

*О. М. Шарко, лікар-анестезіолог відділення інтенсивної терапії та гіпербаричної оксигінації
КЛПУ «Обласна клінічна лікарня професійних захворювань» м. Донецьк*

ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СЕМІОТИКА ТА ТИПОЛОГІЯ КЛІНІЧНИХ ВАРІАНТІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ НА ТЛІ ОТРУЄННЯ ЧАДНИМ ГАЗОМ

Проведений аналіз клініко-психопатологічної картини при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) у потерпілих внаслідок отруєння чадним газом. В результаті дослідження визначено основні клініко-психопатологічні типології психічних розладів при ПТСР на тлі отруєння чадним газом, а також викладено специфіку кожного з варіантів цих розладів.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, отруєння, чадний газ, клінічна психопатологія, психічні порушення.

Останнім часом широко вивчається клінічна картина посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Деякі автори звертають увагу на відмінність клінічної картини ПТСР на тлі отруєння чадним газом. Неабияке значення в патогенезі виникнення розладів при ПТСР на тлі отруєння чадним газом має порушення біохімічних констант при ПТСР самостійно та при ураженні чадним газом [1—4, 6, 9, 10, 12].

Патофізіологічно клінічна картина отруєння чадним газом пояснюється ушкодженням нервової системи, що виникає через анексемію та метаболічні порушення в тканинах мозку, безпосередню токсичну дію чадного газу на нервову тканину, що веде до дифузного ураження головного мозку, збільшення проникності гематоенцефалічного бар'єра, набряк, демієлінізації білої речовини, крапкових крововиливів в речовині мозку і його оболонки, вогнищ гніздового розм'якшення, особливо в ділянці сочевиного ядра і смугастих тіл та до змін з двостороннім некрозом у білій речовині, блідій кулі, мозочку, гіпокампі і корі головного мозку що зазнає нервова тканина у гострому та віддаленому періодах отруєння чадним газом [6, 8, 9].

Враховуючи це, особливістю ПТСР на тлі отруєння чадним газом є розвиток клінічної картини ПТСР на тлі органічного ураження центральної нервової системи (ЦНС) внаслідок отруєння чадним газом, що часто проявляється психоорганічним синдромом [5, 7].

На базі відділення інтенсивної терапії та гіпербаричної оксигінації КЛПУ «Обласна клінічна лікарня професійних захворювань» (м. Донецьк) було обстежено 100 хворих з ПТСР на тлі отруєння чадним газом, та 35 хворих, що страждають на ПТСР в результаті аналогічних катастроф, але без отруєння чадним газом та хворі на отруєння чадним газом без встановленого діагнозу ПТСР.

В результаті проведених клінічних досліджень було виокремлено декілька клінічних варіантів ПТСР при отруєнні чадним газом, усі з яких розвиваються на тлі психоорганічного синдрому.

1. Розлади афективного кола як прояв схильності до нетримання афекту та емоціональних порушень, що розвиваються на органічному фоні:

- а) тривожно-депресивний розлад;
- б) астено-депресивний розлад;
- в) дисфоричний розлад;
- г) депресивно-іпохондричний розлад.

2. Розлади патоперсоналогічного кола особистості як варіант загострення особистості на органічному фоні внаслідок органічного ураження ЦНС.

3. Розлади невротично-соматоформного кола з тенденцією до психастенічних реакцій, патофізіологічною основою яких є органічне ураження ЦНС.

4. Розлади депресивно-іпохондричного кола, що виникають на органічному фоні або посилені органічним ураженням ЦНС.

У рамках патологій, що підпадають під розлади цього кола, можливо ввести таке поняття як органічні депресії [4].

1. Розлади афективного кола характеризуються проявами схильності до нетримання афекту та емоціональних порушень, що розвиваються на органічному фоні

Основним клінічним проявом цього кола є патологія у сфері емоцій. Залежно від варіантів розладів цього кола можуть домінувати тривожно-депресивні прояви, астено-депресивні або дисфоричні прояви в невід'ємному зв'язку з пережитою психотравмуючою ситуацією. Загальною клінічною картиною розладів, що виявляються, є:

— постійне почуття тривоги, тою чи іншою мірою пов'язане з пережитою психотравмуючою ситуацією, підвищене занепокоєння, страх, що викликається ситуаціями-тригерами;

— стійко-понижений настрій, коливання настрою, емоційна лабільність, дратівливість, плаксивість;

— відчуття безнадійності, глибокий песимізм відносно майбутнього;

— часті побоювання, відчуття майбутніх неприємностей, трагедій, страх за близьких;

— низька самооцінка або почуття власної малочінності;

— наявність ідей вини і аутоагресії, поява ідей або дій з самоушкодження або суїциду;

— прояви дереалізації і деперсоналізації — страх смерті; сприйняття навколишніх матеріальних об'єктів як «несправжніх» або відчуття відокремленості від власної особи або нереальності свого перебування в даний момент в цьому місці;

— постійна напруженість, нездатність до релаксації, утруднення при засинанні через занепокоєння;

— стійке порушення сну — ускладнене засипання, раннє пробудження, неспокійний сон, що не приносить відпочинку, з сонливістю вдень;

— утруднення в концентрації уваги, зосередженні засвоєнні нового матеріалу, зниження працездатності, зниження функції пам'яті;

— почуття слабкості або втрати енергії, виражена стомлюваність навіть при незначному зусиллі;

— підвищена чутливість до різного роду подразників: шуму, яскравого світла, запахів;

— вегетативні симптоми: посилене або прискорене серцебиття, пітливість, сухість у роті, тремор або тремтіння, утруднення дихання, почуття задухи, біль або дискомфорт в грудях, нудота, дискомфорт в животі, приливи або

озноби, оніміння або відчуття колення в різних групах м'язів, м'язове напруження, болі, рухове занепокоєння і нездатність розслабитися, почуття запаморочення, слабкості, нестійкості, відчуття грудки в горлі або утруднення при ковтанні, шум у вухах, часті головні болі.

Залежно від варіантів розладів домінують або синдром тривоги, який характеризується надмірним збудженням і підвищеною функцією симпатичної нервової системи або яскраво виражений астеничний синдром на тлі депресивного настрою, або дисфоричні прояви — дисфоричні стани, виражена дратівливість, з такими, що спонтанно виникають, злісністю, гнівливістю без видимих провокуючих чинників.

2. Коло розладів особистості як варіант патоперсонального загострення особистості на органічно-мозговій основі

У хворих, в анамнезі яких раніше не було психічних порушень, досить часто виявляється стійка зміна особистості за органічним типом після перенесеної катастрофічної події. Хворі самі відзначають зміни своєї особистості — скаржаться на вороже ставлення до людей, неможливість «знайти з ними спільну мову», відмічали значну дратівливість, нетерплячість, соціальну дезінтеграцію. Але зниження когнітивних функцій, викликаних отруєнням чадним газом, не дозволяє хворим повною мірою усвідомити й оцінити свій стан. Уявлення про свою соціальну нездатність, особисту непривабливість і приниження по відношенню до інших веде до ще більшої невротизації особистості і дезадаптації. У хворих відзначається лабільність і неадекватність емоційних реакцій, імпульсивність. Знижується пізнавальна сфера. Хворі перестають цікавитися новим, закидають колишні заняття і захоплення, особисто не розвиваються.

На перший план часто виступає торпідність мислення і як наслідок — негнучкість, яка поширюється на велике коло особистих і соціальних ситуацій. Потерпілі стають грубими, брутальними, конфліктними, не йдуть на поступки. У хворих відзначається тенденція постійно бути незадоволеними кимось, вони відмовляються прощати образи і, як ним здається, зарозуміле ставлення оточення. Стають підозрливими, у них відзначається загальна тенденція до спотворення фактів шляхом невірної тлумачення нейтральних або дружніх дій інших людей як ворожих або зневажливих. Причому, чим сильніше ураження ЦНС при отруєнні чадним газом, тим відчутніше проявляється торпідність і акритичність хворих, тим сильніше проявляються параноїдні ознаки особистості постраждалих.

Хворі стають байдужими до благополуччя оточення, проте вимагають від інших турботу про себе. Постраждалі вимагають співчуття й особливого до себе ставлення у зв'язку з перенесеною ними психотравмуючою подією, у тому числі в ситуаціях, що не припускають цього, в цьому вимаганні стають некритичними і нав'язливими. Не отримавши бажаної підтримки, хворі стають агресивними, злопам'ятними і непривітними до оточення. Хворі упевнені, що близькі не розуміють і не хочуть розуміти усю гамму їх переживань, пов'язаних з психотравмуючою ситуацією, що призводить до нерозуміння і відчуження хворих від колективу. У потерпілих відзначається виражена схильність звинувачувати оточення або висувати пристойні пояснення своїй поведінці, що призводить до конфлікту з суспільством. Часто як виправдання хворі приводять пережиту ними надзвичайну ситуацію, що, на їх думку, виправдовує будь-які їхні вчинки.

У зв'язку з усім вище переліченим у потерпілих відзначається соціальна дезінтеграція і значний особистий дистрес, знижується пристосовуваність.

3. Розлади невротично-соматоформного кола з тенденцією до психастеничних реакцій, патофізіологічною основою яких є органічне ураження ЦНС

У рамках клінічної картини цього кола розладів на перший план виступають соматичні або псевдосоматичні скарги, як прояви прихованих психічних порушень, що імітують різноманітну патологію внутрішніх органів.

Соматична симптоматика може бути надзвичайно різноманітною, у вигляді множинних скарг або моносимптому. З клінічних позицій ці розлади можуть бути виражені у вигляді алгічних синдромів — кардіалгії, абдоміналгії, міалгії; різних сенестопатій — неприємні, дискомфортні відчуття в різних ділянках тіла і вегетативних дисфункцій, у тому числі вегетативно-дисфункціональні розлади серцево-судинної, дихальної, шлунково-кишкової, сечостатевої систем; хворі можуть пред'являти скарги на головні болі, слабкість, субфебрилітет, сексуальні розлади, мерзлякуватість пальців рук, запаморочення.

Проте, скарги потерпілих часто відображають уявлення хворих про фізичне захворювання, що може суперечити фізіологічним або анатомічним принципам. При цьому оцінка психічного стану хворих і їхньої соціальної ситуації часто припускає, що зниження продуктивності, що впливає з втрати функцій, допомагає їм уникнути неприємного конфлікту або непрямим чином виразити залежність або обурення, чи повернути до себе бажану увагу оточуючих. Хоча для інших проблеми або конфлікти можуть бути очевидними, самі хворі часто заперечують їх наявність і свої неприємності приписують симптомам або порушенням продуктивності.

Загальними ознаками невротичних соматоформних розладів є:

- множинні клінічно значимі соматичні скарги, що повторюються, у викладі, що драматизується;
- пошук допомоги у лікарів різних спеціальностей;
- прагнення до обстежень, у тому числі й інвазивним;
- тривалість не менше 2 років;
- неможливість пояснити скарги будь-яким наявним захворюванням;
- невіра в медицину;
- соціальна або сімейна дезадаптація.

Слід зазначити, що симптоматика, що виявляється у постраждалих, розвивається в міцному зв'язку з пережитою хворими психотравмуючою ситуацією.

Разом з проявами вегетативної дисфункції різного ступеня вираженості загальною ознакою невротичних соматоформних розладів у хворих на ПТСР є наявність симптомів тривоги: тривожно-фобічні та інші тривожні розлади, більшість з яких супроводжуються вегетативними проявами, виявляються ситуаційно обумовленими і виникають у відповідь на ситуації-тригери, у зв'язку з чим пацієнти намагаються уникати відповідних ситуацій.

Трудність діагностики розладів цього кола полягає в наявності існуючих патологій викликаних отруєнням чадним газом, проте, хворі схильні багаторазово перебільшувати тяжкість патології, фіксовані на власних неприємних відчуттях, домагаються все більшого обстеження і лікування, дуже засмучуються, коли їх намагаються переконати у відсутності у хворих явної патології, не вірять переконанням.

4. Розлади депресивно-іпохондричного кола, що виникають на органічному фоні або посилені органічним ураженням ЦНС

Це коло розладів характеризується наявністю депресивного настрою у хворих з ПТСР на тлі отруєння чадним газом. Депресивний настрій утримується цілодобово, з погіршенням стану у вечірні години. Часто можна спостерігати інверсію добових коливань настрою.

Хворі висловлюють скарги на безрадніе майбутнє, яке їх чекає, жалюгідне теперішнє. Хворобливе переживання психотравми є невід'ємною частиною клініки депресивного розладу у хворих з ПТСР.

В цілому переважає тривожний афект, хоча може домінувати і туга, апатичні розлади менш характерні, хоча астеничні порушення, характерні для органічних депресій, можуть імітувати апатію. Виявляється емоційна лабільність і легкодухість. Депресивний афект може включати дисфоричні відтінки — дратівливість, глухе невдоволення, гнівливість. Характерні фобії, існування яких міцно пов'язане з психотравмуючою ситуацією.

У клініці депресивного розладу може відзначатися депресивна деперсоналізація основним проявом якої слід вважати симптомокомплекс хворобливого переживання душевної спустошеності і бездушності — *anesthesia psychica dolorosa* — з акцентом на анестезії вітальних емоцій.

Депресія, зазвичай виразно виявляє ознаки порушення пізнавальної діяльності за органічним типом. У деяких випадках створюється враження глибокого недоумства, яке значно нівелюється при зникненні депресивної симптоматики що в патогенезі може мати астеничний характер.

Іпохондричні розлади займають чимале місце в структурі депресивного синдрому. Іпохондричні ідеї відбивають ситуаційні моменти і будуються частіше на основі реально існуючої соматичної патології, яка тією або іншою мірою завжди є присутньою у потерпілих в результаті отруєння чадним газом, досягаючи при глибокій депресії надцінного рівня. Відзначаються іпохондричні фіксації і надцінні іпохондричні утворення. У деяких випадках поява предметних соматопсихічних відчуттів призводить до формування іпохондричного марення. Хворих переслідує тривога, яка охоплює сьогохвилинний стан здоров'я потерпілих. Постраждали турбуються за своє здоров'я через найменшу зміну самопочуття, запаморочення, почастішання пульсу і дихання, навіть фізіологічно обґрунтоване, оголошують скарги на загальну

слабкість, немічність, знаходять у себе безліч неіснуючих хвороб, тужать через невідворотне, і як їм здається, швидко наближення смерті. Інколи така турбота, що проходить на депресивному фоні, призводить до погіршення депресивного настрою і появи суїцидальних думок та втілень — «Не можу так більше, навіщо так жити, все одне помру, краще покінчити з цим раз і назавжди вже зараз». Можуть виникати раптові стани з наростанням тривоги і вітальним страхом, які нерідко супроводжуються вираженими вегетативними зрушеннями і грубими дисоціативними істеричними порушеннями у вигляді уявлення власної агонії і смерті, фабула яких прямо або побічно пов'язана з пережитим потрясінням. Хворі стогнуть, ридають, заламують руки, прагнуть до самоушкодження. Переважають скарги на «нестерпну тугу» або «безвихідь». Свою ситуацію вважають безвихідною, безнадійною, безпросвітною, а існування — нестерпним.

Список літератури

1. Антропов, Ю. А. Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю. А. Антропов, А. Ю. Антропов, Н. Г. Незнанов — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 384 с.
2. Блейхер, В. М. Толковый словарь психиатрических терминов / В 2-х томах / В. М. Блейхер, И. В. Крук. — Ростов н/Д: Феникс, 1996. — Т. 1 — 480 с.; Т. 2 — 448 с.
3. Вредные вещества в промышленности. Справочник для химиков, инженеров и врачей / под ред. Н. В. Лазарева и И. Д. Гадаскиной — 7-е изд. — Л.: Химия, 1977. — Т. 3. — 608 с.
4. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина — СПб.: Оверлайд, 1994. — 287 с.
5. Осипов, В. П. Курс учения о душевных болезнях / В. П. Осипов. — Петроград: Издание К. Л. Риккера, 1917. — Ч. 1. — 262 с.
6. Российская энциклопедия по охране труда / отв. ред. А. Л. Сафонов. — 2-е изд. — М.: НЦ ЭНАС, 2007. — Т. 2. — 408 с.
7. Самохвалов, В. П. Психиатрия : учебное пособие для студентов медицинских вузов / В. П. Самохвалов. — Ростов н/Д.: Феникс, 2002. — 576 с.
8. Стрельчук, И. В. Интоксикационные психозы / И. В. Стрельчук — М.: Медицина, 1970. — 304 с.
9. Чарный, А. М. Патопсихология гипоксических состояний / А. М. Чарный — М.: Медгиз, 1961. — 343 с.
10. Blumenthal, I. Carbon monoxide poisoning / I. Blumenthal // J. of the Royal Society of Medicine. — 2001. — № 94 (6). — P. 70—72.
11. Gorman, D. The clinical toxicology of carbon monoxide / D. Gorman, A. Drewry, Y. L. Huang, C. Sames // Toxicology. — 2003. — № 187 (1). — P. 25—38.
12. Prockop, L. D. Carbon monoxide intoxication: an updated review / L. D. Prockop, R. I. Chichkova // Journal of the Neurological Sciences. — 2007. — № 262 (1 — 2). — P. 32—36.

Надійшла до редакції 20.10.2011 р.

О. Н. Шарко

КЛПУ «Областная клиническая больница профессиональных заболеваний» (г. Донецк)

Психопатологическая семиотика и типология клинических вариантов посттравматического стрессового расстройства при отравлении угарным газом

Проведен анализ клинико-психопатологической картины при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) у пострадавших в результате отравления угарным газом. В результате исследования определены основные клинико-психопатологические типологии психических расстройств при ПТСР на фоне отравления угарным газом, а также изложена специфика каждого из вариантов этих расстройств.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, отравление, угарный газ, клиническая психопатология, психические нарушения.

O. N. Sharko

Communal medical prophylactic establishment «Regional clinical hospital of professional diseases» (Donets'k)

Psychiatric semiotics and typology clinical variants posttraumatic stress disorder at poisoning by carbon monoxide

An analysis of clinical and psychopathological picture in the post traumatic stress disorders (PTSD) have suffered as a result of carbon monoxide. The study identified key clinical psychopathology typology of mental disorders in PTSD against carbon monoxide poisoning, and also outlines the specifics of each of the variants of these disorders.

Key words: post traumatic stress disorder, poisoning, carbon monoxide, psychopathology, mental disorders.