

УДК 616. 89: 355

Особенности лечебно-эвакуационного обеспечения военнослужащих с психическими расстройствами в ходе проведения антитеррористической операции



Иванов Д. А.

Иванов Д. А.

НИИ проблем военной медицины Украинской военно-медицинской академии

Резюме. Стаття має проблемний характер і охоплює деякі окремі питання військової психіатрії, і за думкою автора, лише закликає до дискусії. Окреслені особливості організації військово-психіатричної служби на всіх рівнях медичної допомоги. Показані можливі недоліки на етапі сортування і, як наслідок – діагностична та облікова плутанина по відношенню до деяких категорій психічно хворих, запропоновані шляхи їх усунення. Здійснена спроба щодо систематизації вільного трактування ряду понять, застарілої і сучасної термінології психічних розладів в умовах збройного конфлікту.

Ключові слова: військова психіатрія, військовослужбовці, бойові умови, психічні розлади, реактивні стани, гостра реакція на стрес, розлади адаптації, ПТСР, медична рота, госпітальна ланка, рівні медичної допомоги, психіатрична допомога.

Peculiarities of curative-evacuation support of servicemen with mental disorders in antiterrorist operation

Ivanov D.A.

Ukraine Military Medical Academy, Research institute of military medicine

Resume. The article is devoted to discussable problems of modern military psychiatry. Peculiarities of organization of military psychiatric service across medical support system have been pointed out. Existing triage shortcomings and ways to improve triage on forward level of medical care have been presented. Attempt to systematize free use of some definitions, outdated and modern psychiatric terminology has been made.

Keywords: military psychiatry, servicemen, battle environment, mental disorders, reactive states, acute stress response, adaptation disorders, post traumatic stress disorders, medical company, inpatient care, level of medical care, psychiatric care.

Вступление

Как известно, не может быть конфликтных ситуаций самых различных масштабов вне реагирования психической деятельности (осознанного или неосознанного). Образно говоря, психика человека, порождая противостояние (войну), сама становится одной из ее мишеней для враждующих сторон [9].

В постсоветское время в Украине развитие военной психиатрии несколько замедлилось, накопив много вопросов, требующих безотлагательного урегулирования. Опыт проведения войсковых операций на востоке страны наглядно подчеркивает важность более пристального внимания к совершенствованию военно-психиатрической службы и организации ее работы.

Объект исследования: организация оказания психиатрической помощи военнослужащим в военное время.

Предмет исследования: санитарные потери психиатрического профиля, психиатрическая помощь на этапах медицинской эвакуации.

Методы исследования: системный анализ, статистический, исторический.

Результаты исследований и их обсуждение

Среди психических расстройств военного времени ведущими являются реактивные состояния (или психогенные расстройства). По причине существования множества классификаций этих состояний (классификация ВОЗ, классификации гражданских и военных специалистов, классификации с использованием устаревшей и современной терминологии и т.д.) и во избежание путаницы приведем систематизированную нами классификацию психогенных (реактивных) расстройств, которые могут возникать в боевых условиях (табл. 1). Это поможет уточнить место боевых стрессовых расстройств на стыке Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) и фундаментальных основ отечественной военной психиатрии. При этом, целесообразно использовать весь спектр

Таблиця 1
Класифікація психогенних (реактивних) расстройств

Психогенные расстройства	Форма	Вариант	Продолжительность	МКБ-10	
НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	Невротические состояния	Истерический невроз (диссоциативное, конверсионное расстройство)	до 2-3 месяцев и более	F 44	
		Неврастения		F 48.0	
	Невротические реакции	Невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство)	до 2-х недель	F 42	
		Расстройства адаптации (депрессивный эпизод)		F 43.2 (F 32.0, F 32.1, F 32.2)	
РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ	Острый реактивный психоз [1]	Расстройство адаптации с преобладанием нарушения эмоций (невротические реакции) [3]	до 2-х недель		
		Другие невротические реакции	от 10 минут до 10 дней		
		Острая реакция на стресс, острое кризисное состояние, психический шок (аффективно-шоковая реакция [15])	от 15 до 25 минут (но астенія может затягиваться на 2-3 недели и более)	F 43.0 (близко к диссоциативной фуге – F 44.1 [5])	
	Затяжные реактивные психозы [2]	Реактивная депрессия (депрессивный эпизод тяжелой степени с психотической симптоматикой)	Аффектогенный ступор или гипокINETическая форма [5] (диссоциативный ступор)	от нескольких часов до 2-3, а иногда до 15-20 дней	F 44.2
			Фугиформная реакция или гиперкинетическая форма [5] (реакция бегства)	от 20-30 суток до 2-3 месяцев и более (глубокая реактивная депрессия)	F 32.3
		Истерические психозы (диссоциативные расстройства)	Истерическое сумеречное помрачение сознания	10-20 дней (умеренная реактивная депрессия)	
ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство, «военный невроз», «острое горе»)	Истерические психозы (диссоциативные расстройства)	Псевдодеменция (пуэрилизм)	от нескольких часов до 5-6 дней, иногда до нескольких недель	F 44.8	
		Синдром Ганзера	от 10-15 до 30-40 дней		
		Реактивный (психогенный) параноид (другие острые преимущественно бредовые расстройства)	от 10-15 дней до 1-2 месяцев и более	F 23.3	

психогенных (реактивных) расстройств, а не сводить их до минимума: острые реакции на стресс, расстройства адаптации и посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) (табл. 2) [12].

В табл. 2 в качестве самостоятельной выделена графа «Психотические расстройства». Но «Психотические расстройства» — понятие широкое и, например, «Острые реакции на стресс» также являются расстройствами, которые подразумевают психотический уровень [3, 5]. Поэтому желательно конкретизировать «Психотические состояния», не смешивая «Эндогенные психозы», «Интоксикационные психозы», «Реактивные психозы» и т.д. (табл. 3).

Такая дифференция расстройств могла бы оказаться весьма полезной не только для учета и анализа реального положения дел, но и для лечения и реабилитации военнослужащих.

В связи с неоднозначностью понимания того, что входит в боевую психическую травму, можно предложить следующую упрощенную классификацию наиболее часто встречающихся реакций и состояний:

Боевая психическая травма

1. Психологическая стрессовая реакция (психологический уровень, крайний вариант физиологической нормы).
2. Невротические реакции и расстройства адаптации (пограничный, невротический уровень) — F 43.2.
3. Острая реакция на стресс (психотический уровень) — F 43.0, F 44.2.
4. Истерические (диссоциативные расстройства) и другие затяжные реактивные психозы (психотический уровень) — F 44.8, F 32.3, F 23.3.

5. ПТСР (отсроченное следствие острой реакции на стресс) — F 43.1.

Принято считать, что потери психиатрического профиля в первый день (согласно «правилу трех пятерок») могут составлять (% от всех военнослужащих, непосредственно участвующих в боевых действиях [3]):

- расстройства «психологического» уровня: психическая дизадаптация, психологические стрессовые реакции — 20%;
- расстройства невротического (пограничного) уровня — 4%;
- расстройства психотического уровня: реактивные психозы — 0,8%.

По советским представлениям среднесуточные санитарные потери за счет острых реактивных психозов могут составить 0,15% от общей численности войск. При этом, следует отметить, что проблема прогнозирования санитарных потерь за счет острых реактивных психозов является наиболее сложной в силу специфики их учета [1].

Структуру санитарных потерь психиатрического профиля принято считать следующей [3]:

- психологический уровень — 80%;
- пограничный уровень — 15%;
- психотический уровень — 5%.

В соответствии со статистическими данными можно констатировать, что за период с апреля 2014 г. по апрель 2015 г. в психиатрических стационарах страны на обследовании и лечении пребывало 5440 военнослужащих — участников АТО (и это без учета сопутствующих психических расстройств среди раненных). Из них — 3224 военнослужащих с острой реакцией на стресс (острым реактивным психозом) [6], что составило 59,2% от всех пролечившихся

Таблица 2

Используемая форма учета количества военнослужащих, поступивших на лечение после возвращения из зоны боевых действий

Лечебное учреждение	Психотические расстройства	Острая реакция на стресс	ПТСР	Расстройства адаптации	Органические психические расстройства	Всего
1	2	3	4	5	6	7

Таблица 3

Вариант предлагаемой формы учета количества военнослужащих, поступивших на лечение после возвращения из зоны боевых действий

Лечебное учреждение	Эндогенные психозы	Реактивные психозы (острая реакция на стресс и др.)	ПТСР	Расстройства адаптации	Расстройства личности и поведения (психопатии)	Алкоголизм, наркомания, токсикомания	Органические психические расстройства	Всего
1	2	3	4	5	6	7	8	9

военнослужащих с боевой психической травмой (при общепринятом для таких расстройств диапазоне — до 5% [3]).

По данным Главного военно-медицинского клинического центра «ГВКГ» видно, что в структуре поступивших на лечение со всеми видами поражения в ходе проведения АТО количество лиц с острой реакцией на стресс (острым реактивным психозом) составило около 30% [12].

Структура и тяжесть психогенных расстройств зависят от многих обстоятельств: недостаточная психологическая подготовка военнослужащих до их попадания в условия вооруженного конфликта, преморбид военнослужащего, соматическая ослабленность до боя и т.д. Но эти факторы не могут кардинально изменить статистику.

За счет чего такой высокий процент «Острых реакций на стресс» (превышающий ожидаемый результат, согласно всем нормам, более чем в 10 раз)?

Возникает вопрос, прежде всего, у врачей непсихиатрического профиля: что такое «Острая реакция на стресс»? Какого уровня это расстройство (психотического или непсихотического)? Может быть, это не психотическое расстройство, а естественный физиологический страх? Нет, это кратковременное (преходящее) психогенное расстройство, именно психотического уровня [3, 5, 14, 15, 21]. В условиях военного времени на легкой степени этой реакции (как на психопатологическом процессе) внимание врачей не заостряется.

По МКБ–10 — «это транзиторное психическое расстройство значительной степени тяжести, которое развивается у лиц, исходно не имевших видимых признаков психических нарушений (т.е. у людей без выраженного преморбиды) в ответ на исключительный физический и психологический стресс. Симптомы включают первоначальное состояние «ошеломления» с некоторым сужением области сознания и внимания, невозможностью полностью осознать раздражители и дезориентированностью... [14]».

Согласно DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th Edition — Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, 4-е издание*) — это расстройство «должно иметь, как минимум три признака из следующей группы диссоциативных симптомов:

1. Субъективное чувство оцепененности, отчуждения и отсутствия эмоциональности.
2. Сужение степени осознания окружающего, дереализация, деперсонализация.

3. Диссоциативная (психогенная) амнезия... с возможностью как самостоятельного проявления этих реакций, так и их перехода в ПТСР [3]».

«В клинике острой реакции на стресс доминирует аффективное сужение сознания с явлениями легкой оглушенности. В эмоциональной сфере преобладают страх, ужас, беспомощность. Грубо нарушена концентрация внимания с невозможностью целостного и последовательного восприятия. Осознание окружающей ситуации невозможно. Утрачена способность к волевому контролю поведения. Тяжесть состояния достигает психотического уровня с отсутствием критической оценки своего состояния. Возможны два варианта этого расстройства: гиперкинетическая форма аффективно-шоковой реакции и гипокинетическая форма аффективно-шоковой реакции [5]».

«Острая реакция на стресс включает следующие основные признаки:

1. Спутанность сознания с неполным, фрагментарным восприятием ситуации...
2. Недостаточный контакт с пациентами, плохое понимание ими вопросов, просьб, указаний.
3. Психомоторная и речевая заторможенность, достигающая у части пациентов степени диссоциативного (психогенного) ступора с застыванием в одной позе или беспорядочное и интенсивное двигательное возбуждение, обычно в виде панического бегства и импульсивных действий...

(Синонимы: Кризисное состояние, Острая кризисная реакция, Боевая усталость, Психический шок, Острый реактивный психоз) [21]. По устаревшей терминологии — аффективно-шоковая реакция [15], либо в виде аффекта (возбуждения), либо в виде шока (ступора).

Как указывают О.Г. Сыропятов и др. [17] в случаях, когда стрессовая реакция, переходит из психологического уровня в психопатологический уровень, требуя психиатрического вмешательства (а пребывание военнослужащих в психиатрических стационарах обусловлено необходимостью в такой помощи), клиническая картина острой реакции на стресс описывается классической психиатрией как «реактивный психоз».

Таким образом, острая реакция на стресс — есть острый реактивный психоз.

Тогда в чем причина такого завышенного количества военнослужащих с «Острой реакцией на стресс» (острым реактивным психозом) в

условиях вооруженного конфликта на востоке страны? Боевые поражающие факторы фактически те же, что и полстолетия назад, люди такие же.

Возможным такое становится в случаях, когда в понятие «Острая реакция на стресс» (острый реактивный психоз) включают следующие состояния:

1. Психологическая дизадаптация или психологическая (доклиническая) стрессовая реакция, что является крайним вариантом в пределах физиологической нормы и не рубрифицируется, как болезнь.
2. Острая невротическая реакция.

Это первое.

Второй причиной (учитывая, что «Острые реакции на стресс» — это не что иное, как истерические реакции) может являться «психическое заражение» — **одна из основных проблем военного времени.**

И еще одно: пациентов с «Острой реакцией на стресс» в таком количестве в стационарах тыла страны быть не должно.

Недоосмысленность в условиях войны этих тенденций, образно выражаясь, может привести к «потере армии».

Присутствие в медицинской службе бригад, военных мобильных госпиталей врачей-психиатров, штатных или приданных, возможно, позволило бы избежать ошибок в диагностике и сортировке военнослужащих с психическими расстройствами в зоне проведения АТО, которые допускаются, по-видимому, из-за неосведомленности в данных вопросах врачей непсихиатрического профиля.

При правильной организации психиатрической службы, наличии необходимого количества военных психиатров и грамотной сортировке, лиц с острыми реакциями на стресс (с их продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток) на долю военно-медицинских клинических центров и гражданских стационаров в тылу страны должно приходиться на много меньше (во всяком случае, не превышать усредненные нормы более, чем в 10 раз).

Здесь уместно вспомнить высказывание крупного военного психиатра А.А. Портнова: «Со времен Второй мировой войны ни Главное военно-санитарное управление, ни Генеральный штаб не предусматривали такого «пустяка», как психические заболевания на театре военных действий. Оказалось почти «бредовое» отношение к психическим расстройствам, как к чему-то позорящему социалистический строй. И как следствие этого сформировалось негативное отношение к психиатрии. Однако вскоре армейская

жизнь показала сколь необходима в условиях армейского района психиатрическая служба» [16].

Актуальность приближения психиатрической службы к театру военных действий подтверждается и сегодня.

Что же делать в сложившейся ситуации? Необходимо отчетливо понимать, что:

1. Острые реактивные психозы — это, прежде всего, **кратковременные истерические реакции** [3].

2. Истерические реакции в условиях боевых действий могут стремительно распространяться и приводить к «**психической чуме**»!

Восстановление военнослужащих с психологической стрессовой реакцией и острой невротической реакцией должно осуществляться не в тылу, а, например, на уровне медицинской роты бригады (военного мобильного госпиталя), а лиц с острой реакцией на стресс — в стационарах районных и городских больниц или госпиталей вблизи зоны проведения боевых действий.

Другое дело, когда в стационарах военно-медицинских клинических центров (ВМКЦ), далеко за пределами зоны боевых действий оказываются лица:

- 1) с реактивными депрессиями (с продолжительностью течения — от 10-30 суток до 2-3 месяцев).
- 2) с ПТСР (с продолжительностью течения — до 3-6 месяцев и более).

Вот ПТСР среди комбатантов, действительно насчитывается относительно немало, по данным разных авторов — от 20% до 30% [4, 8].

Очень важно научиться дифференцировать лиц с острыми невротическими реакциями и лиц с истерическими реакциями (острой реакцией на стресс). Для чего?

Для лиц с невротическими реакциями, лучшим лекарством может оказаться адекватный отдых, сон, горячий обед, смена одежды, возможность помыться в бане, легкая психотерапия, ласковое слово.

А для лиц с истерическими реакциями (острыми реакциями на стресс) после изоляции и купирования психотической симптоматики необходим властный императив, твердый, жесткий тон и т.д.: «**А ну встаньте!!! Прекратите сейчас же...!**»

Важно помнить, что повышенное внимание, обхаживание для лиц с истерическими реакциями губительно! Потому что если начать бегать вокруг истерика, успокаивать, ублажать его, то он как боец будет потерян; и просто уйдет в затяжную форму болезни.

Разумеется, что истерические реакции преимущественно возникают при наличии у

военнослужащего соответствующего преморбида. Поэтому в свое время в военной психиатрии лицам, склонным к истерическим проявлениям (прежде всего, с истерическими психопатиями) с успехом назначался такой препарат, как «Сульфозин» (1%-ная взвесь возгоночной серы в персиковом, оливковом, прованском и др. масле, предложенная К. Шредером в 1924 г.). У сульфозина помимо лечебного, есть и сопутствующие действия: подъем температуры (пирогенная реакция), ломка в суставах и прочее. Поэтому сульфозин, в том числе и за счет этих сопутствующих действий усиливал то, что «лечит» истерика: твердый, жесткий приказной тон, крик и т.д. Один известный психиатр, обучая свой медперсонал, образно говорил так: «Увидели в окно, что к вам везут истерика, арестуйте сульфозин».

Впоследствии это лечение было запрещено (ограничено), как негуманное (но это отдельная тема). Возможно, на время войны необходимо вернуть этот препарат (или его аналог) в лечебную практику.

Истерия имеет тенденцию к «цепной реакции». **Один истерик может вывести из строя целое подразделение!**

Нужно объяснять командованию, что такое истерия, и почему именно так необходимо поступать с такими лицами.

Также весьма важным на этапе сортировки является умение идентифицировать симулянтов. Это задача не из простых! Но и пропустить реальных больных, которые считают, что они симулируют также недопустимо. Нередко симулянт — не является до конца здоровым: «Мы симулируем то, что нам присуще» (Э.Ш. Ласег).

Как отличить симулянта от истерика? Образно говоря, симулянт хочет **казаться** больным, а истерик хочет **быть** больным (подсознательно), и неосознано становится, так сказать, виртуальным больным, при этом больным не являясь! Это сложнейшая тема даже для психиатров.

Истерия — хитрая штука! Например, в судебно-психиатрической практике не считаются редкими случаи, когда у подследственных в крайне невыгодных для них ситуациях, прямо в зале суда, возникают приступы истерической глухоты, немоты, слепоты и даже «полусмерти» (констатируются: нитевидный пульс, «остановка» сердца, дыхания и т.д.).

Это происходит по воле подследственных? Нет. Это — симуляция? Нет. Это делается сознательно? Нет. Это — подсознательное самопроизвольное защитное истерическое реагирование (без волевых усилий подследственного). Аналогично происходит и на войне.

Но когда нормализуется относительно благоприятная обстановка, истерические проявления у таких лиц исчезают также внезапно, как и появились. Восстанавливаются слух, зрение, «возвращается жизнь».

Истерик — это псевдосимулянт.

Такие лица подлежат изоляции как можно скорее. Изымаются оружие и острые предметы, устанавливается строгий надзор, устраняется действие психотравмирующего фактора. Несмотря на остроту и психотический уровень расстройств такие больные большей частью полностью выходят из болезненного состояния. Эвакуация в тыловые районы их, как правило, нецелесообразна [20].

При подострых или затяжных состояниях (истерические психозы, реактивный параноид и т.д.) делается все возможное, чтобы вывести больного из психотического состояния и только после этого принимается решение об эвакуации. Выделяются два сопровождающих, осуществляющих в пути следования строгий надзор.

Кем должна осуществляться сортировка психически больных? Опытными специалистами-психиатрами. Но в зоне постоянной дислокации — в медицинской службе бригады (например, механизированной) врачей-психиатров нет. Также там отсутствуют и специалисты, которые имеют хоть какое-то представление об основах военной психиатрии. И даже в штате военных мобильных госпиталей (которые относительно — от 50 до 80 км — удалены от линии соприкосновения) военных психиатров нет. А где взять опытных психиатров, если их в последние годы, в своем большинстве сократили? Мир «сходил с ума», а военную психиатрию сокращали.

На уровне сортировки, в условиях наших реалий, врачебный состав военных мобильных госпиталей по причине некомпетентности с одной стороны — боится военнослужащих с психическими расстройствами, а с другой стороны — опасается принимать решение о возвращении лиц с острыми психогенными реакциями в строй. Почему?

1. «А вдруг они там, что-нибудь натворят».
2. «Это негуманно».
3. Просто не знают, как следует с ними поступать и, возможно, направляют большинство военнослужащих с такими расстройствами «под одну гребенку» в госпитальное звено.

Таким образом, на этапе сортировки, врач (в том числе непсихиатр) должен уметь дифференцировать, как минимум следующие психические состояния и расстройства (табл. 4).

Таблиця 4

Некоторые психические состояния и расстройства, нуждающиеся в дифференциации между собой

№ п/п	Психическое состояние или расстройство, которое необходимо дифференцировать	Психическое состояние или расстройство, с которым необходима дифференциация
1	Острая реакция на стресс	Острая невротическая реакция
2	Острая невротическая реакция	Психологическая (доклиническая) стрессовая реакция
3	Симулятивное поведение у здорового человека	Симуляция у психически нездорового человека (когда симулятивная симптоматика не совпадает с болезненной симптоматикой)
		Аггравация (когда больной усиливает имеющуюся у него симптоматику)
		Истерическое поведение
6	Истерический припадок	Эпилептический припадок
7	Истерические психозы (истерическое сумеречное помрачение сознания и т.д.)	Истерический невроз
8	Интоксикационные психозы	Психозы эндогенного происхождения, которые развились (обострились) в условиях боевых действий и т.д.

К чему приводит отсутствие фильтра военнослужащих с психическими расстройствами?

1. К перегрузке лечебных психиатрических стационаров, в том числе за счет лиц, которых можно было бы спустя несколько часов (суток) вернуть в строй, и у которых в тылу наступает хроническое течение болезненного процесса и они становятся потерянными для войск.
2. К возможному возникновению «эпидемии» истерических реакций (что вновь незаслуженно увеличит санитарные потери психиатрического профиля).
3. К предпосылкам для симуляций.
4. К опосредованному подрыву боевого духа военнослужащих.

Во время сортировки учитывают: клиническое состояние пациента, неотложность предоставления медицинской помощи, возможность дальнейшей эвакуации (способ и средства транспортировки, эвакуационное назначение), необходимость специальной обработки или изоляции.

При грубой сортировке, для первоначального разделения пораженных психиатрического профиля от других категорий пораженных и раненных можно оперировать понятием «*Боевая психическая травма*», которое объединяет (группирует) все расстройства, как психологического, так и психиатрического уровня (с причинной привязкой к боевым условиям).

Следует отметить, что согласно нашим исследованиям [10], пребывание военнослужащего в экстремальных (боевых) условиях

более 6 месяцев может приводить к формированию тех или иных психических расстройств.

В перспективе в Вооруженных Силах Украины должна быть принята система лечебно-эвакуационных мероприятий, адаптированная к международным стандартам (согласно требованиям ООН, НАТО), и иметь уровневый характер оказания медицинской помощи [19].

Базовый уровень предусматривает первую медицинскую помощь, которая предоставляется на поле боя санитаром (санитарным инструктором) с базовыми навыками психиатрической помощи (обрыв истерических приступов и т.д.).

Первый уровень — это доврачебная медицинская помощь с элементами первой врачебной помощи, оказываемая фельдшером (или врачом) с опытом в области военной психиатрии (кратковременная изоляция, купирование психомоторного возбуждения, предупреждение суицидальных действий и т.д.).

Второй уровень охватывает первую врачебную с элементами квалифицированной медицинской помощи в медицинской роте бригады (изоляция лиц с психотическим состоянием, купирование психомоторного возбуждения, предупреждение суицидальных действий, сортировка, отдых и лечение лиц, перспективных к возвращению в строй в течение 10 дней с момента поступления).

Третий уровень предусматривает предоставление квалифицированной медицинской помощи в полевых или стационарных госпиталях (психофармакотерапия невыраженных реактивных состояний и других психических

расстройств с недлительными сроками лечения для возвращения в строй).

Четвертый уровень составляет специализированная медицинская помощь в профильных отделениях госпиталей, военно-медицинских клинических центрах (полный спектр психиатрической помощи тяжелым больным психиатрического профиля).

Реабилитация — составная часть комплекса медицинской помощи на этапе лечения и выздоровления.

Нами предложена следующая категоризация пострадавших психоневрологического профиля, которая базируется на тяжести состояния и срочности предоставления медицинской помощи, адаптированная к требованиям ООН, НАТО [10]:

Приоритет 1 (Красный: Неотложно). Сюда относятся пациенты с выраженными расстройствами психиатрического профиля, которые сопровождаются двигательным возбуждением и агрессивным поведением (буйство на почве психических расстройств) или реактивными депрессиями с суицидальными попытками, жизненно небезопасными последствиями черепно-мозговой травмы с психическими отклонениями (это ЧМТ в бессознательном состоянии: сопор, кома с рвотой, судорожными припадками, признаками нарастающего сдавления головного мозга), а также выраженными интоксикационными (в том числе алкогольными) психозами с признаками отека мозга, острым галлюцинозом и т.д. Пациенты данной категории, из-за отсутствия адекватной своевременной помощи, могут умереть или внезапно нанести повреждения себе и окружающим.

Приоритет 2 (Желтый: Срочно). Пациенты, отнесенные к данной категории, требуют раннего (не позже 45-60 минут после поступления) лечения острых психотических расстройств (психогенные, интоксикационные, инфекционные и т.д.), судорожных припадков или психических расстройств при заражении радиоактивными (выше допустимого уровня) и отравляющими веществами, выраженных депрессивных и ступорозных состояний, оглушения, сурдомутизма, псевдодеменции. Таким пострадавшим медицинская помощь может быть предоставлена во вторую очередь после оказания помощи неотложным больным.

Приоритет 3 (Зеленый: Отсрочено). К этой категории принадлежат пациенты с невыраженными невротическими и невротоподобными расстройствами, непсихотическими формами реактивных состояний, последствиями травм и нейроинфекций, которые не составляют угрозы для больных и окружающих. Эвакуация этих лиц может быть отложена на

несколько часов без риска развития осложнений. Больные с легкой степенью психических расстройств после краткосрочного отдыха и сна в медицинском пункте могут быть возвращены в подразделения.

Приоритет 4 (Черный: Агонирующие).

Концепция оказания медицинской помощи лицам психиатрического профиля предусматривает взвешенные сортировочные решения в каждом конкретном случае:

Лицам с эндогенными психотическими расстройствами, крайне выраженными невротическими состояниями, реактивной депрессией и тяжелыми травмами мозга с психическими отклонениями стабилизируют состояние и эвакуируют в тыл в первую очередь, т.е. тяжелобольных, незамедлительно отправляют в лечебные стационары за пределами фронтовой зоны.

Лиц с психомоторным возбуждением (с истерическими и интоксикационными психозами) изолируют, направляют в психоизолятор и устанавливают за ними надзор из числа медперсонала и выздоравливающих больных, которые должны не допустить бегство или другие социально опасные действия со стороны пострадавших. Предусматривают способы фиксации таких военнослужащих. При этом, оказываемая помощь нацелена на максимальное клинически обоснованное возвращение в строй военнослужащих с передовых этапов медицинской эвакуации.

Помещение **психоизолятора** устанавливается на уровне бригады (в медицинской роте), в военном мобильном госпитале. Психоизолятор должен быть оборудован дверьми с железными каркасом, засовами и прикрученными к полу койками; обеспечен необходимыми психотропными и другими медицинскими средствами, в том числе для купирования возбуждения и сейфом (для хранения лекарственных препаратов), исключаящим свободный доступ к нему.

Медицинская помощь по неотложным показаниям должна оказываться по возможности на более ранних уровнях [20].

При наличии *психомоторного возбуждения, тревоги* целесообразно физическое ограничение, введение литической смеси: 2-3 мл 2,5% раствора аминазина, 2-3 мл 1% раствора димедрола, 7-10 мл 25% раствора сернокислой магнезии в одном шприце внутримышечно 3 раза в день (под контролем АД).

Реактивный параноид купируется аминазином (50-75 мг внутримышечно) и трифтазином (15-30 мг внутримышечно). При *псевдодеменции, пуэрилизме и других психотических состояниях* показано применение нейролептиков: аминазин в драже и в инъекциях в дозе

75-100 мг в сутки (под контролем АД), галоперидол до 10 мг в сутки в сочетании с циклодолом (для предупреждения экстрапирамидных расстройств, вызываемых нейролептиками): 0,002 г до 4-6 таблеток в сутки.

Что же необходимо делать в настоящих условиях и на перспективу?

1. Внести изменения в организационно-штатную структуру медицинской службы бригад, военных мобильных госпиталей и определить в ней задачи военных психиатров (оказание психиатрической помощи, сортировка, фармакологическая коррекция психических состояний, психотерапевтическая поддержка и т.д.).
2. Восстановить институт военных фельдшеров (неукомплектованность подразделений средним медицинским персоналом, фельдшерами составляет 40-60%) с подготовкой по разным профилям: военная

психиатрия, травматология, санитарная гигиена и т.д. *Это можно осуществить на уровне факультета, например, при Украинской военно-медицинской академии (УВМА) или других медицинских учебных заведениях.*

Следует отметить, что тот средний медицинский персонал, который призван из гражданской медицины, — как правило, медицинские сестры (с опытом выполнения врачебных указаний в условиях больниц). А военный фельдшер — это медицинский работник, который в большинстве случаев должен принимать самостоятельные решения, нередко врачебные.

Подчеркнем, что **не следует отождествлять, обобщать, путать военную и гражданскую медицину**, в целом, и военную и гражданскую психиатрию, в частности. Кроме того, на период военного времени гражданские

Таблица 5

Психические расстройства, ожидаемые в поствоенное время

№ п/п	Психические расстройства		Пояснения
	Основное понятие	Тождественное понятие (синоним)	
1	Затяжное течение ПТСР (более 6 мес., 1 года)	Хроническая (затяжная) форма ПТСР «Вторичное ПТСР» [17] «Синдром военнослужащего АТО» «Восточный (донбасский) синдром» «Комбатантная акцентуация» [7]	К этим расстройствам относятся и возможные атрибуты этих состояний — алкоголизация, наркоманизация, токсикоманизация, агрессивное поведение, высокий суицидальный риск и т.д.
2	Стойкое изменение личности после переживания катастрофы [3, 5]	«Комбатантная психопатизация» [3] «Краевая» (нажитая) форма психопатии [13] Психогенное (посттравматическое) патохарактерологическое развитие личности [13]	
3	Пролонгированная депрессия (более 2-х лет)		Затяжное последствие расстройства адаптации
4	Психосоматические расстройства у участников боевых действий		Эти расстройства могут фиксироваться на жалобах, связанных с состоянием сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта или других органов и систем [17]
5	Отдаленные психические последствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ)		Последствия ЧМТ могут развиваться по психопатическому, астеническому, органическому типам
6	Эндогенные психические расстройства (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и т.д.)		Эти заболевания, пребывая в готовности к развитию или обострению, в латентной фазе, «тлея» внутри организма, могут оказаться «сдетонированными» боевыми условиями. Обычно их не так много, увеличение их количества не происходит, эта величина относительно постоянная

психиатры должны выполнять методические указания главного психиатра Министерства обороны по вопросам призыва военнослужащих, оказания психиатрической помощи военнослужащим и т.д.

Что же нас ждет **в поствоенное время**? Какие ожидаются психические расстройства у участников боевых действий, комбатантов, ветеранов войны?

Прежде всего, представляется возможным к ним отнести:

- затяжное посттравматическое стрессовое расстройство;
- «комбатантную психопатизацию» [13].
- психосоматические расстройства у участников боевых действий и т.д.

Относительно полный спектр ожидаемых психических расстройств в поствоенное время представлен в *табл. 5*.

При этом, лица с затяжным ПТСР, комбатантным патохарактерологическим развитием личности и т.д. должны курироваться психиатрами военных комиссариатов, чтобы уменьшить риск криминализации комбатантов. Введение в штат военкоматов «участковых психиатров» (но не психологов!) вскоре может стать насущной проблемой.

Восстановление психиатрических отделений в военных госпиталях: во Львове (ВМКЦ Западного региона), Днепрпетровске (385 ВГ), Староконстантинове (1445 ВГ) следует считать недостаточным. Для полноценного и объемного психического оздоровления армии, в т.ч. в поствоенное время желательно предусмотреть открытие психиатрических отделений в винницком (ВМКЦ Центрального региона), ирпенском (ВМКЦ профессиональной патологии личного состава), хмельницком (10 ВГ) военных госпиталях.

Таблица 6

Психолого-психиатрическая служба в Вооруженных Силах США на театре военных действий

№ п/п	Медицинское подразделение психиатрического профиля		Медицинский состав
1	Отделение психического здоровья дивизии (division mental health section)		Дивизионный психиатр, социальный работник (офицер), клинический психолог, 6 или 7 специалистов по поведенческим наукам
2	Отделение психического здоровья (медицинской роты бригады)		3 специалиста по поведенческим наукам
3	Медицинская рота борьбы со стрессом (medical company, combat stress control)	Отделение по вопросам предупреждения боевых стрессовых состояний	В отделении — 6 специализированных бригад (combat stress control preventive teams).
		Лечебное отделение	В отделении — 4 специализированные бригады (combat stress control restoration teams)
4	Медицинский отряд передового обеспечения (medical detachment, combat stress control)	Отделение по вопросам предупреждения боевых стрессовых состояний	В отряде — 3 специализированные бригады
		Лечебное отделение (обеспечивающее помощь 50 лицам с боевым утомлением на дивизионном уровне)	
5	Отделение психического здоровья (mental health section, area support medical battalion) медицинского батальона зонального обеспечения (уровень корпуса, армии) аналогичное дивизионному подразделению		
6	Профильное 20-коечное отделение — в структуре всех типов полевых госпиталей		
7	Центр восстановления боеспособности — в госпиталях боевого обеспечения (3-й уровень)		Они комплектуются за счет специалистов из состава специализированных подразделений борьбы со стрессом

Следует отметить, что реформирование Вооруженных Сил Украины осуществляется для повышения ее качества. Однако без усиления военно-психиатрической службы эта цель не может быть достигнута в полной мере.

Для сравнения, в **Вооруженных Силах США** в мирных и боевых условиях психолого-психиатрической службе придается большое значение (табл. 6) [10, 19].

Как видим, в Вооруженных Силах США значительное внимание уделяется оказанию психиатрической помощи, при этом предусмотрен полный спектр профильных учреждений на всех командных уровнях [11, 18].

Становится очевидным, что в наших условиях в определенных медицинских подразделениях (учреждениях) войскового звена также весьма целесообразно присутствие военного психиатра (с опытом работы в стационаре), хорошо разбирающегося в реактивных состояниях, которые занимают ведущее место в боевых условиях.

Сегодня возникла потребность безотлагательно расширять военную психиатрию. Экстренно обучать большое количество слушателей УВМА основам военной психиатрии! При этом, важно избежать увеличение количества номинальных, но не профессиональных «психиатров». А для этого целесообразно создать кафедру военной психиатрии в УВМА.

Выводы и рекомендации

1. Рассмотреть возможность создания в составе Украинской военно-медицинской академии:
 - а) Кафедры военной психиатрии;
 - б) Факультета подготовки военных фельдшеров по разным профилям: военной

психиатрии, травматологии, санитарной гигиены, медицинской статистике и т.д.

2. Целесообразно ввести в штат медицинской службы некоторых бригад и военных мобильных госпиталей военных врачей-психиатров.
3. Необходимо обеспечить медицинскую службу бригады современными психофармакологическими препаратами для оказания неотложной медикаментозной помощи.
4. Продумать алгоритм просвещения командного состава подразделений и врачей — не психиатров основам военной психиатрии для своевременного распознавания факторов риска суицидальных действий, агрессивного поведения, намерений убийства сослуживцев и других чрезвычайных происшествий военнослужащими.
5. Ограничить срок (до 6 месяцев), отведенный на выполнение боевых задач (своевременно проводить ротацию военнослужащих).
6. Безотлагательно осуществлять по показаниям амбулаторные или стационарные (в зависимости от состояния здоровья) реабилитационные мероприятия в условиях специализированных отделений гражданских и военных санаториев.
7. Ввести в штат военных комиссариатов врача-психиатра («участкового» психиатра), силами которого осуществлять медицинский контроль состояния здоровья, деятельности в профессиональной и бытовой сферах, восстановление прежних социально-бытовых связей комбатантов.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. — 495 с.
2. Военная психиатрия / Под ред. проф. Ф.И. Иванова. — Л.: ВМедА, 1974. — 424 с.
3. Военная психиатрия / Под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея. — СПб.: ВМедА, ЭЛБИ — СПб, 2001. — 236 с.
4. Давидюк Л.К., Давидюк Н.П. Медичне забезпечення Збройних Сил США при підготовці та у ході війни у зоні Перської затоки // Сучасні аспекти військової медицини: Зб. наук. праць. — 2003. — Вип.8. — С.29-35.
5. Дистресс вооруженного конфликта: психопатология и лечение / И.И. Кутько, О.А. Панченко, Г.С. Рачкаускас, А.Н. Линев // Новости медицины и фармации в Украине. — 2014. — № 16 (510). — С. 16-20.
6. Друзь О.В. Стан психіатричної допомоги в Збройних Силах України. Бойова психічна травма. Шляхи подальшого розвитку психіатричної допомоги у ЗС України / Доповідь Головного психіатра МО України на Зборах керівного складу медичної служби Збройних Сил України (24 квітня 2015). — 2015.
7. Зелянина А.Н. Динамика личностных характеристик у ветеранов с различной тяжестью военной травмы // Психологические исследования. — 2012. — №1 (21).
8. Зубова Е.А. К вопросу о посттравматических стрессовых расстройствах // Российский психиатрический журнал. — 1998. — №1. — С. 54-60.
9. Иванов Д.А. Особливості психолого-психіатричного супроводу військовослужбовців миротворчих підрозділів // Афективні та граничні психічні розлади у військовослужбовців, військових пенсіонерів, комбатантів війн та локальних воєних конфліктів, лікування, експертиза та соціальна реабілітація: матеріали IV-ї науково-практичної конференції психіатрів Збройних Сил України. — Харків, 2011. — С. 70-80.

10. Іванов Д.А. Психолого-психіатричні аспекти миротворчої діяльності. Психічні розлади у військовослужбовців: клініка, діагностика, лікування, психопрофілактика, реабілітація. — Чернівці, 2007. — 424с.
11. Іванов Д.А., Іванцова Г.В., Ричка О.В. Організація надання медико-психологічної допомоги у Збройних Силах США на театрі воєнних дій // Психічне здоров'я. — 2005. — №2. — С. 72-76.
12. Казмірчук А.П. Роль і місце Головного Військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» у наданні медичної допомоги, лікуванні поранених та хворих військовослужбовців Збройних сил України / Доповідь начальника ГВМКЦ на міжвідомчій науково-практичній конференції щодо вивчення, аналізу та узагальнення досвіду організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході проведення антитерористичної операції (18 грудня 2014). — 2014.
13. Кербиков, О.В., Коркина, М.В., Наджаров, Р.А., Снежневский, А.В. Психиатрия. — М., 1968. — Глава 19. — Психопатии и патохарактерологические развития. — С.370-392.
14. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клиническое описание и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — К.: Факт, 1999. — 272 с.
15. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. — М.: ТОО «Техлит»; «Медицина», 1997. — 496 с.
16. Опыт оказания психиатрической помощи в войсках и вооруженных конфликтах XX столетия / В.К. Шамрей, С.Н. Русанов, А.А. Марченко, А.Г. Чудиновских // ВМЖ. — 2008. — №12. — С. 28-33.
17. Рум'янцев Ю.В., Сироп'ятов О.Г., Іванцова Г.В., Осьодло Г.В., Друзь О.В. Психіатрія особливого періоду: навчальний посібник / 2-е вид., перероб. и доп. — К.: «МП Леся», 2015. — 228 с.
18. Сидоров П.И., Литвинцев С.В., Лукманов М.Ф. Психическое здоровье ветеранов Афганской войны. — Изд. центр АГМА, 1999. — 384 с.
19. Сохін О.О., Ричка О.В., Булах О.Ю. Організація медичного забезпечення Збройних Сил країн НАТО. — К., 2006. — 367 с.
20. Указание по военной неврологии и психиатрии: под. ред. генерал-майора м/с Г.А. Акимова и полковника м/с В.К. Смирнова— М.: Военное дело, 1992.
21. <http://vocabulary.ru/dictionary/978/word/ostraja-reakcija-na-stres>.