

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ КОРРЕКЦИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМАМИ

А.В. Бондаренко, А.В. Ашкинадзе

Алтайский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н. профессор В.М. Брюханов г. Барнаул

Введение. Особая тяжесть повреждений и состояния пострадавших с политравмой (ПТ) ведут к развитию большого числа различных осложнений практически у всех пациентов, переводимых из реанимационного отделения в профильные госпитальные [5]. Среди осложнений всё больший вес приобретают психические расстройства, появление которых в первые дни после травмы значительно отягощает состояние пострадавшего, осложняет и задерживает проведение оперативных вмешательств, а в последующем затрудняет организацию реабилитационных мероприятий, удлиняя период лечения [1, 4]. Положение осложняется еще и тем, что данный вид патологии изучен относительно мало. В доступной литературе нами найдены лишь единичные публикации, касающиеся психических расстройств у пострадавших с ПТ [3, 6]. Проведенные исследования в основном касаются алкогольных делириев и астенических посттравматических расстройств, анализ других психических нарушений практически отсутствует.

Цель работы – изучить характер и частоту психических расстройств у пострадавших с политравмами, выработать оптимальные пути их лечения и реабилитации.

Материал и методы

Нами проведен анализ частоты и результатов лечения психических расстройств у больных с ПТ в период с 2001 по 2003 гг., наблюдавшихся в городском центре лечения политравм МУЗ «Городская больница №1» г. Барнаула. С 1988 г. в городе функционирует система оказания помощи при ПТ, согласно которой все пациенты доставляются в один стационар, что соответствует положениям EATES (Европейской ассоциации травматологии и неотложной хирургии) [2]. Это позволяет: упростить работу службы скорой медицинской помощи; сконцентрировать необходимых специалистов и лечебно-диагностическое оборудование, тем самым максимально повысить качество диагностики и лечения; получить достоверную статистическую информацию о числе и структуре политравм в отдельно взятом экономико-географическом регионе. Это особенно

важно, так как в настоящее время официально-го статистического учета ПТ не ведется.

Оказание экстренной помощи пострадавшим с ПТ проводили согласно рекомендаций Американской коллегии хирургов [7]. Все пациенты по завершении реанимационного этапа лечения в плановом порядке осматривались психиатром. Больные, находящиеся в ясном сознании, давали письменное согласие на осмотр. При подозрении на наличие расстройств в психической сфере в процессе дифференциальной диагностики активное участие принимали врачи других специальностей.

Результаты и обсуждение

За указанный период пролечено 3096 пациентов с ПТ, из них психические расстройства отмечены у 650 (21%). Выявленные нарушения были распределены по следующим категориям:

А. Психические расстройства непсихотического уровня (органические посттравматические), возникшие непосредственно после черепно-мозговой травмы. Данный вид расстройств отмечен у 187 пациентов, что составило 28,8% от общего числа психических расстройств. Из них посткоммоционный (постконтузионный) синдром наблюдался у 125 пациентов, органические эмоционально-лабильные (астенические) расстройства в связи с травмой головного мозга – у 62.

Б. Невротические расстройства как реакция на стресс, травму, госпитализацию, неопределенность исхода и прогноза отмечены у 118 больных, что составило 18,2% от числа расстройств. При этом смешанные тревожно-депрессивные расстройства были у 61, бессонница неорганической природы – у 34, острая реакция на тяжелый стресс – у 23 пациентов.

В. Острые психозы отмечены у 123 (18,9%) больных. Наиболее часто отмечался алкогольный делирий на фоне черепно-мозговой травмы (34 пациента), далее следовал алкогольный делирий на фоне отмены приема алкоголя – 30, у 15 пациентов делириозное состояние возникло на фоне травмы головного мозга. Психотические смешанные расстройства органической при-

роды наблюдались у 14. Острые психозы, возникшие на фоне хронических психических расстройств, встречались несколько реже: сенильные психозы со смешанными симптомами были у 23, пресенильные – у 7.

Г. Хронические психические расстройства непсихотического уровня, преимущественно резидуально-органического либо сосудистого генеза, отмечены у 160 (24,6%) пациентов. Органический психосиндром (органическое расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга) – у 47 пациентов, сенильная деменция – у 45, пресенильная – у 37, сосудистая и неуточненная деменция – у 15, органическое расстройство личности (синдром лобной доли) – у 16.

Д. Расстройства личности и адаптации (отмечавшиеся и до поступления в стационар) были у 43 (6,6%) больных. Из них тревожно-фобические расстройства – у 17, ипохондрические – у 14, эмоционально-неустойчивые расстройства личности – у 12.

Е. Хронические эндогенные психические расстройства отмечены у 12 (1,8%) пациентов, из них параноидная форма шизофрении – у 7, простая форма – у 5.

Ж. Легкая умственная отсталость наблюдалась у 7 (1,1%) пациентов.

Лечение и реабилитация имели свои особенности для каждой категории выявленных психических расстройств:

А. Психические расстройства непсихотического уровня, возникшие непосредственно после травмы, требовали совместного наблюдения пациентов невропатологом и психиатром. Лечение было преимущественно медикаментозным: применялись ноотропные препараты, комплексы витаминов, вазоактивные средства. Из психотропных препаратов наиболее часто назначали легкие транквилизаторы с вегетостабилизирующим эффектом (рудотель, грандаксин, элениум и др.).

Б. Лечение невротических расстройств, возникших как реакция на стресс, травму, госпитализацию, неопределенность исхода и прогноза отличалось необходимостью активного использования различных психотерапевтических методик (рациональная психотерапия, аутогенная тренировка, гипно-суггестивная терапия, гештальт-терапия и др.). Однако назначение психотропных препаратов в большинстве случаев являлось необходимым, при этом обязательно учитывалась клиническая картина доминирующего синдрома. Наиболее широко использовали следующие группы лекарственных препаратов в стандартных дозировках: антидепрессанты (амитриптилин, флюоксетин, паксил), транквилизаторы с седативным, снотворным действием (диазепам, фенотроп, нитрозофен и т.д.).

В. Купирование острых психозов требовало комплексного медикаментозного подхода, включающего в себя инфузионную, дезинтоксикационную терапию, витаминотерапию, использование гепатопротекторов, транквилизаторов, нейролептиков. При этом во время лечения часто возникала необходимость в активном участии невропатолога. В случае алкогольных делириев на фоне отмены приема алкоголя нередко существовала возможность еще на доклиническом этапе спрогнозировать их развитие и провести адекватную превентивную терапию. Поэтому большинство из них протекало либо в abortивной форме, либо существенно сокращались сроки пребывания в психозе. Следует отметить, что при медикаментозном лечении психозов, возникших на фоне хронических психических расстройств, нейролептики применяли с большой осторожностью, так как существовал достаточно высокий риск развития нежелательных побочных эффектов. В этих случаях чаще всего использовали препарат «Сонапакс».

Г. Лечение хронических психических расстройств непсихотического уровня (преимущественно резидуально-органического, сосудистого генеза) требовало медикаментозного подхода в лечении при активном участии невропатолога, психотропные препараты применялись в основном симптоматически.

Д. Для лечения расстройств личности и адаптации, имевших место и до поступления в стационар, наряду с симптоматической терапией и психотропными препаратами, использовалась личностно-ориентированная психотерапия.

Е. При хронических эндогенных психических расстройствах типа параноидной или простой шизофрении устанавливали связь с лечащим врачом психиатрического диспансера (больницы), где наблюдался больной, и продолжали лечение ранее подобранными препаратами, как правило, из группы нейролептиков.

Ж. При умственной отсталости в случае необходимости проводили симптоматическое лечение.

В плане эффективности проводимой терапии выявлено следующее:

А. При психических расстройствах непсихотического уровня, в частности при посткоммоционном (постконтузионном) синдроме, из 125 пациентов на момент выписки практически полное купирование имевшихся психических нарушений отмечено у 78 больных, легкие церебрастенические проявления – у 35, стойко выраженные – у 12. Степень выраженности остаточных явлений в большинстве случаев была обусловлена тяжестью черепно-мозговой травмы. Из 62 пациентов с органическими эмоционально лабильными (астеническими) расстройствами в

связи с травмой головного мозга на момент выписки практически полное купирование имеющихся психических нарушений отмечалось у 49, легкие остаточные проявления отмечены у 8, стойкие выраженные – у 5 пациентов. Степень выраженности остаточных явлений была обусловлена тяжестью черепно-мозговой травмы и преморбидными особенностями личности пациента.

Б. При невротических расстройствах: из 61 пациента со смешанными тревожными и депрессивными расстройствами на момент выписки практически полное купирование имеющихся нарушений отмечалось у 52, легкие остаточные явления – у 9. Данным больным было рекомендовано дальнейшее лечение в психотерапевтическом отделении (поликлинике неврозов) Алтайской краевой клинической психиатрической больницы (АККПБ). Из 34 пациентов с бессонницей неорганической природы на момент выписки практически полное купирование имеющихся психических нарушений отмечалось у 30 пациентов, легкие остаточные явления – у 4. Следует заметить, что у этих больных относительно стойкие нарушения сна отмечались и до поступления в отделение. Из 23 пациентов с острой реакцией на стресс на момент выписки практически полное купирование имеющихся психических нарушений отмечено у 9, относительно стойкие остаточные проявления – у 14 человек. Всем им было рекомендовано продолжать лечение в психотерапевтическом отделении АККПБ, так как указанный вид психических расстройств в большинстве случаев требовал длительной психотерапевтической помощи в специализированном учреждении.

В. При острых психозах из 34 пациентов с алкогольным делирием на фоне черепно-мозговой травмы умер один (смерть наступила от геморрагического инсульта головного мозга), у остальных на момент выписки отмечалось практически полное купирование имеющихся психотических нарушений, однако, относительно стойкие, умеренно выраженные остаточные астенические проявления имели место у 11. Из 30 пациентов с алкогольным делирием на фоне состояния отмены на момент выписки полное купирование имеющихся нарушений отмечалось практически у всех, но у 8 из них были зафиксированы стойкие остаточные астенические проявления. Из 15 пациентов с делирием в связи с травмой головного мозга полное купирование психотических нарушений достигнуто у всех, однако умеренно выраженные астенические проявления сохранялись у 6. Из 14 пациентов с психотическими смешанными расстройствами органической природы полное купирование имеющихся нарушений прослеживалось у 13, из них умеренно выраженные и довольно стойкие ос-

таточные астенические проявления – у 8. Из 23 пациентов с сенильными психозами на момент выписки практически полное купирование имеющихся психотических нарушений отмечалось у 21. При этом явления старческого слабоумия как правило оставались стабильными. В 4 случаях по выходу из психоза степень слабоумия существенно углубилась. Из 7 пациентов с пресенильными психозами на момент выписки у всех пациентов отмечалось полное купирование имеющихся психотических нарушений. В 2 случаях по выходу из психоза отмечались явления энцефалопатии.

Г. Из 47 пациентов с органическим психосиндромом один умер в стационаре (смерть наступила от печеночной недостаточности), у 38 на момент выписки существенных изменений в психическом статусе не отмечалось, так как к моменту травмы данные особенности личности уже были устойчивыми. Обострение имеющихся расстройств отмечалось у 8 пациентов. При сенильной деменции из 45 пациентов умерло 2 (смерть наступила от сепсиса и полиорганной недостаточности, к которым привели обширные пролежни крестца, поясничной области, развившиеся на фоне апато-абулического синдрома). У 39 больных существенных изменений в психическом статусе не отмечалось: явления старческого слабоумия оставались стабильными, в 4 случаях степень слабоумия углубилась. При пресенильной деменции из 37 пациентов существенных изменений в психическом статусе не отмечалось у 36. У одного больного степень слабоумия усилилась. Из 15 пациентов с сосудистой и неуточненной деменциями у 13 при выписке существенных изменений в психическом статусе не отмечалось, у 2 степень слабоумия углубилась. У 12 из 16 пациентов с «синдромом лобной доли» существенных изменений в психическом статусе не отмечалось, у оставшихся 4 произошло заострение имеющихся расстройств.

Д. У пациентов с расстройствами личности и адаптации отмечалось следующее: при тревожно-фобических расстройствах у 14 пациентов из 17 на момент выписки удалось существенно уменьшить интенсивность тревожно-фобических переживаний. При ипохондрических расстройствах у 8 пациентов из 14 удалось существенно уменьшить интенсивность негативных переживаний. При эмоционально неустойчивых расстройствах личности все 12 пациентов выписаны без существенных изменений в психическом статусе. Всем пациентам данной категории было рекомендовано после выписки из стационара наблюдение и лечение у психотерапевта.

Е. При хронических эндогенных психических расстройствах из 12 пациентов умерла одна (смерть связана с апато-абулическим синдромом,

пролежнями и сепсисом), 9 выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового психиатра, 2 больных со стойкими галлюцинаторно-бредовыми расстройствами и повторными суицидальными попытками были переведены на дальнейшее лечение в специализированный стационар (АККПБ).

Ж. Все 7 пациентов с умственной отсталостью выписаны из стационара без существенных изменений в психическом статусе.

Таким образом, наиболее благоприятные результаты лечения с минимальным количеством остаточных явлений отмечались:

- при психических расстройствах непсихотического уровня, возникших непосредственно после травмы, особенно, если данные психические расстройства развивались на фоне относительной полноценности центральной нервной системы, а также при относительно молодом возрасте пострадавших;
- при невротических расстройствах;
- при алкогольных делириях с условием, что на доклиническом этапе проведена адекватная превентивная терапия.

Следует отметить, что у больных с органическими расстройствами личности и поведения, обусловленных болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга, а также при всех видах деменции существенных улучшений психического статуса в результате проводимой терапии добиться не удавалось. В силу снижения чувствительности анализаторов, показателей внимания, сенсомоторных реакций и в целом интеллектуально-мнестическим снижением, эти больные часто опять становились жертвами (равно как и виновниками) дорожно-транспортных происшествий, что приводило их к повторной госпитализации, нередко в течение первого года после выписки.

Выводы

1. По нашим данным психические расстройства у больных с политравмой встречаются довольно часто – в 21% случаев.

2. Структура психических расстройств у больных с политравмой отличается большим разнообразием.

3. Наибольшая эффективность при коррекции психических расстройств достигается при комплексном лечении: использование наряду с медикаментозной терапией различных психотерапевтических методик, а также активное участие в лечебном процессе специалистов смежных специальностей.

4. В связи с влиянием психических расстройств на исходы лечения больных с политравмами, в центрах, оказывающих помощь этой категории пациентов, необходим штатный врач психиатр.

Литература

1. Вольский А.С. Нервно-психические нарушения и их купирование у больных в травматологическом стационаре / А.С. Вольский, В.Г. Калачик, Г.Д. Лучко, В.А. Сорокин // Множественные переломы и сочетанные повреждения: Сб. науч. тр. – Л., 1981. – С. 74 – 81.
2. Гринев М.В. Современное состояние хирургии повреждений: XII Международный конгресс по неотложной хирургии и интенсивной помощи и I конгресс Европейской ассоциации неотложной хирургии, 17–22 сентября 1995 г., Осло, Норвегия / М.В. Гринев, Ф.Х. Абдусанатов // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1996. – Т. 155, № 5. – С. 107 – 109.
3. Кариев М.Х. Острые психотические расстройства при черепно-мозговой травме на фоне алкогольной интоксикации / М.Х. Кариев, Ф.З. Гафуров, Н.Ф. Абдуназарова // Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: травмы и их медико-социальные последствия: Материалы II республиканской науч.-практ. конф. – Ташкент, 2002. – С. 375 – 376.
4. Мочалов В.М. Медикаментозная терапия делириозного синдрома при неотложных состояниях / В.М. Мочалов, В.В. Горлин, А.Ф. Мягков, П.Н. Щербаков // Организационные, диагностические и лечебные проблемы неотложных состояний: Сб. науч. тр. – М.; Омск, 2000. – С. 489 – 490.
5. Соколов В.А. Профилактика и лечение осложненных политравм в постреанимационном периоде / В.А. Соколов // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2002. - № 1. – С. 78 – 84.
6. Энцефалопатия при травматической болезни (механизмы развития, клиника, классификация): Метод, рекомендации / Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе; Сост.: И.В. Куршакова. – СПб., 2000. – 17 с.
7. Chen H. Manual of common bedside surgical procedures / H. Chen, C.J. Sonnendey, K.D. Lillemoe. – Philadelphia etc.: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. – 366 p.