неврологічними відхиленнями. Ці травми являють собою складні, комбіновані ушкодження, які включають в себе струс мозку, акустичні травми та вібротравми. При них виникають значні зміщення ліквору, генералізовані ушкодження вегетативних та неспецифічних структур, дисфункція інтегративних та дезінтегративних структур, що визначають неврологічні та психічні функції.

Обстежено 43 хворих, що перебували на стацлікуванні у неврологічному відділені Військово-медичного клінічного центру Північного регіону (м. Харків) та нейрохірургічному відділені ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» з легкою закритою ЧМТ. Давність травми на момент огляду складала 2—5 днів. Вік хворих — 22—36 років. Більшість хворих відмічали дальність вибуху снаряду на відстані від 4—5 до 10—12 метрів від свого місцеперебування. Під час отримання ЧМТ свідомість втрачали (від 5 до 30 хвилин) 16 (37 ± 8%) пацієнтів.

Усім хворим проведено детальний неврологічний огляд. В обстежених найбільш поширеними є ознаки стовбурової симптоматики — порушення конвергенції, зниження корнеальних рефлексів, ністагм.

Також мала місце атаксія при ходьбі, нестійкість при виконанні статичних проб, хиткість в сторони при ходінні.

Слід відмітити яскраво визначені стовбурові симптоми, до яких, перш за все, належать розлади чутливості. Своєрідний сенсомоторний гемісиндром, який характеризувався зниженням больової чутливості на боці травми (за гемітипом), на слизових порожнини роту та язиці, зниженням м'язової сили в кінцівках на цьому ж боці.

В усіх обстежених провідною скаргою був головний біль ($p < 0{,}001$). В подальшому у ранговій послідовності йдуть: порушення сну, запаморочення, різке зниження пам'яті, нудота, астенічні прояви ($p < 0{,}05$). Астенічний синдром мав місце у 41(95 ± 3%) ($p < 0{,}001$) обстежених, поєднувався з вегетативними порушеннями і характеризувався вираженою слабкістю, дуже швидкою втомлюваністю, адинамією, виснаженістю, денною сонливістю, непереносимістю гучних звуків. Ці симптоми хворі відмічали через 3—5 годин після отриманої закритої ЧМТ і вони зберігалися впродовж наступних 1,5—2 місяців. Вегетативна дисфункція проявлялася вегетативно-судинним синдромом, вираженим гіпергідрозом, блідістю або гіперемією обличчя, порушенням дермографізму.

Другою важливою скаргою було порушення сну, яке було у 37 (86 ± 5%) ($p < 0{,}001$) хворих. Відчуття втомленості після нічного сну відмічали 30 (70 ± 7%) осіб; сонливість на протязі дня мала місце у 33 (77 ± 7%); на часте пробудження (3 — 5 разів) під час нічного сну вказували 29 (67 ± 7%) пацієнтів; на тривале засинання та раннє пробудження скаржився 31 (72 ± 7%) пацієнт; неспання — 16 (37 ± 8%) обстежених. Спотворення формули сну проявлялося підвищеною сонливістю на протязі дня, що поєднувалося з втратою потреби у сні та неспанням в нічний час.

Отже, у хворих з закритою ЧМТ, яка обумовлена вибуховою хвилею, астенічні прояви характеризувалися ранньою появою їх (через 3—5 годин) та поєднувалися з вегетативною дисфункцією. На наш погляд, вище наведені дані мають бути покладені в основу інтегративних підходів до розроблення неврологічної реабілітації на ранніх етапах гострої черепно-мозкової травми.

УДК 616.85

Е. В. Герасименко
ЛПЦ «Неболейка», «Всеукраинская ассоциация преодоления кризисных ситуаций», г. Харьков

Психотерапия невротических расстройств детей, переживших экстремальные ситуации в зоне АТО

Психогенные события, связанные с гибридной войной в Украине, способствовали развитию невротических нарушений у большого количества детей — переселенцев из зоны АТО. Отсутствие у детей мотивации к терапии, незрелость психики обусловливают необходимость поиска наиболее экологичных методов психотерапии. Таким методом является сказкотерапия. Автором статьи была разработана и применена авторская программа индивидуальной и групповой сказкотерапии, написан и инсценирован цикл сказок с участием детей-переселенцев, что помогло предотвратить развитие посттравматического стрессового расстройства у детей группы в 100 % случаев.

Цель — изучить особенности психогенных проявлений у детей, перенесших травматические события, и разработка авторской программы психотерапии методом сказкотерапии.

Изучено 30 детей, переживших психотравмирующие события в период 1—2 мес. после психотравмы. Занятия с детьми проводились на базе лагерей для переселенцев «Ромашка», «Ласточка» и областной библиотеки для юношества.

Дети-переселенцы (I — группа до 3 лет — 3 ребенка, II — группа от 5 до блет — 10 детей, III — младший школьный возраст — 10 детей, IV — подростки 12—17 лет — 7 человек). Обследование включало заполнение родителями опросников до и после терапии, неврологический осмотр, тестирование по методу сказкотерапии (диагностическая сказка).

В результате клинико-психологического обследования были выявлены следующие группы симптомов: аффективные (плаксивость раздражительность, капризность) и астенические проявления (утомляемость, нарушения сна, рассеянность, снижение успеваемости) — имели место у 100 % детей, страхи выявлялись у 100 % и были разными, в зависимости от пережитых ситуаций — страх смерти, потери родных, потеряться, дождя и грома, смерти, голода. Психосоматические симптомы выявлялись у 100 % — среди них — различные вегетативные нарушения — головные боли, тошноты, боли в животе, энурез (6,6 % — возраст 6 и 8 лет), энкопрез — у одной девочки 12 лет (3,3 %) причем ранее этот симптом отмечался в раннем детстве. Частота других симптомов была различна у детей разных возрастов: речевые нарушения, такие как задержка речи — отмечались у детей 3-летнего возраста, 2 человека (6,6 %), логоневроз — у детей 6—7-летнего возраста (2 человека — 6,6 %), двигательная расторможенность — у детей 5—6 лет (3 человека — 9,9 %), симптомы изоляции — апатия, замкнутость — у 3 подростков (9,9 %), тики и голосовые навязчивости отмечались у дошкольников и школьников (5 человек — 16,5 %). Психологическое тестирование проводили в игровой форме «сочинения сказки» с помощью различных материалов — песочницы, пластилина, игрушек, рисунка. Психокоррекцию проводили с помощью психофармакотерапии (глицесед, ноофен, магний B_6, седасен). Психотерапию проводили для родителей (психоэдукция, групповая психотерапия) и для детей — в парадигме сказкотерапии. Работу с детьми на 1 этапе проводили индивидуально (2 занятия), потом детей включали в групповую

авторскую программу из 10 занятий. Стратегия сказкотерапии была направлена на отреагирование и перепроживание эмоций, поиск ресурсов, умение саморегуляции эмоций. Результат: признаков ПТСР у детей, прошедших полный цикл занятий, не отмечено.

УДК 616.895

М. В. Данилова, Д. В. Лыщенко
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И. И. Мечникова», г. Днепропетровск

Течение постконтузионного синдрома при боевой травме головного мозга

Распространенность психических расстройств у пациентов с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) намного превышает показатели в общей популяции и, по данным литературы, до 44 % пациентов с ЧМТ страдают более чем от одного психического расстройства.

Особый интерес в настоящее время вызывают боевые травмы головного мозга, в частности постконтузионный синдром, развившийся вследствие минно-взрывного воздействия. Являются ли наблюдаемые у таких пациентов психические расстройства результатом органического повреждения мозга, или их развитие обусловлено психогениями боевой обстановки?

Нас заинтересовали случаи из клинической практики отделения микрохирургии уха Днепропетровской областной клинической больницы им. И. И. Мечникова. Под наблюдением ЛОР-врачей, врачей-психиатров и нейрохирургов находились 3 пациента с потерей слуха на фоне закрытой ЧМТ, контузии головного мозга, аку-, баротравмы, полученной в результате военной минно-взрывной травмы не более суток назад. Пострадавшие являлись бойцами ВС Украины, принимавшими участие в антитеррористической операции, лица мужского пола в возрасте от 30 до 36 лет с достоверным анамнезом контузии головного мозга и отсутствием значимой сопутствующей соматической или неврологической патологии. Все трое отмечали кратковременную потерю сознания после взрыва.

Пациенты жаловались на полное отсутствие слуха, шум в голове и ушах, головную боль (общение проходило в виде переписки с больными).

При обследовании пациентов клинически значимых изменений в лабораторных исследованиях крови и мочи не отмечалось. Каких-либо специфических изменений при нейровизуализации (ЭЭГ, КТ головного мозга) зарегистрировано не было. При проведении объективного исследования слуха (коротколатентные вызванные потенциалы ствола мозга, импедансометрия, отоакустическая эмиссия) поражений звуковоспроизводящего аппарата (ЗВА) не диагностировано. При отоскопии — барабанная перепонка серая, целая, с опознавательными знаками.

Неврологические нарушения выражались в симптоматике вегетативной дисфункции (внезапная гиперемия кожных покровов, гипергидроз, сердцебиение, дрожь) и рассеянной органической симптоматике.

Психический статус пациентов отображал индивидуальную вариабельность выраженности и продолжительности симптоматики, однако для всех больных были характерны головные боли разнообразного характера, идеаторная и моторная заторможенность, высокая истощаемость, чувство усталости. На вопросы пациенты отвечали письменно, после длительной паузы, односложно. У всех пациентов нарушался сон, который был беспокойным, с яркими сновидениями и характеризовался пробуждением с ощущением страха. Отмечались эпизоды «*flashback*» — вспышки воспоминаний эпизодов боевых действий. Быстрая истощаемость психических процессов сочеталась с субъективным чувством нарушения интеллекта, чувством внутреннего напряжения, тревогой, неусидчивостью, навязчивыми мыслями, тягостным ожиданием угрозы для жизни, страхами, раздражительностью, иногда гневливостью, недовольством окружающими. Эпизодически формы поведения определялись кратковременными аффективно-взрывными реакциями, обидчивостью, неадекватностью реагирования на внешние раздражители (психопатоподобными расстройствами). Критика к состоянию — с элементами формальной. При этом проецирование себя в будущее выражалось в скорейшем выздоровлении и возврате на боевые позиции.

На общение с врачом-психиатром больные были настроены положительно, однако от проведения патопсихологического тестирования отказывались. Не настроены были в последующем и на психологическое консультирование.

В лечении таких пациентов нами использовались транквилизаторы, антидепрессанты (СИОЗС), атипичные нейролептики, антиконвульсанты. Через несколько дней после начала приема психотропных препаратов подключались психотерапевтические техники (прогрессирующая мышечная релаксация, когнитивно-бихевиоральная психотерапия).

В результате проведенного лечения отмечалось улучшение состояния в виде улучшения или полного возврата слуха, снижения частоты и интенсивности головной боли, улучшения ночного сна, снижения уровня тревоги и раздражительности, нивелирования психовегетативной и астенической симптоматики.

Отсутствие очагового поражения головного мозга, поражения ЗВА, длительность воздействия стрессогенных факторов в боевой обстановке, положительный эффект от психофармакотерапии позволяют думать о том, что отсутствие слуха у данных пациентов, перенесших контузию головного мозга, носило в большей степени психогенный характер.

Очевидно, что течение острого периода контузий головного мозга при боевой травме отличается от такового при небоевых закрытых ЧМТ и определяется воздействием не только механических повреждающих факторов, но и длительной психогении (нахождение под массированным обстрелом, постоянное ожидание новых атак). Можно говорить о смешанной форме течения постконтузионного синдрома боевой травмы, при которой наблюдаются неврологические нарушения и ярко выражены психические расстройства невротического уровня.

УДК 616.895

Е. А. Зеленская
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Основные механизмы формирования суицидального поведения у лиц молодого возраста при психогенных депрессиях

Прогрессивное увеличение количества суицидов во всем мире ставит необходимость изучения их патогенеза в ряд наиболее актуальных проблем научных