

*В.А.Абрамов***ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА
ЧАЭС (КЛИНИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ
АСПЕКТЫ)
СООБЩЕНИЕ 1**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького, Украина

Ключевые слова: УЛПА на ЧАЭС, психические расстройства, патогенез, клинические особенности

Масштаб и беспрецедентность социально-медицинских последствий Чернобыльской радиоэкологической катастрофы, уникальная комбинация биологических, социальных, психологических и других факторов создают большие трудности в оценке природы психических расстройств у ликвидаторов спустя 15 лет после аварии. С одной стороны, их церебрально-органическая основа у облученных не зависит от наличия или отсутствия костно-мозгового синдрома лучевого поражения и может проявляться при воздействиях минимальных доз радиации [1]. С другой стороны, отмеча-

ется большая патогенная (стрессогенная) роль совокупности переживаний, связанных с социальной невостребованностью ликвидаторов, невозможностью найти адекватную «нишу» в системе взаимодействия с социальной сферой, отсутствием экономических перспектив для семьи и низким качеством жизни. Поэтому диагностика психических расстройств у пострадавших и установление их связи с Чернобыльской аварией, помимо чисто медицинских аспектов, приобретают огромное социально-экономическое и нравственно-психологическое значение.

Патогенетические механизмы психических расстройств у УЛПА на ЧАЭС

Принято выделять три категории людей, пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы:

1. Участники ликвидации последствий аварии на ЧАЭС: а) ликвидаторы-волонтеры; б) ликвидаторы — принудительно работавшие в зоне отчуждения.

2. Лица, эвакуированные из зоны отчуждения.

3. Лица, несанкционированно вернувшиеся в Чернобыльскую зону отчуждения («самоселы»).

Наиболее облученной и одной из наиболее многочисленных категорий населения, пострадавшего в результате аварии, являются ликвидаторы [2]. За четыре послеаварийных года (1986-1989 гг.) в работе по ликвидации последствий аварии приняли участие более 600.000 человек. Средние дозы облучения ликвидаторов 1986-начала 1987 гг. в Национальном докладе Украины (1996) оцениваются на уровне 120-180 мЗв. Среди 126.000 ликвидаторов указанной группы ожидается от 6 до 15% лиц, дозы облучения которых превышают 250 мЗв, а у половины из них дозы могут быть выше 500 мЗв (для сравнения: среднегодовые взвешенные дозы

облучения населения Украины источниками природного («нечернобыльского») происхождения составляют 5,3 мЗв в год, а среднегодовые взвешенные дозы облучения при рентггениагностике —1,5 мЗв в в год в первые послеаварийные годы и 0,5 мЗв в год в настоящее время — 3, 4).

Первые официальные оценки состояния психического здоровья пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы сводились к констатации психического стресса и радиофобии, возникших в связи с отсутствием своевременной, объективной и доступной информации об истинной радиационной обстановке и ее правильной интерпретации [5]. В клиническом отношении психические расстройства в первые годы после аварии (в основном симптомы тревоги и страха) рассматривались или как непатологические невротические проявления, или как патологические (невротические, неврозоподобные, психопатические) реакции и состояния [6, 7]. Дальнейшие наблюдения за динамикой психического состояния УЛПА на ЧАЭС позволили установить их значительный полиморфизм и разнообразие возможных механизмов, лежащих в основе их

формирования.

Было, в частности, показано, что нервно-психические расстройства в отдаленном периоде (спустя 5 и более лет) после Чернобыльской катастрофы являются приоритетной медико-социальной проблемой для всех категорий пострадавших. Эти расстройства отличаются стойкостью, прогрессивностью и терапевтической резистентностью. А наибольший риск развития нейропсихиатрических эффектов отмечен у УЛПА на ЧАЭС, работавших в зоне отчуждения в 1986-87 гг. В их происхождении установлено значение сочетанного воздействия радиационных и нерадиационных факторов. Анализ динамики психических расстройств показал значительное снижение частоты встречаемости соматоформных нарушений и увеличение органических психических расстройств.

Среди многочисленных взглядов о механизмах возникновения психических расстройств у ликвидаторов можно выделить три гипотезы: а) радиационную, б) психогенную и в) психосоциальную.

1. Радиационная гипотеза. До настоящего времени нет однозначного ответа на вопрос о нейропсихиатрических эффектах хронического облучения, особенно в диапазоне так называемых малых доз. Существует мнение, что риск отрицательных отдаленных последствий воздействия малых доз на несколько порядков превышает таковой, рассчитанный на основе экстраполяции эффектов из больших доз [8]. Приводятся данные о том, что закономерности низкоинтенсивного облучения, эффект малых доз — это принципиально новые пути воздействия на живые объекты, новые изменения клеточного метаболизма. Большинство этих эффектов не прямо индуцируется облучением, а опосредуется через систему регуляции и изменения иммунного и антиоксидантного статусов организма, а также чувствительности к действию факторов окружающей среды. Показано, что при малых дозах зависимость «доза-эффект» имеет нелинейный полимодальный (бимодальный) характер, хотя эти взгляды разделяются не всеми радиобиологами (С.П.Ярмоленко, 1996).

По данным А.И.Нягу и К.Н.Логановского (1998), сложность проблемы нейропсихиатрических эффектов хронического облучения, особенно при действии так называемых малых доз, определяется рядом факторов:

- терминологическими неточностями — до сих пор нет единого мнения, что такое «хроническое облучение»: как долго должно продол-

жаться воздействие ионизирующих излучений, чтобы стать хроническим? Что такое «хроническая лучевая болезнь» и каковы ее клинические и дозиметрические критерии?

- научно-исследовательскими противоречиями и трудностями — столетней дискуссией о радиочувствительности нервной системы, с одной стороны, и крайней сложностью вычленения нейропсихиатрических эффектов собственно хронического облучения — с другой (одни исследователи переоценивают роль нервной системы в лучевых реакциях любого диапазона доз, а другие, основываясь на факте сравнительной морфологической радиоустойчивости нервной системы, недооценивают значимость ее функциональных реакций;

- социально-экономическими и политическими установками, которые оказывают влияние на интерпретацию научных данных и приводят, в одних случаях, к утаиванию информации и преуменьшению радиационного ущерба для здоровья человека и к откровенной спекуляции — в других.

Так, можно ли рассматривать УЛПА на ЧАЭС как лиц, страдающих хронической лучевой болезнью? Можно ли утверждать, что психические нарушения у этого контингента пострадавших является следствием нейротропного воздействия радиоактивных веществ?

Более, чем 10-летний мониторинг состояния здоровья пострадавших при аварии на Чернобыльской атомной станции позволяет утверждать [9], что сомато-неврологические и нейропсихиатрические расстройства у УЛПА на ЧАЭС, особенно 1986-1987 гг., практически идентичны описанию хронической лучевой болезни (Н.А.Куршаков, 1963).

Дозы облучения УЛПА на ЧАЭС лежат в очень широких пределах, достигая 1-3 Зв (В.В.Чумак и соавт., 1995). По данным А.К. Гуськова и Г.Д. Байсоглова (1971), при облучении в дозах 0,1-1 Зв (Зв — единица измерения эквивалентной дозы облучений и эффективной дозы ионизирующих излучений в СИ, 1 Зв=100 бэр) еще до наличия очерченного синдрома лучевого заболевания могут появляться отдельные типичные для лучевого воздействия отклонения, которые при наличии сведений о заведомом превышении предельных уровней облучения должны оцениваться как симптомы формирования патологического процесса и обозначаться термином «доклиническая стадия хронической лучевой болезни».

А.И.Нягу и соавт. (1998) характерные нару-

шения здоровья у УЛПА на ЧАЭС, развившиеся в результате аварийных работ в зоне отчуждения при кратковременном накоплении дозы общего облучения 0,5-1,0 Гр и выше с последующим облучением в малых дозах и/или в условиях инкорпорации радиоактивных веществ, считают возможным рассматривать как проявления подострой формы течения лучевой болезни. Использование построенной авторами математической модели показало, что зависимости «доза-эффект» и «длительность облучения — эффект» имеют параболический характер, что возможно, связано с кумулятивным эффектом влияния хронического внешнего и внутреннего облучения на психику.

Сторонниками радиационной гипотезы происхождения психических расстройств объясняется исключительно биологическими эффектами острого и хронического облучения в диапазоне так называемых малых доз, приводящими к иммунным и интоксикационно-обменным нарушениям в организме [10,11,12]. В основе патогенеза психических расстройств лежат нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов регуляции психических и физиологических функций мозга, что связано со структурными (органическими) изменениями центральной нервной системы. Ранними формами этих нарушений являлись астено-вегетативные расстройства (вегето-сосудистая дистония), которые в дальнейшем приобретают клинически очерченные проявления органического поражения центральной нервной системы, в том числе психоорганического синдрома, как наиболее частых проявлений пострадиационных эффектов. Именно эти механизмы согласно приказа Минздрава Украины №150 должны учитываться при установлении причинной связи психических расстройств с действием ионизирующей радиации, несмотря на то, что тем же приказом связь предусматривается и с «другими вредными факторами вследствие аварии на ЧАЭС».

2. Сторонниками психогенной концепции было сформулировано представление о постчернобыльском синдроме у ликвидаторов аварии как о проявлении эмоционального (информационного и коммуникативного) стресса и радиофобии [13]. Со временем наблюдается «хронификация стресса» с хронически протекающей психической дезадаптацией и включением невротических механизмов психологической защиты, ориентированных на фатальную оценку ситуации. Роль нейробиологических эффектов облучения при этом полностью игнорируется.

Дискуссионность такого подхода нашла отражение в большом разбросе показателей распространенности посттравматических стрессовых расстройств у ликвидаторов спустя 10 лет после аварии (от 9% до 69% (М.О.Лебедева и соавт., 1998, Л.Н.Юрьева, 1998)). В контексте психогений рассматриваются и социально-стрессовые расстройства как особая форма психических нарушений у пострадавших после аварии на ЧАЭС (Ю.А.Александровский, 1998). Основной особенностью их развития является «вторжение» социальной ломки в жизнь большого числа людей, изменяющей популяционную норму адаптированных функциональных возможностей.

3. Психологическая (социально-психологическая) гипотеза. Декларируется ведущее значение социально-психологических факторов, непосредственно не связанных с действием ионизирующей радиации. Наибольшее патогенное значение приобретают: высокий уровень личностной тревожности, социально-психологическая дезадаптация со стремлением к «уходу от реальности», асоциальные формы поведения, искажение структуры мотивов с отказом от общественно-полезного труда. Обращая внимание на принудительный характер работы УЛПА на ЧАЭС в зоне отчуждения, А.И.Нягу и К.Н.Логановский (1998) отмечают, что психопатологическая симптоматика выявляется на фоне внутреннего конфликта, уходящего корнями в противоречивый тип реагирования, где высокий уровень притязаний соседствовал с неуверенностью в себе, высокая активность — с быстрой истощаемостью, что характерно для неврастенического паттерна переживаний. При неблагоприятных социальных условиях это может служить почвой для алкоголизации, а также развития психосоматических расстройств. Внутренняя тревожность, напряженность, бесконечное обдумывание различных проблем компенсировались по механизму «бегства в болезнь», при котором болезнь маскировала стремление переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих и служила как бы единственным социально приемлемым способом оправдания своей пассивности. Последнее нередко проявляется «рентным» отношением к своему заболеванию — стремлением быть более социально защищенным и поддерживаемым в качестве хронически больного со стороны различных общественных институтов. «Рентное» поведение больных, активное стремление к психиатрическому освидетельствованию и медико-социальной экспертизе чаще всего являются не симу-

ляцией, а единственно возможной для них формой психологической защиты (способом «выживания»).

В реальной клинической практике в формировании психических расстройств у ликвидаторов аварии принимают участие различные механизмы, отражающие патогенное влияние как ионизирующих излучений, так и нерадиационных факторов [10, 15, 16, 17, 18, 19]. В наиболее систематизированном виде эта точка зрения нашла отражение в докладе В.Н.Краснова и соавт. на международной конференции в Женеве (1995), в котором показана многофакторная экзогенно-соматогенно-органическая природа рассматриваемых расстройств, а также зависимость прогрессивного течения психических расстройств не столько от дозы облучения, сколько от комплексного воздействия различных неблагоприятных факторов. Причем в группе УЛПА на ЧАЭС добровольно длительно работавших в зоне отчуждения ведущая этиопатогенная роль принадлежала радиационному и меньшая — психогенному фактору, в группе ликвидаторов с принудительным риском работ эти факторы имели приблизительно одинаковое значение, а в группе эвакуированных приоритет-

ное значение имели психогении экстремальной ситуации и, возможно, меньшее — последствия облучения [10].

Спустя 10-15 лет после аварии психические расстройства (более или менее выраженные) определяются практически у всех пациентов, обратившихся за психиатрической помощью (таблица 1). Из 132 наблюдавшихся нами ликвидаторов аварии в период их обследования и лечения в психосоматическом центре у 38 (28,7%) диагностировано органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство, у 48 (36,4%) органическое расстройство личности, у 27 (20,5%) соматоформные и психосоматические расстройства, у 6 (4,6%) хронические изменения личности и у 13 (9,8%) человек психических расстройств не выявлено.

Возраст подавляющего большинства пациентов (120 человек — 90,9%) составил от 30 до 50 лет, мужчин было 127 человек (96,2%), женщин — всего 5 (3,8%). Состояло в браке на период обследования — 101 (76,5%) человек, разведенных — 26 (19,7%), холостых — 5 человек (3,8%). Среднее образование имели 31 (23,5%) человек, среднее специальное — 83 (62,9%), высшее — 18 (13,6%).

Таблица 1

Сведения о частоте психических расстройств у УЛПА на ЧАЭС, обратившихся за психиатрической помощью

Автор	Число наблюдений	Время после аварии на ЧАЭС	Частота психических расстройств			
			Всего	В том числе		
				Психоорганические расстройства	Соматогенные Расстройства	Прочие
Краснов В.Н. и соавт. (1993)	213	6 лет	92 %	100 %	-	-
Нягу А.И. и соавт.(1993)	300	6 лет	100%	57 %	43 %	-
Чуприков А.П. и соавт. (1995)	274	8 лет	100%	59,8 %	40,2 %	-
Напреенко А.К. и соавт. (1995)	411	8 лет	100%	82,7 %	17,3 %	-
Кутько И.И. и соавт. (1995)	214	8 лет	100%	100 %	-	-
Крыжановская Л.А. (1998)	474	12 лет	100%	68,1 %	31,9 %	-
Логановский К.Н. (1998)	600	12 лет	94,9 %	69 %	13 %	18 %
Собственные данные	132	14 лет	90,2 %	36,4 %	53,8 %	9,8 %

Инвалидность (общая) имела место у 105 (79,5%) человек, в т.ч. в связи с психическими расстройствами — у 29,5% больных.

Среди впервые поступивших (56 человек) психических расстройств не выявлено у 13 (23,2%) человек, органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство выявлено у 21 (37,5%) больного, органическое расстройство личности — у 3 (5,4%), соматоформные и психосоматические нарушения — у 19

человек (33,9%). Трудоспособных среди них было 19 (33,9%) и инвалидов вследствие различных соматических заболеваний — 37 (66,1%) человек.

Многочисленные данные свидетельствуют о том, что в возникновении психических расстройств у УЛПА на ЧАЭС принимают участие три вида predispositions: соматогенная, церебрально-органическая и социально-психологическая.

Соматогенная predisposition

Первичному обращению УЛПА на ЧАЭС к психиатрам предшествуют многократные стационарные обследования в учреждениях общесоматического профиля. Их соматическое состояние спустя 15 лет после аварии характеризуется массивностью и сочетанностью поражения различных органов и систем. По нашим данным, заболевания сердечно-сосудистой системы встречаются у 100% больных (в т.ч. гипертоническая болезнь — у 46,3%), желудочно-кишечного тракта — у 82,6%, эндокринной системы — 69,7%, костно-мышечной системы — 18,2%, органов чувств — 12,1%, периферических сосудов — 4,6%, органов дыхания — 3,8%, мочевыводящей системы — 2,3%. От 2-х до 4-х заболеваний выявлено у 10% больных, от 5 до 7 — у 65,2% и свыше 7 — у 15,8%. Физически здоровых лиц среди этого контингента не было.

Сумма биоэффектов от одновременной инкорпорации радионуклидов (внутреннее облучение) и внешнего g-излучения во многом определяет особенности клинического течения соматических заболеваний: мозаичность клинической картины, полисиндромность, недостаточная клиническая оформленность (неспецифичность), стойкость и прогрессивность (торпидность), наличие нейровегетативных нарушений, астенизация, устойчивость к терапии [23].

Закономерным следствием нарушений в системе иммунитета в результате радиационного поражения является хронизация соматических заболеваний с развитием вторичных иммунодефицитных состояний [24], значительными нарушениями кроветворной системы и значительным риском развития онкогематологической патологии (В.И.Клименко и соавт., 1998).

Так называемые «малые», но перманентные дозы лучевого воздействия инкорпорированных радионуклидов обеспечивают соматогенный характер нарушения церебрально-сосудистой регуляции с развитием многоуровневого поражения головного мозга [25]. При этом даже одно

хроническое системное заболевание внутренних органов может привести к возникновению сопутствующей неврологической (дисциркуляторная энцефалопатия) и неврозоподобной симптоматики [26]. Может также считаться установленной прямая корреляционная связь между тяжестью психопатологического синдрома и заболеваниями внутренних органов [27].

Известно, что вероятность развития психических расстройств при наличии соматического заболевания увеличивается в 1,5-3 раза [28]. В первую очередь это относится к заболеваниям эндокринной, сердечно-сосудистой системы, неврологическим заболеваниям (энцефалопатии, церебральный атеросклероз), а также многочисленным сочетанным соматическим расстройствам.

Основными механизмами дестабилизирующего влияния системных соматических заболеваний на психическое состояние являются:

- а) травмирующие переживания в связи с множественностью соматических симптомов;
- б) непосредственное влияние соматического патологического процесса на функциональное состояние головного мозга и психическую сферу (в частности, при церебрально-васкулярных заболеваниях или заболеваниях щитовидной железы);
- в) хронические болевые ощущения, провоцирующие депрессивные (астено-депрессивные) состояния;
- г) длительное медикаментозное лечение (например, прием некоторых гипотензивных средств), способствующее дестабилизации эмоциональной сферы;
- д) осознание прогрессирующего ухудшения социального положения, снижения активности, нарушения семейных взаимоотношений в связи с хроническим соматическим неблагополучием (соматическое состояние в этих случаях выступает в роли «жизненного события» провоцирующего психическое расстройство).

Наличие и значительная выраженность соматогенной предрасположенности явились основанием для выделения в качестве самостоятельного психического расстройства — психосоматическое развитие личности [29]. В его основе лежит формирование патологических личностных изменений на фоне расстройств нейроэндокринной регуляции, обуславливающих морфо-функциональные отклонения внутренних органов и систем. Эти изменения приобретают характер психосоматической патологии, развивающейся в три этапа:

- невротоподобный — проявляется различными вариантами астенического (астено-вегетативного) синдрома, вызванными комплексом первичных нейрогенных сдвигов;

· собственно психосоматический — наряду с органическим поражением мозга, происходит интрапсихическая переработка ощущений, обусловленных нейрогенными и другими по происхождению отклонениями во внутренних органах;

- патохарактерологический — характеризуется образованием патологического комплекса по типу «замкнутого круга», включающего взаимовлияющие нервно-психические, экстрацеребральные соматические и неблагоприятные социальные изменения.

Церебрально-органическая предрасположенность

Самым распространенным и наиболее ранним проявлением цереброваскулярной патологии у пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы является синдром вегето-сосудистой дистонии с различной степенью выраженности мозговой сосудистой дисциркуляции от начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга до дисциркуляторной энцефалопатии и, в отдельных случаях, острых нарушений мозгового кровообращения. По данным П.В.Волошина и соавт. (1993) у УЛПА на ЧАЭС вегето-сосудистая дистония вначале является отражением компенсаторно-адаптивных реакций мозга на воздействие комплекса факторов (включая облучение малыми дозами). Углубление церебро-васкулярных нарушений может отражать переход этих реакций в патологические с развитием структурных изменений в сосудистой системе мозга. Синдром вегето-сосудистой дистонии, развившийся после воздействия ионизирующих излучений, по мнению этих авторов, следует рассматривать как 1-й этап сосудистого процесса, который в последующие годы может перерасти в сосудистое заболевание головного мозга.

Коморбидность системных (в т.ч. церебрально-васкулярных) соматических заболеваний в сочетании с непосредственными биологическими эффектами радиационного воздействия на головной мозг способствует раннему развитию дисциркуляторной энцефалопатии как церебральной основы постепенно формирующихся психических расстройств. Спустя 10 лет после аварии дисциркуляторная энцефалопатия выявляется у 100% ликвидаторов (32, 33). По нашим данным дисциркуляторная энцефалопатия наблюдается у 62,1% больных, впервые обратившихся к психиатру. С учетом опережения на 20-30 лет календарных сроков ее развития (атеросклеро-

тическая энцефалопатия) можно думать об экспериментальной (лучевой) модели ускоренного старения [26, 33, 34].

Пострадиационная дисциркуляторная энцефалопатия у облученных квалифицируется (А.П.Ромоданов, 1993) как органическое поражение головного мозга, независимо от механизма ее возникновения (первично радиационная, вторично радиационная или как результат интоксикационно-обменных нарушений в организме больных с лучевым поражением и другими экзогенными вредностями). Однако, по данным А.И.Нягу и К.Н.Логановского (1998) диагностика пострадиационной энцефалопатии является правомочной при наличии «верифицированного лучевого заболевания острого, подострого или хронического типа течения». Если лучевая болезнь не была диагностирована, то органическая патология центральной нервной системы, развивающаяся чаще всего на фоне цереброваскулярной патологии, должна рассматриваться как дисциркуляторная энцефалопатия.

Дисциркуляторная энцефалопатия сопровождается недостаточностью кровоснабжения мозга, повышением тонуса симпатико-адреналовой системы, снижением адаптационных возможностей организма и нарушением обменных процессов (Л.О. Куница и соавт., 1995).

По данным [34], в первой стадии дисциркуляторной энцефалопатии на первый план выступает невротоподобный синдром с некоторым повышением сосудистого тонуса, асимметрией пульсового давления и легкой венозной застой. Во второй стадии отмечаются не резко выраженные пирамидный, экстрапирамидный и мозжечково-атактический синдромы, а также более выраженные изменения сосудистого тонуса при РЭГ. В третьей стадии выявляются выраженные пирамидный, псевдобульбарный, атак-

тический или психоорганический синдромы.

Другие авторы [9] в клинической картине дисциркуляторной энцефалопатии выделяют три степени тяжести ее течения:

Дисциркуляторная энцефалопатия I степени диагностируется на основании жалоб (головные боли, головокружения, повышенная утомляемость, умеренно выраженное снижение памяти), наличие в неврологическом статусе рассеянной патологической симптоматики (снижение корневальных рефлексов, недостаточность конвергенции с одной или обеих сторон, асимметрия носогубных складок, асимметрия сухожильных или периостальных рефлексов, умеренно выраженные симптомы орального автоматизма, легкие нарушения чувствительности по проводниковому типу, умеренно выраженные координаторные нарушения), данных инструментального исследования церебральной гемодинамики (асимметрия или двустороннее снижение пульсового кровенаполнения, повышение тонуса артериальных мозговых сосудов по функциональному типу, затруднение венозного оттока).

Дисциркуляторная энцефалопатия II степени на фоне вышеперечисленных симптомов, которые носят более выраженный и стойкий характер, проявляется грубыми гемодинамическими нарушениями (снижение пульсового кровенаполнения полушарий мозга, стойкое повышение тонуса артериальных сосудов, выраженное затруднение венозного оттока, изменение внутричерепной гемодинамики), мнестическими и интеллектуальными нарушениями, вестибуло-атактическими или экстрапирамидными синдромами, проходящими нарушениями мозгового кровообращения в различных сосудистых бассейнах мозга.

Дисциркуляторная энцефалопатия III степени характеризуется выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями, вестибуло-

атактическими синдромами с нарушением функции равновесия III и IV степени, двигательными нарушениями и изменениями чувствительности, острыми и остаточными явлениями острых нарушений мозгового кровообращения, синдромами сосудистого паркинсонизма. Гемодинамическими критериями являются выраженное снижение кровенаполнения головного мозга в каротидном и вертебро-базилярном бассейне, выраженное повышение тонуса артериальных мозговых сосудов, нарушения венозного оттока. Выявляются признаки стенозирования одной или обеих внутренних сонных артерий с нарушением внутримозгового кровотока, снижение линейной скорости кровотока в них, нарушение кровоснабжения терминальных артерий с наличием ретроградного или прерывистого кровотока.

Хроническая недостаточность мозгового кровообращения, лежащая в основе дисциркуляторной энцефалопатии, в сочетании с нарастающей системной артериальной гипертензией, лежит в основе формирующихся у больных психических расстройств. «Ядром» этих расстройств являются [35] нарушения памяти и внимания (модально-неспецифического типа), нарушения интеллектуальной деятельности (преимущественно ее динамических характеристик), расстройства эмоционально-личностной сферы (в виде преимущественных нарушений эмоциональной реактивности и регуляции эмоциональных состояний, а также нарушения двигательных функций (нарушение динамического праксиса, трудности произвольного контроля и др.).

Есть основания считать [36], что выраженность цереброваскулярной недостаточности в значительной мере определяется наличием соматических заболеваний и вредными условиями работы (например, работа в угольных шахтах в вечернее и ночное время).

Социально-психологическая predisпозиция

Многие исследователи обращают внимание на то, что основной проблемой лиц, пострадавших от радиационного воздействия и подвергшихся психоэкологическому стрессу, являются не соматические заболевания, а психосоциальная дисфункция. Ее причиной являются изменения личностной установки больного на социальные ценности, нарушения мотивационной сферы, трансформация стратегии социального поведения пострадавших с отказом от участия в труде и ориентацией на болезнь и льготы.

Переоценка субъективного компонента дис-

тресса, нередко встречающаяся при аггравационно-рентном типе приспособительного поведения, может привести к непреднамеренной неправильной постановке диагноза. Возможен и другой вариант ошибочной диагностики, когда аггравационные тенденции как бы «зашторивают» тяжесть реально существующего расстройства.

В этой связи признается целесообразной разработка типологической классификации биосоциального поведения человека, подвергшегося психоэкологическому стрессу [37]. Ю.А.Александровский (1998) выделяет социально-стрес-

совые расстройства как особую группу психических нарушений у УЛПА, являющихся результатом «вторжения» социальной ломки в жизнь большого числа людей. Помимо непосредственно психогенного воздействия в их развитии принимают участие три вида «биогенного» влияния: вызванное повышением уровня тревоги усиление симптоматических и нейрогуморальных реакций, ведущее к развитию вегетативных расстройств и к соматизации неврологических нарушений: формирование на базе ухудшающихся показателей соматического здоровья так называемой «органической предрасположенности» нервной системы; усиление отрицательного «биогенного» влияния экологических факторов.

Психосоциальная предрасположенность (социальный дистресс по А. Kleinman, 1988) как правило бывает связана с популяционным социальным статусом ликвидаторов: а) потерей или угрозой потери работы (чаще всего в связи с хроническими заболеваниями и продолжительной временной нетрудоспособностью) и средств к существованию; б) реальной возможностью получения компенсации ущерба состоянию здоровья. В этих условиях экономические мотивы могут стать доминирующим фактором нетрудоспособности и инвалидности больных, а стратегия их поведения, связанная с производственными, экономическими и семейными проблемами, может оказывать решающее влияние на трудовой прогноз. Другими словами, психическое здоровье все больше становится социально-экономическим феноменом, масштабы которого в решающей мере определяются экономическим неблаго-

получием, и сами, в свою очередь, порождают неблагополучие вследствие увеличения числа людей, нуждающихся в социальной защите.

В этой связи достаточно убедительной представляется точка зрения А.И. Нягу и К.Н. Логановского (1998) о том, что психосоциальная уязвимость пострадавших обусловлена сочетанием Чернобыльской катастрофы с последующим крахом социально-политической системы. Наряду с материальным это привело и к духовному кризису. В результате у пострадавших сформировались синдром «негарантированного будущего» и феномен «субъективного сжатия временного пространства» (социальный цейтнот по В.А. Саламатову, 1990). Осознание риска возникновения у них неблагоприятных, возможно летальных последствий лучевого поражения в сочетании с крайней непредсказуемостью социально-политической и экономической ситуации в стране привело к ощущению нехватки времени для разрешения традиционных социально-бытовых проблем — обзаведения семьей, воспитания детей, помощи престарелым родителям, обустройстве семейного очага и т.п. Кроме того, изменившаяся в обществе система ценностей исказила социальную роль пострадавших, сместив ее из плоскости героизма и мужества в область жертвенности. Это привело к так называемой «виктимизации» (от англ. victim — жертва) пострадавших. Итогом этих и других социальных сдвигов является формирование комплекса социальной уязвимости и бесполезности, ведущей к прогрессирующей социальной дезадаптации.

Систематика и основные диагностические критерии наиболее распространенных психических расстройств, встречающихся у УЛПА на ЧАЭС

Опыт изучения психических расстройств у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы позволил выделить (В.Н. Краснов, 1995) ряд особенностей экологически опосредованных форм психической и психосоматической патологии:

1. Сочетание разнородных факторов, каждый из которых сам по себе не обязательно является патогенным, возможный синергизм их действия, меняющаяся с течением времени иерархия их значимости.

2. Соматотропизм реагирования на неблагоприятные воздействия среды, выявление вегетативных, иммунных, нейроэндокринных дисфункций, нередко отражающих собственно психические нарушения, включение последних на отда-

ленных этапах в сложный комплекс полисистемных соматических и неврологических расстройств.

3. Сопряженность реакций экзогенного типа и механизмов психогенеза расстройств.

4. Сочетание индивидуальных и популяционных форм психического и соматического реагирования.

5. Сенсбилизация к последующим, в том числе ординарным, экзогенным вредностям и психотравмирующим влияниям.

6. Особая уязвимость лиц с соматически и органически измененной почвой к действию неблагоприятных экологических факторов.

Спектр психических расстройств, возникающих у этого контингента, выходит за рамки пе-

речня заболеваний при которых может быть установлена связь с действием ионизирующей радиации. Критерии подтверждения диагноза психического расстройства в приказе Минздрава Украины № 150 сводятся к перечислению дополнительных методов исследования, не содержат конкретных диагностических указаний и не ориентированы на МКБ-10.

По нашим данным наиболее распространенные диагностические заключения и основные диагностические критерии при идентификации психических расстройств у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, сводятся к следующему:

F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства:

F06 Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни:

F06.32 Депрессивное расстройство органической природы.

F06.6 Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство.

F 07.0 Органическое расстройство личности:

F 07.9 Неуточненные расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения и дисфункции головного мозга (психоорганический синдром).

F3 Аффективные расстройства:

F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство.

F34.1 Дистимия.

F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства:

F41.2 Смешанное тревожно-депрессивное расстройство.

F45.0 Соматизированное расстройство.

F45.2 Ипохондрическое расстройство.

F 45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство.

F5 Расстройства, связанные с физиологическими нарушениями:

F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах.

F6 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых:

F62.0 Хроническое изменение личности после переживания катастрофы.

F62.8 Другие хронические изменения личности вследствие переживаний совокупности факторов в пострадиационный период.

F68.0 Преувеличение физических симптомов по психологическим причинам.

F06.32 Депрессивное расстройство органической природы

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют, что депрессии являются одним из самых распространенных нарушений психического здоровья у УЛПА на ЧАЭС и спустя 10 лет после аварии они составляют около 40% всех нарушений, что превышает средние популяционные показатели для мужского населения соответствующего возраста в 8 и более раз [41]. Эти состояния характеризуются чувством безрадостности, притуплением эмоциональной сферы — ангедонией, потерей интереса к прежним ценностям, безразличием. Самым значимым переживанием является ощущение конечности жизни, воспринимающееся без чувства страха, как некая фатальная, экзистенциальная неизбежность. В структуре депрессии преобладают астено-апатические расстройства, на фоне которых возникают тревожные раптусы, нередко приводящие к суицидальным высказываниям или поступкам (суицидальный риск выявляется у 38% больных). Тревожные состояния возникают или аутохтонно или под влиянием внешних неблагоприятных событий и характеризуются крайней реактивной лабильностью, гиперсензитивностью к любым, даже самым мелким стрессорам окружающей среды.

Этиопатогенетически такие состояния рассматриваются как затяжные эндоформные депрессии органического генеза [20], связанные с сосудистыми органическими нарушениями ЦНС, снижением энергетических возможностей организма, определяющихся иммунными и биохимическими нарушениями. Органическая природа депрессий подтверждается данными ЭЭГ исследования (дезорганизация корковых ритмов, снижение фоновой амплитуды, увеличение бета-волн, усиление дельта- и тета-активности), РЭГ исследований (венозная дисфункция, нарушения оттока, снижение интраокципитального кровенаполнения).

Среди конституциональных факторов, играющих роль в формировании депрессий у УЛПА на ЧАЭС, большое значение приобретает алекситимия — психологическое качество, заключающееся в трудности вербального и символического выражения своих чувств. Ограниченность осознания эмоций ведет к фокусированию на соматическом компоненте страдания. Даже получая специфическую терапию, пациенты сопро-

тивляются осознанию психической природы болезни. Поэтому с учетом алекситимического отношения к болезни важным является активное выявление депрессий с целью оказания больным специализированной помощи.

F06.6 Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство.

Является «сквозным» психическим расстройством периода отдаленных последствий радиоэкологической катастрофы [22,42]. Согласно МКБ-10 этот диагноз включен в диагностический модуль F00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства и относится к диагностической рубрике F06 Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической (соматической) болезни. Все расстройства, включенные в эту рубрику, не должны считаться «органическими» в специфическом понимании МКБ-10. Их следует рассматривать как «симптоматические», при которых центральная заинтересованность является вторичной по отношению к системному экстрацеребральному заболеванию [43].

Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство у УЛПА на ЧАЭС является симптоматическим и вторичным по отношению к многочисленным системным соматическим заболеваниям. Этот синдром чаще всего проявляется при церебрально-сосудистых заболеваниях (ВСД, гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз), эндокринных (особенно гипо- и гипертиреозидизме) и обменных заболеваниях, токсических эффектах непсихотропных (например, антигипертензивных) препаратов. Возникающая при этом церебральная дисфункция не носит характера грубой церебральной патологии и с клинической точки зрения не должна квалифицироваться в рамках психоорганического синдрома. В наибольшей степени это расстройство соответствует традиционному в недалеком прошлом диагнозу: «астенический (неврозоподобный) синдром соматогенно обусловленный». Согласно ИДК-10 в клинической картине доминирует эмоциональная лабильность (неконтролируемость, нестабильность и колебания в проявлениях эмоций), а также разнообразные неприятные физические ощущения, такие как головокружение или боли. Собственно астеническая симптоматика (утомляемость, вялость) не является необходимой для постановки диагноза. Имеющийся в этих случаях не резко выраженный неврологический де-

фицит чаще всего рассматривается как сопутствующая патология (гипертоническая (дисциркуляторная) энцефалопатия- I 67.4 или последствие цереброваскулярного заболевания — I 69).

Такое понимание природы органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства в полной мере согласуется с мнением составителей методических рекомендаций «Про впровадження в практику Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10 перегляду» (Київ-1998), которые рубрикой F06 рекомендуют кодировать симптоматические непсихотические (невротические, неврозоподобные) психические расстройства. В МКБ-9 эти нарушения соответствовали диагностической рубрике 300.9 Неуточненные невротические расстройства и неврозоподобные состояния экзогенной этиологии. Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство в этих случаях может рассматриваться как умеренно выраженное.

Клиническая диагностика этого расстройства представляет определенные трудности. Переоценка жалоб больного может привести к гипердиагностике: диссоциация между частотой клинически установленного диагноза «астенический синдром» и объективно выявленной астенизацией, как показателя физической работоспособности, по данным С.А.Амиразяна и соавт. (1996), приближается к соотношению 4:1. Однако это противоречие теряет значение при идентификации нарушений в контексте церебральной астении, одной из существенных черт которой является астеническое изменение динамики течения психических процессов при сохранении формальных возможностей функционирования всех элементов психической деятельности и основных структур личности.

Пострадиационный церебрастенический синдром включает физические симптомы (чаще всего церебрально-сосудистая слабость) и комплекс психических расстройств [1]:

- повышенная истощаемость, создающая субъективное ощущение постоянной утомляемости, разбитости, физической слабости, замедление и затруднение интеллектуальных процессов;
- вялость, медлительность в сочетании с частой головной болью, головокружением, ощущением тяжести в голове, нарушение сна;
- совокупность психо-эмоциональных астенических проявлений: раздражительная слабость, легкость возникновения непосредственных эмоциональных реакций, нерешительность в действиях, неуверенность, впечатлительность, мнительность;

- нарушение способности запоминать текущие события.

Диагностическими критериями постраниационного церебрального синдрома являются его стойкость, отсутствие связи с психогениями и положительной динамики при отдыхе. Предположительное участие мозгового субстрата (церебральная дисфункция) в возникновении этих расстройств подтверждается наличием дисциркуляторной энцефалопатии и соответствующими изменениями на РЭГ, ЭЭГ и КТ головного мозга. Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство в этом случае может квалифицироваться как выраженное.

F07.0 Органическое расстройство личности

Диагностические критерии этого диагностического модуля предполагают, что изменения личности и поведения являются резидуальным или сопутствующим повреждением, или дисфункцией головного мозга (при этом диагностируется конкретная интракраниальная (как правило, очаговая) органическая патология).

Исключение из числа возможных причин этого расстройства системных соматических заболеваний минимизирует роль соматогенного фактора в его возникновении. Природа нарушений личности и поведения в этих случаях обусловлена в основном первичными церебрально-органическими расстройствами, клиническая идентификация которых соответствует традиционно понимаемой структуре психоорганического синдрома.

Органическое расстройство личности характеризуется сочетанием когнитивных и эмоционально-волевых расстройств со значительным снижением уровня личности. Снижение познавательной деятельности проявляется в основном в сфере планирования и прогнозирования собственной жизни, а также способности к целенаправленной деятельности. Этому способствуют ригидное и вязкое мышление, речь с ограниченным набором понятий, труднопереключаемое внимание, снижение побуждений. Объем чувственного познания редуцируется до узкобытовых проблем. Нарушения памяти (гипомнезия) перестают быть субъективно фиксируемым расстройством, а подтверждается клиническим и клинико-психологическим исследованиями.

Эмоционально-волевая сфера характеризуется безинициативностью и апатией, распространяющимися на все виды психического функцио-

нирования. Настроение часто приобретает злобно-раздражительную окраску.

Органическое снижение личности проявляется выраженной когнитивной уязвимостью, брутальными эмоциональными реакциями, утратой “контуров” и снижением витального тонуса личности, резким обеднением запаса знаний, сужением круга интересов, нарушением привычных стереотипов сложной моторной деятельности и трудовых навыков, невозможностью приобретения нового опыта.

F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах.

Значительная распространенность системных соматических заболеваний у УЛПА на ЧАЭС с многочисленными психологическими и психосоциальными проблемами, характерными для этого контингента, повышают вероятность декомпенсирующего влияния психологических (личностных) факторов на соматическое состояние пациента. Сопутствующие таким декомпенсациям (возникновению или обострению соматических заболеваний) психические нарушения обычно являются легкими (беспокойство, эмоциональная лабильность, дурные предчувствия) и трактуются не с позиции того или иного клинически выраженного психического расстройства, а с точки зрения субклинических проявлений в связи с неблагоприятным воздействием психологических факторов на соматическое состояние. Диагностическое заключение в таких случаях должно констатировать тот или иной вариант психической (психологической) дезадаптации и связанное с ней соматическое расстройство (пример — субклиническое депрессивное расстройство, связанное с язвенной болезнью желудка F54+F45).

F 62.8 Другие хронические изменения личности вследствие переживаний совокупности факторов в постраниационный период

В настоящее время нет достаточных оснований рассматривать хронические изменения личности у УЛПА исключительно в связи с переживаниями катастрофы (F 62.0). С другой стороны, они не являются вторичными, возникающими при значительных повреждениях головного мозга.

Хронические изменения личности формируются постепенно в процессе жизни ликвидаторов последствий аварии и отражают совокуп-

ность неблагоприятных биопсихосоциальных факторов (в т.ч. хронических жизненных трудностей). Основным этиологическим фактором являются глубокие и экзистенциально экстремальные переживания личности, приводящие к нарушению в межперсональном, социальном и профессиональном функционировании.

Спустя 10 и более лет после ликвидации последствий аварии на ЧАЭС у большинства ликвидаторов определяются многообразные изменения личности и социальной адаптации, находящие отражение в следующих определениях: хронически протекающая психическая дезадаптация и состояние общего стресса [13,45], патологическое развитие личности [1], социально-психологическая дезадаптация со стремлением к уходу от реальности [46], психосоциальная дисфункция [37], психосоматическое развитие личности [29], низкий уровень психического состояния личности [47], психоорганическое развитие личности апатического или параноидного типа (И.Г.Халявка и соавт., 1995), синдром «негарантированного» или «безнадежного» будущего [17], личностная дезинтеграция со снижением адаптационных возможностей [31].

Столь разнообразное количество мнений о сущности перестройки личности УЛПА на ЧАЭС свидетельствует о том, что в целом патологический профиль личности (по данным экспериментально-психологического исследования) отражает состояние хронического дистресса и дезадаптации личности в различных сферах социального и профессионального функционирования. К наиболее общим признакам личностной дисфункции можно отнести высокий уровень эмоционального напряжения, личностной и ситуативной тревожности, снижение адаптационных возможностей, катализацию беспокойства за свое здоровье в условиях пролонгированного стресса, бесперспективность и бессмысленность жизни, катастрофический уровень конфликтности, гиперсинзитивность, нарушение интеллектуального контроля, «уход в болезнь».

Б.С.Положий [48] такие состояния рассматривает как апатический вариант кризиса идентичности личности с потерей медицинской перспективы, снижением самооценки, замкнутостью и пассивным ожиданием решения своих проблем, что способствует развитию социально-бытовой и профессиональной дезадаптации.

Достаточно характерным для этой категории больных можно считать «рентное» или «установочное» поведение, направленное на получение социальных льгот [19,49]. Еще в 1993 году

А.П. Чуприков обращал внимание на то, что бурная перестройка общества, мотиваций, привычек и быта могут в ближайшее время занять в населении доминирующее влияние по патогенности, отодвинув в сторону влияние последствий Чернобыльской катастрофы.

Законом Украины «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», принятым в 1991 году с дополнениями (1992-1998 гг), наибольшие льготы и компенсации предусматриваются инвалидам-участникам ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Само по себе это не могло не вызвать феномена «отстаивания своих прав на инвалидность» у многих УЛПА на ЧАЭС, о чем свидетельствуют и высокий уровень обращаемости за медицинской помощью, и значительное увеличение числа инвалидов среди пострадавших спустя 10-15 лет после катастрофы. Эта тенденция, традиционно рассматриваемая как «установочное» или «рентное» поведение, имеет сложные механизмы и не должна оцениваться исключительно в контексте «преувеличения физических симптомов по психологическим причинам» (F68.0 — компенсационный невроз) и тем более как симуляция (F68.1).

Установочные ориентации больных на получение льгот нередко наблюдаются в структуре хронических изменений личности на фоне переживаемых значительных жизненных трудностей, дистресса и истощения психологических ресурсов. Так называемая «внутренняя картина болезни» у таких пациентов характеризуется полным принятием роли больного, самоограничением, самоощажением, драматизацией своего состояния и качества жизни. Ведущей позицией личности, определяющей сферу жизненных интересов больного и его поведенческие тенденции, становится ориентация на инвалидность и получение льгот. Сложившаяся в результате болезни ситуация обычно оценивается как непреодолимая, как «конечный пункт жизненного пути», утрачивается внутренняя потребность в борьбе с болезнью и в утверждении новых мотивационно-смысловых установок.

Постепенно происходит трансформация системы мотивов, формирование сверхценных ипохондрических образований и, в конечном счете, синдрома «выученной социальной беспомощности» (неспособность принять на себя ответственность за собственную жизнь в обществе по Е.И. Головахе и Н.В. Паниной, 1994). Эта беспомощность отражает кризисное состояние личности [13] и ее глубокие экзистенциальные

экстремальные переживания, ведущие к длительным нарушениям в межличностной социальной и профессиональной сфере и субъективному дистрессу. В этих условиях в качестве компенсаторных механизмов используется преодолевающее поведение, направленное на получение льгот и отражающее мотивационно-смысловую центр жизни (выживания) многих пациентов, оказавшихся за порогом нормальной жизни.

Постепенно вырабатывается своеобразная стратегия социального поведения, которая может помочь в достижении цели. Привычными способами становятся многочисленные обращения за медицинской помощью, частые госпитализации, комплексные повторные обследования, «накопление» диагнозов до определенных «стандартов», позволяющих связать (досвязать) их с действием вредных факторов в период ликвидации аварии на ЧАЭС. Такое поведение является частью заученного паттерна реакции на болезнь, включающей интенсивные внутренние переживания и пристальное внимание к телесным ощущениям. Таким образом формируется зависимость от медицинских служб («матрица патологического опыта») как безальтернативная (единственно возможная) форма психологической защиты. При рассмотрении ее в контексте хронических изменений личности и неразрешимых психосоциальных проблем пациента возникает необходимость терпимого и гуманного отношения к пострадавшим. С другой стороны, следует шире использовать специальные психокоррекционные программы, затрагивающие систему значимых отношений личности.

Однако при оценке уровня трудоспособности пациента предпочтение следует отдавать оценке объективных функциональных возможностей пациента, а не особенностям его психологичес-

кого реагирования на хронические жизненные трудности. Из этого, тем не менее, не следует, что улучшения трудового прогноза у этой категории пациентов можно добиться без изменений законодательства и их социально-экономического положения.

Таким образом, при изучении психического состояния УЛПА на ЧАЭС чрезвычайно важное значение приобретает феномен «поведения, связанного с болезнью». Адаптивное поведение позволяет человеку нормально функционировать, не переоценивая степень серьезности заболевания и тем более не претендуя на инвалидность. Аномальное (неадекватное, дезадаптивное) поведение не предусматривает стремления к сохранению уровня функционирования либо к выздоровлению.

Аномальное поведение, связанное с болезнью, во всех случаях проявляется «утверждением» болезни и ее тяжести, стремлением постоянно оставаться в роли инвалида, независимо от выраженности субъективных ощущений и объективного состояния здоровья. При этом, как правило, отсутствуют намеренная имитация болезни, прямой и обдуманной расчет получить выгоду от инвалидизации. Скорее этот процесс представляет собой проявление действия бессознательных механизмов психологической защиты, отражающих невозможность удовлетворить соответствующие (в общем вполне нормальные) потребности более адекватными способами (в отличие от сознательной симуляции: имитации болезни с очевидной мотивацией — Z76,5). Такое поведение направлено на освобождение пациента от состояния личностного и социального дистресса путем избегания лежащей в его основе трудной (бесперспективной, безнадежной) жизненной ситуации в ее субъективном преломлении.

В.А.Абрамов

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС (КЛІНІЧНІ, ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ). І ПОВІДОМЛЕННЯ.

Донецький державний медичний університет ім.М.Горького, Україна

У статті наведені дані про основні патогенетичні та клінічні особливості психічних розладів у ліквідаторів наслідків аварії (ЛНА) на ЧАЕС. Змальовані соматогенна, церебрально-органічна та соціально-психологічна предиспозиції порушень психічного здоров'я. Представлені систематика та основні діагностичні критерії найбільш розповсюджених психічних розладів у ЛНА на ЧАЕС. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 3-17).

MENTAL DISORDERS IN LIQUIDATORS OF THE CONSEQUENCES OF THE ACCIDENT ON CHERNOBYL AES (CLINICAL, PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL ASPECTS)

Donetsk State Medical M.Gorkov's University, Ukraine

Data about the main pathogenetic and clinical peculiarities of mental disorders in liquidators of the consequences of the accident on Chernobyl AES are adduced. Somatogenetic, cerebral-organic, social and psychological predispositions of mental health disturbances are described. The systematic and the main diagnostic criteria of the most widespread mental disorders in liquidators of the consequences of the accident on Chernobyl AES are shown (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 3-17)

Литература

1. Ревенко О.А. Закономірності формування та прогноз подальшого розвитку органічного ураження головного мозку в осіб, що зазнали впливу іонізуючих випромінювань // Український вісник психоневрології. 1998, №3 (18). — с. 48-50.
2. Чумак В.В., Лихтарев І.А., Рєпін В.С. Дози облучення учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС // Чернобыльская катастрофа. Под ред. акад. В.Г.Баряхтара. — Киев: Наукова думка, 1995. — С.393-396.
3. Лось И.П. Гигиеническая оценка дозообразующих источников ионизирующих излучений природного и технологического происхождения и доз облучения населения Украины. — Автореф. дисс. ... д-ра биол. наук. — Киев, 1993.
4. Лихтарев І.А., Лось І.П. Критерии для принятия решений. Чернобыльская катастрофа. Под ред. акад. В.Г.Баряхтара. — Киев: Наукова думка, 1995. — С.537-539.
5. Сергеев Г.В. Медико-санитарные мероприятия по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции. Медицинские аспекты аварии на Чернобыльской АЭС. Материалы научной конференции. Киев: Здоров'я, 1988. — С.15-26.
6. Александровский Ю.А. Психоневротические расстройства при аварии на Чернобыльской АЭС // Медицинские аспекты аварии на Чернобыльской АЭС: Материалы научной конференции. — Киев: Здоров'я, 1988. — С.171-176.
7. Александровский Ю.А. Экологические катастрофы и психическое здоровье // Сов. медицина. — 1991. — №12. — С.3-9.
8. Серкиз Я.И. Особенности биологических эффектов радиации низких эффективностей // 1-й Всесоюзный радиобиологический съезд: Тезисы докладов. Т.4. — Пушкино, 1989. — С.853-854.
9. Нягу А.И., Логановский К.Н. Нейропсихиатрические эффекты ионизирующих излучений. Киев. 1998. — 350 с.
10. Торубаров Ф.С. и соавт. Состояние нервной системы у пострадавших при аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1989, №9(2). — С. 48-52.
11. Ромоданов А.П., Винницкий А.Р. Уражения головного мозга при променевої хворобі легкого ступеня // Лікарська справа. 1993, №3 (1). — с. 10-16.
12. Рудницкий В.А., Семке В.Я. и соавт. Клинические особенности пограничных нервно-психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // XII съезд психиатров России. М., 1995. — с. 171-172.
13. Суринов Б.Л., Паршков Е.М. Эффекты коммуникативного стресса в постчернобыльском периоде. 2-я международная конференция // Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы. Киев. — 1998. — с. 496.
14. Нягу А.И., Логановский К.Н. Клинико-нейрофизиологические критерии энцефалопатий у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения // Вопросы радиационной психиатрии. Киев. 1993. — с. 8-9.
15. Нягу А.И., Логановский К.Н. Психические расстройства у пострадавших в связи с аварией на Чернобыльской АЭС // Международная конференция "Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле". 1995, Киев. — с.114.
16. Нягу А.И. и соавт. Пострадиационная энцефалопатия в отдаленный период острой болезни // Український медичний часопис. 1997, №2 (2). — с. 33-44.
17. Логановский К.Н., Нягу А.И. Характеристика психических расстройств у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы в свете международной классификации болезней 10-го пересмотра // Социальная и клиническая психиатрия. 1995, №2. — с. 15-22.
18. Логановский К.Н. Клинико-эпидемиологические аспекты психиатрических последствий Чернобыльской катастрофы // Журнал социальной и клинической психиатрии. 1999, №1. — С.5-15.
19. Краснов В.Н. и соавт. Клинико-патогенетическая зависимость в развитии психических расстройств у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Вопросы радиационной психиатрии. Киев. 1993. — с. 5-6.
20. Чуприков А.П. Спорные вопросы радиационной психиатрии. Киев. 1993. — с.2-6.
21. Кутько И.И., Казакова С.Е., Вишняков Ю.В. Варианты психоорганического синдрома у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Международная конференция "Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле". 1995, Киев. — с.104.
22. Крыжановская Л.А. Характеристика психических расстройств непсихотического уровня у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. 2-я международная конференция // Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы. Киев. — с. 264.
23. Коваленко А.Н. Выброс радионуклидов в результате Чернобыльской аварии и проблема внутреннего облучения // Український медичний часопис. 1998, №2 (4). — с. 6-16.
24. Мирошниченко С.В. Анализ некоторых показателей иммунитета у больных с язвой двенадцатиперстной кишки — участников ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы // Український медичний часопис. 1998, №2-4. — с. 51-53.
25. Романенко Н.И. и соавт. Особенности влияния малых доз ионизирующего излучения на состояние нервной системы // Международная конференция "Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле". 1995, Киев. — с. 264.
26. Якименко Д.М. Клинические проявления астено-вегетативного синдрома у больных язвенной болезнью с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Международная конференция "Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле". — 1995. — Киев. — с. 280.
27. Головенко С.В. О взаимоотношениях между психическими и соматическими расстройствами у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС // Журнал невропатологии и психиатрии. 1994, №2. — с. 93-94.
28. Weyerer S. Relationships between physical and psychological disorders // In: Psychological Disorders in General Medical Settings (ed N. Sartorius et al.). Bern: Huber — Hogrefe. — 1990.
29. Напреенко А.К., К.Н.Логановский. Система психиатрической помощи при радиоэкологических катастрофах и локальных войнах // Журнал психиатрической и медицинской психологии. №1 (7), 2000. — С.14-18.
30. Волошин П.В., Крыженко Т.В., Здесенко И.В. и др. Клинические и функционально-структурные изменения нервной системы у лиц, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС // Социально-психологические и психоневрологические аспекты последствий аварии на Чернобыльской АЭС: Материалы научной конференции франко-украинского сотрудничества с международным участием. — Киев, 1993. — С.190-194.
31. Амїразян С.А. та співавт. Основні підходи до оцінки працездатності ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС // Український Радіологічний Журнал. 1996, 4. — с. 44-46.
32. Симонова Л.И. и соавт. Трудоспособность и влияющие на нее социально-психологические факторы у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Международная конференция "Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы

в Чернобыле". Киев, 1995. — с. 268.

33. Вишнева В.П. Психологические аспекты синдрома преждевременного старения ликвидаторов. 2-я международная конференция // Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы. Киев. 1998. — с.198.

34. Шевага В.М., Пайонок А.В. Оцінка ефективності комплексної терапії дисциркуляторної енцефалопатії при гіпертонічній хворобі за динамікою нейрофізіологічних та біохімічних досліджень // Український вісник психоневрології. 1996, 4, 3 (10). — с. 305-306.

35. Хомская Е.Д. Нейропсихологическое исследование участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // XII съезд психиатров России. М., 1995. — с. 625-626.

36. Назаренко В.Г. и соавт. Ранняя диагностика цереброваскулярных нарушений у работников вугільних шахт Донбасу // Український вісник психоневрології. 1996, 4, 3 (10). — с.227-228.

37. Талалаева Г.В., Шариков В.Н., Юшков П.И. К проблеме биосоциальной типологизации лиц, подвергшихся психосоциальному стрессу. 2-я международная конференция // Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы. Киев. — 1998. — с. 498.

38. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства у пострадавших после аварии на Чернобыльской АЭС. 2-я международная конференция // Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы. Киев, 1998. — с.434.

39. Kleinman A. Rethinking Psychiatry. London: The Free Press. — 1988.

40. Наказ Міністра охорони здоров'я України №150 от 17.05.97 р. "Про затвердження нормативних актів щодо хвороб, при яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС".

41. Румянцева Г.М. и соавт. Депрессии и их роль в формировании психосоматической заболеваемости у участников ликвидации аварии на ЧАЭС // Российский психиатрический журнал. 1998, N5. — с. 52-56.

42. Ревенок А.А. Характеристика церебрального

синдрома у лиц, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС // Лікарська справа. 1997, N5.- С. 32-35.

43. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ. Россия. Санкт-Петербург "АДИС". 1994. — 302 с.

44. Методичні рекомендації про впровадження в практику Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду, клас 5 "Розлади психіки та поведінки". Складачі: А.Н. Міщенко та ін. Київ — 1998. — 24 с.

45. Новиков В.С., Никифоров А.М., Черкасов В.Ю. Психологические последствия аварии // Военно-медицинский журнал. 1996, N6. — с. 57-62.

46. Симонова Л.И. и соавт. Трудовой прогноз: соматоневрологические и психологические факторы, определяющие его у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения в дозах, не превышающих предельно допустимую // 2-я международная конференция: Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы. Киев. — 1998. — с. 368.

47. Чинкина О.В. Некоторые итоги клинико-психологического изучения участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, проходящих стационарное обследование и экспертизу // Международная конференция "Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле". — 1995, Киев. — с. 162.

48. Положий Б.С. Культуральные аспекты психического здоровья населения России. XII съезд психиатров. М., 1995. — с. 102-103.

49. Гринева И.М., Хохолева А.А., Косса Н.Д. Клинические варианты невротоподобной симптоматики у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Вопросы радиационной психиатрии. Киев. 1993. — с. 21-22.

50. Закон України Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи // Права інвалідів в Україні. Сфера. Київ, 1998. — с. 101-153.

51. Головаха Е.И., Панина Н.В. Социальное безумие. История, теория и современная практика. Киев. Абрис. 1994. — 170с.

Поступила в редакцию 18.08.2001г.