

6. Лихота А.М., Радиш Л.Я. Короткий історичний нарис становлення та розвитку стоматологічної служби Збройних Сил України // Проблеми військової охорони здоров'я // Зб. Наук. Праць УВМА, випуск 19. -2007, - С.436-442.

## **О СТАНДАРТАХ И КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ УКРАИНЫ**

**Лихота А.М., Камалов Р.Х., Буртова Ю.А.**

**Резюме:** В статье на основании анализа современного состояния стоматологической помощи в Вооруженных Силах Украины. Освещена необходимость внедрения новых стандартов этого вида медицинской помощи военнослужащим. Определены критерии качества оказания стоматологической помощи в военно-медицинских лечебных заведениях Украины.

**Ключевые слова:** стоматологическая помощь в Вооруженных Силах Украины, стандарты медицинской помощи, критерии качества стоматологической помощи, уровень стоматологической помощи.

## **ON STANDARDS AND QUALITY OF DENTAL CARE IN THE ARMED FORCES OF UKRAINE**

**A.Likhota, R.Kamalov, J.Burtova**

**Summary.** The article by analyzing the current state of dental care in the Armed Forces of Ukraine. Lighted the need to implement standards novih this type of care the military. Defined criteria of quality of dental care in military medical treatment facilities in Ukraine.

**Keywords:** dental care in the Armed Forces of Ukraine, the standard of care, criteria for quality dental care, the level of dental care.

УДК614.2:355.2(477)

## **РОЗВІДКА МВС І ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНІ АСПЕКТИ ХІМІЧНИХ КАТАСТРОФ**

**Єна А.І., <sup>1</sup>Галдецька І.Д., <sup>2</sup>Золотарьова О.А., <sup>3</sup>Крупська О.О.,  
\*Нечипоренко В.В., \*\*Сергієнко А.В., Сергієнко Т.А., \*\*\*Шведін Р.М.**

**Українська військово-медична академія**

**<sup>1</sup>Київське училище міліції спеціального призначення**

**<sup>2</sup>Департамент медичного забезпечення і реабілітації МВС України**

**<sup>3</sup>Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,**

**\*Військово-медична академії імені С.М. Кірова**

**\*\*Київська міська клінічна лікарня № 4**

**\*\*\*НТУУ «Київський політехнічний інститут».**

**Резюме.** У статті, на підставі майже 25 річного власного досвіду психофізіологічного і оперативно-психологічного забезпечення особового складу розвідувально-пошукових підрозділів органів МВС у різних екстремальних ситуаціях мирного і воєнного часів, розглянуто особливості психолого-психіатричної допомоги у зонах катастрофічних аварій на хімічних промислових підприємствах на різних етапах. Пропонуються принципи корекції постінтоксикаційних психічних розладів. Деякі з авторів статті є безпосередніми учасниками подій

**Ключові слова:** надійність персоналу, психофізіологічне забезпечення, психіатрія катастроф, психогігієна, психопрофілактика, оперативно-бойова психічна травма, токсична психічна травма, оперативна психологія, оперативно-бойова психофармакологія, радіаційно-токсичний стрес.

**Мета.** Метою нашої роботи було вивчення реального рівня і структури санітарних втрат нервово-психічного профілю безпосередньо на місцях подій катастрофічних хімічних аварій (Прим.автор. – дослідження профодилось протягом декількох років і в різних місцях). Аналіз отриманих даних, розробка і запропонування науково-практично обгрунтованих принципів корекції постінтоксикаційних психічних розладів.

**Вступ.** Військовими фахівцями різних країн визнається, що швидкий прогрес у військовій справі, поява нових засобів ведення збройної боротьби призводять до неухильного зростання нервово-психічних навантажень у процесі військової праці, що, у свою чергу, збільшує вимоги до стану нервово-психічного здоров'я військових і правоохоронців.

Більшість держав приділяє велике значення питанням прогнозування надійності нервово-психічної діяльності персоналу в різних умовах і розробці ефективних заходів щодо попередження нервово-психічних розладів в особового складу.

У сучасній війні проблема нервово-психічної надійності солдата на полі бою може стати ключовою для досягнення перемоги - так вважає більшість з іноземних дослідників бойового стресу.

Засновниками навчання про бойовий стрес по праву називають російських військових психіатрів, що вивчили зазначену проблему в період російсько-японської війни 1905 року. Ефективність теоретичних положень і практичних розробок з бойового стресу, висунутих у той період, була підтверджена на фронтах Першої і Другої Світових воєн, а також у локальних війнах другої половини ХХ сторіччя. Звідси зрозумілий інтерес іноземних фахівців до останніх досягнень вітчизняної військової психіатрії по проблемі бойової психічної травми (бойового стресу), центральною ланкою якого є тісний взаємозв'язок стану нервово-психічного здоров'я військовиків і боєздатності військ. Відставання у дослідженнях даної проблеми чреваті самими серйозними наслідками. Р. Габріель (1986), аналізуючи дослідження радянських військових психіатрів в галузі бойового стресу і його впливу на боєздатність особового складу прямо вказує: "...ті Збройні Сили, що будуть ігнорувати ці питання, дорого заплатять у сучасній війні".

Найбільш адекватними моделями бойового стресу на теперішній час служать локальні військові конфлікти, миротворчі операції, стихійні лиха, аварії, виконання оперативно-бойової служби в мирний час й інші екстремальні ситуації.

Тому, нами, разом з фахівцями кафедри психіатрії Військово-медичної академії ім. С.М. Кірова (м. Санкт-Петербург), під керівництвом Головного психіатра Міністерства Оборони СРСР професора Смирнова В.К., протягом багатьох років вивчався (безпосередньо на місцях подій) вплив екстремальних чинників на нервово-психічне здоров'я особового складу органів і військ, що знаходились на оперативно-бойових чергуваннях в мирний час (1975-1983 р.), брали участь в ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС (1986 р.), землетрусі у Вірменії (1988 р.), вибуху нафтопроводу на залізничному перегоні Аша-Улу-Теляк у Башкортостані (1989 р.), аварії на атомному підводному

ракетнової “Комсомолец” (1989 р.), виконували миротворчі, розвідувально-пошукові і оперативно-бойові завдання під час громадянської війни у Таджикистані (1992 р.) тощо.

Отримані дані свідчать про негативний вплив на нервово-психічне здоров'я особового складу зазначених чинників і, як наслідок, зниження боєздатності різних військових контингентів. Водночас ці дослідження показали неправомірність і хибність спрощеного підходу до питань виникнення і профілактики нервово-психічних порушень у військовиків і правоохоронців, які виконують службові обов'язки в екстремальних умовах. Виявилось, що без глибокого вивчення як механізмів формування і розвитку нервово-психічних розладів, так і механізмів захисту, відновлення і одужання (саногенезу), неможлива науково-обґрунтована, а, отже, ефективна психопрофілактика з необхідним для даних умов “набором” засобів профілактики, корекції і реабілітації.

### **Матеріали і методи дослідження.**

У процесі вивчення клініки і розробки схем корекції постінтоксикаційних психічних розладів обстежено 721 негласних офіцерів-розвідників агентурно-оперативних, розвідувально-пошукових і оперативно-технічних підрозділів МВС (чоловіків - 517, жінок - 204), у віці від 19 до 49 років (середній вік - 31,6 років).

Принципи вибору оптимальних психофармакологічних засобів і схем їхнього застосування робились на основі скрінінгового обстеження 263 постраждалих у різних екстремальних ситуаціях (спільні дослідження з професором О. Рустановичем).

Основним методом оцінки стану хворих був клінічний, поряд із яким використовувалися експериментально-психологічні (тест самооцінки, САН, Спілбергера-Ханіна, Векслера, ММРІ, шкала астенії та ін.), психофізіологічні, електрофізіологічні (спектральний аналіз ЕЕГ), біохімічні і імунологічні методи. Для стандартизації результатів обстеження використовувалися спеціальні анкети оцінки психічного і соматичного стану хворих.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Незалежно від ступеню токсичності, практично будь-яка з хімічних речовин може стати причиною поразки людини. Однак формування масових санітарних втрат у результаті руйнації промислових об'єктів і інших екстремальних ситуацій виникає лише при сполученні двох чинників:

- широкому використанні речовин у промисловості і господарській діяльності людини;
- високої біологічної активності даних речовин при дії через шкіру й органи дихання.

Хімічні речовини, використовувані в даний час у промисловості і господарській діяльності, диференціюють за ступенем їхньої токсичності і, відповідно, ступеня небезпеки для людини: надзвичайно токсичні; високотоксичні; сильно токсичні; помірно токсичні; малотоксичні; практично нетоксичні. Речовини ж, що представляють реальну небезпеку при руйнації хімічних об'єктів, звичайно класифікують за провідним постінтоксикаційним

клінічним синдромом (Саватєєв Н.В., Куценко С.А., 1982):

1. Переважно задушливої дії: а) із вираженою припікальною дією (трихлористий фосфор, оксихлорид фосфору, хлор); б) із слабкою припікальною дією (хлорпікрин, фосген, хлорид сірки).

2. Переважно загальноотруйної дії (окис вуглецю, синільна кислота, динітрофенол, динітрокрезол, етиленхлоридгідрін, етиленфторгідрон).

3. Із задушливою і загальноотруйною дією: а) із вираженою припікальною дією (акрілонітріл); б) із слабкою припікальною дією (окисли азоту, сірчистий ангідрид, сірководень).

4. Діючі на генерацію, проведення і передачу нервового імпульсу (нейротропні отрути, фосфорорганічні сполуки, сірковуглець).

5. Із задушливою і нейротропною дією (аміак).

6. Метаболічні отрути (метілбромід, метілхлорид, діметилсульфат, етіленоксид).

7. Речовини, що псують обмін речовин (діоксін).

Зміни психічного стану можуть розвиватися при отруєнні будь-якою із наведених отрут. Ці порушення виявляються в різноманітних формах, розрізняються по глибині, тривалості і характеру наслідків. При отруєннях же в екстремальних умовах спектр можливих змін психічного стану ще більш розширюється за рахунок психогенних нашарувань, обумовлених впливами катастрофічної ситуації, що психотравмують. При цьому можлива поява т.зв. "мнимоотруєних", що істотно ускладнює проведення адекватної діагностики (сортування) і лікування постраждалих.

Незважаючи на достаток різнорідних чинників, що визначають у кожному конкретному випадку клінічну картину психічних змін при отруєннях, вдається виділити як істотні (загальні) закономірності психічних розладів, так і специфічні психопатологічні ознаки, характерні для окремих видів інтоксикацій.

Серед великого розмаїття клінічних форм психічних змін можна відзначити ряд станів, що найбільше зустрічаються в клінічній практиці. Самими характерними психічними розладами при отруєннях є синдроми порушеної свідомості. Серед інших психотичних порушень відзначаються афективні розлади і, значно рідше - різні маревні стани. Характерними є також і розлади межового рівня - невротичні, неврозоподібні психопатоподібні. У віддаленому періоді можливо формування психоорганічного синдрому.

*Розлади свідомості.* Найчастіше порушеннями свідомості, що зустрічаються при інтоксикаціях, є оглушення і деліріозний синдром. У залежності від важкості отруєння вимикання свідомості варіює від легкого (обнубіляція, сомноленція) до важкого (сопор, кома). Аментивний, онейроїдний синдроми і сутінкове потьмарення свідомості розвиваються досить рідко. Частіше, наприклад, зустрічається не аменція, а аментивноподібний стан або "астенічна сплутаність", що визначається сполученням розгубленості з вираженою виснажливістю і непослідовністю мислення, невеликою глибиною і ундулюючим характером потьмарення, свідомості. Онейроїд у його класичному виді також не типовий, частіше спостерігаються деліріозно-онейроїдні й

онірічні (сновидні) стани без виражених афективних розладів. Сутінкові потьмарення свідомості звичайно обмежуються пароксизмальними порушеннями настрою, що сполучаються з розладами мислення, сенсорного синтезу і дереалізаційними проявами.

*Афективні розлади.* Найчастіше відзначаються дистимічні розлади і різного ступеня виразності депресивні прояви. Дуже характерними при цьому є стани тривоги і страху. Значно рідше зустрічаються гіпертимні порушення у формі благодушності, ейфорії, що може супроводжуватися зниженням критики до свого стану.

*Невротичні і неврозоподібні розлади.* Будь-який випадок отруєння, або навіть припущення про його можливість, супроводжується відповідною реакцією особистості. Частіше це - реакції психологічного рівня. Однак нерідко можливі небезпечні наслідки або уявлення постраждалого про такі, що визначають формування клінічно обкреслених невротичних симптомів і синдромів, у першу чергу, астеничних розладів.

Особливостями астениї інтоксикаційного генезу є: залежність їхнього виникнення і динаміки від соматичного стану; відсутність або бідний зміст інтелектуального і, навпроти, виразність вегетативного компоненту розладів (у вигляді стійких, або пароксизмальних вазовегетативних порушень); відносна монотонність, одноманітність симптомів; органічне "забарвлення" проявів (порушення запам'ятовування, підвищена виснажуємість, деяке огрубіння емоцій; переважання астено-дистимічного фону настрою, розсіяна неврологічна симптоматика). Астенична симптоматика часто сполучається з ознаками депресії, тривоги, іпохондричними проявами. Звичайними є різноманітні порушення сну.

*Психопатичні і психопатоподібні розлади.* Ці порушення розвиваються частіше при важких отруєннях з тривалим терміном відновлення. Вони є у вигляді загострення особистісних особливостей і формуються більш виразливі психічні розлади.

*Психоорганічний синдром.* Істотною ознакою більшості інтоксикаційних психозів є зворотність їхніх проявів. Проте, в окремих випадках, як правило - при важких інтоксикаціях, можливе формування психоорганічного синдрому, що може виявлятися в різних варіантах: астеничному, експлозивному, ейфоричному, апатичному.

При *астеничному* варіанті переважають стійкі астеничні розлади: підвищена фізична і психічна виснажливість, явища дратівливої слабкості, гіперестезії, афективна лабільність, а також легкі дизмнестичні порушення.

*Експлозивний* варіант характеризується переважанням афективної збудливості, дратівливості, вибуховості в сполученні з дизмнестичними розладами і зниженням адаптивних можливостей. Нерідко буває послаблення вольових затримок, втрата самоконтролю, підвищення і розгальмованість потягів.

*Ейфоричний варіант* визначається підвищенням настрою з відтінком благодушності, ейфорії, "безглуздістю", різким зниженням критики до свого стану, розгальмованістю потягів. У частини хворих спостерігаються "вибухи"

гнівливості, що змінюються безпорадністю, слізливістю. У хворих значно знижена працездатність.

*Апатичний варіант* характеризується різким звуженням кола інтересів, байдужністю до навколишнього, аспонтанністю і вираженими розладами пам'яті.

Водночас характер психічних розладів у значній мірі визначається стадією (періодом) інтоксикації: гострий, підгострий (відновлення), віддалений.

**Психічні розлади гострого періоду:** У гострому періоді інтоксикації можуть відзначатися психічні зміни в широкому діапазоні: легких і нетривалих психологічних реакцій до важких станів повного "вимикання" свідомості - сопора і коми. При цьому в генезі психічних розладів мають значення як психогенні чинники, так і безпосередній вплив хімічного агента на організм.

*Реактивні стани* розвиваються за загальними закономірностями, що характеризує виникнення і прояви психогенії в екстремальних умовах. Психогенні реакції і стани часто імітують зовнішню картину отруєння або окремі її елементи, внаслідок чого встановлення правильного діагнозу і проведення диференціровки "мнімоотруєних" і реально постраждалих нерідко представляє надзвичайні складності. Неадекватно проведені в таких випадках заходи першої медичної допомоги (введення сильнодіючих антидотних засобів і т.д.) можуть ще в більшому ступені ускладнити діагностику розладів, що розвиваються.

*Психічні порушення* визначаються видом отруйної речовини, ступенем важкості отруєння, стадією поразки, статтю, віком, а також індивідуальними і особистісними особливостями, його самопочуттям безпосередньо перед отруєнням, характером навколишніх умов і конкретних особливостей екстремальної ситуації, у якій знаходився уражений.

Значна більшість хімічних агентів викликає психічні зміни, що характеризуються певною рівномірністю "вимикання" усіх психічних функцій. Подібні зміни, що нагадують "угасання", можуть відбуватися поступово або стрімко в залежності від ступеня токсичності речовини і важкості отруєння.

При інших видах отруєнь зміни психічного стану характеризуються нерівномірністю регресу окремих психічних функцій, появою продуктивних психопатологічних порушень, що призводить до значного розмаїття психічних розладів. Подібні зміни найбільш характерні для речовин, що діють на проведення і передачу нервових імпульсів.

Спектр можливих психічних розладів гострого періоду інтоксикацій у значній мірі визначається важкістю отруєння. Виділяють легкий, середній і важкий ступені отруєння.

*Легкий ступінь* отруєння характеризується переважанням психологічних реакцій і межових психічних розладів. Психічні зміни в значній мірі визначаються індивідуальними особливостями, станом отруєного до отруєння, конкретною специфікою ситуації і оточуючими умовами. Поліморфні психічні зміни, що розвиваються, обумовлені перерахованими чинниками, нерідко "затушовують" специфічні психічні прояви, обумовлені безпосереднім впливом

отруйної речовини на механізми психічної діяльності.

Таким чином, при отруєннях легкого ступеню психічні розлади характеризуються різноманітним проявом, що сполучиться з малою виразністю специфічних, типових для конкретного виду отруєнь, ознак. Для легкого ступеня інтоксикації найбільше характерними є психологічні і невротичні реакції, неврозоподібні розлади, астеничні й астеноподібні стани. Іноді розвиваються гострі реактивні психози.

*Середній ступінь* отруєнь характеризується появою порушень психотичного рівня, що призводить до значно меншої залежності клініки цих розладів від індивідуально-особистісних особливостей. Виявляються більш специфічні психопатологічні ознаки інтоксикацій. Психічні розлади цього рівня подані, в основному, синдромами розладу свідомості - деліріозним, аментивним, сутінковим потьмаренням свідомості, онейроїдним (і їхнім сполученням).

*Інтоксикації важкого ступеню*, як правило, характеризуються синдромами "вимикання" свідомості (сопор, кома), за яких вплив індивідуальних і ситуаційних особливостей практично цілком нівелюється.

Таким чином, із зростанням важкості інтоксикації спостерігається тенденція до збільшення об'єму можливих психічних розладів - від надзвичайного різноманіття малоспецифічних змін рівня психологічних реакцій і межових проявів (при легких отруєннях) до обмеженого набору недиференційованих і малоспецифічних станів рівня вимикання свідомості (при важких отруєннях). Практично значимі диференційно-діагностичні критерії і типові психопатологічні ознаки, обумовлені безпосереднім впливом токсичного агента на організм людини, найбільш чітко виражені при розладах психотичного рівня, тобто - при середній вазі інтоксикації.

Психічні розлади періоду відновлення: Поширеність і розмаїття психічних розладів у періоді відновлення декілька менше, ніж у гострому періоді отруєнь. Найбільш частими є прояви астеничного синдрому, невротичні, неврозоподібні і психопатоподібні розлади. Поряд з цими психічними змінами межового рівня, після перенесених інтоксикацій середнього й особливо важкого ступеня можуть мати місце і випадки затяжних психозів. Їхня тривалість - від 2-3 тижнів до декількох місяців. Затяжні інтоксикаційні психози частіше проявляються депресивними, депресивно-маревними, параноїдними, маніакальними, псевдопаралітичними станами, а також амнестичним (Корсаковським) синдромом. Для всіх перерахованих станів при інтоксикаційних психозах характерні сполучення психотичної симптоматики з вираженими астеничними розладами.

Депресивні стани виявляються в різних клінічних варіантах. В одних випадках переважають явища загальмованості і млявості, в інших - зниження настрою супроводжується напруженістю, тривогою, страхом.

Депресивно-маревні стани характеризуються маревними ідеями звинувачення і самозвинувачення, що супроводжуються вираженим зниженням настрою, пригніченістю. Суїцидні ідеї відзначаються рідко, частіше переважає страх смерті. Параноїдні стани виявляються, в основному, маренням

переслідування, отруєння, ставлення. Відзначаються розлади сприйняття (ілюзії і вербальні галюцинації).

Маніакальні стани характеризуються неадекватно підвищеним настроєм, ейфорією, зниженням критики до свого стану. Псевдопаралітичні порушення протікають із повною втратою критичного ставлення до свого поведіння. Як правило, відзначаються підвищений настрій, грубі розлади пам'яті, інтелекту. Можуть виникати короточасні і нестійкі маревні ідеї величі, багатства.

Амнестичний (Корсаковський) синдром визначається порушеннями пам'яті, насамперед на поточні події, а також ретро-, і антероградною амнезією і парамнезіями. Сполучення перерахованих симптомів часто обумовлюють дезорієнтування хворих у часі, особах, подіях (амнестичне дезорієнтування). Порушення пам'яті частіше носять минулий характер із наступним поступовим її відновленням.

Для перерахованих затяжних інтоксикаційних психозів характерний вихід в астенічні стани різної виразності і тривалості (у залежності від виду і важкості інтоксикації).

Психічні розлади віддаленого періоду: В окремих випадках, переважно після важких інтоксикацій, у віддаленому періоді (через 6 місяців і більш) можливо формування психоорганічного синдрому, а також неврозоподібних і психопатоподібних розладів.

Найбільш часто зустрічається астенічний варіант психоорганічного синдрому, що виявляється підвищеною психічною і фізичною виснажливістю, явищами дратівливої слабкості, гіперестезії, афективної лабільності, дизмнестичними порушеннями, сомато-вегетативними проявами і розладами сну.

Для астеній інтоксикаційної природи в меншому ступені, ніж для психогенних, характерна стадійність процесу. Загальний фон настрою, як правило, виявляється зниженим, відзначається зниження ініціативності, інтересу до навколишнього. Характерними рисами є сталість і стереотипність психопатологічних проявів, їхнє виникнення при самих незначних навантаженнях.

Клінічна практика доводить певну специфічність психічних розладів при цілому ряді інтоксикацій. Ця специфіка виявляється переважанням визначених психопатологічних станів, їхньою характерною структурою, а також наявністю певних закономірностей зміни синдромів психічних розладів.

Принципи корекції постінтоксикаційних психічних розладів: За способами впливу психокорекційні методи можна розділити на психотерапевтичні, психофармакологічні і фізичні ефекти.

Дуже перспективними є психотерапевтичні методи. У той же час їхнє використання відрізняється трудомісткістю; як правило, виникає необхідність проведення курсу психотерапевтичних сеансів, що супроводжується збільшенням термінів лікування; головне - що їх застосування можливе тільки при наявності значної кількості висококваліфікованих фахівців, що ускладнює їхнє застосування в практику медицини катастроф. Рівною мірою це відноситься і до методів, заснованих на використанні впливу фізичних



чинників.

Застосування цих методик обмежується в даний час також відсутністю спеціального і, нерідко, коштовного устаткування. Найбільш поширеними, у зв'язку з цим, у даний час залишаються психофармакологічні методи. Медикаментозна терапія психічних розладів характеризується симптоматичною спрямованістю. Тому при виборі способів лікування психічних порушень потрібна корекція терапії відповідно до важкості соматичного стану постраждалого. Необхідно, за можливістю, уникати призначення потужних психофармакологічних засобів, що характеризуються найбільшими побічними явищами і ускладненнями. Навіть у випадках гострих психотичних станів для їхнього купірування доцільно обмежуватися призначенням препаратів "м'якої" дії.

В основі корекції психічних порушень гострого періоду лежить використання антидотних засобів і методів дезінтоксикації, з оглядом на головний патологічний синдром. Корекція ж власне психічних порушень на даній стадії носить суцільно симптоматичний, вторинний, характер і, переважно, стосується купірування психогенних проявів, що, навіть при відсутності отруєння (або при легких інтоксикаціях), можуть імітувати його зовнішню картину або окремі її елементи, внаслідок чого створювати надзвичайні складності у встановленні правильного діагнозу і проведенні диференціювання "мнимоотруєних" від реально постраждалих. Неадекватно ж проведені в таких випадках заходи першої медичної допомоги (введення сильнодіючих антидотних засобів і т.д.) здатні ще в більшому ступені ускладнити діагностику розладів і обумовити розвиток важких психічних порушень.

До числа найбільш поширених ускладнень "антидотної" терапії відноситься деліріозний синдром, для купірування якого у більшості випадків, досить скасування антидотних препаратів або введення їхніх антагоністів. Так, наприклад, "антагоністами" холінотропних засобів (при призначенні котрих найчастіше відзначаються деліріозні порушення), використовуваних у процесі антидотної терапії отруєних фосфорорганічними сполуками, може бути амінастігмін. У тих же випадках, коли невідомий генез деліріозного синдрому, купіруюча медикаментозна терапія припускає введення нейролептиків (аміназину, хлорпротиксену та ін.). Однак використання зазначених засобів можливе тільки на тлі загальних дезінтоксикаційних заходів. При купіруванні станів потьмареної свідомості, одночасно з легкими нейролептиками доцільно призначення високих доз ноотропів (пірацетаму), іноді в сполученні з актопротекторами.

Слід зазначити, що отруєння різними отрутами найчастіше викликає гепатотоксичний ефект, що, у свою чергу, впливає на чутливість до застосовуваних психотропних засобів. Так, істотно залежить від стану печінки фармакокінетика деяких снодійних і протисудомних засобів (метогексїталу, гексобарбіталу, хлорметіазолу), анальгетиків (метадону, морфіну, промедолу, анальгіну, амідопіріну), суфіліну і резерпіну. При розвитку в уражених печінкової недостатності різко збільшується ризик розвитку токсичної енцефалопатії при застосуванні нейролептиків фенотіазінового ряду

(галоперідол, трифтазін, френолон, аміназін) фенобарбіталу, уретану, кофеїну і еуфіліну, мепробамату, анальгіну й амідопіріну. Тому застосування даних препаратів в уражених з ознаками порушення функцій печінки повинно бути різко обмежено.

Особливе значення має своєчасна корекція психічних порушень у підгострому періоді інтоксикації. Найбільше актуальною в цьому відношенні є проблема постінтоксикаційної астенії, що не тільки вважається максимально поширеною формою патології, що зберігається довгостроково, але і виступає як тло, що сприяє формуванню виражених психічних порушень.

До числа найбільш ефективних "антиастенічних" препаратів можна віднести транквілізатори, що володіють ноотропною (дібунол), анксиолітичною (ксанакс) або вегетотропною (піроксан) дією, адаптогени (екстракт родіоли, ексселекок) і актопротектори (бемітіл, томерзол). Їх використання у комплексній терапії астенічних розладів дозволяє істотно розширити арсенал психотропних засобів, що рекомендуються для диференційованого лікування постраждалих.

У віддаленому періоді інтоксикації основне значення набуває корекція психоорганічних розладів. Основні принципи їхнього лікування зводяться до застосування (у залежності від структури психоорганічного синдрому) ноотропів, транквілізаторів, малих доз "легких" нейролептиків і антидепресантів (під "прикриттям" антипаркінсонічних коректорів) і вазотонічних засобів. Водночас особлива важкість постінтоксикаційного психоорганічного синдрому вимагає удосконалювання традиційних схем його корекції з використанням нових патогенетично орієнтованих препаратів. До числа останніх варто віднести пептидні біорегулятори (кортексін, епіталамін, тімоген). Використання пептидних біорегуляторів сприяє більш вираженому поліпшенню інтелектуально-мнестичних функцій, а також редукції астенічних, неврозоподібних і сомато-вегетативних порушень.

## **Висновки**

1. Клініка психічних розладів у розвідників МВС при хімічних катастрофах визначається, насамперед, специфічним впливом отруйної речовини. Водночас при отруєннях легкого ступеню спектр можливих змін психічного стану значно розширюється за рахунок психогенних нашарувань, обумовлених психотравмуючими впливами катастрофічної ситуації. Дана обставина може призвести до появи "мнімоотруєнних" (імітуючих клініку інтоксикації), що істотно ускладнює проведення адекватної діагностики і лікування постраждалих.

2. Незважаючи на достаток різнорідних чинників, що визначають у кожному конкретному випадку клінічну картину психічних порушень при інтоксикаціях, можна виділити ряд загальних закономірностей, характерних для отруєнь різного ступеня важкості. В міру зростання важкості інтоксикації відзначається тенденція до звуження об'єму можливих психічних розладів - від надзвичайного різноманіття малоспецифічних змін рівня психологічних реакцій і межових проявів (при легких отруєннях) до обмеженого набору неспецифічних станів рівня вимикання свідомості (при важких отруєннях).

3. До засобів терапії постінтоксикаційних психічних розладів гострого періоду в першу чергу варто віднести препарати специфічної антидотної терапії, застосовувані одночасно з дезінтоксикаційними заходами. При цьому корекція власне психічних порушень характеризується симптоматичною спрямованістю.

4. У комплексній терапії астенічних розладів (найбільш поширеною і довготривалою формою патології уражених при хімічних катастрофах) доцільно використовувати транквілізатори, з анксиолітичною, ноотропною або вегетотропною дією, актопротектори й адаптогени, а при корекції психоорганічних розладів (найбільш тяжкої форми психічних проявів віддаленого періоду) - цитомедіни (пептидні біорегулятори).

### **Література**

1. Рудой И.С., Сергиенко А.В. Состояние психического здоровья личного состава органов и войск в экстремальных условиях. Аналитический обзор.- К.: РИО МВД УССР, 1990.- 52 с.

2. Рудой И.С., Сергиенко А.В. Состояние психического здоровья человека в условиях катастроф и иных особо экстремальных ситуаций // Материалы международной конференции "Медицина катастроф".- М.: МЗ СССР. Б.и., 1990. - С. 395 - 396.

3. Богай Л.И., Сергиенко А.В., Федосеев Ю.Г. Организация медицинской помощи коллективам, выполняющим служебные задачи по ликвидации последствий аварии, стихийного бедствия // Материалы международной конференции "Медицина катастроф".- М.: МЗ СССР. Б.и., 1990. - С. 159 - 160.

4. Зюбан В.А., Нечипоренко В.В., Белый Ю.Н., Сергиенко А.В. Профилактика хронического токсического стресса у подводников // Разработка схем применения психофармакологических препаратов для профилактики психоневротических расстройств военного времени.- Л.: ВМедА им.С.М.Кирова, 1990. - С. 8 - 9. Специальный фонд. Инв.№ 9846/н.

5. Фролов Б.С., Рустанович А.В. О нозоцентрической и функциональной диагностике в военной психиатрии.//Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. Учебное пособие для врачей и слушателей.- СПб., 1995.- С. 12 - 15.

6. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Рустанович А.В. Особенности оказания психиатрической помощи легкораненым и больным на этапах медицинской эвакуации // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. Учебное пособие для врачей и слушателей.- СПб., 1995.- С. 73 - 79.

7. Пострелко В.М., Картель М.Т., Сергиенко А.В., Коновалов О.Г., Сосін І.К., Стрелко В.В. Використання ентеросорбційної детоксикації в комплексній терапії екогеннообумовлених астено-депресивних станів. Методичні рекомендації. - Київ: НДІ сорбції та проблем ендоекології НАН України, 1996.- 7 с.

8. Литвинцев С.В., Костюченко А.Л., Давыдов А.Т., Софронов А.Г. Эфферентная терапия неотложных состояний в психиатрии и наркологии.

9. Деденко И.К., Стариков А.В., Торбин В.Ф., Пострелко В.М. Эфферентные методы лечения радиационных и токсических энцефалопатий.- Киев, "Нора-Принт", 1998.- 396 с.

10. Сергієнко А.В., Єна А.І., Нечипоренко В.В., Худецкий І.Ю. Надання психіатричної допомоги постраждалим внаслідок хімічних катастроф // Збірник праць науково-практичної конференції, присвяченої 5-ти річному ювілею Ірпінського військового шпиталу.- Київ, "Дія", 1999.- С. 109 - 112.

11. Сергієнко А.В., Несен О.О., Шамрей В.К. та ін. Медико-психологічні і психіатричні аспекти медицини катастроф // Журн. Експериментальна і клінічна медицина.- Харків, 2000.- №3.- С. 89 - 99.

#### **РАЗВЕДКА МВД И ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИМИЧЕСКИХ КАТАСТРОФ**

**Єна А.І., Галдецька І.Д., Золотарєва Е.А., Крупська О.О., Нечипоренко В.В., Сергієнко А.В., Сергієнко Т.А., Шведін Р.Н.**

**Резюме.** На основани виявлених особливостей оперативно-боевой деятельности в особо экстремальных условиях химической катастрофы изучены нервно-психические и медико-психологические проявления у личного состава разведывательных подразделений МВД. Предложены научно-обоснованные принципы коррекции постинтоксикационных психических расстройств.

**Ключевые слова:** надёжность персонала, психофизиологическое обеспечение, психиатрия катастроф, психогигиена, психопрофилактика, оперативно-боевая психическая травма, токсическая психическая травма, оперативная психология, оперативно-боевая психофармакология, радиационно-токсический стресс.

#### **INVESTIGATION M.I.A.: PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASPECTS OF CHEMICAL DISASTER**

**A.Yena, I.Galdet`ka, E.Zolotariva, O.Krupsk`ka, V.Nechyporenko, A.Sergienko, T.Sergiienko, R.Shvedin**

**Summary.** The author's have studied the mental health of the military and other personnel, that participated in the elimination of the consequences of the Chemical disaster, and formulated the concept of "toxically mental trauma" as a variation of "operative (operative-combat) mental trauma" & as a negative factor for "operative (professional) longevity" of military, MIA's and KGB's personnel. She formulate the concept of "toxically psychosomatic disorder" and discuss pathogenetic mechanisms and the stereotype of its development. Observations were performed by psychiatrists, who took direct part in these saving operations (after Chemical disasters).

**Keywords:** psychiatry of accident & extreme situations, toxically mental trauma, operative (operative-combat) mental trauma, operative (professional) longevity, safety & psychoprofilactic of person, correction of a condition of the agent (detective, internal spy) & military man.