

УДК 615.9:616.89-099

В.А. Мещерягин, О.Л. Лахман, В.Г. Колесов, О.И. Шевченко

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НЕЙРОИНТОКСИКАЦИЙ

АФ-НИИ медицины труда и экологии человека ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Ангарск)

Динамическое наблюдение за 47 пожарными, подвергшимися воздействию комплекса токсических веществ при ликвидации пожара, и 46 больными хронической ртутной интоксикацией показало, что начальные проявления профессиональной нейроинтоксикации в виде астенического синдрома и вегетативной дисфункции в последующем прогрессируют на протяжении многих лет, несмотря на прекращение экспозиции токсикантов. Постепенно формируется картина полиморфных по проявлениям психических расстройств вплоть до возникновения психоорганического синдрома с патохарактерологическим изменением личности по психопатоподобному или астеническому типу. Доказывается неспецифичность психических расстройств. Приводятся типичные изменения психического статуса в обследуемых группах.

Ключевые слова: нейротоксичность, психические расстройства, катамнез, диагностика

PSYCHIC DISORDERS IN A POSTPONED PERIOD OF OCCUPATIONAL NEUROINTOXICATIONS

V.A. Meshcheragin, O.L. Lakhman, V.G. Kolesov, O.I. Shevchenko

Research Institute of Industrial Medicine and Human Ecology, Branch of Scientific Centre of Medical Ecology, Eastern-Siberian Scientific Centre of RAMS, Angarsk

A dynamic follow up of 47 fire fighters exposed to a complex of toxic substances during the fire liquidation as well as 46 patients with chronic mercury intoxications has shown that the initial effects of occupational neurointoxication as asthenic syndromes and vegetative dysfunctions would further progress for many years in spite of stopping the exposure to toxic substances. The picture of polymorphous states is gradually formed based on the manifestations of psychical disorders which would result in the appearance of psychoorganic syndromes with pathological personality changes of psychopath-similar or asthenic types. Non-specificity of psychical disorders is proved. The typical changes of psychological states in the groups examined are given.

Key words: neurotoxicity, psychic disorders, catamnesis, diagnostics

Хронические интоксикации различными химическими веществами, включая яды нейротропного действия, занимают небольшое место в структуре профессиональной заболеваемости: показатели их удельного веса в последние годы не превышали 1,4 – 1,6 % [3]. И это несмотря на широкое использование в промышленной сфере и сельском хозяйстве разнообразных токсикантов, число которых достигает 100 тыс. наименований [11]. Одной из вероятных причин подобной ситуации является недостаточная разработан-

ность вопросов диагностики профессиональных интоксикаций.

Известно, что хронический нейротоксикоз в ранней стадии чаще всего проявляется легко или умеренно выраженной астенией в сочетании с соматоформной вегетативной дисфункцией [4, 14]. Наши многолетние наблюдения и данные других авторов [12] свидетельствуют, что клиническая картина не специфична для конкретных нейротропов и мало отличается от широко распространенных в популяции стрессовых, дезадаптационных, невротических на-

рушений и астенического синдрома, сопровождающего многие соматические заболевания и органические поражения мозга различного генеза. Врачи-неврологи, участвующие в периодических медицинских осмотрах работающих в контакте с химическими токсикантами, не вооружены методами диагностики и критериями дифференциальной диагностики профессиональных нейроинтоксикаций (ПНИ). При медосмотрах не применяется экспериментально-психологическое тестирование, признанное наиболее чувствительным инструментом ранней диагностики токсических поражений мозга [8, 10, 12]. В итоге ПНИ нередко скрываются под маской общих заболеваний, а если и выявляются, то в позднем периоде, когда наступает инвалидизация пострадавших.

Поздний период ПНИ характеризуется стойкими психическими нарушениями органического характера, которые нередко доминируют над неврологической симптоматикой и могут прогрессировать после прекращения контакта с токсическим фактором, вызвавшим заболевание [5].

Не просто решаются вопросы диагностики психических нарушений при выраженных формах ПНИ, особенно в отдаленном постконтактном периоде. Основные затруднения сводятся к следующему. Во-первых, клиническая структура психических расстройств при экзогенно-органических поражениях мозга мало специфична и не несет информации об этиологическом факторе, вызвавшем заболевание [6]. Исследования Б.Н. Пивеня (1998) и многих других авторов показали, что в отдаленном периоде после черепно-мозговых травм, нейроинфекций, нейроинтоксикаций, радиационного воздействия могут развиваться однотипные по существу психопатологические проявления [1, 2, 9, 13]. Во-вторых, психиатры отстранены от участия в периодических медицинских осмотрах трудящихся, поэтому нередко страдает точная интерпретация отклонений в психической сфере, особенно на начальном этапе формирования экзогенно-органического заболевания. Существенным является и то обстоятельство, что в практике профессиональной патологии не учитывается возможность формирования значительно выраженных психических нарушений органического характера в отдаленном периоде клинически латентного или мало манифестного токсико-химического поражения мозга.

Целью нашего исследования был сравнительный анализ клинической структуры психопатологических проявлений, развившихся после воздействия комплекса токсических химических веществ (КТВ) на пожарных, участников ликвидации пожара (УЛП) на заводе кабельной продукции ОАО «Иркутсккабель», и в отдаленном периоде хронической ртутной интоксикации (ХРИ). В сообщении доказывается неспецифичность психических расстройств, обосновываются методы исследования для установления их органической природы.

МЕТОДИКА

Обследовано 47 человек — УЛП, подвергшихся воздействию КТВ на Шелеховском кабельном

заводе в декабре 1992 г. в возрасте от 35 до 56 лет ($41,7 \pm 0,78$) и 46 человек с ХРИ от 35 до 58 лет ($46,8 \pm 0,72$). У УЛП лиц в возрасте свыше 45 лет было 47 %, у больных с ХРИ — 56,5 %.

Во время произошедшего пожара в результате горения и термической деструкции больших количеств полимерной пленки и пластикатов, кабельного масла, канифоли, органических растворителей, битума и других материалов в воздушную среду наряду с оксидом углерода поступали разнообразные токсичные вещества, обладающие раздражающим и нейротропным действием [7]. Среди них особенно опасными были винилхлорид и галогенированные ароматические соединения.

Патология со стороны ЦНС со временем нарастала вплоть до формирования выраженных проявлений психоорганического синдрома. У значительного числа УЛП признаки органического заболевания мозга появились позднее, чем в первой группе пострадавших (в сроки от нескольких месяцев до 1 — 2 лет после пожара), но клиника была идентичной. Ввиду отсутствия других экзогенных этиологических факторов патология нервной системы в таких случаях признавалась токсической, связанной в своем развитии с воздействием комплекса химических веществ в момент пожара на кабельном заводе. К настоящему времени диагноз профессиональной нейроинтоксикации установлен у 104 УЛП. Динамика их обращения в клинику института была следующей: 1993 г. — 30; 1994 — 1996 гг. — 39; 1997 — 1998 гг. — 16; 1999 — 2000 гг. — 19 человек.

Больные ХРИ работали ранее в производстве каустической соды и хлора способом ртутного электролиза (средний стаж $13,0 \pm 5,1$ лет), в связи с интоксикацией были трудоустроены и к моменту настоящего обследования контакта с ртутью уже не имели в течение 5 — 10 лет. Несмотря на это, в 80,4 % случаев имело место нарастание церебральной патологии с усилением стадии ХРИ в диагнозе. Так, в момент прекращения экспозиции ртути у 87 % больных была диагностирована I стадия ХРИ с астеническим синдромом в качестве основного проявления, у остальных — I — II и II стадии. Ко времени данного обследования интоксикация на уровне I стадии осталась только в 8,7 % случаев, в 80,4 % была установлена умеренно выраженная форма ХРИ (II стадия) и в 10,9 % — выраженная форма (III стадия).

Для дифференцирования сосудистого фактора обследуемые были поделены на 2 группы: 35 — 45 лет и свыше 45 лет. Проводились экспериментально-психологические и клинко-психопатологические исследования (тесты на кратковременную, оперативную долговременную память, СМИА, шкалы депрессии и тревожности, тест Равена).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Как видно из таблицы 1, в структуру психических нарушений входят невротические, эмоционально-волевые, аффективные, когнитивные расстройства. Выделены личностные нарушения в виде патохарактерологического развития лично-

сти (стойкий психический дефект), входящие в структуру дефектно-органической стадии интоксикации (психоорганический синдром).

Из невротических нарушений у УЛП преобладало ипохондрическое расстройство (51 %). В 45,2 % случаев выявлен синдром «раздражительной слабости», в 24 % — ситуационно обусловленная тревожная реакция. Соматоформная вегетативная дисфункция отмечена в 46,8 % случаев и манифестировала в виде перманентных, преимущественно моносимптомных психовегетативных (кардио-респираторных) нарушений в сочетании с хроническим соматоформным болевым расстройством (алгопатия). В 13 % случаев наблюдались синкопальные состояния вазопрессорного типа. В двух случаях (4,2 %) наблюдались панические атаки в виде аффективно-вегетативного криза с преобладанием соматической тревоги, кардио-невротическими и гипервентиляционными нарушениями с явлениями тетании, но без витального страха.

В значительно меньшем числе случаев выявлено генерализованное тревожное и обсессивно-

фобическое расстройство. Навязчивости проявлялись в виде навязчивых сомнений, наплыва мыслей абсурдного содержания, нозофобии, лиссофобии, клаустрофобии. В двух случаях (4,2 %) выявлена склонность к формированию истеро-конверсионной симптоматики. Невротические расстройства у большинства УЛП носили смешанный характер.

Имеют место выраженные нарушения в эмоционально-волевой сфере. Это касается эмоциональной лабильности, аффективной ригидности, агрессивной реакции на фрустрацию, ослабления побудительной мотивации к деятельности (гипобулия).

Аффективные нарушения (депрессивные состояния) проявлялись в виде гипотимии (40 %), дисфории (19 %), дистимии (19 %), «маскированной» депрессии (22 %). В 46 % случаев выявлена эмоциональная гиперестезия (сенситивность) к обычным нейтральным внешним раздражениям. Психосенсорные расстройства, в основном, представлены элементарными слуховыми галлюцинациями (звонки, стуки) — 23,4 %.

Таблица 1
Структура психических нарушений в отдаленном периоде профессиональной интоксикации (в %)

Характер психических нарушений	Этиологические факторы			
	КТВ, n = 47		Ртуть, n = 46	
	абс.	%	абс.	%
Эмоционально-волевые нарушения				
эмоциональная лабильность	47	100	46	100
аффективные расстройства (депрессивные состояния)	31	66,6	29	63,0
фрустрационная ригидность	24	51,1	21	45,7
снижение мотивации к деятельности	23	48,9	19	41,3
Невротические расстройства				
синдром «раздражительной слабости»	14	29,8	15	32,6
генерализованное тревожное расстройство	6	13	5	10,8
ситуационно-обусловленная тревожная реакция	12	24	8	17,4
ипохондрическое расстройство	25	53,2	27	58,7
навязчивости	9	19,1	6	13
соматоформная ВД	23	49	26	56,5
Личностная сфера				
Патохарактерологическое развитие личности (психический дефект)	31	66	24	52,2
— астенический тип	15	31,9	16	34,8
— психопатоподобный тип	16	34*	8	17,4*
Когнитивные нарушения				
замедление психических процессов	28	59,6	27	58,7
снижение ассоциативно-мыслительной деятельности	30	63,8	23	50
снижение продуктивности мнестической деятельности	30	63,8	26	56,5
Органические психические расстройства				
психоорганический синдром (органическое расстройство личности)	31	65,9	24	52,2
органическое эмоционально-лабильное расстройство	16	34	22	47,8
социальная дезадаптация	28	59,5*	11	24*

Примечание: * — разность в показателях достоверна при $p < 0,05$.

Со стороны когнитивной сферы наблюдалась замедленность, инертность психических процессов, снижение продуктивности ассоциативно-мыслительной, мнестической деятельности. У 6 УЛП (12,7 %) выявлен низкий интеллектуальный уровень (по методу Равена). У 31 УЛП выявлены стойкие психопатологические расстройства органического характера, то есть сформировался психический дефект (патохарактерологическое развитие) астенического и психопатоподобного (эксплозивно-аффективного) типа (31,9 % и 34 % соответственно).

Астенический тип характеризовался эмоциональной лабильностью, раздражительной слабостью, аффективными нарушениями депрессивно-гипотимного типа с гипобулией. Психопатологический портрет дополняла интравертированная направленность личности с тревожно-ипохондрической переработкой полученной информации, навязчивой сосредоточенностью на состоянии своего здоровья. Для психопатоподобного типа характерно сочетание астении с эксплозивными эмоционально-аффективными разрядами, дезорганизованностью поведения, более агрессивной реакцией на фрустрацию. Этот тип более характерен для старшей возрастной группы.

Общими для двух типов патохарактерологического развития являются сенситивно-ипохондрическая направленность личностного сдвига в сочетании с эмоциональной неустойчивостью, аффективной ригидностью, агрессивной реакцией на фрустрацию.

У 66 % УЛП диагностирован психоорганический синдром (дефектно-органическая стадия интоксикации) с преобладанием психопатоподобных расстройств в возрастной группе 46 – 56 лет на фоне церебрастенических явлений. Психоорганический синдром в сочетании с психовегетативными нарушениями составляет ядро токсической энцефалопатии. Очаговые органические неврологические нарушения мало характерны.

Достоверной разницы в структуре психических нарушений в зависимости от возраста у УЛП нет (табл. 2).

Перечисленные выше психические нарушения ведут к стойкой социальной дезадаптации (59,5 % обследованных), у некоторых больных, по-видимому, сформировалась предрасположенность психопатологического типа реагирования на «раздражители» социальной среды. Этому способствует длительная психотравмирующая ситуация, связанная с техногенной катастрофой, страх перед возможными ее последствиями. Личность (по данным психологического обследования) приобретает интравертированную направленность (20 %), формируется ипохондрическое развитие с «уходом в болезнь». Естественно возникают внутрисемейные, внутриличностные конфликты, что создает еще большие трудности для социально-трудовой реабилитации.

Нельзя исключить у части лиц «рентного невроза», то есть развития невротического комплекса связанного с борьбой УЛП за возмещение ущер-

ба их здоровью, как «жертв» техногенной катастрофы.

В трактовке имеющихся у них болезненных симптомов пожарные, в основном, опираются на свои личные представления какими должны быть последствия «отравления» КТВ. Т.е. имеющаяся симптоматика произвольно интерпретируется, гипертрофируется в нужном для них направлении. Все свои болезни они связывают с воздействием КТВ. Имеет место тенденция к соматизации психики, преобладанию соматовисцеральных ощущений в самовосприятии. Не случайны, поэтому, случаи аггравации (17 %). Отмечено, что удовлетворение их материальных претензий ведет к снижению невротических расстройств и восстановлению социальной приспособляемости.

Как известно, психические расстройства тесно связаны с преморбидными личностными особенностями. Были ли среди УЛП в преморбиде акцентуированные личности, что свидетельствовало бы о конституциональной предрасположенности к психическим расстройствам? Исследования в этом направлении в клинике не проводились.

По данным областного психоневрологического диспансера среди обследованных УЛП только 5 % гармоничные личности, у остальных наблюдалась акцентуация черт характера астенического, эпилептоидного, шизоидного круга. Следовательно, при стрессовой ситуации происходит заострение акцентуированных черт с последующим патохарактерологическим сдвигом. Анализ психических нарушений в двух возрастных группах не выявил достоверной разницы в показателях. Достоверность определялась с помощью специальной таблицы (вычислялась минимальная разность, достижение которой означает, что превышение одного показателя над другими не случайно). Воздействие КТВ в сочетании с психоэмоциональным стрессом оказало неблагоприятное воздействие на ЦНС УЛП независимо от возраста, что связано, вероятно, с развитием диффузных микропатоморфологических изменений в головном мозге. Некоторая тенденция к увеличению в старшей возрастной группе когнитивных расстройств, эмоционально-волевых нарушений психопатоподобного типа, по-видимому, объясняется присоединением цереброваскулярной патологии. Так, у лиц в возрасте 50 – 56 лет (8 человек) наблюдались обстоятельность, замедленность мышления, склонность к персеверации, резонерству, более агрессивная реакция на фрустрацию, неадекватная эмоциональная экспрессия, гипобулия, затруднение социальных контактов (75 %).

При динамическом наблюдении в течение 10 лет регрессиентности в течении психопатологических расстройств не наблюдалось. Сформировался психоорганический синдром, составляющий ядро токсической энцефалопатии, с тенденцией к увеличению числа больных в возрастной группе старше 45 лет (59,2 и 75 % соответственно).

У больных с ХРИ из невротических нарушений преобладали ипохондрическое расстройство и синдром «раздражительной слабости», которые сочетались с соматовегетативными проявлениями в виде

Психические нарушения в отдаленном периоде профессиональных нейротоксикаций в зависимости от возраста

Характер психических нарушений	Этиологические факторы							
	КТВ				Ртуть			
	35–45 лет, n = 27		46–56 лет, n = 20		35–45 лет, n = 20		46–58 лет, n = 26	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Эмоционально-волевые нарушения								
эмоциональная лабильность	27	100	20	100	20	100	26	100
аффективные (депрессивные) расстройства	19	70,3	12	60	11	55	18	69,2
фрустрационная ригидность	13	48,1	11	55	11	55	10	40
снижение мотивации к деятельности	11	40,7	12	60	5	25*	14	53,8*
Невротические расстройства								
синдром «раздражительной слабости»	10	37	4	20	6	30	9	34,6
генерализованное тревожное расстройство	4	14,8*	2	10	1	5*•	4	12,9*
ситуационно-обусловленная тревожная реакция	8	29,6*	4	20	2	10•	6	19,3
ипохондрическое расстройство	15	55,5	10	50	8	40	19	73,1
навязчивости	7	26•	3	15	2	10•	4	12,9
соматоформная ВД	15	55,5	8	40	12	60	14	53,8
Личностная сфера								
Патохарактерологическое развитие личности (психический дефект)	16	59,2•	15	75	6	30*•	18	69,2*
– астенический тип	9	33,3	6	30	5	25	11	42,3
– психопатоподобный тип	7	26•	9	45	1	5*•	7	27*
Когнитивные нарушения								
замедление психических процессов	14	51,8	14	70	7	35*	20	76,9*
снижение ассоциативно-мыслительной деятельности	16	59,2•	14	70	4	20*•	19	73,1*
снижение продуктивности мнестической деятельности	17	62,9•	13	65	6	30*•	20	77*
Органические психические расстройства								
психоорганический синдром (органическое расстройство личности)	16	59,2•	15	75	6	30*•	18	69,2*
органическое эмоционально-лабильное расстройство	11	40,7	5	25	14	70*	8	30,8*
социальная дезадаптация	17	62,9•	11	55	3	15*•	8	30,7*

Примечание: * – разность показателей между возрастными группами больных с ХРИ достоверна при $p < 0,05$; • – разность показателей между группами больных с интоксикацией КТВ и ХРИ достоверна при $p < 0,05$.

перманентных кардио-респираторных нарушений, абдоминалий, цефалгий по типу головной боли напряжения. Наблюдались вегето-сосудистые расстройства дистальных отделов конечностей. Панических атак (психовегетативных кризов) не отмечалось. В 43,4 % случаев выявлена эмоциональная гиперестезия (сенситивность), которая коррелирует с интравертированной направленностью личности (40 %). Аффективные расстройства манифестировали, в основном, в виде субдепрессивной астении. Характерно формирование на фоне невротических расстройств психастенических (ананкастических) черт характера, что является хорошей почвой для развития навязчивостей (фобий, obsessions). Истеро-конверсионные расстройства не характерны. Психоорганический синдром протекает с эмоционально-волевыми расстройствами с преобладанием астенического радикала (в 52,2 % случаев).

Как и у УЛП у больных с ХРИ выражены расстройства мнестико-интеллектуальной деятельности, эмоционально-волевые, мотивационные нарушения, но психопатологические изменения, в отличие от УЛП, достоверно преобладают в возрастной группе 46 – 58 лет, т.е. имеет место четкая зависимость психических нарушений от длительности контакта с токсическим веществом. Это касается когнитивной сферы, эффекторно-волевой, патохарактерологических расстройств психопатоподобного типа, в сочетании с расстройствами астенического круга. В этой группе больше больных с токсической энцефалопатией (ТЭ) (69,2 %) и лиц с социальной дезадаптацией (30,7 %). Кроме того, имеют место психические расстройства, которые наблюдаются и при сосудистой патологии. Это касается, в первую очередь, эмоционально-волевой сферы (неадекватность эмоцио-

нального реагирования, инертность психических процессов, аффективная ригидность), функций внимания (тугоподвижность, снижение скорости реакции, рассеянность), выявлены снижение памяти, физической и творческой продуктивности, мышления (персеверации, резонерство).

Сравнительный анализ психопатологических расстройств в зависимости от этиологического фактора (КТВ и ртуть) выявил достоверное увеличение числа лиц с психическим дефектом психопатоподобного типа у УЛП (34 %) и социальной дезадаптацией (59,2 и 24 % соответственно). У пожарных достоверно преобладают психопатологические расстройства в возрастной группе 35 — 45 лет по сравнению с аналогичной группой лиц с ХРИ. Больше невротических расстройств в виде ситуационно обусловленной тревожной реакции (29,6 и 10 %), генерализованного тревожного расстройства (14,8 и 5 %), навязчивостей (26 и 10 %), а также нарушений в мнестической (62,9 и 30 %) и ассоциативно-мыслительной сфере (59,2 и 20 %). Это касается и дефектно-органических состояний в виде психоорганического синдрома (59,2 и 30 %) с преимущественно психопатоподобным личностным сдвигом (26 и 5 %) и нарушением социальной приспособляемости (62,9 и 15 %).

Формирование психоорганического синдрома уже в возрасте 35 — 45 лет говорит о массивном воздействии КТВ в сочетании с психоэмоциональным стрессом на ЦНС УЛП.

Для ХРИ характерна астенизация с более выраженной интравертированной направленностью личности (40 %), сенситивно-ипохондрический характерологический сдвиг с тревожно-мнительной переработкой полученной информации, неадекватностью эмоционального реагирования по психастеноподобному типу, и как результат — преобладание в структуре психоорганического синдрома расстройств астенического круга. В возрастной группе 46 — 58 лет астенические расстройства сочетаются с психопатоподобными (эксплозивно-аффективными). Нельзя исключить и роли сосудистой патологии в прогрессировании психических расстройств в сравниваемых группах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В 1993 г., через несколько месяцев с момента ликвидации пожара в г. Шелехове на ОАО «Иркутсккабель» у части УЛП были диагностированы первые случаи токсической энцефалопатии (ТЭ) от воздействия КТВ. Это были лица, которые в первые дни обратились в медучреждение с признаками поражения верхних дыхательных путей, церебрально-вегетативным симптомокомплексом. В дальнейшем при динамическом обследовании в течение 10 лет в клинике института и областном психоневрологическом диспансере ТЭ была установлена у 31 участника ликвидации пожара, что говорит о медленном латентном олигосимптомном течении нейроинтоксикации с тенденцией к прогредиентности. Т.е. со временем разрозненная церебрально-вегетативная симптоматика группировалась в стройные

психопатологические комплексы, обогащалась органическими радикалами и постепенно трансформировалась в дефектно-органическую стадию интоксикации — психоорганический синдром, который в сочетании с соматовегетативной дисфункцией составляет ядро ТЭ. Подобная динамика формирования психоорганического синдрома наблюдалась и при ХРИ (24 больных). Следовательно, при наличии стойкого астенического расстройства, необходимо более тщательное психологическое и психоневрологическое обследование, т.к. нельзя исключить латентное течение ТЭ с более медленным развитием психического дефекта. Характерной предпосылкой к формированию психоорганического синдрома в обследуемых группах является сенситивно-ипохондрический личностный сдвиг на фоне церебрастении. Превалирование психопатоподобного типа развития личности у УЛП объясняется, возможно, преморбидными особенностями личности, которые заостряются при психоэмоциональном стрессе. Отсюда и выраженность психопатоподобных расстройств у УЛП независимо от возраста, чего не наблюдается при ХРИ, где имеет место четкая зависимость психических расстройств от длительности контакта с ртутью. Для ХРИ более характерна астенизация с наиболее выраженной интравертированной направленностью личности (40 %) с формированием на этом фоне психоорганического синдрома с астеническим типом психического дефекта. Но в возрастной группе 46 — 58 лет отмечается достоверное увеличение числа лиц с деформацией личностной структуры по психопатоподобному типу с формированием извращенного реагирования на жизненную обстановку (социальная дезадаптация). Некоторые различия в сфере личностных нарушений при ХРИ и интоксикации КТВ, не позволяют считать их характерными психопатологическими признаками для проведения дифференциальной диагностики между вышеуказанными нейроинтоксикациями, так как не удалось выявить специфических своеобразных нарушений психики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анастаси А. Психологическое тестирование / А. Анастаси. — М.: Медицина, 1982. — Т. 1. — 213 с.
2. Голодец Р.Г. Проблема психических расстройств экзогенно-органической природы / Р.Г. Голодец // Актуальные проблемы психиатрии. — М., 1981. — С. 64 — 67.
3. Клинико-патогенетические аспекты хронического воздействия органических растворителей / Л.А. Тарасова, Н.С. Соркина, Е.А. Лобанова и др. // Медицина труда и промышленная экология. — 1997. — № 3. — С. 6 — 8.
4. Курляндский Б.А. Токсикология на рубеже веков: состояние, проблемы, перспективы / Б.А. Курляндский // 1-й съезд токсикологов России: Тезисы докладов. — М., 1998. — С. 9.
5. Отдаленные последствия хронических профессиональных нейроинтоксикаций: Метод. рекомендации № 10 — 11/29. — М.: МЗ СССР, 1987. — 28 с.

6. Пивень Б.Н. Экзогенно-органические заболевания головного мозга / Б.Н. Пивень. — М.: Медицина, 1998. — 144 с.

7. Потрохов О.И., Долгих Д.В., Касьяновская В.П. и др. // Медицина труда и промышленная экология. — 1997. — № 7. — С. 14—18.

8. Практикум по экспериментальной и прикладной психологии: Учебное пособие / Л.И. Вансовская, В.К. Гайда, В.К. Гербачевский и др. // Под ред. А.А. Крылова. — Л.: ЛГУ, 1990. — 272 с.

9. Профессиональные заболевания с преимущественным поражением нервной системы / Л.А. Тарасова, В.Н. Думкин, Н.Ф. Измеров и др. // Профессиональные заболевания. — М.: Медицина, 1996. — Т. 1. — С. 136—200.

10. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльс-

кой АЭС / В.Н. Краснов, Б.Е. Петренко, В.Ф. Войцех и др. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1993. — № 4. — С. 6—20.

11. Раннее выявление профессиональных болезней. — Женева: ВОЗ, 1988. — 298 с.

12. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности: Метод. руководство / Л.Н. Собчик // Методы психологической диагностики. — М., 1990. — Вып. 1. — 76 с.

13. Филиппова О.И. Психические нарушения у работающих с химическими веществами / О.И. Филиппова, В.Л. Филиппов // Мед. труда и пром. экология. — 1997. — № 6. — С. 16—19.

14. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. — Л.: ЛНИИТЭК, 1976.