

Практическое занятие 5

Тема. Оказание помощи при острых психических расстройствах в экстремальных состояниях.

План

- характер реагирования на чрезвычайную ситуацию;
- этапы формирования симптоматики;
- периоды развития катастрофы, в которых развиваются психические нарушения;
- особенности организации оказания медицинской помощи;
- медицинская сортировка;
- развитие ПТСР.

Психические нарушения, возникающие при катастрофах, представляют достаточно широкий спектр психических состояний, среди которых выделяют психические нарушения с психотической симптоматикой (реактивные психозы) и психические нарушения с непсихотической симптоматикой (невротические реакции и острые реакции на стресс). Существенным признаком разграничения перечисленных групп нарушений является наличие (для первой группы) или отсутствие (для второй группы) так называемых психотических форм патологии, включая грубые нарушения сознания, явные признаки нарушения адаптивного поведения и наличие галлюцинаций и бреда. Все психические нарушения, возникающие при катастрофах, могут быть разделены на **психотические и невротиические**.

Особенности клинической картины

Характер психического реагирования населения на катастрофу и особенности психопатологии, возникающей после нее, зависят от:

- интенсивности и продолжительности воздействия,
- обширности района поражения,
- плотности населения,
- готовности отдельных лиц к деятельности в экстремальных условиях,
- согласованности проведения спасательных работ
- адекватности оказания медицинской помощи.

Выраженное воздействие катастрофы на эмоциональную сферу пострадавших происходит как непосредственно в период возникновения катастрофы, так и опосредованно в результате гибели родственников и близких, а также материальных потерь и социальных проблем, возникающих

после катастрофы.

Этапность в формировании симптоматики:

- начальный этап полиморфной психопатологической симптоматики
- стадия структурирования, т. е. формирования определенной направленности психического реагирования,
- период относительной стабилизации возникших психопатологических проявлений, т. е. оформления неврозов.

Основные периоды, во время которых наблюдаются различные психические нарушения:

- острый (изоляционный) период - первые минуты и часы после катастрофы,
- подострый период - 10—12 дней после катастрофы,
- период отдаленных последствий - в течение нескольких месяцев и даже лет после катастрофы.

В острый (изоляционный) период у небольшой части лиц, находящихся в эпицентре катастрофы, могут возникнуть следующие виды психотических состояний: аффективно-шоковая реакция, психогенный ступор, психомоторное возбуждение, реактивная спутанность, истерический психоз.

– *Аффективно-шоковая реакция* — наиболее характерная для экстремальных ситуаций форма реактивных психозов, которая вызывается сильным аффектом, обычно страхом в связи с угрозой жизни. Аффективно-шоковая реакция проявляется своеобразным состоянием оцепенения, которое сопровождается снижением возможности восприятия внешних раздражителей и достаточно выраженной дезориентацией в окружающем.

– *Психогенный ступор* проявляется в резко выраженной двигательной заторможенности, достигающей степени полной обездвиженности, и незначительной речевой продукции вплоть до мутизма, протекающих на фоне суженного сознания. Человек, несмотря на смертельную опасность, застывает в позе, в которой он находился в момент потрясения. Временами в таких ситуациях наступает состояние оцепенения (ступор). Пострадавший сидит съежившись или лежит в эмбриональной позе. Мимика при этом отражает напряженный аффект, на лице выражение либо испуга, либо безысходного отчаяния. Воспоминания о потрясении отрывочны.

– *Психомоторное возбуждение* развивается остро и проявляется хаотичными и бесцельными движениями. Пострадавшие бессмысленно

мечутся в поисках выхода, кричат, молят о помощи. Эта картина возникает на фоне психогенного сумеречного расстройства сознания. При этом отмечается нарушение ориентировки в окружающем и собственной личности, а также неотчетливость восприятия окружающего. Впоследствии отмечается полная амнезия.

– *Реактивная спутанность* проявляется речевыми расстройствами, которые характеризуются однообразными высказываниями и ускорением темпа речи. При этом в речи пострадавших выявляется определенная тематика, отражающая экстремальную ситуацию. Высказывания отличаются однообразием, носят стереотипный характер. Речевые расстройства возникают в рамках истерических нарушений на фоне аффективно суженного сознания и нерезко выраженного психомоторного возбуждения.

– *Истерические психозы* проявляются более разнообразными клиническими формами, нежели описанные выше психозы, и включают в себя следующие варианты: истерические сумеречные состояния, псевдодеменцию, истерический ступор.

- *Истерические сумеречные помрачения сознания* характеризуются прежде всего аффективным сужением поля сознания, дезориентировкой в окружающей обстановке, обманами восприятия (зрительные и слуховые галлюцинации) и избирательной фрагментарностью последующей амнезии.
- *Псевдодеменция* представляет собой «мнимое слабоумие», возникающее на фоне суженного состояния сознания, и характеризуется мнимой утратой простейших знаний, неправильными ответами (миморечь) и действиями (мимодействия).
- *Истерический ступор* проявляется обездвиженностью, мутизмом и явлениями помрачения сознания (истерическое суженное сознание). Однако при этой форме ступора поведение больного отражает напряженный аффект (страдание, отчаяние), а мимика крайне экспрессивна. На лице выражение ужаса и страдания, иногда на глазах слезы.

У другой, значительно большей по количеству группы лиц психическое состояние в момент катастрофы определяется полиморфной психопатологической симптоматикой невротического уровня, центральным элементом которой являются **тревожно-фобические расстройства**. Наряду с ощущением внутреннего напряжения, беспокойства и тревожными опасениями они обычно отмечают у себя сердцебиение, повышенную

потливость, слабость во всем теле, сухость во рту, тремор рук и всего тела, что свидетельствует о нарушениях функционирования вегетативной нервной системы.

В течение **подострого периода**, который начинается с момента организации спасательных работ и продолжается до момента эвакуации пострадавших в безопасные зоны, у большей части лиц, перенесших катастрофу, происходит снижение интенсивности тревожно-фобических реакций, что способствует их социальной адаптации. Однако у части пострадавших происходит трансформация тревожно-фобических реакций в ряд других невротических состояний, которые обычно оцениваются как невротические реакции: гипоманиакальные, обсессивно-фобические, истерические, астенические, депрессивные, ипохондрические. Перечисленные невротические реакции по своей клинической картине ничем не отличаются от аналогичных состояний, встречающихся в обычной психиатрической практике.

– *Гипоманиакальные реакции* у лиц, попавших в экстремальные условия, проявляются гипервысокой, но плохо интегрированной активностью, отрицанием ими объективно существующих трудностей, преувеличением своих возможностей, с которыми обычно сочетается или неадекватность прогноза, или постановка нереальных целей, или нереалистическое планирование поведения.

– *Обсессивно-фобические реакции* представляют собой навязчивые переживания страха повторения катастрофических явлений. Тревожно-фобические реакции при этом эмоционально яркие, образны и чувственно окрашены. Ощущение внутреннего напряжения заставляет людей постоянно контролировать изменения, которые могут даже отдаленно свидетельствовать о повторении катастрофы. Они начинают вырабатывать для себя четкую систему поведения, ограждающую их от тяжелых последствий катастрофы при возможном ее повторении. Лица с обсессивно-фобическими реакциями достаточно адекватно оценивают свое состояние, критически к нему относятся и активно ищут поддержки у окружающих и помощи у медиков с целью избавления от мучительных тревожных переживаний.

– *Истерические реакции* крайне разнообразны и изменчивы. Наиболее явными признаками невротических реакций истерического круга являются демонстративные или конверсионные реакции. В поведении лиц с таким типом реагирования на катастрофу отмечаются драматизация ситуации, эмоциональная неустойчивость, бурная реакция на происходящее катастрофическое событие, сопровождающееся выраженными сомато-

вегетативными нарушениями, а иногда и расстройствами движения по типу астезии-абазии (невозможность стоять или ходить) и изменениями чувствительности, не соответствующими зонам иннервации.

– *Астенические реакции* проявляются у лиц, перенесших катастрофу, в виде повышенной утомляемости, снижения трудоспособности, ухудшения памяти и внимания. Указанные нарушения сопровождаются, как правило, повышенной возбудимостью, раздражительностью, эмоциональной неустойчивостью и лабильностью настроения.

– *Депрессивные реакции* в виде колебания настроения характеризуются психологической понятностью переживаний, отражением в переживаниях и высказываниях лиц, перенесших катастрофу, психотравмирующих факторов. Депрессивный аффект в некоторых случаях может проявляться тоской, подавленностью, заторможенностью или, напротив, двигательным возбуждением, сужением сознания — концентрацией на психотравмирующих факторах, а также идеями самообвинения сверхценного характера.

– *Ипохондрические реакции* у лиц, переживших катастрофу, проявляются фиксацией внимания на своем здоровье. Они легко сосредоточиваются на неприятных ощущениях, мыслях о наличии у них каких-либо внутренних соматических нарушений. Источником этих ощущений являются стертые, незначительно выраженные соматовегетативные нарушения, всегда имеющиеся при эмоциональном стрессе.

– У части лиц возникает *обострение эндогенных заболеваний* (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, органическое поражение головного мозга).

В период отдаленных последствий, который начинается после эвакуации пострадавших в безопасные районы и может продолжаться несколько месяцев, дальнейшая динамика состояния во многом определяется способностью данного контингента адаптироваться к изменившимся условиям существования. В тех случаях, когда социальная ситуация меняется в лучшую сторону (возмещение материального ущерба, предоставление жилья, оказание адекватной медицинской помощи и т. д.), происходит компенсация названных выше невротических расстройств. Однако у пострадавших, потерявших родных или близких, а также понесших значительные материальные потери, происходит стойкая фиксация перечисленных типов психических нарушений, что клинически выражается в формировании следующих невротических состояний:

– невроза тревоги (страха),

- невроза навязчивости,
- истерического невроза,
- неврастении,
- депрессивного невроза,
- ипохондрического невроза,
- невроза со сверхценными образованиями - сутяжно-кверулянтского.

Особенности диагностики

Диагностика психоневротических расстройств у лиц, пострадавших от катастрофы, определяется временем проведения обследования.

В острый (изоляционный) период катастрофы основной задачей, участвующих в оказании медицинской помощи, должна стать клиническая оценка острых клинически выраженных случаев психической патологии с целью оказания первой медицинской помощи. Квалификационная оценка психического состояния пострадавших должна сводиться к выявлению характерных проявлений психической патологии, чаще всего на уровне реакций. Этот так называемый диагноз узнавания устанавливается в основном с помощью интуиции, на основании предыдущего опыта и сведений, почерпнутых из учебников и научной литературы. Учитывая сложность ситуации, нельзя требовать от медработника развернутой характеристики случая, но профессионально и грамотно оценить психическое состояние, зафиксировать свое заключение в первичной медицинской карточке пострадавшего и сделать соответствующие назначения он обязан.

В подострый период пострадавшие с явными признаками психической патологии должны быть госпитализированы в психиатрическое учреждение, где на них заводятся истории болезни.

Диагностическая процедура на этом этапе должна проводиться с помощью клинического и инструментально-лабораторных методов исследования.

Клинический метод, который принято трактовать как феноменологический, проводится в определенной последовательности. На первом этапе задача психиатра сводится к квалификационной оценке отдельных проявлений болезни, которые обозначаются как симптомы. На втором этапе психиатр должен осуществить дифференциацию, систематизацию и квалификацию выявленных симптомов на уровне синдромов, что позволит не только оценить качество психического состояния больного, но и уровень поражения психической деятельности. На третьем этапе психиатр на основании изучения всех характерных проявлений болезни, выраженных в

синдромальных характеристиках, и особенностей их видоизменения или смены в процессе течения болезни одних синдромов другими устанавливает полный, «методический» диагноз в соответствии МКБ-10.

Применение инструментально-лабораторных методов исследования у больных, поступивших в психиатрический стационар, позволит определить функциональное состояние головного мозга и, что особенно важно для больных, поступивших из зоны катастрофы, органические поражения мозга, возможные у лиц, перенесших травмы головы.

В период отдаленных последствий в круг задач психиатрической службы должно входить изучение распространенности различных видов психических нарушений и выяснение роли биологических и социальных условий, влияющих на течение болезней. Это послужило бы основанием для профилактики этих болезней и научного обоснования и планирования психиатрической помощи, включая разработку нормативов потребности населения в психиатрической помощи.

Для решения поставленных задач необходимо сплошное профилактическое обследование населения, перенесшего катастрофу, для изучения болезненности и заболеваемости в данной популяции, выборочное обследование отдельных групп населения - этнических, профессиональных и возрастных, анализ статистической медицинской отчетности в регионе, подвергшемся землетрясению.

Сплошные профилактические осмотры населения, перенесшего землетрясение, должны проводиться в психоневрологических диспансерах по месту их проживания или в специально созданных для этих целей на базе местных медицинских учреждений кабинетах медико-психологической помощи. В некоторых случаях полезно организовать такие кабинеты на крупных предприятиях, в учреждениях и учебных заведениях, в местах эвакуации людей, потерявших жилье.

На первом этапе профилактических осмотров населения, перенесшего катастрофу, необходимо проведение скрининг-исследования, основная цель которого - выявление лиц с повышенным риском развития психического заболевания или страдающих хроническим психическим заболеванием. В дальнейшем они должны пройти более глубокое исследование.

При выборе скрининг-методик необходимо учитывать и культуральные особенности обследуемой популяции, которые не позволяют использовать стандартизованные в другом регионе страны личностные методы исследования. Наиболее адекватными для решения поставленных задач могут быть следующие методы исследования личности: групповой тест

Роршаха и цветовой тест Люшера.

На втором этапе профилактического осмотра населения, пережившего катастрофу, лица, прошедшие психологическое тестирование и набравшие пороговое число баллов, должны быть обследованы более тщательно с целью выявления психопатологических феноменов, определяющих психическую дезадаптацию, и поиска факторов риска возникновения этой психопатологии.

Особенности организации оказания медицинской помощи

Основные принципы организации психиатрической помощи заключаются в поэтапной сортировке, эвакуации и соответствующей терапии пострадавших. Наиболее эффективно эти принципы реализуются при максимальном приближении помощи к пострадавшему населению, активном выявлении лиц с психической патологией как непосредственно в районе катастрофы, так и в близлежащих медицинских учреждениях и местах эвакуации жителей.

Стратегию психиатрической помощи определяет динамика возникающих состояний психической дезадаптации, психотических и невротических расстройств. На всех этапах развития ситуации она должна быть тесно связана с общемедицинской помощью, обеспечивать непрерывность и преемственность профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Во время катастрофы и непосредственно после нее основным организационным звеном медицинской, в том числе и психиатрической, помощи являются специалисты скорой медицинской помощи, а также сохранившиеся в зоне бедствия ЛПУ. Психиатрическая помощь должна планироваться в расчете на специальные бригады, оперативно направляемые в районы бедствия. В зависимости от масштаба катастрофы и числа пострадавших бригады могут формироваться из 1—2 (или большего числа) врачей-психиатров и подготовленного среднего медицинского персонала (фельдшеров).

Спокойные, уверенные действия специалистов, оказывающих первую медицинскую помощь, благотворно влияют на ту часть пострадавших, у которой развились субпсихотические психогенные реакции.

Число направляемых в район катастрофы психиатрических бригад определяется масштабами бедствия. В ряде случаев в зависимости от конкретно складывающейся ситуации врачи-психиатры могут работать самостоятельно, однако наиболее целесообразна их совместная деятельность

с другими медицинскими подразделениями. Члены бригады на первом этапе катастрофы участвуют в спасательных работах, оказывают не только психиатрическую, но и общемедицинскую и необходимую консультативную помощь нейрохирургам и другим специалистам. При большом числе пострадавших и при наличии соответствующих условий уже непосредственно после катастрофы в центре пострадавшего района целесообразна организация эвакуационного психиатрического отделения, в котором можно было бы изолировать возбужденных больных.

Особенностью тактики психиатрической помощи в этот период является необязательность установления нозологического и синдромального диагноза — достаточным становится разделение пострадавших на лиц с психотическими расстройствами и лиц, у которых психические нарушения не достигают психотического уровня. При этом основная задача состоит в обеспечении безопасности не только самого пострадавшего с остро развившимися психическими расстройствами, но и окружающих.

Критерии сортировки

- состояние сознания (нарушено — не нарушено),
- двигательные расстройства (психомоторное возбуждение — ступор),
- особенностей эмоционального состояния (страх, тревога, депрессия).

Важное значение в этот период имеют **своевременное выявление и эвакуация охваченных страхом паникеров и истерических декомпенсированных личностей**, составляющих группу повышенного риска развития паники.

Первостепенной целью медикаментозной терапии больных с реактивными психозами является **купирование острого психического состояния**. Наиболее рационально это достигается с помощью нейролептических препаратов, транквилизаторов, антидепрессантов (нередко используемых в комбинации), обладающих седативным и анксиолитическим (снижение чувства страха, тревоги, напряжения) эффектом. Препараты (тизерцин, аминазин, диазепам, феназепам, амитриптилин) назначают внутримышечно или внутривенно.

С момента начала спасательных работ (подострый период катастрофы) наряду со скорой и неотложной психиатрической помощью, оказываемой преимущественно специализированными и достаточно мобильными психиатрическими бригадами, целесообразна организация психиатрических (психотерапевтических) кабинетов в развертываемых в зоне ЧС поликлиниках и стационарах для оказания помощи как пострадавшим, так и

при необходимости участникам спасательных и восстановительных работ. В этот период эвакуационное психиатрическое отделение начинает выполнять и функции отделения диагностики и кратковременного лечения (на протяжении нескольких дней) лиц с пограничными формами нервно-психических расстройств. При этом необходимо предусмотреть возможность как полной, так и частичной госпитализации пострадавших, нуждающихся в психиатрической помощи.

По мере разрешения опасной для жизни ситуации и снижения вероятности развития реактивных психозов все более важной становится организация психотерапевтической работы среди населения — стационарированных в лечебные учреждения пострадавшего района, а также эвакуированных. К этой работе необходимо активно привлекать врачей территориальных психоневрологических и общемедицинских учреждений.

При **адаптационных (приспособительных) реакциях и многих начальных невротических расстройствах** целью любых психиатрических и медико-психологических воздействий является **профилактика (первичная и вторичная) развития состояний психической дезадаптации, психических и психосоматических заболеваний**. Специального лечения у психиатра при этом не требуется, его консультация необходима лишь для дифференциально-диагностической оценки состояния. В этих случаях наряду с устранением дополнительных травмирующих воздействий могут использоваться психокоррекция и рациональная психотерапия. Иногда необходимы кратковременный отдых, физиотерапия, рефлексотерапия. По специальным показаниям могут назначаться препараты группы адаптогенов (золотой корень и др.), актопротекторов (бемитил) и ноотропов (пирацетам и др.), оказывающие в рассматриваемых случаях патогенетическое лечебно-профилактическое действие, а также транквилизаторы дневного действия (медазепам) и психостимуляторы (сиднокарб).

Основной целью **лечения пострадавших с невротическими реакциями** является **купирование тревоги и страха**, приспособление их к жизни и деятельности в условиях сохраняющейся психогении. Для этого используют транквилизаторы, антидепрессанты с универсальным успокаивающим действием, психотерапию. Наиболее эффективным психотерапевтическим методом оказывается в этих случаях когнитивная психотерапия. Метод учитывает особенности состояния пострадавших, испытывающих потребность рассказать о катастрофе, наиболее страшных и значительных для них сценах и событиях. Активный расспрос, доброжелательное и внимательное выслушивание, «проговаривание» наиболее неприятных переживаний позволяют уменьшить аффективное напряжение,

структурировать переживания и активизировать целенаправленную деятельность пострадавших.

При относительной стабилизации ситуации после эвакуации пострадавших в безопасные районы (период отдаленных последствий) психиатрическую и медико-психологическую помощь оказывают главным образом тем, кто за ней обращается. Наряду с этим приобретает актуальность **активное обследование и при необходимости - лечение психически больных, состоявших до ЧС в группах диспансерного наблюдения**. У многих из них во время катастрофы возможно развитие обострений и декомпенсаций психических заболеваний. К оказанию помощи в этот период привлекаются территориальные звенья специализированной психиатрической помощи (стационары, психотерапевтические кабинеты и др.). При необходимости они должны усиливаться за счет дополнительного привлечения специалистов.

Наряду с лечебно-реабилитационной деятельностью психиатрической службы особое значение в этот период приобретает экспертная работа. Это связано с тем, что у части пострадавших наблюдается развитие «рентных» установок. При выплате страховых пособий и компенсаций имеет место тенденциозное усиление или «удержание» имевшихся расстройств для получения определенных льгот.

Затяжные реактивные психозы требуют стационарного лечения. В зависимости от клинических проявлений (психотическая реактивная депрессия, псевдодеменция, пуэрилизм и др.) по показаниям проводят соответствующую терапию (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, гипнотерапия и др.). Лечебно-реабилитационная тактика при неврозах и неврозоподобных расстройствах у больных с соматическими заболеваниями должна строиться по индивидуальному терапевтическому плану с использованием психотерапии, средств лечения основного заболевания, психо-коррекционных мероприятий, физиотерапии и при необходимости психотропных лекарственных препаратов (транквилизаторы, антидепрессанты, психостимуляторы и др.). При невротическом и патохарактерологическом развитии личности лечебно-профилактические мероприятия должны быть направлены на приостановление этого процесса и на компенсацию состояния. Для этого может использоваться широкий арсенал лекарственных и психотерапевтических средств и методов.

Выделяют следующие этапы психогенных психических расстройств в динамике их развития.

1. Непатологические невротические проявления: астенические нарушения, вегетативная дисфункция, расстройства сна, возникновение и декомпенсация психосоматических расстройств.

2. Невротические реакции: контролируемое чувство тревоги и страха, полиморфные невротические расстройства, декомпенсация личностно-типологических особенностей. У индивидуумов с такими реакциями нарушается способность быстро принимать правильные решения, проявляется избыточная эмоциональность по несущественным поводам, отмечается чрезмерная мнительность, тревожность, по- *озрительность. Человек в подобном состоянии не способен к конкретным конструктивным действиям. У него нарушается сон, снижается трудоспособность, ухудшается память.

Наблюдения показывают, что сохранение экстремальных условий существования в течение длительного времени может приводить к поражению соматических систем, из которых наиболее уязвимыми являются желудочно-кишечная и сердечно-сосудистая. Частота встречаемости соматических расстройств соответствует глубине и выраженности невротической симптоматики.

3. Неврозы (невротические состояния): клинически оформившиеся невротические состояния.

Под *неврозами* традиционно понимают мягкие непсихотические расстройства, нередко связанные с длительными тяжело переживаемыми стрессорными воздействиями. Эти расстройства носят функциональный характер, обычно сопровождаются нарушениями в соматовегетативной сфере, при этом больные сохраняют критику, понимают болезненный характер имеющихся симптомов. Личностные особенности индивидуумов и наследственность являются факторами, предрасполагающими к развитию неврозов.

В структуре последних преобладают астенические и ипохондрические проявления.

Неврастения (астенический невроз, невроз истощения) проявляется в первую очередь астеническим синдромом. Важнейшими проявлениями этого синдрома является сочетание раздражительности с повышенной утомляемостью и истощаемостью. Больные чрезвычайно чувствительны к внешним воздействиям: плохо переносят громкие звуки и яркий свет, перепады температуры. Их часто беспокоят головные боли. Резко снижается работоспособность, отмечаются снижение памяти, интеллектуальная несостоятельность. Важным симптомом является расстройство сна, наблюдаются трудности при засыпании, повер-

хностный сон, не приносящий ощущения отдыха.

Ипохондрические проявления характеризуются повышенной озабоченностью состоянием своего здоровья, часто выявляется соматическое заболевание, подтвержденное объективными данными.

При невротических состояниях встречаются гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезии ЖКТ.

4. Реактивные психозы: чувство страха, дезорганизация поведения (беспорядочное метание, паническое бегство или оцепенение, ступор, нарушение осознания окружающего, не критичность к своему состоянию).

5. Аффективно-шоковые реакции развиваются при внезапно возникшем потрясении в опасной для жизни ситуации продолжительностью от 15-20 мин до нескольких часов или суток.

Выделяют 2 формы этих реакций.

Гипокинетический вариант характеризуется эмоционально-двигательной заторможенностью, общим оцепенением, иногда вплоть до полной обездвиженности (аффектогенный ступор). Отмечаются вегетативные нарушения, глубокое помрачение сознания.

Гиперкинетический вариант характеризуется острым психомоторным возбуждением («двигательная буря», фуниформная реакция). Больные куда-то бегут, их движения и высказывания хаотичны, отрывочны. Отвечается острая спутанность речи в виде бессвязного речевого потока. Обычно они дезориентированы, сознание глубоко помрачено.

Пострадавшие с предболезненными непсихотическими расстройствами составляют основной поток — до 80% нуждающихся в психотерапевтической и психиатрической помощи. Своевременное выявление панной категории пострадавших необходимо в связи с:

1) преобладанием психологического уровня расстройств в структуре остальных психических нарушений у пострадавших при катастрофах;

2) значительной распространенностью данных расстройств среди спасателей;

3) существенным влиянием стрессовых расстройств на трудоспособность людей;

4) возможностью перехода при отсутствии адекватных лечебно-профилактических мероприятий в психопатологические проявления, а также соматизированные клинические варианты.

На отдаленных этапах, обычно охватывающих многие годы, психи-

атрические последствия катастроф тесно связаны с изменениями не только психического, но и физического здоровья пострадавших.

Изучение психологических и психиатрических последствий у ветеранов вьетнамской войны в США позволило сформулировать в 60-е годы понятие «посттравматические стрессовые расстройства» (ПТСР) и выделить их основные диагностические критерии.

Хронические стрессовые реакции у военнослужащих стали рассматривать как неизбежное следствие участия в боевых действиях и «боевого стресса». По Международной классификации болезней (МКБ-10) в последнее время ПТСР определяют как синдром, формирующийся в результате переживания человеком травмирующих событий, выходящих за рамки нормального человеческого опыта, исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые могут вызвать общий дистресс почти у любого человека.

Согласно критериям МКБ-10, основными и наиболее характерными симптомами ПТСР являются:

- навязчивое переживание травмирующего события в сновидениях и воспоминаниях;
- стремление избежать любого напоминания о нем;
- тревога;
- нарушения сна;
- эмоциональные расстройства с ограничением контактов с внешним миром;
- явления повышенной вегетативной возбудимости.

По принятым оценкам у 15% лиц, переживших военные действия, могут возникать отдельные симптомы ПТСР.

В развитии ПТСР выделяют 3 периода:

- острый — начинается сразу после травмирующего события и длится до 10-14 дней;
- .— подострый — следует после острого и продолжается до 6 мес;
- период отдаленных последствий (хронический) протяженностью в несколько месяцев и даже лет.

В соответствии с МКБ-10 выделяют 4 группы диагностических критериев ПТСР:

- А - сам факт переживания экстраординарного события;
- Б — упорное повторное переживание травмирующего события;
- В — постоянное избегание стимулов, связанных с перенесенной травмой;
- Г — устойчивые проявления повышенной активации, которых не было

до травмы.

По данным отечественных авторов, среди раненых в локальном вооруженном конфликте клинически полный и четко очерченный синдром ПТСР встречался у 10—40% обследованных.

Вариант ПТСР, условно обозначенный как фрагментарный (парциальный), был выявлен в 60-70% наблюдений и характеризовался преобладанием в клинической картине одного или, в редких случаях, двух диагностических групп.

Характерным являлось личностное отношение раненых к имеющимся у них признакам ПТСР: практически никто не рассматривал их как проявления психического нездоровья и не исключалась необходимость применения каких-либо психокоррекционных мероприятий.

Наблюдения за развитием ПТСР у ветеранов афганской войны позволили выделить два варианта его проявлений: стенический (40%) и астенический (60%).

К 1-му варианту были отнесены личности стенического типа с активной тенденцией к преодолению последствий стресса, с высокой степенью компенсации, с хорошей реакцией на терапию и благоприятным социальным прогнозом.

Ко 2-му варианту были отнесены личности астенического типа. Их отличала длительная пролонгированная реакция на стресс, невысокий уровень жизненной компенсации, они с трудом поддавались терапии, их прогноз был менее оптимистичен, чем в 1-м варианте.

По мнению некоторых отечественных авторов, военные ПТСР понимают как трансформирующий реактивный процесс, сущность которого заключается в повышении специфической устойчивости организма к воздействию «боевых» стрессоров, закреплению памятного следа новых поведенческих навыков и стереотипов, имеющих первостепенное биологическое значение для сохранения жизни и выполнения поставленных задач. Перестройка психологических, нейрогуморальных и психофизиологических процессов направлена на долгосрочное приспособление к экстремальным условиям.

Однако приобретенные в боевой обстановке компенсаторно-приспособительные психобиологические и личностные изменения в ряде случаев становятся устойчивым эмоционально-поведенческим стереотипом. За пределами прежней стрессовой ситуации такая адаптация рассматривается как патологическая.

Клиническая картина ПТСР у разных пациентов может включать отдельные симптомы других заболеваний (циклотимии, инволюционной

депрессии, неврозов, расстройств личности), что указывает на возможную близость их патогенетических механизмов. Вместе с тем своеобразие и известная однотипность клинических проявлений «военного» ПТСР определяет его нозологическую самостоятельность.

Медицинская помощь пораженным с психоневрологическими расстройствами на этапах эвакуации

Психотерапевтическая, а в тяжелых случаях — психиатрическая помощь, могут предотвратить как серьезные нарушения социального приспособления пострадавших, так и возможность перехода непатологических невротических проявлений в клинические формы.

Особую остроту в связи с этим приобретает проблема оказания психиатрической помощи пострадавшим при катастрофах.

Опыт организации психиатрической помощи и психиатрической экспертизы в экстремальных условиях в России относится к периоду ведения военных действий в русско-японскую войну 1905 г.

Медицинский персонал был специально подготовлен в клинике душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии под руководством проф. В.М. Бехтерева.

Российский Красный Крест создал комиссию под председательством

В.М. Бехтерева для разработки основ организации психиатрической помощи в русской армии.

Психически больные, выявлявшиеся в передовых частях и тыловых медицинских учреждениях, поступали сначала в общесоматические лазареты и полевые госпитали, а оттуда — в специализированные психиатрические стационары.

Дополнительно вблизи передовых позиций работали полевые психиатрические приемные покои Красного Креста, заложившие принципиальные основы приближения помощи психиатрического профиля к очагу потерь. В результате впервые представилась возможность наблюдать и анализировать фактические данные о характере, течении и исходе психической травмы на различных этапах медицинской эвакуации, а также при лечении в психиатрических подразделениях передового района.

Функциональное объединение психиатрических структур различной ведомственной принадлежности обеспечило единую систему оказания психиатрической помощи применительно к условиям локальной войны.

Современная психиатрия экстремальных ситуаций находит свое

решение в последнее время на основе опыта психиатров, приобретенного в ходе локальных военных конфликтов, ликвидации последствий промышленных аварий, природных катастроф и стихийных бедствий.

Организация психиатрической помощи пострадавшим осуществляется в несколько этапов

Оказание первой медицинской помощи включает выявление пострадавших, находящихся в остром психотическом состоянии, изоляцию их и эвакуацию из очага поражения. Необходимой частью данного вида помощи является предупреждение панических реакций и агрессивных форм поведения, т.е. принятие мер по «управлению хаосом».

Оказание первой врачебной помощи состоит в купировании острой психотической симптоматики, медицинской сортировке и подготовке пострадавших к эвакуации из очага поражения.

Оказание медико-психологической помощи пострадавшим как минимум предполагает процесс общения как один из эффективных способов воздействия людей друг на друга (своеобразное «духовное донорство»).

Особенностью психиатрической помощи в рамках первой медицинской и первой врачебной помощи является то, что она оказывается не психиатрами, а главным образом, спасателями и врачами других специальностей в сложных условиях ЧС и катастроф в ограниченные сроки. Поэтому необычайно актуальными являются проблемы обучения специалистов, участвующих в ликвидации последствий катастроф, вопросам психиатрии катастроф; разработка стандартов психиатрической помощи, критериев оценки психического статуса для сортировки пострадавших; оснащение специальными укладками с необходимым набором медицинских препаратов.

Все лица с нарушением сознания, мышления, с двигательным беспокойством, выраженной депрессией после оказания первой врачебной помощи подлежат направлению в психоневрологический стационар с использованием специального санитарного транспорта в сопровождении медицинского персонала, обеспеченного необходимыми медикаментами.

Оказание квалифицированной помощи с элементами специализированной в очаге поражения или вблизи от него включает установление диагноза, прогноз возможных психических последствий, проведение квалифицированной сортировки с распределением пострадавших по группам и оказание психиатрической помощи, адекватной их состоянию.

Установление диагноза и квалифицированная сортировка - ключевые элементы данного вида помощи, так как являются основополагаю-

шими для эффективного лечения, реабилитации и предупреждения отдаленных психических последствий.

Оказание исчерпывающей специализированной помощи в лечебных учреждениях системы психиатрической помощи предусматривает лечение, реабилитацию, психологическую, социальную и трудовую адаптацию пострадавших.

Опыт показывает, что пострадавшие, на короткое время потерявшие способность к выполнению служебных обязанностей в результате развития у них психических расстройств невротического уровня, только в 10% случаев нуждаются в доврачебной помощи. При расстройствах психотического уровня она необходима 90% пострадавших и первая врачебная - 40% из них. Практически все лица с психическими расстройствами, независимо от степени тяжести клинической картины, нуждаются в доврачебной помощи. Первая врачебная помощь необходима 65% пострадавших с легкими и до 100% — с тяжелыми психогениями. При этом, как показали расчеты, в специализированной медико-психологической помощи нуждаются 25% пострадавших с невротическими реакциями, 75% - с психическими расстройствами средней тяжести и 100% - с тяжелыми.

Сроки лечения этих групп различны: до 10 сут. практически для всех пострадавших с легкими психогениями и более 2 мес — для лиц с реактивными психозами.

И, наконец, об организации помощи пострадавшим с психотическими проявлениями (они составляют от 1 до 5% от общего числа лиц с психоневрологическими расстройствами).

В случаях психомоторного возбуждения, особенно у раненых, эвакуацию необходимо осуществлять санитарным транспортом в положении лежа с фиксацией к носилкам и обязательно с сопровождающим. Опыт показывает, что пострадавшие с психогениями отрицательно реагируют на меры стеснения, поэтому использовать их надо только в случаях крайней необходимости.

Для снятия чрезмерного возбуждения используют внутримышечные инъекции одного из медикаментозных средств:

- 2,5% аминазин — 2,0—3,0 мл;
- 2,5% тизерцин — 2,0—3,0 мл;
- 0,1% феназепам — 2,0 мл;
- 0,5% диазепам (седуксен, реланиум) — 2,0-3,0 мл.

Инъекции успокаивающих средств при необходимости повторяют 2-3 раза в сутки и обязательно производят за 20-30 мин перед

эвакуацией пораженных в психоневрологический стационар.

При необходимости (в случаях нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем организма) следует сочетать применение психотропных средств с сердечно-сосудистыми препаратами.

Все лица с нарушением сознания, мышления, с двигательным беспокойством, выраженной депрессией после оказания первой врачебной помощи подлежат направлению в психоневрологический стационар. Эвакуация осуществляется специальным санитарным или приспособленным для этих целей транспортом в сопровождении медицинского персонала, обеспеченного необходимыми медикаментами, стерильными шприцами и иглами, перевязочным материалом, питьевой водой.

Те пострадавшие, у которых психические расстройства возникли на фоне основного поражения (ранения, ожог, интоксикация, радиационное поражение), должны эвакуироваться в соответствующие профилированные больницы после оказания им необходимой помощи, направленной на ликвидацию (или профилактику) нервно-психических нарушений.

Пострадавшие с выраженной неврологической симптоматикой, но при отсутствии отчетливых нарушений сознания, мышления, двигательной сферы могут задерживаться на первом этапе медицинской эвакуации на срок до 1 сут для врачебного наблюдения. В случае улучшения состояния они возвращаются к выполнению своих обычных обязанностей.

Опыт ликвидации последствий различного рода стихийных бедствий и катастроф свидетельствует о том, что наибольшие затруднения возникают при организации первой медицинской и доврачебной помощи пострадавшим. Первоочередной задачей в этих случаях являются выявление пострадавших с острым психомоторным возбуждением, обеспечение безопасности их и окружающих, ликвидация обстановки растерянности, исключение возможности возникновения массовых панических реакций.

На каждом этапе психиатрической помощи при ЧС необходимо своевременное и адекватное применение комплексных мер, воздействующих на различные звенья патогенеза психических нарушений, включая его биологические, психологические и социальные механизмы.

Основными элементами организационной структуры для оказания психиатрической помощи являются психиатрические бригады быстрого реагирования. Такая бригада входит в состав полевого многопро-

фильного госпиталя ВЦМК «Защита», а также они формируются при центрах медицины катастроф и ведущих психиатрических учреждениях и клиниках на региональном и территориальном уровнях.

Создание таких бригад позволяет выдвигать силы и средства возможно ближе к очагу катастроф, оказывать квалифицированную помощь в наиболее ранние сроки, обеспечить ее непрерывность и преемственность.

Таким образом, психиатрическая помощь в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС является важным и необходимым звеном в системе медицинских мероприятий, направленных на оказание помощи большим группам пострадавших и профилактику отдаленных психосоматических расстройств. Выбор форм и методов психологической и психиатрической помощи в экстремальных ситуациях определяется преобладанием тех или иных клинических проявлений психической дезадаптации.

Принципы терапии психоневрологических расстройств

По способам воздействия психокоррекционные методы можно разделить на психотерапевтические, психофармакологические и прочие.

Независимо от специальности, каждый врач, оказавшийся на месте катастрофы, должен быть не только психотерапевтом, но и психологом, чтобы правильно оценить состояние пораженного и предупредить с помощью необходимых мер переход стресса в дистресс.

Необходимо понимание того, что в зоне ЧС значительная часть пострадавшего населения нуждается, главным образом, в психологической поддержке. Это обусловлено не только пережитой психоэмоциональной травмой. Тяжелые последствия могут вызывать резкая смена образа жизни, окружения, привычного стереотипа, изменение форм деятельности. Психологи, психотерапевты, психиатры должны уметь корректировать настроение людей, своевременно и умело переключать внимание на вопросы, не связанные с переживаемым стрессом.

Зачастую важное психотерапевтическое воздействие оказывает сам факт прибытия на место ЧС спасателей и медицинских работников с соответствующим оборудованием, транспортными средствами и пр.

Вместе с тем оказание качественной психотерапевтической помощи в ЧС требует значительного числа высококвалифицированных специалистов, дефицит которых остро ощущается.

В связи с этим наиболее распространенными остаются психофармакологические методы коррекции психоневрологических расстройств.

Важной проблемой является организация психотерапевтической и

психиатрической помощи пораженным хирургического профиля. Опыт в Афганистане выявил у раненых разнообразные психоневрологические расстройства, которые не только затрудняли проведение лечебно-эвакуационных мероприятий, но существенно влияли на течение и прогноз раневого процесса. Это объясняет необходимость осуществления совместных действий психотерапевтов, психиатров и хирургов при организации медицинской помощи раненым на этапах медицинской эвакуации.

Медикаментозная терапия психических расстройств характеризуется симптоматической направленностью.

Следует по возможности избегать назначения мощных психофармакологических средств, оказывающих наибольший спектр побочных действий. Даже для купирования острых психотических состояний целесообразно ограничиваться назначением препаратов мягкого действия. Фармакотерапия нервно-психических расстройств должна быть по возможности щадящей.

Для коррекции пограничных нервно-психических состояний, в симптоматику которых входит тревога, показано назначение транквилизаторов. Основным для этих веществ является анксиолитический эффект (от лат. *anxius* — тревожный, греч. *lysis* — растворение). Анксиолитики называют также атарактиками (от греч. *ataraxia* - невозмутимость, спокойствие духа), психоседативными или психостабилизирующими средствами. Проявляется их эффект уменьшением внутреннего напряжения, устранением беспокойства, тревоги, страха. Транквилизаторы представлены следующими группами препаратов.

1. Агонисты бензодиазепиновых рецепторов (диазепам, феназепам и др.).
2. Агонисты серотониновых рецепторов (буспирон).
3. Вещества разного типа действия (амизил и др.).

Наиболее широко применяются препараты 1-й группы, являющиеся производными бензодиазепина. Их классифицируют по продолжительности действия, учитывая как длительность эффекта основного препарата, так и его активных метаболитов, образующихся в организме,

Выделяют следующие группы.

1. Длительного действия ($t_{1/2} = 24-48$ ч): феназепам, диазепам (сибазон, седуксен, валиум), хлордиазепоксид (хлорзепид, элениум).
2. Средней продолжительности действия ($t_{1/2} = 6-24$ ч): нозепам

(оксазепам, тазепам), лоразепам, алпразолам.

3. Короткого действия ($t_{1/2} < 6$ ч): мидазолам (дормикум).

Для бензодиазепиновых препаратов характерны следующие эффекты: анксиолитический, седативный, снотворный, мышечно-расслабляющий, противосудорожный. Уменьшая эмоциональное напряжение, бензодиазепины способствуют наступлению сна.

Механизм действия бензодиазепинов связан с тем, что они являются агонистами бензодиазепиновых рецепторов, тесно связанных с ГАМК-рецепторами. Взаимодействие бензодиазепинов с одноименными рецепторами проявляется в виде ГАМК-миметического эффекта. При этом учащается открытие каналов для ионов хлора и увеличивается их входящий ток, возникают гиперполяризация мембраны и угнетение нейрональной активности. Одним из наиболее эффективных анксиолитиков является феназепам.

Выделяют бензодиазепины с выраженным анксиолитическим действием и отсутствием или минимальным седативно-гипнотическим эффектом. Такие препараты иногда обозначают как «дневные транквилизаторы». К их числу может быть отнесен мезапам (рудотель).

Бензодиазепины являются наиболее эффективными средствами при самых тяжелых формах тревоги. В дозах, оказывающих транквилизирующее действие, препараты этой группы обычно вызывают седативный и миорелаксирующий эффект, расстройства внимания. Поэтому их рекомендуют назначать при отсутствии необходимости продолжать профессиональную деятельность. В период выполнения служебных обязанностей допускается прием транквилизаторов на ночь для нормализации процессов засыпания и сна. Следует помнить, что дозы транквилизаторов должны подбираться строго индивидуально, чтобы избежать так называемого остаточного седативного действия.

Главное свойство большинства транквилизаторов — снимать тревогу, страх, напряжение при невротических расстройствах.

В тяжелых случаях их принимают до 3—4 нед, но дозу начинают снижать уже с конца 1-й недели.

При длительном применении в результате действия транквилизаторов на некоторые медиаторные системы возможно развитие слабости, сонливости, снижения внимания, расстройства памяти. В таких случаях рекомендуют уменьшать дозу на четверть или половину таблетки. При медикаментозной зависимости отменяют препараты постепенно, в течение недель и даже месяцев.

Средние терапевтические дозы препаратов

Препарат	Средние терапевтические дозы для взрослых и пути введения	Форма выпуска
Диазепам Diazepamum	-Внутрь 0,005-0,015 г Внутримышечно 0,01—0,02 г Внутривенно 0,01-0,03 г	Таблетки по 0,005 г Ампулы по 2 мл 0,5% раствора
Феназепам Phenazepamum	-Внутрь 0,00025-0,0005 г	Таблетки по 0,0005 и 0,001 г
Нозепам Nozepamum	-Внутрь 0,01-0,03 г	Таблетки по 0,01 г
Мезапам Mezepamum	~Внутрь 0,005-0,01 г	Таблетки по 0,01 г
Лоразепам Lorazepamum	-Внутрь 0,001-0,0025 г	Таблетки по 0,0005, 0,001, 0,002 и 0,0025 г

Рекомендовано назначение транквилизаторов в реабилитационном периоде.

В обязательной фармакологической коррекции нуждаются лица с депрессивным невротическим синдромом.

Антидепрессанты могут быть представлены следующими группами.

I. Средства, угнетающие нейрональный захват моноаминов.

1. Неизбирательного действия, блокирующие нейрональный захват серотонина и норадреналина: имизин, амитриптилин, азафен.

2. Избирательного действия:

А. Блокирующие нейрональный захват серотонина: флуоксетин;

Б. Блокирующие нейрональный захват норадреналина: мапротилин.

II. Ингибиторы моноаминоксидазы (МАО).

1. Неизбирательного действия (ингибиторы МАО-А и МАО-В): ниаламид, трансамин.

2. Избирательного действия (ингибиторы МАО-А): моклобемид.

Наибольшее распространение получили препараты 1-й группы, являющиеся три циклическими антидепрессантами. Их представителем является имизин (имипрамин, мелипрамин, тофранил). Он обладает

выраженными антидепрессивными свойствами в сочетании со слабым седативным эффектом. Лечебный эффект наступает через 2—3 нед. Побочное действие связано с атропиноподобными свойствами имизина (сухость во рту, нарушение аккомодации, тахикардия, запор). В терапевтических дозах имизин может снижать артериальное давление. Противопоказан при глаукоме, нарушении мочеотделения, связанном с аденомой предстательной железы.

Нельзя комбинировать его с неизбирательными ингибиторами МАО, так как при этом возникают токсические эффекты.

Амитриптилин по строению напоминает имизин. Их

фармакодинамика и фармакокинетика аналогичны. Наряду с антидепрессивной активностью, амитриптилин обладает выраженными психоседативными свойствами.

Анатриптилин относится к наиболее активным антидепрессивным средствам. Лечебный эффект его выявляется через 10—14 дней.

Азафен обладает умеренной антидепрессивной активностью и оказывает седативное действие. Применяется при депрессиях легкой и средней тяжести. Препарат хорошо переносится. Побочные эффекты редки.

Перечисленные препараты действуют неизбирательно на нейрональный захват серотонина и норадреналина.

Вместе с тем созданы препараты избирательного действия.

Флуоксетин угнетает нейрональный захват серотонина. Обладает высокой антидепрессивной активностью, как и трициклические антидепрессанты. Эффект развивается в течение 1-4 нед. Практически не имеет седативного действия, но отмечается небольшой психостимулирующий эффект. Гемодинамика при применении флуоксетина стабильна. Нетоксичен. Из побочных эффектов отмечаются нарушение аппетита, тошнота, головная боль, бессонница. Нельзя применять флуоксетин с неизбирательными ингибиторами МАО (возможность развития «серотонинового синдрома» в связи с накоплением серотонина), что может проявляться мышечной ригидностью, гипертермией и сердечно-сосудистым коллапсом. Поэтому между приемами флуоксетина и ингибиторов МАО должен быть интервал не менее 2 нед.

Препараты, избирательно блокирующие нейрональный захват норадреналина, — мапротилин и дезипрамин. По фармакологическим свойствам и показаниям к применению сходны с имизином.

Дезипрамин является метаболитом имизина.

Антидепрессанты из группы ингибиторов МАО подразделяются на препараты неизбирательного и избирательного действия.

Неизбирательные ингибиторы МАО (влияют на МАО-А и МАО-В) применяют редко вследствие их довольно высокой токсичности.

Ингибиторы МАО угнетают процесс окислительного дезаминирования норадреналина и серотонина, что приводит к накоплению последних в значительных количествах в мозговой ткани. Это объясняет, почему ингибиторы МАО являются активными антагонистами резерпина, оказывающего противоположный эффект в отношении содержания в мозге катехоламинов и серотонина.

На фоне действия ингибиторов МАО резко усиливается прессорный эффект симпатомиметиков (фенамина, эфедрина, тирамина, в том числе содержащегося в сыре), что может приводить к развитию гипертензивного криза.

Вместе с тем ингибиторы МАО обладают гипотензивной активностью, что, по-видимому, связано с уменьшением высвобождения норадреналина из варикозных утолщений адренергических волокон. Применение этих веществ может сопровождаться ортостатической гипотензией.

Токсичность ингибиторов МАО проявляется главным образом в отношении печени (могут развиваться гепатиты). Кроме того, они возбуждают ЦНС, что является причиной бессонницы и возникающих в ряде случаев тремора и судорог.

К препаратам этого ряда относят ниаламид - наименее эффективный, но со слабыми побочными эффектами, в том числе токсическим действием на печень.

В последнее время предпочтение отдается препаратам, обратимо ингибирующим преимущественно МАО-А. Они действуют более кратковременно, чем необратимые ингибиторы МАО. При их применении снижается вероятность развития гипертензивного криза при взаимодействии с симпатомиметиками, в том числе пищевого происхождения (с тирамином). К производным бензамида относятся моклобемид и отечественный препарат бефол.

Представителем тетрациклических соединений является пиразидол. Его антидепрессивное действие в зависимости от состояния больного сочетается с седативным (на фоне беспокойства, тревоги) или стимулирующим (на фоне угнетения). Препарат хорошо переносится, побочные эффекты возникают редко.

Наиболее употребимые антидепрессанты

Препарат	Средние терапевтические дозы для взрослых, пути введения	Форма выпуска
Имизин - Imizinum	Внутрь 0,025—0,05 г Внутримышечно 0,025 г	Таблетки по 0,025 г Ампулы по 2 мл 1,25% раствора
Амитриптилин — Amitriptylinum	Внутрь по 0,025—0,05 г Внутримышечно и внутривенно 0,025—0,04 г	Таблетки по 0,025 г Ампулы по 2 мл 1% раствора
Азафен — Azaphenum	Внутрь 0,025—0,05 г	Таблетки по 0,025 г
Флуоксетин — Fluoxetine	Внутрь 0,02 г	Капсулы по 0,02 г
Мапротилин — Maprotilinum	Внутрь 0,05-0,3 г Внутривенно 0,05-0,15 г	Драже по 0,01-0,025-0,05 г Ампулы по 2 мл 1,25% раствора

Пиразидол Pirazidolum	— Внутрь 0,075—0,15 г	Таблетки по 0,025 и 0,05 г
Ниаламид Nialamidum	— Внутрь 0,025—0,01 г	Таблетки (драже) по 0,025 г

В реабилитационном периоде возможно применение трициклических антидепрессантов, представленных в табл. 5.2. Их можно сочетать с препаратами так называемого метаболического типа действия - ноотропами.

В основе фармакотерапевтического действия ноотропов в условиях патологии лежит благоприятное влияние на обменные (энергетические) процессы мозга - усиление синтеза макроэргических фосфатов, белков, активация ряда ферментов, стабилизация поврежденных мембран нейронов. Некоторые ноотропные средства, применяемые в практической медицине, имитируют метаболические эффекты ГАМК. Большинство известных ноотропных средств обладает также антигипоксической и некоторой противосудорожной активностью.

К группе ноотропных средств относят пирацетам, аминалон, пантогам, пиридитол и др.

Пирацетам (ноотропил) является циклическим производным ГАМК. Оказывает благоприятное стимулирующее влияние на умственную деятельность, дает антигипоксический эффект и оказывает умеренное противосудорожное действие.

Пирацетам легко проходит через тканевые барьеры: быстро всасывается из кишечника и легко проникает через гематоэнцефалический и плацентарный барьеры. Вводится внутрь и парентерально.

Из побочных эффектов иногда отмечаются диспептические расстройства, нарушения сна. Поэтому последний его прием в течение дня рекомендуют не позднее 18 ч.

Аминалон (гаммалон) является препаратом ГАМК, образующейся в ЦНС. ГАМК выполняет функцию тормозного медиатора, а также играет важную роль в обменных процессах нервной ткани (ГАМК выступает или в качестве субстрата дыхания, или активирует ферменты цикла Кребса).

Метаболическая активность ГАМК лежит в основе психотропного действия аминалона. Важным свойством данного препарата является его способность повышать мозговой кровоток и напряжение кислорода в тканях мозга, а также умеренная антигипоксическая активность.

Аминалон вызывает небольшое снижение артериального давления при склонности к гипертензии.

При высоком содержании сахара в крови наблюдается гипогликемический эффект (при нормальном уровне сахара нередко приводит к умеренной гипергликемии).

Действие препарата развивается постепенно. Курс лечения — несколько месяцев. Аминалон хорошо переносится.

К группе ноотропов относятся также производные ряда витаминных препаратов: пантогам (кальция гомопантотенат) и пиридитол (энцефалобол). У пантогама остаток ГАМК включен в структуру пантотеновой кислоты. Пиридитол состоит из остатков двух молекул пиридоксина (витамин В₆), соединенных дисульфитным мостиком. Оба препарата оказывают благоприятное влияние на метаболические процессы головного мозга и обладают антигипоксическими свойствами.

К этому же ряду могут быть отнесены препараты янтарной кислоты (янтавит, митомин). Янтарная кислота и ее соли не только являются незаменимыми субстратами энергетического обеспечения организма, они успешно могут применяться при чрезмерных нагрузках и стрессе, сводя стрессорные проявления до уровня реакции активации (А.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, 1996).

При всех видах лечения обязательным является назначение поливитаминов и микроэлементных комплексов.

Витамины в качестве коферментов входят в состав важнейших ферментных систем, катализирующих обменные реакции основных структурных компонентов живой клетки. При стрессорных воздействиях, при репаративных процессах в организме существует повышенная потребность в витаминах, необходимых для поддержания метаболических реакций, в том числе и биосинтетических процессов адаптивного характера. Особая роль принадлежит витаминам — естественным антиоксидантам (А, Е, С, α -токоферолу, β -каротину, флавоноидам).

При развитии астенодепрессивных состояний показаны адаптогены природного происхождения (настойка корня женьшеня, элеутерококка, лимонника). Данные препараты оказывают тонизирующее действие на ЦНС, активизируют гипофиз-адреналовую систему.

Существуют различия в индивидуальной чувствительности к растительным адаптогенам. При их применении не должно быть эффекта перевозбуждения и нарушения сна. Адекватная доза адаптогенов подбирается индивидуально по тесту хорошего самочувствия и работоспособности.

Важную роль в поддержании неспецифической резистентности

организма к стрессорным воздействиям играют биологически активные добавки природного происхождения. Они, как правило, содержат комплекс витаминов, микроэлементы, незаменимые аминокислоты, эссенциальные фосфолипиды, натуральные пептины.

К настоящему времени проведена комплексная оценка действия разнообразных психофармакологических препаратов.

Показано, что они, оказывая влияние на метаболические процессы, нормализуют адаптивные реакции (в том числе эмоционально-аффективное реагирование). Одновременно они воздействуют на нейрохимические и энергетические процессы, лежащие в основе механизмов стресса, нормализуют стрессобусловленные вегетативные реакции.

В результате этого уменьшаются или исчезают клинические проявления психоневрологических расстройств, обусловленных стрессом, оптимизируются возможности адаптации.