учащением пульса, недостаточным его напряжением.

Нередко возникают рвота, тошнота, головокружения. Позднее возникают головные боли – самый постоянный симптом при ЧМТ. Расстройства памяти при данной степени травмы носят легкий характер и проявляются некоторым снижением способности к произвольному воспроизведению материала, прошедших событий. Наряду с этим может возникнуть общая слабость, легкое недомогание, нарушения сна, «подергивания» или «стягивание» мышц рук и ног, различного вида «телесные сенсации».

Сотрясения мозга средней степени тяжести более выраженное расстройство сознания. После потери сознания развивается адинамия, головная боль, появляются головокружения, тошнота, рвота, спонтанный нистагм. Выраженными становятся вегетативные расстройства и нарушения сердечнососудистой регуляции.

Расстройства памяти проявляются в затруднениях или даже невозможности произвольного воспроизведения происшедшего. Непроизвольное воспроизведение создает впечатление гипермнезии, когда воспоминания носят детализированный характер и окрашены в ярковыразительные тона.

Лица, получившие ЧМТ в боевой обстановке или в условиях ЧС, заметно реже, чем получившие травму в мирное время, страдают ретроградной амнезией, лучше вспоминают события, предшествующие травме, и более полно рассказывают о ней. Вместе с тем затрудняется фиксация текущих событий, нередко отмечаются **экмнезии**, т.е. перенос событий прошлого в настоящее.

Нарушения памяти могут сочетаться с расстройствами ориентировки во времени, когда пострадавшие затрудняются в разделении прошлого и настоящего, не могут воспроизвести или неполно вспоминают даты прошлых и текущих событий, порой утрачивают чувство времени, которое может, «тянуться» очень медленно или слишком быстро «лететь». В отдельных случаях в острой фазе коммоции возможны психотические расстройства.

При тяжелых сотрясениях мозга чаще всего развивается достаточно сложная клиническая картина, когда имеет место тесное переплетение симптоматики коммоции и контузии. Признаками тяжелого сотрясения мозга являются выраженные и длительные нарушения сознания от сопора до комы, сочетающиеся с «нейровегетативным синдромом».

Симптоматика **сотрясения** головного мозга в ближайшие дни после ЧМТ подвергается достаточно быстрому обратному развитию. Напротив, симптомы **ушиба** сохраняют свою актуальность в течении первых 7-10 дней или начинают прогрессировать со второго-третьего дня. Обратная динамика клинических проявлений отмечается со 2-й недели.

Симптоматика ушиба и ее динамика определяется характером самой травмы и перифокальных явлений, зависящих от гемо- и ликвородинамики. При локализации очага в функционально значимых отделах мозга чаще всего развиваются стойкие признаки выпадения функций. Для перифокальных явлений более характерно позднее развитие и нарастание симптомов, а в стадии обратного развития - их сравнительно быстрый регресс. Появление фокальных эпилептических приступов в остром периоде, особенно джексоновского типа свидетельствует о наличии локальной гематомы, тогда как в более позднем периоде они могут встречаться значительно чаще. Прогрессиентность (тенденция к развитию) симптоматики ЧМТ всегда вызывает подозрения на формирование внутричерепных гематом, запоздалая или ошибочная диагностика при которых достигает 60%.

Важное диагностическое и прогностическое значение имеет также и динамика восстановления сознания. При сотрясениях мозга вслед за восстановлением сознания, как правило, наступает сонливость, адинамия, тогда как при ушибах мозга чаще отмечаются явления психомоторного возбуждения, эйфории.

Собственно психические нарушения могут развиваться как в остром, так и отдаленном периоде ЧМТ. В остром периоде наиболее типичными и частыми психическими нарушениями являются расстройства сознания.

Оглушение характеризуется значительным повышением порога восприятия внешних раздражителей. Пострадавшие в этом состоянии часто отвечают невпопад, после долгой паузы или не отвечают совсем. Реакция на болевые раздражения снижена или отсутствует. Эмоционально они вялы, безучастны к происходящему и двигательны заторможены.

Сопор - более глубокое нарушение сознания с потерей ориентировки в окружающей обстановке и собственной личности. Такие пострадавшие лежат с закрытыми глазами, производя впечатление спящих; под влиянием уколов, щипков способны ответить элементарными двигательными реакциями или мимическими движениями. На короткий период возможен выход из этого состояния с вялой реакцией на окружающее, но без его осмысления. Зрачковые, глотательные и корнеальные рефлексы при сопорозном состоянии остаются сохранными.

Коматозное состояние еще более глубокая степень нарушения сознания с утратой всех видов ориентировки, с отсутствием каких-либо реакций на внешние раздражители, сочетающаяся с соматовегетативными нарушениями. Оно характеризуется полное обездвиженностью, ареактивностью, общей мышечной гипотонией, редким дыханием, едва уловимым пульсом, отсутствием чувствительности, зрачковых и сухожильных рефлексов. Обратное развитие при коматозном состоянии, как и при сопорозном, начинается с постепенного восстановления безусловно рефлекторной деятельности, а затем и двигательной активности. Выход из комы сопровождается непродолжительным состоянием спутанности, восстановлением сознания, ориентировки в окружающем, при этом проявления ограниченной ретро-и антероградной амнезии могут сохраняться.

В остром периоде травмы, особенно при действии дополнительных астенизирующих факторов, возможно развитие **делирия**, при котором сознание собственной личности сохраняется. Это состояние возникает остро с ложной ориентировкой в месте и времени, с наплывом сценподобных, чувственно окрашенных зрительных, слуховых и тактильных галлюцинаций в сопровождении страха и психомоторного возбуждения. Под влиянием галлюцинаций, переживаний страха пострадавшие нередко совершают агрессивные поступки.

Особой разновидностью помрачения сознания, которое возникает в острый период травмы, является **сумеречное состояние** сознания. Оно внезапно развивается и так же заканчивается. К числу основных его проявлений относится нарушение ориентировки с отрывочным восприятием окружающего в сочетании с расстройствами настроения, преимущественно в виде аффекта страха, тоски, гнева. Привычные автоматизированные действия могут оставаться сохранными. Однако поведение резко нарушается, если на фоне суженного сознания возникают переживания страха, тревоги, ужаса, особенно с появлением галлюцинаций устрашающего содержания. В этом состоянии пострадавшие становятся возбужденными, агрессивными и опасными для окружающих.

После нормализации сознания последствия травмы могут оформляться различными симптомокомплексами, преимущественно непсихотического характера. В одних случаях после травмы развивается состояние **«раздражительной слабости»**, проявляющееся повышенной

раздражительностью, неадекватными причинами бурными реакциями недовольства. После реакции наступает слабость вялость, безразличие. Пострадавшие становятся обидчивыми, эмоционально несдержанными, нетерпеливыми, злобными, гневливыми, Эмоциональные расстройства проявляются чаще всего в виде приступов. Такие неврастеноподобные состояния, как правило, сопровождаются выраженными вегетативными нарушениями в виде тахикардий, гипергидроза, усиленного или инвертированного симптома Ашнера, значительными колебаниями артериального давления. Наряду с этим выявляются головные боли, кардиалгии, потливость, похолодание в дистальных отделах конечностей. Практически во все случаях наблюдаются расстройства сна.

В других случаях нарушения носят менее выраженный характер. Они отличаются полиморфизмом, транзиторностью, клинической неопределенностью своих проявлений, относительной сохранностью поведения. В отдельные периоды может иметь место ситуационно обусловленное усиление эмоциональной и вегетативной симптоматики.

Все вышеуказанные проявления способны в благоприятных условиях и при оказании адекватной помощи претерпевать обратное развитие, которое в различные сроки заканчивается выздоровлением. Однако при повторных ЧМТ, инфекционных или соматических заболеваниях, при действии дополнительных астенизирующих факторов такого рода состояния могут приобретать уже более стойкий характер или затяжное течение.

Психические нарушения при химических поражениях

Проблемы химического поражения, связанного с массовым отравлением населения в результате аварий на химическом производстве, нарушением их транспортировки и хранения, с уничтожением запасов химического оружия, всегда относилась к числу актуальных и практически значимых задач клинической психиатрии, включая психиатрию катастроф.

Если интоксикационные психозы давно находятся в поле зрения специалистов, то многие вопросы клиники непсихотических форм психических расстройств токсической природы нуждаются в дальнейшем уточнении.

Психические нарушения могут возникнуть при действии всех видов токсических веществ. В этом их действии на психику можно выделить как неспецифические, общие, так и предпочтительные для определенных химических агентов симптомокомплексы. Особенностью такого рода психических нарушений является то, что один и тот же химический фактор, в зависимости от дозы, скорости и продолжительности воздействия, индивидуальной чувствительности организма, способен вызывать различную клиническую картину. С другой стороны, одна и та же клиническая картина может возникать при поражении различными токсическими продуктами.

Изучение динамики психических нарушений при отравлении токсическими веществами в условиях предельно допустимых концентраций выявило определенные закономерности в их развитии. Сравнительно рано возникают астенические расстройства, сопровождающиеся явлениями вегето-сосудистой дистонии. Вначале эти расстройства проявляются в рамках защитно-приспособительных реакций в ответ на действие токсического фактора. При отсутствии своевременной медицинской помощи и при более длительных его влияниях астенические и вазо-вегетативные расстройства приобретают более устойчивый характер. Они в целом мало чем отличаются от астенических состояний другого генеза. Такие состояния проявляются повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, «готовностью» к слезам, головными болями, головокружениями, гипергидрозом, колебаниями А/Д, головокружениями, нарушениями сна в виде сонливости или, напротив, бессонницей. Более выраженный характер при этом носят соматовегетативные нарушения. При относительной монотонности астенической симптоматики нередко возникают сомато-и вазовегетативные пароксизмы.

При сохраняющемся действии химических агентов и при дополнительном влиянии истощающих факторов клиническая картина заметно усложняется. Нарастает утомляемость, раздражительность, снижается настроение, углубляются сенситивные реакции, сужается круг интересов. Большую выраженность приобретают вазо-вегетативные расстройства, которые нередко носят характер «вегетативной бури», сопровождаясь резкой слабостью, парестезиями, алгиями. Обычными становятся жалобы на тягостные, неприятные ощущения в виде жжения, покалываний, пульсации, на непереносимость резких звуков, запахов. Аффективные расстройства в основном проявляются дистимическими нарушениями, различной степени выраженности депрессивными состояниями с переживаниями тревоги, страха. На этом фоне возможно возникновение нарушений восприятия в виде элементарных гипногагических слуховых, зрительных, тактильных галлюцинаций, а также «параноидной настроенности» с идеями отношения. У некоторых лиц наблюдается нарастание психастенических черт, неуверенности в себе, ипохондричности, тревожных опасений, обидчивости, повышенной впечатлительности, психической истощаемости, утомляемости и др.

Выделяют различные варианты астенических состояний

астено-невротические,

собственно астенические,

астено-депрессивные с тревогой, навязчивостями,

астеноипохондрический,

астенические с продуктивной психопатологической симптоматикой

астено-органические,

По мнению исследователей, эти варианты, по существу, являются определенными этапами в развитии психической патологии при действии токсических факторов.

Таким образом, на начальных этапах формирования астенического симптомокомплекса, которые связаны с нарушениями нейрорегуляторных механизмов, обнаруживается значительное сходство с неврастеническими нарушениями. В последующие периоды с всё большей отчетливостью выявляются как психопатологические, так и неврологические проявления, отражающие нарастание органических изменений. Они характеризуются повышенной истощаемостью, ухудшением памяти, обеднением интеллектуальной деятельности, медлительностью. Аффективные реакции становятся застойными и инертными, а сами аффективные расстройства выступают в виде депрессивных и тревожных симптомокомплексов. Отчетливо обнаруживаются неврологические знаки, повышенная чувствительность к различного рода воздействиям, явления слабодушия, разнообразные сомато-вегетативные нарушения с общим тревожным фоном настроения и ипохондрическими включениями.

В оформлении клинической картины при химических поражениях имеет значение характер самого химического агента. Так, например, у пострадавших с **сероуглеродной** интоксикацией рано выявляется неврозоподобная симптоматика с вазо-вегетативными расстройствами. Часты «кризовые» состояния по типу диэнцефальных. В структуре астенического синдрома отмечается готовность к паранойальным образованиям, выявляются расстройства в сфере восприятия. При **ртутных** отравлениях заметное место занимают аффективные нарушения по типу эмоциональной несдержанности, взрывчатости, гневливости, проявляющихся по незначительному поводу. Наряду с этим постепенно формируются психастенические черты характера.

В остром периоде психические нарушения определяются тяжестью химического поражения. При поражениях **легкой** степени клиническая картина определяется астеническими и неврозоподобными нарушениями; при **средней** - психические расстройства представлены, в основном, синдромами расстройства сознания - делириозным, аментивноподобным, состоянием «астенической спутанности», онейроидом или их сочетанием. При **тяжелом** отравлении, как правило, имеют место состояния сопора и комы, при которых влияние индивидуальных особенностей и характера самого яда практически полностью нивелируются.

В ближайшие периоды после восстановления сознания наиболее частыми являются астенические, неврозо- и психопатоподобные состояния. Депрессивные состояния проявляются в большинстве случаев либо в виде явлений заторможенности, вялости, апатии, либо в виде выраженного снижения настроения, сопровождающегося напряженностью, тревогой, страхом.

В отдаленные периоды (спустя 6 и более месяцев) на фоне невротоподобных и психопатоподобных состояний возможно формирование психоорганического синдрома. Наиболее часто психоорганический синдром после химического поражения проявляется повышенной психической и физической истощаемостью, раздражительной слабостью, гиперестезиями, аффективной лабильностью, дисмнестическими, сомато-вегетативными нарушениями, расстройствами сна. Общий тон настроения снижен, утрачивается инициативность, интерес к окружающему.

Схема оказания психиатрической помощи пострадавшим в острый период ЧС

Характер психического расстройства	Методика купирования
Двигательное возбуждение	Фиксация к носилкам с использованием подручных средств
Неадекватное поведение	Левомепромазин 2,5% р-р - 2 мл в/м или
Изменения сознания	Хлорпромазин 2,5 р-р - 3 мл с кордиамином или
Острая реакция страха	Феназепам 0,1 % 5 р-р 2 – 4 мл в/м или
Витализированная депрессия с суицидальным риском	Клоназепам 0,1%-й р-р - 1-2 мл в/м

Характер психического расстройства	Методика купирования
Двигательное возбуждение	Фиксация к носилкам с использованием подручных средств
Неадекватное поведение	Хлорпромазин 2,5 р-р - 2 - 3 мл или
Изменения сознания	Левомепромазин 2,5% р-р - 2 мл в/м или
Острые реакции страха	Клозапин 25 мг - 2 р/д
Витализированная депрессия с суицидальным риском	Ослабленным лицам: Перициазин 4% 5-10 кап. Внутрь При гипотонии: Сульпирид (эглонил) 5%-й р-р - 2-4 мл в/м При отсутствии гипотонии: Сульфат магния 25%-й р-р - 5 мл

Характер психического расстройства	Методика купирования	
	при начальных проявлениях	при выраженных проявлениях
Истерические расстройства	Диазепам - 5 мг 2 р/д Феназепам - 1 мг 2 р/д Рудотель - 10 мг 2 р/д	Перициазил 4 % р-р 5 – 10 кап. 3 р/д или Хлорпромазин 2,5 р-р -2 - 3 мл

Судорожные и бессудорожные пароксизмы	Диазепам 0,5%-й р-р - 2-4 мл или Клоназепам 0,1%-й р-р - 2 мл в/м Магния сульфат 20%-й р-р – 10 мл в/м Фенобарбитал – 50 мг 3 р/д	Клоназепам - 1 мг 3 р/д Дифенин - 100 мг 3 р/д (до 900 мг)* Финлепсин - 200 мг 2 р/д (до 600-1200 мг)* Пантогам - 500 мг 3 р/д
---------------------------------------	--	---

Характер психического расстройства	Методика купирования
Выраженное психомоторное возбуждение, состояние измененного состояния	Хлорпромазин – 150-200 мг или Левопромазин – 100-150 мг или Феназепам 0,1 % 5 р-р 2 мл в/м или Диазепам – 0,5 % р-р 2 мл в/м При сурдомутизме: Хлористый кальций – 10 мл в/в
Острое галлюцинаторно-бредовое состояние	Левопромазин 50-250 мг суточная доза или Галоперидол 0,5%-й р-р – 1-2 мл в/м
Депрессия с двигательной и идеаторной заторможенностью	Имипрамин – 75 – 100 мг в/м г в/м или Сертралин 50 -100 мг сут. доза и Пирлиндол – 150-300 мг сут.доза + Пирацетам 400 мг 2 р/д
Депрессия с тревогой	Кломипрамин – 50-150 мгсут. Доза или Флувоксамин 50 – 100 мг сут. доза или Миансерин – 30-60 мг сут. доза или Амитриптилин 25 – 75 мг 3 р/д
Депрессия с выраженной соматизацией, ипохондрическими и фобическими проявлениями	Сульпирид – 100-200 мг сут. доза Кломипрамин – 50-200 мг сут. доза или

	Миансерин – 30-60 мг сут. доза или Мапротилин 100-200 мг сут. доза	
Характер психического расстройства	Методика купирования	
	при легкой форме травмы	при тяжелой форме травмы
Острый период черепно-мозговой травмы	Фенибут - 250 мг 3 р/д	Пирацетам 20%-й р-р – 5 мл с 10 мл физиол. р-ра или 5%-го р-ра глюкозы, с витаминами группы В - 250-500 мг*
Посттравматическая церебрастения	Фенибут - 250 мг 3 р/д Фенотропил 50 мг 2 р/д Сальбутиамин 200 мг 2 р/д	Пирацетам 20%-й р-р – 5 мл 2-3 р/д в течение 7-10 дней
Астеническая симптоматика в сочетании с аффективными; пароксизмальными расстройствами, вегетативными нарушениями	Афобазол 10 мг 3 р/д или Фенибут 250 мг 3 р/д + Пантогам 500 мг вечер. или Фенотропил 50 мг 2 р/д + Золиклон 7,5 мг н/н	Пирацетам 20%-й р-р - 5 мл Аминалон - 500 мг* Фенибут - 750 мг* Грандаксин - 50-100 мг* Клоназепам - 2-3 мг* или имован - 7,5 мг на ночь При стойкой бессоннице: Рогипнол – 1-2 мг* Феназепам - 1,0-1,5 мг* Бемитал - 500 мг* Пипофезин - 100-200 мг или бефол - 25-50 мг* При доминировании тревоги: Миансерин - 30-60 мг* Аурорикс - 200-450 мг*

Медицинская сортировка и медицинская эвакуация пострадавших в ЧС

Первичная психиатрическая помощь оказывается пострадавшим в очаге поражения сразу после ЧС или возле него, а также в ближайший период после происшедшего события силами психиатрических и психолого-психиатрических бригад. Она включает в себя:

- объективную оценку состояния психического здоровья пострадавшего в ЧС населения;

- выявление пострадавших в остром психотическом состоянии и в состоянии выраженного психомоторного возбуждения, обеспечение их безопасности и безопасности окружающих лиц;

- ранняя диагностика начинающихся реактивных психозов и купирование острых психотических проявлений;

- проведение медицинской **сортировки**, основным критерием которой служит наличие или отсутствия у пострадавших психотических форм психических расстройств;

- определение очередности оказания психиатрической помощи в зависимости от тяжести состояния пострадавших и подготовка их к **эвакуации** по назначению в ближайшие к зоне поражения психиатрические учреждения;

- распределение пострадавших с психическими нарушениями **по группам** – нуждающихся в неотложной помощи и тех, кому собственно психиатрическая помощь может быть отставлена во времени с учётом оказания им психолого-психиатрической поддержки;

- оказание адекватной психическому состоянию психиатрической и психологической помощи лицам с менее выраженными проявлениями психических нарушений и с непатологическими формами расстройств.

На этапах медицинской **эвакуации**:

- определяется объёма психиатрической помощи в зависимости от тяжести психического состояния пострадавших и очередность их эвакуации;

- принимаются меры по предупреждению возможных осложнений, связанных с изменением психического состояния, и по обеспечению транспортировки пострадавших без ухудшения их актуального психического и соматического состояния;

В первую очередь эвакуируются пораженные с нарушениями сознания, с грубой дезорганизацией мышления, не позволяющей установить с ними вербальный контакт, ступором и остаточными явлениями после купирования острых психотических состояний и выраженного психомоторного возбуждения.

Во вторую очередь - больные с психической патологией, у которых прерывание проводимого лечения может приводить к обострению болезненных проявлений и утяжелению клинической симптоматики, осложняющих положение больных и ближайшего их окружения.

Помимо этого в условиях ЧС догоспитальная психиатрическая помощь позволяет обеспечить «соматопсихическое» сопровождение поражённых хирургического, терапевтического, неврологического профиля. Одновременно совместно с психологами оказывается психолого-психиатрическая помощь и психологическая поддержка специалистов аварийно-спасательных формирований, участвующих в ликвидации

последствий ЧС, и исходно здоровым лицам с психологически понятными непатологическими реакциями на ЧС.

Проект подготовлен ВЦМК «Защита» Минздрава России в рамках работы Профильной комиссии по медицине катастроф Минздрава России. Замечания и предложения просьба направлять: Коханову Валерию Петровичу, kohanov001@yandex.ru