

## Глава 8. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩИХ ИЗЛУЧЕНИЙ

Проблемы профилактики, лечения и реабилитации пациентов с психоневрологическими расстройствами, развившимися при радиационном воздействии или в отдаленном периоде, являются исключительно актуальными. До настоящего времени отсутствует единая концепция их коррекции и профилактики.

Принципы лечения ОЛБ и ХЛБ разработаны достаточно полно [Гуськова А.К. и соавт., 1964; Гуськова А.К., Байсоголов Г.Д., 1971; Гуськова А.К. и соавт., 1988 и др.]. Однако, как отмечал Л.А.Ильин (1994), патогенетической терапии ХЛБ так и найдено, а до сих пор сохраняются проблемы лечения лучевых поражений. В полной мере это относится и к лечению нейропсихиатрических проявлений лучевой болезни.

Стандартное лечение пациентов с *интракраниальными радиационно индуцированными некротическими поражениями* предполагает нейрохирургическое вмешательство. Однако, наряду с ним *кортикостероидная терапия* имеет как вспомогательное (при операции), так и самостоятельное значение при лечении некоторых форм радиационного поражения центральной нервной системы [Gutin P.H., 1991].

*Кортикостероиды* могут оказывать огромное влияние на клинический статус пациентов с *радиационными некрозами мозга*, уменьшая отек мозга и повышенное внутричерепное давление [Martins A. et al., 1979; Edwards M., Wilson C., 1980]. Раннее и активное лечение отека, который рассматривают как одну из причин демиелинизации в отдаленном периоде, является определяющим для уменьшения или предупреждения развития неврологического дефицита. Наиболее часто в этих целях применяют *дексаметазон* в связи с его высокой активностью и низким минералокортикоидным эффектом. Длительное применение стероидной терапии, которая в ряде случаев оказывается необходимой для лечения радиационных некрозов, может вызвать осложнения в виде желудочно-кишечных кровотечений, снижением толерантности к глюкозе, иммуносупрессии, увеличению веса и др. В связи с побочным действием долговременной кортикостероидной терапии были предприняты попытки лечения радиационных некрозов мозга иными препаратами. Среди них изучались *нестероидные противовоспалительные* препараты (ибупрофен и индометацин), *антикоагулянты* (гепарин и варфарин), а также группа *неглюкокортикоидов 21-аминостероидов*, которые угнетают липидную пероксидацию в центральной нервной системе, в частности, препарат U74006F, кардинально снижающий железо-зависимую липидную пероксидацию и тем самым оказывающий выраженное протективное действие на головной мозг [Gutin P.H., 1991].

В связи Чернобыльской катастрофой появился огромный вал всевозможных “чудотворных” средств и методов, как правило носящих панацейный характер, где среди прочего почти всегда декларируется способность “выгнать радиацию” из организма и, якобы, тем самым излечивать “болезни Чернобыля”. К сожалению, до сих пор официальная медицина сохраняет амбивалентную позицию (а вернее, отсутствие ее) по отношению к этим средствам и методам. Поэтому данную главу мы посвятили описанию тех профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, которые на основании нашего опыта, оказались эффективными при оказании помощи пострадавшим с нервно-психическими расстройствами.

Проблема *охраны психического здоровья* занимает одно из ведущих, а возможно и приоритетное, место у пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы. Чрезвычайная актуальность данной проблемы определяется наличием у них прогрессирующих нарушений на всех трех основных уровнях организации психической деятельности:

- социальном

- личностном
- церебральном

Для понимания сущности необходимых реабилитационных мероприятий следует кратко охарактеризовать нарушения каждого из этих уровней.

*Социальный уровень.* Уязвимость пострадавших на этом уровне была обусловлена сочетанием Чернобыльской катастрофы с последующим крахом социально-политической системы. Последнее наряду с материальным кризисом привело и к кризису духовному. В результате у пострадавших сформировались, описанные рядом авторов, синдром “негарантированного будущего” и феномен “субъективного сжатия временного пространства”. Под этим феноменом понимается [Саламатов В.А., 1990-1992] то, что пострадавшие оказались в так называемом “социальном цейтноте”. Осознание риска возникновения у них неблагоприятных, возможно летальных, последствий лучевого заболевания в сочетании с крайней непредсказуемостью социально-политической и экономической ситуации в стране привело к ощущению нехватки времени для разрешения традиционных социально-бытовых проблем - обзаведения семьей, воспитания детей, помощи престарелым родителям, обустройством семейного очага и проч. В дополнении к сказанному, в обществе произошла смена и искажение иерархии системы ценностей. Так, если в советское время атомная отрасль была овеяна ореолом таинственности, романтичности и социальной значимости, то в настоящее время отношение к ней скорее настороженно-негативное. Соответственно, социальная роль пострадавших, включая и пожарников, принимавших участие в тушении пожара на ЧАЭС, смещается из плоскости героизма и мужества в область жертвенности. Наступает так называемая “виктимизация” (от англ. victim - жертва) пострадавших. Итогом этих и других социальных сдвигов является формирование комплекса социальной уязвимости и бесплезности, ведущей к прогрессирующей социальной дезадаптации.

*Личностный уровень.* Результаты наших исследований свидетельствуют об изменениях в структуре личности пострадавших. Эти изменения можно трактовать как варианты патологического развития личности, в происхождении которого участвуют как радиационные, так и нерадиационные (преимущественно психогенные) факторы [Напреенко А.К., Логановский К.Н., 1995]. В этих случаях отмечается формирование “краевой” психопатии, динамика течения которой находится в прямой зависимости от состояния социального и церебрального уровней организации психической деятельности.

*Церебральный уровень.* Данный уровень характеризуется прогрессивным течением психоневрологических расстройств с формированием в отдаленном периоде клинически очерченных психоорганических расстройств. Состояние соматической сферы определяется формированием разнообразных висцеропатий.

Таким образом, очевидно, что нарушения социального, личностного и церебрального уровней организации психической деятельности у пострадавших представляет собой неразрывное целое - “замкнутый психосоматический круг”. Патологической особенностью этого круга является исключительная сложность установления причинно-следственных взаимоотношений, так как в нем постоянно причина и следствие меняются местами, а следствие приобретает характер патогенного фактора.

Изложение нарушений нервно-психической деятельности пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы на основе 3-х уровневой модели имеет перед собой принципиальное значение - обоснование необходимости неразрывности, “триединой целостности” при проведении психокорректирующих и реабилитационных мероприятий. Иными словами, обречены на неудачу попытки одного лишь медикаментозного лечения без решения социальных вопросов пострадавших, так же как и изолированные социальные льготы не сохранят и не восстановят их психическое здоровье. Основанием для столь категоричных суждений является наш десятилетний опыт оказания медико-социальной помощи пострадавшим в результате Чернобыльской катастрофы.

**Социальная реабилитация.** В настоящее время, пожалуй, единственной более-менее надежной социальной гарантией является признание стойкой утраты

трудоспособности, то есть инвалидизация. Во многом стремление пациентов перейти на инвалидность определяется необходимостью обретения социальной защищенности и, прежде всего, в материальном ее аспекте. В сложившейся ситуации более выгодно быть признанным больным, чем здоровым. Вред данной ситуации (обусловленной несовершенством законодательной базы) очевиден: наряду с возрастающим социальным бременем государству происходит усугубление психосоматической патологии, формируется пассивная личностная позиция, подкрепляется “комплекс жертвы”.

Вместе с тем нельзя согласиться и с мнением, высказанным вскоре после Чернобыльской катастрофы Л.А.Ильиным и А.К.Гуськовой и рядом других авторов об “уровнировке” в отношении социальных льгот для всех категорий пострадавших. Со всей уверенностью можно утверждать, что роль медицинских работников останется ведущей в *индивидуализированной* социальной реабилитации пострадавших. Данное утверждение основывается на более опыте чрезвычайно гибкой и эффективной социальной работы с лицами, пережившими атомные бомбардировки в Хиросиме и Нагасаки [Matsumoto Y.S., 1969; Mine M. et al., 1991,1992], а также нашем собственном опыте медико-социальной работы с пострадавшими в результате Чернобыльской катастрофы

*Система социальных мер* должна охватывать следующие принципиальные направления:

- медицинское обеспечение
- трудоустройство с возможной переподготовкой и переквалификацией
- социальные льготы и привилегии
- материальное обеспечение (поддержка)
- привлечение к гражданской активности

*Медицинское обеспечение* является бесплатным и должно включать в себя:

1. Патронаж на дому;
2. Диспансеризацию на амбулаторно-поликлиническом уровне 1-2 раза в год;
3. Стационарное обследование и лечение в ведущих специализированных клиниках 1 раз в год;
4. Медико-социальную экспертизу;
5. Санаторно-курортное лечение;
6. Стоматологическую, зуботехническую и протезную помощь;
7. Обеспечение необходимыми медикаментами.

*Трудоустройство с возможной переподготовкой и переквалификацией* должно занимать ключевое место в системе социальной реабилитации пострадавших. Нарушения состояния здоровья, а также изменившийся социальный заказ на представителей различных профессий может потребовать смены рода профессиональной деятельности. Наиболее предпочтительной является форма занятости с гибким графиком работы как в течение суток, так и на протяжении недели, с возможностью надомной работы. Противопоказана работа в условиях экстремальных эмоционально-психических и физических нагрузок, в неблагоприятных климато-метеорологических условиях, управление транспортными средствами, работа на высоте и проч.

Оптимальным, с точки зрения социально-личностной реадaptации, является наличие творческого начала в новой профессии, что позволит пациенту максимально самореализоваться и самоактуализироваться. Одним из вариантов трудовой реадaptации этих больных является освоение или усовершенствование в областях компьютерных технологий и работа в структуре научно-исследовательских или научно-производственных институтов и организаций различных форм собственности. Успешная социальная адаптация ряда пострадавших, избравших описанную выше жизненную стратегию, подтверждает ее целесообразность. Следует подчеркнуть, что оптимальное использование личностных резервов при рациональном трудоустройстве является краеугольным камнем как в социальной реабилитации, так и в сохранении психического здоровья в целом.

Важным моментом, который стимулировал бы избрание трудовой (а не ориентированной на инвалидность) жизненной стратегии этими пациентами трудоспособного возраста, могло бы явиться дополнительное финансирование работающих (а не инвалидов) в виде, например, определенного коэффициента к заработной плате. Источником этого финансирования могло бы быть как государственное социальное страхование, так и негосударственные фонды и организации. Медико-социальный эффект такого протекционизма в отношении трудоустройства данных больных со стороны государственных и общественных институтов очевиден: по крайней мере, “условная выгодность” жизненной стратегии, ориентированной на инвалидность, утратила бы смысл, а вовлечение данного контингента лиц в трудовую активность способствовали бы успешной социальной реадaptации и сохранению их психического здоровья.

*Социальные льготы и привилегии* пострадавшим закреплены в действующем законодательстве Украины. Не вызывает сомнений, что размер этих льгот и привилегий прямо пропорционален уровню экономического развития страны. Принципиальным является бесплатное медицинское обеспечение и протекционизм в отношении профессиональной ориентации и трудоустройства.

*Материальное обеспечение* также находится в прямой зависимости от экономики страны. Однако, обязательным должно являться безотносительное к трудовой активности пациента, перенесшего лучевую болезнь, гарантированное пожизненное пенсионное обеспечение. Примером решения этой проблемы может служить японский опыт, где существует несколько десятков различных пособий пережившим атомные бомбардировки, которые индивидуализированно предоставляются от государственных и общественных институтов. Эффективность такой продуманной социальной политики в Японии отражает хотя бы такой факт, что продолжительность жизни людей, перенесших атомные бомбардировки, превысила таковую в японской популяции (где она одна из наиболее высоких в мире) [Mine M. et al., 1991,1992].

*Привлечение к гражданской активности* имеет целью противостоять формированию пассивной социально-личностной позиции и “комплекса жертвы”. Как показывает опыт, наиболее оптимальными формами такой активности может быть участие этих лиц в разработке законодательных проектов о пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы, работа в разнообразных фондах, общественных организациях и проч. Принципиальным здесь является необходимость предоставить пострадавшему возможность ощутить собственную социальную значимость и полезность; осознать, что он - не жертва трагических обстоятельств, но человек, совершивший мужественный и героический поступок, который способен к нему и в будущем. Причем наиболее ценным здесь является формирование позиции, где осознается, что не только окружающий мир влияет на человека, а и он сам, пусть в небольшой мере, но может воздействовать на этот мир и изменять его.

Изложенный подход к социальной работе с пострадавшими может обеспечить эффективную социальную реадaptацию. В настоящее время именно социальные аспекты реабилитации данных пациентов играют ведущую роль в сохранении их здоровья и психического, в частности.

**Коррекция личностных нарушений.** Расстройства личностного уровня находятся в тесной связи с состоянием социального и церебрального уровней. При выраженных изменениях этих двух уровней коррекция личностных нарушений крайне затруднительна. В любом случае, основным методом коррекции личностных расстройств является *психотерапия*.

Лишь при декомпенсации психопатических или психопатоподобных расстройств целесообразна медикаментозная коррекция. В этих случаях при расстройствах астенического круга (апатико-абулической, апатико-астенической симптоматики) показано назначение сульпирида (эглонила, догматила) в дозах 100-200 мг в сутки, антидепрессантов активирующего ряда (анафранила 75 мг/сут), адаптогенов (настойки жень-шеня, элеутерококка, аралии маньчжурской и др.) При расстройствах гиперстенического круга (эксплозивной, дисфорической симптоматике) показано применение седативных и транквилизирующих средств (седуксен), нейролептиков (неулептил, триседил, сонапакс), антидепрессантов седативного ряда

(лудиомил, мапротилин, доксефин, амитриптилин и др.), а также карбамазепина (финлепсина, тегретола) в дозах 5-10 мг/кг/сут.

Следует отметить, что даже при назначении психофармакологических средств психотерапия сохраняет свое решающее значение в коррекции личностных расстройств. Как показал наш опыт, наиболее целесообразно проведение рациональной индивидуализированной психотерапии, основной задачей которой является при помощи здравого смысла сформировать адекватную внутреннюю картину болезни и установку на активную (трудовую) жизненную стратегию у пациента. Безусловно, существенное место в психотерапевтической работе играет коррекция семейных дисгармоний.

Одним из вариантов психотерапевтического воздействия, оправданным для этого контингента пациентов, является так называемое "лечение путешествиями". Этот метод известен давно и приемлем для пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы, в связи с тем, что, во-первых, новые впечатления и смена обстановки во время путешествий способствует коррекции апатических расстройств (и, как писали в старину, "ипохондри"), которые являются стержневыми в социальной дезадаптации. Во-вторых, отдых во время путешествий содержит в себе элементы санаторно-курортного лечения (талассотерапия, климатотерапия, бальнеотерапия и проч.), хотя необходимо отметить, что для данных пациентов поездки в страны с жарким и влажным климатом в летнее время, но возможны в осенний период. В-третьих, употребление продуктов моря, фруктов, овощей, натуральных вин также оказывает несомненный целебный эффект, способствующий сохранению и укреплению психического здоровья. При проведении "терапии путешествиями" предпочтительными являются индивидуальные семейные туры по сравнению с групповыми, где в состав группы входят пострадавшие в результате Чернобыльской катастрофы. В случае последнего психотерапевтический эффект поездки может оказаться даже негативным из-за общения с пострадавшими, что будет способствовать повторным переживаниям случившегося, воскрешать в памяти драматические события, связанные с катастрофой, иными словами - поддерживать и усугублять личностные изменения, обусловленные переживанием катастрофы.

Важным компонентом личностной реадaptации пострадавших является овладение комплексом упражнений по психической саморегуляции [Напреенко А.К., Петров К.А., 1995]. В этот комплекс включены достижения как западной, так и восточной психотерапии и физической культуры (аутогенная тренировка, медитация, дыхательная гимнастика, асаны йоги и др.). Занятие комплексом психической саморегуляции для этого контингента больных наряду с собственно терапевтическим эффектом самих физических упражнений имеет целью самокорректировать личностные нарушения путем самопознания, саморазвития и самосовершенствования.

**Коррекция нарушений церебрального уровня** организации психической деятельности пострадавших осуществляется по принципам, разработанным А.И. Нягу и соавт. (1991-1996). Основными принципами лечения являются *комплексность, этапность и преемственность* между этапами (клинический, амбулаторно-поликлинический, амбулаторный, санаторно-курортный).

На самых ранних этапах лечения, тотчас же при появлении надлежащих условий, при сочетанном внешнем и внутреннем облучении показаны меры по снижению всасывания и ускорению выведения радионуклидов. Эти меры достигаются промыванием желудка, очищением кишечника, применением рвотных, слабительных (предпочтительно солевых) и мочегонных (салуретики, осмодиуретики) средств, а также назначением декорпорантов - элиминаторов и блокаторов всасывания радиоактивных веществ. Целесообразно применение энтеро- и гемосорбции, комплексообразующих веществ.

Как правило, уже через сутки после интоксикации радиоактивные вещества прочно фиксируются в местах депонирования и ускорение их выведения из организма становится все более трудным. Большое значение в раннем периоде может иметь очищение крови от радиоактивных веществ при помощи ионообменников,

применение кровезаменителей детоксикационного действия (гемодез, реомакродекс, реополиглюкин и др.), гемодиализа, плазмофореза, гемосорбции.

В отдаленном периоде воздействия ионизирующих излучений и депонировании радионуклидов значение *дезинтоксикационной терапии* не ослабевает. Основной целью дезинтоксикационной терапии является выведение токсических метаболитических продуктов, образующихся в организме как вследствие радиационно индуцированных нарушений биохимических и биофизических процессов на молекулярном и клеточном уровнях, так и в результате хронического облучения инкорпорированными радионуклидами.

В основе коррекции нарушений церебрального уровня учитываются отдельные стороны патогенеза как радиационных, так и нерадиационных поражений нервной системы. У пострадавших в результате Чернобыльской аварии обнаруживают специфический эндотоксический синдром. Поэтому *дезинтоксикационная терапия* имеет первостепенное значение в ослаблении повреждающего действия ионизирующих излучений на нервную систему. Своевременное применение средств, уменьшающих эффекты общего облучения и органотропного влияния радионуклидов при их попадании в организм через органы дыхания и пищеварения может оказаться не только терапевтической мерой, но и существенным элементом вторичной профилактики радиационной психоневрологической патологии.

В то же время в этом периоде эффективность применения энтеро- и гемосорбции остается дискуссионной. Сторонники сорбционных методов лечения настаивают на высокой детоксикационной и радиоэлиминирующей активности сорбентов, а также достаточной лечебной эффективности этих методов при самой разнообразной радиационной и нерадиационной патологии. Однако, в доступной литературе не было обнаружено работ с изложением результатов корректно проведенных исследований эффективности сорбентов в выведении инкорпорированных радионуклидов, а также коррекции психо-неврологических расстройств. Кроме того, наблюдаемые нами в клинике осложнения сорбционной терапии (нарушения пищеварительной системы, гемоторакс и др.) свидетельствуют о необходимости осторожного подхода к назначению этих методов лечения. Не оспаривая эффективности сорбционной терапии на ранних этапах лучевого поражения, в отдаленном периоде, на наш взгляд, целесообразность применения сорбентов требует дальнейших исследований в целях разработки показаний и противопоказаний к данному способу лечения.

В качестве дезинтоксикационной терапии хорошо себя зарекомендовали внутривенные вливания гемодеза, низкомолекулярных декстранов (реополиглюкин, реомакродекс, полиглюкин и др.), изотонического раствора хлористого натрия или 5% раствора глюкозы в комплексе с витаминами С, В и диуретиками (лазикс, маннит, маннитол, мочевины). Эффективно применение в целях детоксикации и улучшения внутриклеточного метаболизма лечебного плазмофореза.

Частью патогенетической терапии нейропсихиатрических проявлений у пострадавших является применение *мембранопротекторов* (эссенциале, липостабил, Liv-52 и др.) и *средств, влияющих на тканевый обмен* (солкосерил, актовегин, спленин, плазмол, румалон и др.), что необходимо для коррекции метаболитических нарушений и защиты клеточных мембран. Ослабляют радиационные эффекты и повышают общую резистентность организма так называемые *вещества, длительно повышающие радиорезистентность* [Куна П., 1989], большинство из которых по механизму действия относятся к антиоксидантам - ингибиторам свободнорадикальных окислительных процессов: настойка жень-шеня, элеутерококка, заманихи, аралии маньчжурской; токоферол, лимонная, аскорбиновая, пантотеновая и глутаминовая кислоты; каротиноиды, лецитин, витамин Р и др.

Важным в системе лечения является нормализация *метаболизма мозга* и снижение его гипоксии. Для этой цели применяются *ноотропные препараты и ангиопротекторы*: ноотропил (пирацетам), аминалон, гаммалон, пиридитол (энцефабол), липоцеребрин, церебролизин, фенибут, пантогам, ацефен и др., которые стимулируют окислительно-восстановительные процессы, усиливают утилизацию

глюкозы, повышают энергетический потенциал и устойчивость ткани мозга при гипоксии и интоксикации, облегчают удаление из мозга продуктов обмена.

Улучшение *церебральной и периферической гемодинамики* находится в тесной взаимосвязи с нормализацией метаболизма мозга и предусматривает назначение вазоактивных средств и ангиопротекторов. Комплексным препаратом вазоактивно-ноотропного действия является инстенон. В последние годы отмечен положительный сосудисто-ноотропный эффект препарата растительного происхождения - танакана (гинкгобила). Избирательно улучшает мозговое кровообращение циннаризин (стугерон). Он также уменьшает реакцию на биогенные сосудосуживающие вещества, обладает противогистаминовой активностью, уменьшает возбудимость вестибулярного аппарата и симпатокортикотонию. При церебральных вагоспастических состояниях и проявлениях недостаточности мозгового кровообращения эффективны препараты алкалоидов барвинка (девинкан, кавинтон, винкатор). Указывается также на целесообразность включения в комплекс лечения препаратов, улучшающих периферическую и церебральную циркуляцию (папаверин, но-шпа, галидор, сермион, дибазол, эуфиллин, нигексин, никотинат, трентал, продектин, пармидин, призма), повышающих тонус венозных сосудов, уменьшающих проницаемость капилляров, не нарушающих электролитный баланс (эскузан, венорутон, дипиридамола, аспирин, эуфиллин, верошпирон, препараты алкалоидов спорыньи и их производные и др.).

Лечение *дисциркуляторной энцефалопатии* направлено на устранение венозного застоя (эуфиллин, эскузан, троксевазин, венорутон), предлагается также назначение мочегонных, антиоксидантов прямого (альфа-токоферола ацетат 5 % 1,0 мл, аскорутин) и непрямого (глутаминовая кислота) действия, антигипоксантов, ноотропов, церебролизина, а также средств, улучшающих микроциркуляцию - реополиглюкин, реомакродекса (3-6 внутривенных вливаний на курс), антисклеротических препаратов (диоскониин, полисконин, мисклерон, минетол), кардиотоников (кордиамин, сердечные гликозиды). *Цефалгии* успешно купируются смесями, содержащими анальгина 0,2, амидопирина 0,2, фенацетина 0,2, кофеина-бензоата натрия 0,03 и люминала 0,01. При *вестибулярных нарушениях* рекомендуется назначение витамина В<sub>6</sub>, стугерона, кавинтона, беллатаминала, бромкамфоры (0,25-0,5 2-3 раза в день), платифиллина, фенобарбитала, смесей Осипова, Солдатова.

Особое внимание следует уделять коррекции *вегетативных расстройств*. Нормализация надсегментарных отделов центральной нервной системы достигается применением транквилизаторов с седативным эффектом (реланиум, седуксен, рогипнол, мепробомат, пассит, нозепам, посаден и др.) и антидепрессантов (амитриптилин, мелипрамин, анафранил, лудиомил, мутабон и др.). В комплексе лечения следует назначать препараты, подавляющие избыточную возбудимость диэнцефальных и лимбико-ретикулярных структур мозга: пирроксан, бутирроксан, беллоид, беллатаминал, белласпон, финлепсин, тегретол, дифенин. Лечение периферической прогрессирующей вегетативной недостаточности предполагает назначение препаратов, подавляющих рецепцию  $\beta$ -адренергических структур (анаприлин, обзидан, индерал, тразикол, вискен). Лекарственная терапия при различных типах вегетативных расстройств у лиц, подвергавшихся воздействию ионизирующих излучений, имеет свои особенности в зависимости от направленности сосудисто-вегетативного синдрома.

При *нейроциркуляторной дистонии* (НЦД) больным показано назначение ангиопротекторов (кавинтон, стугерон, продектин, сермион, призма и др.) выборочно в среднетерапевтических дозах после еды в течение 1,5-2 мес. 1-2 раза в году. При венозной гипертензии рекомендуются диуретики (урегит, фуросемид, диакарб, триампур, верошпирон и др.) в течение первой половины дня, натошак. Редко, при выраженных нарушениях артерио-венозного равновесия, можно прибегнуть к одноразовому кровопусканию (100-150 мл крови) с последующим капельным применением 10.000 ЕД гепарина и реополиглюкина (реомакродекса). Уменьшение венозной дисциркуляции достигается также аппликацией пиявок на сосцевидные отростки. Для последующего поддерживающего лечения этим лицам показано

назначение трентала или курантила по 1 таб. 2 раза в день в течение 4-6 недель после еды.

При *гипертоническом типе НЦД* рекомендуется применение легких седативных средств (смесь валерианы, пустырника, бромистого натрия), транквилизаторов (триоксазин, элениум), спазмолитических, гипотензивных и холинолитических (беллоид, белласпон, беллатаминал) препаратов.

При *гипотоническом типе НЦД* целесообразно назначение стимуляторов (настойки жень-шеня, элеутерококка, заманихи, аралии маньчжурской, кофеина, дуплекс, сапарал, пантокрин, сиднокарб, сиднофен), анаболиков (ретаболил 5% 1,0 внутримышечно 1 раз в неделю 3-4 недели; калия оротат, АТФ, алоэ, кокарбоксилаза). При стойком симптомокомплексе, в основе чего, как правило, лежит снижение активности ретикулярной формации мозга, рекомендуется назначение карбамазепина (финлепсина, тегретола) в малых или средних дозировках. Показана эффективность занятий физической культурой, плавания, контрастного и циркулярного душей, грязевых, озокеритовых, парафиновых ванн, аппликаций, иглорефлексотерапии.

*Кардиальный тип НЦД* требует наряду с седативной терапией транквилизаторами назначения мягких успокаивающих средств растительного происхождения (настои валерианы, пустырника, боярышника, горичвета, ландыша) в комбинации с бромидом натрия, кодеином, валидолом, ментолом, барбитуратами и др. При тяжелом течении кардиального синдрома на фоне НЦД рекомендуется применение  $\beta$ -адреноблокаторов (корданум) и антагонистов кальция (финоптин, изоптин, коринфар, кордафен, нифедипин и др.). Благоприятный эффект наблюдается при использовании ежедневных капельных вливаний глюкозо-инсулин-калиевой смеси (смеси Лабори) в течение 7-10 дней.

При *НЦД по смешанному типу* рекомендуется применение вышеуказанных средств с учетом ведущей клинической симптоматики.

*Ангиотрофоневроз* верхних и нижних конечностей (синдром Рейно) требует назначения препаратов никотиновой кислоты в течение 2-3 недель в максимальных дозах (никотиновая кислота, компламин, теоникол, никошпан, никверин и др.), капельных вливаний 100-150 мл 0,25 % раствора новокаина (5-10 вливаний на курс). Эффективны назначения ангиопротекторов и солкосерила, актовегина (по 10,0 мл внутривенно на физиологическом растворе). При стойком болевом синдроме возможно сочетание базисной терапии и лазерного облучения крови (8-10 процедур), примочек с 10-20 % эмульсией димексида с гепарином (5.000- 10.000 ЕД на болевые зоны в течение 10-16 часов. Физиотерапевтическое лечение включает ионофорез ганглерона на область вегетативных ганглиев, общие сернистые ванны, четырехкамерные ванны, грязевые аппликации на ноги, позвоночник. Больным с этой патологией категорически противопоказано курение, прием суррогатных спиртных напитков, пребывание на холоде, работа в условиях воздействия электромагнитных полей, радиоактивности, вибрации.

Базисная терапия *вегето-сосудистой дистонии (ВСД)* заключается в назначении вегетотропных, ноотропных и вазоактивных препаратов. Коррекция психовегетативных расстройств достигается назначением препаратов, подавляющих избыточную возбудимость диэнцефальных, лимбико-ретикулярных структур мозга, стимулирующих активность ретикулярной формации, а также антидепрессантов. Для нормализации сегментарно-периферических вегетативных структур показаны адреноблокаторы и холинолитики. Указанные препараты используются в среднетерапевтических дозировках длительными курсами (не менее 1,5-2 мес.) 1-2 раза в течение года. Базисная терапия ВСД дополняется назначением спазмолитиков, анальгетиков, гипотензивных средств, адаптогенов, физиотерапевтическим лечением, иглорефлексотерапией, психотерапией.

Особое внимание уделяется лечению *пароксизмальных состояний*. При *симпто-адреналовых кризах* назначается последовательно: эуфиллин (2,4 % раствор) - 10,0 мл, глюкоза (20 % раствор) - 40,0 мл внутривенно струйно, пентамин (15 % раствор) - 1,0 мл внутривенно капельно, клофеллин (0,01% раствор) - 1,0 мл, лазикс 80 мг (4 мл) внутримышечно. При тахикардии - пропранолол (обзидан или индерал по 5 мг



внутривенно на изотоническом растворе), перорально - анаприлин 60-80 мг в сутки. Иногда дополнительно назначается  $\alpha$ -адреноблокатор клофелин (внутримышечно по 0,1 мг через каждые 1-2 часа до максимальной суточной дозы 0,4-0,6 мг). При острых отеках лица, гортани, языка, конечностей следует применять препараты кальция, эфедрин, диуретики. Поддерживающее курсовое лечение включает супрастин 0,025 днем и седуксен (0,01) с пирроксаном (0,015) на ночь в течение 4-6 мес., медицинский глицерин по 50 мл на стакан фруктового сока 1 раз в день после еды в течение мес., соблюдение диеты с ограничением поваренной соли, еженедельное очищение кишечника .

Лечение *ваго-инсулярных кризов* включает: купирование болевого нейрососудистого (анальгин 50 % раствор - 2,0 мл, цианокобаламин 0,5-1 мг, но-шпа - 2,0 мл или выборочно 5-10 мл баралгина, тригана, максигана, лазикс 40 мг (2,0 мл) внутримышечно) и вестибуло-вегетативного (атропина сульфат 0,1 % - 1 мл, димедрол 2 % 1 мл или седуксен 0,5 % - 1 мл) синдромов. Криз возможно купировать капельным введением свежеприготовленного 5 % раствора гидрокарбоната натрия по 100-150 мл через день, 100 мл 0,25 % раствора новокаина.

Терапия *смешанных кризов* состоит в индивидуальном симптоматическом подборе вегетостабилизирующих препаратов. При сочетанных кризах в межприступном периоде рекомендуется  $\alpha$ -адреноблокатор пирроксан (0,015) после еды, а вечером - ваготропный препарат бутирроксан (0,015). Также для коррекции пароксизмальных состояний целесообразно применять элениум, седуксен, сибазон, реланиум, эрготамин, фенобарбитал, дифенин, финлепсин, тегретол. Терапия кризовых состояний должна быть индивидуальной, осуществляться на фоне базисного лечения, проводиться регулярно и продолжительно. Комплекс лечения может быть отменен только при непереносимости препаратов и отсутствии кризов в течение 6-12 мес. Лечение кризов должно быть комбинированным двумя или несколькими препаратами в малых или среднетерапевтических дозах.

Коррекция *психических расстройств* осуществляется на синдромологическом уровне. При оказании специализированной психиатрической помощи пострадавшим используется весь арсенал медикаментозных, психотерапевтических, рефлексотерапевтических и других средств. А.К.Напреенко и К.Н.Логановский (1995-1996) предложили схему психофармакотерапии, позволяющая строить лечение по принципу поиска удачных комбинаций препаратов при наиболее часто встречающихся у данного контингента больных психопатологических синдромов разной степени выраженности (таблица 8.1).

В случаях остро возникающих радиоэкологических катастроф осуществляется розыск и выявление психически больных, оказание им первой медицинской помощи, сортировка по тяжести психической патологии (легкая, средняя и тяжелая степени), при необходимости - эвакуация и оказание первой врачебной помощи. Следует указать, что само- и взаимопомощь у таких больных, в силу наличия психических расстройств, как правило, малоэффективны.

При оказании первой медицинской помощи следует обратить внимание на выделение больных, находящихся в остром психотическом состоянии, принять меры по обеспечению безопасности самих пациентов и окружающих, предупреждению их взаимной индукции и возникновения массовых панических реакций. При психомоторном возбуждении в случае отсутствия расстройств сердечно-сосудистой деятельности рекомендуется внутримышечно вводить аминазин - 2-4 мл, 2,5 % раствора; тизерцин - 2-4 мл 2,5 % раствора; седуксен 2-6 мл 0,5 % раствора; в ряде случаев - временная фиксация к носилкам, кровати и т.п. При пароксизмальных дискинезиях внутримышечно вводят кофеин-бензоат натрия - 1-2 мл 10 % раствора; назначают циклодол в таблетках - 0,004-0,01 г; паркопан - 0,005-0,01 г в сутки.

Таблица 8.1

**ПРИМЕНЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ  
ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОСТРАДАВШИХ  
В СВЯЗИ С АВАРИЕЙ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС  
[А.К.Напреенко, К.Н.Логановский, 1995]**

Психопатологическое состояние	Препарат, разовая (суточная) доза, г (или др.)	
	При умеренных проявлениях расстройства	При выраженных проявлениях расстройства
1	2	3
<b>Тревожно-ипохондрическое и депрессивно-ипохондрическое</b>	Триоксазин 0,3-0,9 (0,6-1,2) Нозепам 0,01-0,03 (0,03-0,09) Сибазон 0,005-0,015 (0,015-0,045) Азафен 0,025-0,075 (0,05-0,15) Сапарал 0,05 (0,15) Ацефен 0,1 (0,3-0,4) Мебикар 0,3-0,9 (0,6-1,8)	Эглонил 0,2-0,6 (0,4-1,2) Амитриптилин 0,025-0,05 (0,075-0,3) Мелипрамин 0,025-0,075 (0,05-0,3) Пиразидол 0,025-0,075 (0,075-0,4) Сиднокарб 0,005-0,01 (0,075-0,15) Доксепин 0,025-0,05 (0,15-0,3) Миансерин 0,025-0,05 (0,15-0,3)
<b>Астеническое (церебрастеническое)</b>	Настойка аралии 30-40 (60-120) капель Настойка заманихи 30-40 (60-120) капель Настойка жень-шеня 15-20 (45-75) капель Сапарал 0,05 (0,15) Ацефен 0,1 (0,3-0,4) Шлемник байкальский 1-2 (4-6) драже	То же + Сиднофен 0,005 (0,005-0,08) Танакан (гинкгобил) - 1,0 (3,0) Актовегин 2,0 мл (5,0 мл) Церебролизин 1,0 (5,0 мл) Коринфар (нифедипин) 0,01-0,03 (до 0,12)
<b>Астенодепрессивное</b>	То же + Азафен 0,025-0,075 (0,05-0,15) Индопан 0,005-0,001 (0,005-0,04)	То же + Доксепин 0,025-0,05 (0,15-0,3) Лудиомил 0,025-0,05 (0,15-0,2)
<b>Обсессивно-фобическое</b>	Триоксазин 0,3-0,9 (0,6-1,2) Сибазон 0,005-0,015 (0,015-0,045) Феназепам 0,0005-0,0015 (0,005-0,015) Азафен 0,025-0,075 (0,05-0,15)	Седуксен 0,02-0,04 (0,06-0,12) Хлорпротиксен 0,025-0,05 (0,075-0,6) Карбидин 0,025-0,05 (0,075-0,15) Амитриптилин 0,025-0,05 (0,075-0,3) Терален 0,05-0,2 (0,2-0,4) Лепонекс 0,05-0,2 (0,2-0,4) Сонапакс 0,01-0,025 (0,03-0,075)

1	2	3
<b>Сверхценные идеи (декомпенсированная форма аффективного мышления)</b>	Хлозепид 0,005-0,01 (0,02-0,03) Мепробамат 0,2-0,4 (2,0-3,0) Седуксен 0,02-0,04 (0,06-0,12) Феназепам 0,0005-0,0015 (0,005-0,015)	Хлорпротиксен 0,025-0,05 (0,075-0,6) Аминазин 0,025-0,05 (0,075-0,6)
<b>Истерические проявления с конверсионными сенсорными и моторными феноменами</b>	Герален 0,05-0,2 (0,2-0,4) Сонапакс 0,01-0,025 (0,03-0,075) Неулептил 0,01-0,02 (0,04-0,07) Аминазин 0,025-0,05 (0,075-0,6)	То же
<b>Психопатические (психопатоподобные) тормозного круга</b>	Сибазон 0,005-0,01 (0,01-0,03) Нозепам 0,005-0,01 (0,03-0,05) Грандаксин 0,05-0,1 (0,1-0,2) Фенибут 0,25-0,75 (0,75-1,5) Феназепам 0,0005-0,0015 (0,005-0,015) Триоксазин 0,3-0,9 (0,6-1,2)	Неулептил 0,01-0,02 (0,04-0,07) Сонапакс 0,01-0,025 (0,03-0,075) Эглонил 0,2-0,6 (0,4-1,2) Нуредаль 0,025-0,05 (0,05-0,35) Френолон 0,005-0,02 (0,01-0,06)
<b>возбудимого круга</b>	Сибазон 0,005-0,015 (0,015-0,045) Нозепам 0,005-0,01 (0,03-0,09) Грандаксин 0,05-0,1 (0,1-0,2) Фенибут 0,25-0,75 (0,75-1,5) Феназепам 0,0005-0,0015 (0,005-0,015)	Неулептил 0,01-0,02 (0,04-0,07) Сонапакс 0,01-0,025 (0,03-0,075) Хлорпротиксен 0,025-0,05 (0,075-0,6) Тизерцин 0,025-0,05 (0,1-0,3) Лития карбонат 0,3-0,6 (0,9-1,5)
<b>Интеллектуально-мнестические расстройства (деменция, корсаковский синдром)</b>	Ноотропил 0,4-0,8 (1,2-2,4) Энцефабол 0,1-0,3 (0,2-0,6) Аминалон 0,25-0,5 (0,75-3,0) Глутаминовая кислота 0,25 (0,75) Коринфар (нифедипин) 0,01-0,03 (до 0,12) Фитин 0,25-0,5 (0,75-1,5) Ацефен 0,1 (0,3-0,4)	То же + Актовегин 2,0 мл (10,0 мл) Церебролизин 5,0 (20,0 мл) Танакан (гинкгобил) - 1,0 (3,0-6,0) Шлемник байкальский 1-2 (4-6) драже
<b>Судорожные и бессудорожные (психические эквиваленты) пароксизмы</b>	Сибазон 0,005-0,015 (0,015-0,045) Пантогам 0,5-1,0 (1,5-3,0) Магния сульфат 25 % - 10,0 Фенобарбитал 0,05-0,3 (0,05-0,6)	Дифенин 0,1-0,3 (0,1-0,9) Финлепсин 0,2-0,4 (0,4-1,2) Депакин 0,3-0,45 (0,9-2,4)

1	2	3
<b>Астеноабулическое (гипобулическое)</b>	Сапарал 0,05 Ацефен 0,1 (0,3-0,4) Ноотропил 0,4-0,8 (1,2-2,4) Энцефабол 0,1-0,3 (0,2-0,6) Глутаминовая кислота 0,25 (0,75) Фитин 0,25-0,5 (0,75-1,5) Настойка аралии 30-40 (60-120) капель Настойка заманихи 30-40 (60-120) капель Индопан 0,005-0,01 (0,005-0,04)	То же + Сиднокарб 0,005-0,01 (0,075-0,15) Сиднофен 0,005 (0,005-0,8) Актовегин 2,0 мл (10,0 мл) Танакан (гинкгобил) - 1,0 (3,0-6,0) Эглонил 0,2-0,6 (0,4-1,2) Трифтазин 0,005-0,01 (0,01-0,03)
<b>Апатоабулическое</b>	То же + Нуредаль 0,025-0,05 (0,05-0,35) Мелипрамин 0,025-0,075 (0,05-0,3) Грандаксин 0,05-0,1 (0,1-0,2)	То же + Френолон 0,005-0,02 (0,01-0,06) Пиразидол 0,025-0,075 (0,05-0,4) Этаперазин 0,004-0,008 (0,012-0,06)
<b>Вегетососудистая дистония по симпатoadреналовому типу</b>	Атропина сульфат 0,00025-0,001 (0,003-0,005) Амизил 0,001-0,002 (0,003-0,012) Пирроксан 0,015-0,03 (0,06-0,18) Спазмолитин 0,05-0,1 (0,15-0,3) Платифиллина гидротартрат 0,0025-0,005 (0,005-0,015) Скополамина гидробромид 0,00025-0,0005 (0,00075-0,0015) Кальция хлорид (глюконат) 1-3 (2-6)	<b>При кризе:</b> Спазмолитин (дифацил) 0,05-0,1 (0,15-0,3) Пирроксан 0,015-0,03 (0,06-0,18) Апрофен 0,025-0,05 (0,05-0,1) Седуксен 0,02-0,04 (0,06-0,12) Супрастин 0,025-0,05 (0,05-0,075)  Ионофорез адреналина на воротниковую зону
<b>Вегетососудистая дистония по вагоинсулярному типу</b>	Никотиновая кислота 0,02-0,05 (0,06-0,1) Беллоид (белласпон, беллатаминал) 1-2 (3-6) табл. Дигидроэрготамин 5-10 (15-40) кап. Эрготамин 10-20 (20-60) кап. Орnid 0,025-0,05 (0,05-0,15) Октадин (изобарин) 0,0125-0,025 Ацеклидин 0,001-0,004 (0,001-0,012) Настойка пиона 20-30 (60-120) кап.	<b>При кризе:</b> Седуксен 0,02-0,04 (0,06-0,12) Супрастин 0,025-0,05 (0,05-0,075) Пирроксан 0,015-0,03 (0,06-0,18) Аминазин 0,025-0,05 (0,075-0,6) Ионофорез адреналина на воротниковую зону Танакан (гинкгобил) - 1,0 (3,0-6,0) Шлемник байкальский 1-2 (4-6) драже

При наличии сопутствующей соматоневрологической патологии желательно применение относительно низких доз психотропных препаратов, особенно аминазина (так как он снижает артериальное давление и может вызвать ортостатический коллапс). В таких случаях можно использовать потенцирующее действие димедрола (1-3 мл 1 % раствора) и дегидратирующий эффект магния сульфата (5-10 мл 25 % раствора), которые вводят в смеси с нейролептиками и транквилизаторами.

Психомоторная заторможенность (ступор) требует применения внутримышечных инъекций кальция хлорида (10-30 мл 10 % раствора), внутримышечного введения малых доз аминазина (1 мл 2,5 % раствора), тизерцина (1 мл 2,5 % раствора), галоперидола (1-2 мл 0,5 % раствора), седуксена (1-2 мл 0,5 % раствора). При необходимости психофармакологические средства сочетаются с сердечно-сосудистыми и дыхательными препаратами. Большое значение имеет психотерапевтическое потенцирование действия назначаемых препаратов.

На всех этапах оказания медицинской помощи одним из ведущих ее методов является *психотерапия*. Значительный вклад в разработку и применение психотерапевтических программ в комплексном лечении пограничных нервно-психических расстройств у пострадавших внес А.М.Морозов (1988-1992).

Психотерапевтические программы направлены на коррекцию биологических функций организма, нормализацию сфер психики и микросоциальную реадaptацию и реабилитацию.

Последовательность этапов системного психотерапевтического воздействия следующая:

1. Дезактуализация острой невротической симптоматики.
2. Симптоматическая психотерапия.
3. Социально-психологическая коррекция.
4. Закрепление психопрофилактического навыка.
5. Семейная психотерапия.

Основной методикой психотерапии состояний, сходных с неврастением, является гипносуггестия, которая проводится с первого до последнего сеанса. Полный психотерапевтический сеанс состоит из гипносуггестии с лечебной паузой - 50 мин., самовнушения - 10 мин., психогигиенического комплекса - 30 мин. и разъяснительной психотерапии.

Психотерапия состояний, сходных с неврозом навязчивости, включает разъяснительную психотерапию - 15-30 мин., внушения наяву - 3-6 мин., гипносуггестию - 30-40 мин. (до 7-го сеанса) и психогигиенический комплекс - 15-20 мин.

Состояния, сходные с истерией, требуют установления личностного контакта с пациентом. Полный сеанс включает разъяснительную психотерапию - 10-15 мин., гипносуггестию - 40 мин., самовнушение - 10 мин., психогигиенический комплекс - 20 мин. После овладения навыком самовнушения начинается тренировка в патологической ситуации. На протяжении всего курса лечения, при условии прочного контакта с больным, можно предпринять попытки переориентации больного, что требует исключительной осторожности от психотерапевта.

Психогигиенический комплекс предназначен для улучшения общего состояния, предотвращения головных болей и расстройств сна, отрицательного влияния перепадов барометрического давления при изменениях погоды. Комплекс включает: экспресс-релаксацию, отдых в состоянии релаксации, целевые самовнушения, выход из релаксации и физические упражнения.

Эффективность психотерапии возможна, если численность групп не превышает 8-10 человек, имеющих сходную клиническую симптоматику.

А.К.Напреенко и К.Н.Логановский (1995) предложили психотерапевтические программы, включающие психологическую работу с больным и членами его микроокружения. При реакциях адаптации в пределах резервов личности и умеренно выраженных психических расстройствах осуществляется рациональная психотерапия, сочетающаяся с седирующими физиотерапевтическими процедурами, рефлексотерапией, приемом адаптогенов, ноотропов, при показаниях - малых доз транквилизаторов и психостимуляторов. При стойких психопатологических

состояниях дифференцированные схемы индивидуальной и коллективно-групповой психотерапии включают рациональную, косвенную психотерапию, аутотренинг, внушение в бодрствующем состоянии, гипносуггестию и другие методы. Их целью является корректирующее влияние на различные уровни отражения болезни: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный. При этом ведется борьба против ухода пациента в болезнь, вырабатываются эффективные формы социально-детерминированного психического реагирования на ситуацию, связанную с катастрофой и переменами в значимом для больного окружении, активизируются адекватные компенсаторные механизмы личности. Психотерапевтические беседы и внушения должны быть направлены на расширение “степени свободы” и целенаправленного реагирования в условиях психотравмирующей ситуации, обогащение связи с миром, преодоление так называемой усвоенной беспомощности. При проведении психотерапии ведущие мотивации наполняются содержанием более высокого порядка, устраняются депрессивные тенденции другие конкретные проявления психических расстройств, повышаются повседневная активность и степень включенности в борьбу с болезнью, работоспособность и фрустрационная толерантность, изменяется уровень самооценки, оценки своих возможностей и ожиданий.

Существенная роль отводится коррекции *сексуальных расстройств*. Наибольшее значение имеет рассудочная психотерапия с элементами внушения наяву с целью дезактуализации невротической симптоматики. Эффективно использование фаллососудистой стимуляции локальным отрицательным давлением (ЛОД) по Р.В.Беледе. Продолжительность сеанса составляет 3-4 экспозиции по 20-30 минут (6-10 сеансов). При андрогенной недостаточности проводится гормонотерапия анаболическими стероидами. Отмечен эффект при применении хорионического гонадотропина (1500 ЕД внутримышечно 2 раза в неделю 6-8 инъекций на курс). При развитии инволюционных процессов рекомендуется тестобромлецит (по 0,3 раза в день 3-4 недели). Считают целесообразным включение вазоактивных препаратов, иогистрина, иохимбина, тентекс-форте и др..

Необходимо отметить значение *нестационарных методов лечения и реабилитации* облученных лиц с психоневрологической патологией. Поддерживающая терапия в амбулаторных условиях заключается в назначении средств, повышающих сопротивляемость организма (настойки жень-шеня, элеутерококка, аралии, пантокрин) в течение месяца и более. Рекомендуется назначение поливитаминных препаратов (мориамин, юникап, олиговит, эссенциале-форте). Кроме того, предусматриваются психологическая и психотерапевтическая поддержка, комплекс общегигиенических мероприятий.

В *амбулаторных условиях* осуществляется контроль за состоянием здоровья лиц с психоневрологическими заболеваниями психики, проводятся курсы поддерживающей терапии. Целесообразно назначение средств, повышающих сопротивляемость организма (пантокрин, настойка жень-шеня, лимонника, аралии, пиона, экстракт элеутерококка, сапарал, рантарин и др.). Прием указанных средств дополняется приемом легкоусваиваемых поливитаминных комплексов (аэровит, декамеvit, квадевит, липостабил, эссенциале-форте, юникап, олиговит и др.) и биостимуляторов (ФиБС, алоэ, взвесь плаценты, стекловидное тело и пр.) Курсы поддерживающей терапии проводятся в течение 1-1,5 месяцев и назначаются 2-3 раза в год. При наличии в клинической картине заболевания дисциркуляторных нарушений в комплекс амбулаторного лечения должны подключаться препараты, улучшающие мозговое и периферическое кровообращение, а также ноотропные средства, о которых было сказано выше.

С учетом особенностей психоневрологического статуса пострадавших в общую схему лечения рекомендовано включение комплекса общегигиенических рекомендаций по устранению влияния факторов стресса, а именно:

- уменьшение психотравмирующих ситуаций в семье и на работе;
- нормализация режима труда и питания;
- немедикаментозное лечение в виде различных форм психологической поддержки и психотерапии, физических упражнений, ЛФК, закаливания,

физиотерапии (массаж, ванны, электромагнитотерапия, рефлексотерапия, санаторно-курортное лечение).

В комплексе лечения самостоятельное, а также положительное значение в плане снижения доз психотропных препаратов имеет физиотерапия и санаторно-курортное лечение. Особое место занимает *санаторно-курортное лечение*.

Комплекс санаторно-курортного лечения включает диетико-режимные мероприятия, физиотерапевтические процедуры, бальнеологические, использование природных факторов (прогулки на свежем воздухе, лечебный сон у воды, прием минеральных вод и пр.). При необходимости курс санаторно-курортного лечения может дополняться назначением некоторых медикаментозных препаратов (общеукрепляющих средств, поливитаминных комплексов, вазоактивных и ноотропных препаратов). Предпочтение следует отдавать курортам средней полосы: Харьковской области, Закарпатья, стран Балтии, Западной Европы и т.п. в течение всего года. Санаторно-курортное лечение в Крыму, на Кавказе, странах Южной Европы, Ближнем Востоке и т.п. возможно лишь для больных легкими и среднетяжелыми формами психоневрологической патологии в осенне-весеннее время.

Противопоказаниями для санаторно-курортного лечения являются частые и тяжелые пароксизмальные состояния и выраженные психические нарушения, церебральные и спинальные инсульты в острой стадии заболевания, периоды обострения воспалительных и наследственно-дегенеративных заболеваний центральной и периферической нервной системы.

Среди лечебно-профилактических мероприятий существенное значение имеет *диета*, которая должна быть полноценной, высококалорийной со значительным содержанием белков (до 140 г). В питание больных целесообразно включение простокваши, молока, кефира в целях изменения кишечной флоры в пользу палочки молочнокислого брожения; среди жиров отдается предпочтение растительным маслам, содержащим необходимые ненасыщенные жирные кислоты. При недостаточности гемопоезического аппарата 2-3 раза в неделю следует назначать печеночный паштет или полусырую печень. При задержке стронция в организме показана диета с преобладанием магниевых солей по сравнению с кальциевыми: уменьшается количество белого хлеба и крупы, увеличивается употребление яблок, чернослива, какао. Такая диета соблюдается примерно 2 недели, после чего делают “зигзаги” (на 10 жней), т.е. переходят к обычной пище. Считается, что это способствует выведению стронция. Полноценная диета должна содержать необходимое количество витаминов [Куршаков Н.А., 1963].

Основой *первичной профилактики* заболеваний нервной системы у данной категории лиц является устранение факторов риска, таких как: профессиональные и экологические вредности, курение, алкоголизация, гипокинезия, избыточная масса тела, чрезмерное употребление поваренной соли, психоэмоциональные перегрузки и нервные стрессы. Исключение хотя бы одного из указанных факторов риска позволяет достичь улучшения самочувствия. Одним из наиболее неблагоприятных факторов является курение, поддерживающее у подавляющего большинства пациентов симптомы обструктивного бронхита, спазмов церебральных и периферических сосудов, воспалительные процессы в желудочно-кишечном тракте, способствующие, в свою очередь, развитию или усугублению течения психоневрологических расстройств.

Для преодоления гипокинезии рекомендована разработка оптимального объема физических нагрузок, наиболее точно определяемом при велоэргометрическом тесте. В тренировочную программу целесообразно включать низкоинтенсивную продолжительную нагрузку с частыми повторениями упражнений. Самым доступным видом физических тренировок является ходьба и длительные прогулки. Прослежено, что повышение физической активности ослабляет действие психогенного стресса. Последнее достигается и психотерапией, постоянной психологической поддержкой.

Пациентам с избыточной массой тела на фоне увеличения физической нагрузки показано проведение 1-2 раза в неделю разгрузочных дней, таких как овощные, фруктовые, мясные, творожные и др.

Исключение алкоголя, поддержание веса тела в пределах возрастной нормы способствует снижению уровня холестерина в крови, препятствует раннему развитию атеросклеротического процесса в коронарных, мозговых и периферических сосудах. При повышении уровня холестерина пациентам рекомендовано проведение магнитотерапии, гальванизации области печени, назначение серно-кислых ванн.

*Вторичная профилактика заболеваний нервной системы* также начинается с устранения факторов риска. Важное место в системе вторичной профилактики занимают рефлексотерапия, углекислые, жемчужные, шалфейные ванны, циркулярный и контрастный душ, плавание в бассейне (при отсутствии пароксизмальных состояний). В качестве профилактических средств показано назначение седативных препаратов, малых доз альфа- и β-адреноблокаторов (в зависимости от клинических проявлений заболевания).

Высокая распространенность среди пострадавших психосоматических заболеваний (гипертонической и язвенной болезни, ишемической болезни сердца, сахарного диабета и др.) определяет чрезвычайную актуальность вторичной профилактики. При появлении стойких соматических нарушений необходимо назначение ангиопротекторов, комплексов витаминов и средств, улучшающих метаболизм мозга при дисциркуляторной энцефалопатии; препаратов никотиновой кислоты, солкосерила, физических методов при периферических нейровегетативных синдромах.

Выбор профилактического лечения проводится на основании комплексной оценки клинического течения заболевания, показателей функционального состояния органов и систем, вовлеченных в патологический процесс, особенно нервной, сердечно-сосудистой, иммунной, эндокринной.

*Первичная профилактика* психических расстройств у пострадавших заключается в раннем выявлении факторов риска, а также проведении превентивных лечебно-профилактических мероприятий. В рамках *вторичной профилактики* проводятся лечебные и социальные мероприятия, направленные на предупреждение рецидивирования психических отклонений. При этом осуществляются поддерживающие лечебные курсы. *Третичная профилактика* проводится с целью предотвращения разнообразных форм патологического развития личности и социальной дезадаптации. Для этого анализируются особенности факторов риска, касающихся структуры личности и патогномоничных ей значимых ситуационных моментов. Осуществляются мероприятия по дезактуализации последних и переориентации личности на позитивные отношения.

Десятилетний опыт изучения медицинских последствий Чернобыльской катастрофы свидетельствует о приоритетности проблемы охраны психического здоровья пострадавших в преодолении неблагоприятных последствий катастрофы.

Терапевтическая резистентность нарушений психического здоровья определяется комплексностью воздействия неблагоприятных факторов последствий Чернобыльской катастрофы, где наибольшее значение имеет радиационный и психогенный, влияние которых усиливается социально-экономическими проблемами пост-советского периода. В результате формируются чрезвычайно сложные и полиморфные клинические картины психических и, особенно психосоматических расстройств, представляющих большие трудности для коррекции. Кроме того, в последнее время особую актуальность приобретают проблемы охраны психического здоровья пострадавших вследствие иных экстремальных ситуаций: войн, террористических актов, катастроф, стихийных бедствий и проч..

Существующая в Украине система оказания лечебно-профилактической помощи в сфере охраны психического здоровья пострадавших вследствие экстремальных ситуаций и, в частности, в результате Чернобыльской катастрофы, недостаточно эффективна в силу преимущественно организационных причин:

- Отсутствия в стране *психиатрической службы экстремальных ситуаций*.
- Отсутствия в стране *единого координационного центра охраны психического здоровья* пострадавших вследствие экстремальных ситуаций.
- Отсутствия в структуре многопрофильных лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим в результате



Чернобыльской катастрофы, *специализированных психиатрических и наркологических коек и/или отделений*. В результате практически любая проблема нарушений психического здоровья у пострадавших оказывается неразрешимой в стенах существующих многопрофильных лечебно-профилактических учреждений, оказывающих им медицинскую помощь. Направление же на лечение в специализированные психиатрические и наркологические учреждения вызывают, как правило, протест со стороны пациента и его близких. В итоге этому значительному контингенту больных адекватная медицинская помощь зачастую не оказывается.

- Отсутствия *преимущества* в лечении психических расстройств у пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы между специализированными психиатрическими (наркологическими) и сомато-неврологическими стационарами.

Таким образом, создание *Национальной службы охраны психического здоровья пострадавших вследствие экстремальных ситуаций* является актуальной проблемой. Эффективная охрана психического здоровья пострадавших вследствие экстремальных ситуаций единственно возможна при одновременной коррекции нервно-психической, личностной, соматической и социальной сфер пострадавших, сочетающейся с оптимизацией резервных возможностей организма.