

УДК 616.89-008.19: 616-001.17

*Бабюк И.А.<sup>1,2</sup>, Фирсова Г.М.<sup>1,2</sup>, Побережная Н.В.<sup>2</sup>, Ракитянская Е.А.<sup>2</sup>***КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ И ОЖОГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ.**<sup>1</sup>Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, <sup>2</sup>Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: военные действия, взрывная травма, ожоги, психические расстройства, коррекция

Ожоговый травматизм является социальной и медицинской проблемой современности. По данным ВОЗ, ожоги занимают третье, а в некоторых странах даже второе по частоте место среди прочих травм в мирное время. Рост частоты ожогов и летальности среди обожжённых отмечается во многих государствах, в том числе и экономически высоко развитых [5]. Так, в США ежегодно получают ожоги, требующие госпитализации, более 2 миллионов человек. Во всём мире ежегодно умирают от ожогов 60 тысяч человек [8]. В военно-медицинской практике частота и характер термических поражений зависят от способа ведения войны. Так, по данным зарубежной печати, в военных конфликтах, происходивших без применения ядерного оружия, ожоги наблюдались в 10-30% всех боевых травм (9). Исключая период интенсивных боевых действий, большинство военнослужащих получают ожоги в результате неосторожного обращения с бензином и другими легковоспламеняющимися веществами. Чаще всего при этом поражаются незащищенные одеждой части тела – лицо и руки. Отмечают, что в современных войнах с применением разного рода оружия: огнеметов, напалма и зажигательных бомб количество ожоговых травм и их тяжесть значительно увеличиваются.

Поэтому изучение проблемы психических расстройств, вызванных воздействием негативных факторов во время военных действий, выдвигается в ряд актуальных вопросов современной психиатрии.

Степень выраженности адаптационных меха-

низмов организма зависит не только от тяжести термического поражения. В условиях постоянно действующих психогенных факторов, таких, как неблагоприятная военно-политическая ситуация, материально-бытовая неустроенность, психоэмоциональное напряжение, отсутствие полноценного питания, социально-экономическая нестабильность и т.д., – всё это ведёт к тому, что системный срыв адаптации практически неизбежен. В научной литературе встречаются единичные работы, посвящённые изучению психоэмоциональных нарушений при ожоговой болезни [6]. Известно, что шоковые психотравмирующие факторы отличаются большей силой и внезапностью возникновения. Как правило, они связаны с угрозой жизни и благополучию и практически неизбежно вызывают те или иные психические нарушения. Наиболее тяжёлые и длительные последствия психотравмы возникают, по нашим данным, у пострадавших при массовых и групповых взрывах, особенно в закрытых и полужакрытых помещениях. Следует отметить, что впоследствии психоэмоциональные расстройства негативно влияют на ход заболевания и травмы, осложняя течение восстановительного периода и нивелируя эффективность терапии.

Целью настоящей работы явилось исследование психоэмоционального статуса больных с ожоговой травмой различной степени тяжести, находящихся на излечении в ожоговом центре – отделе термических поражений и пластической хирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака г. Донецка.

**Материалы и методы исследования**

Было обследовано 54 пациента в возрасте от 23 до 56 лет с различной степенью выраженности и локализацией термических поражений, полученных в результате военных действий. С каждым пациентом проводили предварительное

клиническое интервью с целью изучения психиатрического статуса и сбора жалоб, при этом особое внимание уделялось ознакомлению с подлинной медицинской документацией и выявлению преморбидных особенностей личности. Изучение

психоэмоционального статуса больных проводилось при помощи следующих методик: ВКБ, субтест из 8 цветов Люшера, тест оценки личностной

и ситуативной (реактивной) тревожности Спилбергера-Ханина, DEPS, шкала депрессии Зунге в адаптации Т.И. Балашовой [6].

### Результаты исследования и их обсуждение

Клинические наблюдения позволили выделить в течении ожоговой болезни три периода, для каждого из которых были характерны как психотические, так и непсихотические расстройства, усложняющие клиническую картину заболевания и его течения, а также создающие дополнительные трудности для содержания больных, ухода за ними и проведения комплекса лечебных мероприятий:

1. Острый период (состоящий из двух этапов: непосредственно шока и острой ожоговой токсемии) – продолжительность периода колеблется от 10 до 14 суток. Для этого периода характерны аффективные и психопатоподобные расстройства, а также отдельные психотические включения. Реакция на шок у больных разнообразна. Она может выражаться в неадекватном поведении, моторном возбуждении, агрессии и аутоагрессии, критике и, наоборот, в состоянии «тихой паники» со ступором, растерянностью, апатией к происходящему. В период токсемии нарастают явления интоксикации, проявляющиеся утратой или нарушением сознания, высокой лихорадкой, сонливостью или возбуждением.

2. Период септикотоксемии – продолжительность периода зависит от сроков существования ожоговых ран и протекает сравнительно долго, до 2-3 месяцев. В этом периоде психопатологические нарушения исчерпываются непсихотическими расстройствами невротического уровня. Они обычно подразделяются на две группы: в одной из них астенические расстройства с вялодинамической депрессией, в другой – с тревожной депрессией. Определяющим «сквозным» синдромом у всех больных при этом является соматогенная астения. Этот синдром характеризуется повышенной раздражительностью, истощаемостью, гиперпатией и гиперестезией. Отмечаются диссомнические расстройства: трудности засыпания, частые пробуждения, исчезновение чувства сна, реже – истинная бессонница. Кроме этого в период септикотоксемии возникают расстройства, получившие название «ожоговой» или «токсической энцефалопатии». У таких больных отчетливо страдают функции осмысления, внимания, появляется гневливость, в ряде случаев – глубокая апатия. Развиваются очаговые неврологические расстройства: парезы нервов по центральному типу, гипо-

тония, анизорефлексия по гемитипу, а также патологические рефлексы, более отчетливо выраженные на стороне анизорефлексии [1].

У обследованных пациентов выявлены депрессивные реакции на сочетание психогенных и ситуативных факторов, связанных с семантической значимостью прогноза, осознанием тяжести состояния, возможным изменением качества жизни. Клиническая картина депрессивных расстройств у изученных больных определялась синдромом тревожной и ипохондрической депрессии. На первом плане стояла гипотимия с тревогой, обостренным самонаблюдением, тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия. Аффективные проявления сочетались в таких случаях с соматовегетативными проявлениями, такими, как общая слабость, плохой сон, нарушение аппетита и т.д., а также алгиями, конверсионными расстройствами. Одной из облигатных составляющих депрессивных расстройств у изученных больных был содержательный комплекс, отражающий пессимистическую оценку тяжести своего состояния (ожоговых ран, потере сексуальной привлекательности, о ставшей невозможной реализации имевшихся ранее планов, возможному изменению качества жизни), тревожные опасения по поводу последствий соматического страдания. Обращает на себя внимание тот факт, что депрессивные расстройства как бы «окрашиваются» анозогнозией.

3. Период реконвалесценции – продолжительность этого периода от момента заживления ран также различна и связана с обратным развитием психопатологических нарушений, присущих ожоговой болезни.

Лечение ожоговой болезни включает широкий круг лечебных и профилактических мероприятий, требующих (особенно в выраженных случаях) участия не только комбустиологов, анестезиологов, невропатологов, но также психиатров и психологов. Спектр назначаемых больным препаратов разными специалистами широк, зачастую противоречив, и, как следствие, требует единой тактики в лечении психических расстройств, связанных с ожоговой травмой. Фармакотерапия предполагает использование широкого спектра психотропных средств – анксиолитиков, антидепрессантов, ноотропов, нейролептиков, а также гомеопатических препаратов и

фитотерапии. Главным образом медикаментозная терапия психических расстройств проводится препаратами, выбор которых обусловлен клинической картиной выявленных расстройств, их тяжестью и генезом [3].

Наиболее сложным в плане лечения больных с ожоговой травмой является острый период [4], течение которого зачастую сопровождается состоянием психомоторного возбуждения (по нашим данным, в 84% случаев). В этом состоянии больные представляют серьёзную опасность как для себя, так и для окружающих, и поэтому нуждаются в неотложных терапевтических мероприятиях. К таким мероприятиям относят быструю транквилизацию, которая предполагает назначение через короткие интервалы варьируемых доз определённых антипсихотических препаратов до подавления состояния беспокойства и агрессивности. Мы наиболее часто использовали комбинацию нейролептика с препаратами бензодиазепинового ряда, в частности бутирофенонов с диазепамом, лоразепамом или клоназепамом. Препараты эти действуют синергически, что позволяет уменьшать дозировки их обоим, в особенности нейролептика. Эффект наступает быстро и часто бывает достаточно одной инъекции.

Во втором и третьем периоде ожоговой болезни (септикотоксемии и реконвалесценции) терапия становится более симптоматичной (то есть коррекции подвержены наиболее выраженные симптомокомплексы), в нашем случае это астено-депрессивный синдром с тревожно-фобическим компонентом.

При лечении тревожных депрессий используем антидепрессанты с преимущественно седативным действием (три- и гетероциклические антидепрессанты), нередко комбинируя их с транквилизаторами бензодиазепинового ряда или «поведенческими нейролептиками».

Депрессии с вялостью и апатией лучше лечатся при назначении активирующих антидепрессантов (типа флюоксетина) в комбинации с малыми дозами антипсихотических нейролептиков.

При психогенных депрессиях возможно применение фитоантидепрессанта зверобоя (деприм, гелариум, гиперфорат или аристофорат), при соматизированных – эглонила. При полиморфных депрессивных расстройствах хорошо себя зарекомендовали пиразидол, азафен, лудиомил, при депрессиях с ангедонией – мелипрамин или лудиомил в комбинации с глицином и ноотропами; для нормализации сна в этом случае целе-

сообразно применение транквилизаторов-гипнотиков, которые обладают выраженным снотворным эффектом.

В лечении основного синдрома необходимо стремиться к монотерапии, то есть тщательно подбору антидепрессанта с учётом клинической картины, так как медицинская помощь оказывается в учреждении общесоматической сети.

Психотерапевтическая работа также строится с учётом особенностей клинической картины и направлена в первую очередь на коррекцию неадекватной внутренней картины болезни и соответствующих поведенческих девиаций, а также на оптимизацию терапевтического альянса врач-пациент. Выбор конкретной психотерапевтической стратегии диктуется как индивидуально – личностными характеристиками пациента, так и особенностями внутренней картины болезни. Задача врача-психотерапевта – суметь внушить больному чувство контроля над ситуацией и сформировать у него способность справляться с ней. Показаны групповые и индивидуальные занятия по «технике саморегуляции» – то есть аутогенная тренировка, дыхательная и релаксационная лечебная гимнастика, различные техники нейролингвистического программирования [7]. Проводя дифференцированный диагностический скрининг и обучая пострадавших основам психогигиены и навыкам психической саморегуляции, удаётся успешно преодолеть анозогнозию психической дезадаптации.

Выводы.

Таким образом, в ходе проводимого исследования нами была выявлена прямо пропорциональная зависимость между уровнем психоэмоциональных нарушений и объёмом термического поражения. При специфическом для человека сложном (психо-соматогенном) стрессе, которым является собственно болезнь и сопутствующие ей проявления, в ответ на воздействие стрессора, формируется состояние психоэмоционального напряжения, клиническим компонентом которого являются личностная и ситуативная (реактивная) тревожность, нарушение эмоциональной стабильности. Ожоговые больные с психическими расстройствами нуждаются в комплексном лечении, обязательно включающем физиотерапию, приём психотропных препаратов, психотерапию. Своевременная диагностика и коррекция психоэмоциональных расстройств повышает адаптационные возможности организма, что способствует скорейшему выздоровлению.

## **КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ И ОЖОГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ**

<sup>1</sup>Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, <sup>2</sup>Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: военные действия, взрывная травма, ожоги, психические расстройства, коррекция

В статье представлены результаты обследования 54 пациентов в возрасте от 23 до 56 лет с различной степенью выраженности и локализацией термических поражений, полученных в результате военных действий. Клинические наблюдения позволили выделить в течении ожоговой болезни три периода, для каждого из которых были характерны как психотические, так и непсихотические расстройства.

Острый период (состоящий из двух этапов: непосредственно шока и острой ожоговой токсемии) – продолжительность периода колеблется от 10 до 14 суток. Для этого периода характерны аффективные и психопатоподобные расстройства, а также отдельные психотические включения. Период септикотоксемии – продолжительность периода зависит от сроков существования ожоговых ран и протекает сравнительно долго, до 2-3 месяцев. В этом периоде психопатологические нарушения исчерпываются непсихотическими расстройствами невротического уровня. Период реконвалесценции – продолжительность этого периода от момента заживления ран также различна и связана с обратным развитием психопатологических нарушений, присущих ожоговой болезни.

Таким образом, в ходе проводимого исследования нами была выявлена прямо пропорциональная зависимость между уровнем психоэмоциональных нарушений и объемом термического поражения. Ожоговые больные с психическими расстройствами нуждаются в комплексном лечении, обязательно включающим физиотерапию, приём психотропных препаратов, психотерапию. Своевременная диагностика и коррекция психоэмоциональных расстройств повышает адаптационные возможности организма, что способствует скорейшему выздоровлению. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 43-46).

*Babiuk I.A.<sup>1,2</sup>, Firsova G.M.<sup>1,2</sup>, Poberejnaya N.V.<sup>2</sup>, Rakityanskaya E.A.<sup>2</sup>*

## **CORRECTION OF THE PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN PATIENTS WITH BLAST TRAUMA AND BURN TRAUMA**

<sup>1</sup>Institute of urgent and reconstruction surgery of V.K. Gusak, <sup>2</sup>Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Key words: military operations, blast trauma, burns, mental disorders, correction

The results of examination of 54 patients at the age of 23 to 56 years, with varying degrees of severity and localization of thermal injuries resulting from military operations are presented in the article. Clinical observations have allowed to allocate during the burn disease three periods, each of which were characterized as psychotic and non-psychotic disorders. Acute period (consisting of two stages: direct shock and acute burn toxemia) - the length of time varies from 10 to 14 days. This period is characterized by affective and psychopathic disorder and psychotic individual inclusion. Period of septicotoxemia - length of the period depends on the terms of the existence of burn wounds and takes a relatively long time, up to 2-3 months. In this period, non-psychotic psychiatric disorders exhausted neurotic disorders. Period of reconvalence - the duration of the period from the time of wound healing is also different and is related to regression of psychopathological disorders inherent in burn patients.

Thus, in the course of our ongoing research has revealed directly proportional relationship between the level of psycho-emotional disorders, and the volume of thermal injury. Burn patients with mental disorders require a comprehensive treatment, including physical therapy is required to pick-psychotropic medications, psychotherapy. Early diagnosis and correction of psycho-emotional disorders increases the adaptive capacity of the body, which helps in the healing process. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 43-46).

### *Литература*

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие / Ю.А. Александровский. – Москва: Медицина, 2000. – 496с.
2. Гусак В.К. Особенности ожогов при массовых шахтных авариях / В.К. Гусак // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2000. – Том 1. - №1. – С. 3-6.
3. Депрессии и коморбидные расстройства / под редакцией А.Б. Смулевича. – М.: Медицина, 1997. – 308с.
4. Краммер Дж., Гейне Б. Применение лекарств в психиатрии / Дж. Краммер, Б. Гейне. – Амстердам-Киев: Ассоциация психиатров Украины, 1996. – 256с.
5. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д.Я. Райгородский. – Самара: ИД «БАХРАХ», 1998. – 672с.
6. Табачников С.И. Профилактика и коррекция посттравматических и социально-стрессовых психических расстройств / С.И. Табачников, И.А. Бабюк, В.Г. Черкасов //

Вестник гигиены и эпидемиологии. – 1999. – Т 2. - № 2. – С. 156.

7. Хунафин С.Н. Динамика ожогового травматизма в республике Башкортостан за последнее десятилетие / С.Н. Хунафин, Д.М. Дмитриев, А.В. Штабель // Материалы научной конференции «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии», проводимой в рамках международного форума «Человек и травма». Часть 2. Термическая травма. – Нижний Новгород, 2001. – С. 27-28.

8. Черняк М.Д. Психовегетативные особенности у больных с термической травмой / М.Д. Черняк, Н.В. Островский // Материалы научной конференции «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии», проводимой в рамках международного форума «Человек и травма». Часть 2. Термическая травма. – Нижний Новгород, 2001. – С. 231-232.

9. Artst C.P. Epidemiologi: cases and prognosis / C.P. Artst. - Burns. Philadelphia, 1979. - P. 17-23.

Поступила в редакцию 23.09.2016