

**Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи**

**ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА БЛОКУ ІНТЕНСИВНОЇ
НЕЙРОПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК
НАДЗВИЧАЙНИХ РАДІАЦІЙНИХ СИТУАЦІЙ**

(методичні рекомендації)

Київ — 2013

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

«УЗГОДЖЕНО»

Начальник лікувально-організаційного
управління НАМН України
чл.-кор. НАМН України, проф.

[Handwritten signature]
В.В. Лазорининець

«19» серпня



2012 р.

«УЗГОДЖЕНО»

Директор Департаменту реформ
та розвитку медичної допомоги

МОЗ України

[Handwritten signature]
М.К. Хобзей

«17» 12

2013 р.



ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА БЛОКУ ІНТЕНСИВНОЇ
НЕЙРОПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК
НАДЗВИЧАЙНИХ РАДІАЦІЙНИХ СИТУАЦІЙ

(методичні рекомендації)

(11.12/359.13)

Установа-розробник: Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної Академії медичних наук України»

Укладачі:

д. м. н., проф., Логановський Костянтин Миколайович 044(452-1803)

к. м. н. Чумак Станіслав Анатолійович 044(452-1803)

к.м.н., ст.н.с. Чупровська Наталія Юріївна

к.м.н. Бомко Марія Олександрівна

к.м.н. Антипчук Катерина Юріївна

к.м.н. Логановська Тетяна Костянтинівна

лікар-психотерапевт Зданевич Наталія Анатоліївна

м.н.с. Гресько Марина Володимирівна

Рецензенти:

д.м.н., проф. Мішиєв В.Д.

Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Психіатрія» МОЗ України,

д.м.н., проф. Пінчук І.Я.

Голова Проблемної комісії «Проблеми радіаційної медицини» МОЗ та НАМН

України, д.м.н., проф. Базика Д.А.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	5
ВСТУП.....	6
ОСОБЛИВОСТІ ІНВАЛІДИЗУЮЧОЇ НЕЙРОПСИХІАТРИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНИХ РАДІАЦІЙНИХ СИТУАЦІЙ.....	8
ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА БЛОКУ ІНТЕНСИВНОЇ НЕЙРОПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНИХ РАДІАЦІЙНИХ СИТУАЦІЙ.....	20 24
ВИСНОВКИ.....	24
ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	25

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ,
ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

АЕС	атомна електростанція
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВП	викликані потенціали
ЕЕГ	Електроенцефалографія
кЕЕГ	комп'ютерна ЕЕГ
ЛНА	ліквідація наслідків аварії
МРТ	магнітно-резонансна томографія
НЦРМ	Науковий центр радіаційної медицини
ООН	Організація об'єднаних націй
ОУ	об'єкт «Укриття»
УЛНА	учасник ЛНА
ЧАЕС	Чорнобильська атомна електростанція
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale: коротка психіатрична оціночна шкала
GHQ	General Health Questionnaire: опитувальник загального здоров'я
IDA	Irritability, Depression, Anxiety: шкала для самооцінки дратівливості «Дратливість, депресія, тривога»
IES	Impact of Events Scale: шкала впливу подій Горовіца
PTSD	Posttraumatic Stress Disorders: посттравматичний стресовий розлад
RAVLT	Rey Auditory Verbal Learning Test: тест аудиторно-вербального навчання Рея
SDS	Zung Self-rating Depression Scale: шкала самооцінки депресії Тунга

ВСТУП

Порушення психічного здоров'я постраждалих є міжнародно визнаною пріоритетною медико-соціальною проблемою Чорнобильської катастрофи, що не вирішена аж дотепер. Експерти Чорнобильського форуму ООН окреслили чотири головні нейропсихіатричні наслідки катастрофи: 1) пов'язані зі стресом розлади; 2) ефекти на головний мозок, що розвивається; 3) органічне ураження мозку в учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на Чорнобильській атомній електростанції (ЧАЕС) і 4) суїциди. Визнано зростання серцево-судинних захворювань в УЛНА, які зазнали дії значних доз опромінення. Крім того, після надзвичайних ситуацій із впливом радіаційного фактора може сформуватись спілка людей, яка характеризується конфліктністю, негативізмом, дезадаптаційними реакціями, порушеннями поведінки і рентними установками. Причиною цього являється переважна орієнтація психологічного стресу у майбутнє (ризик виникнення онкологічних й інших захворювань, вроджені вади у нащадків та ін.), тривалість радіоактивного забруднення, дезактивація, евакуація і переселення, а також недосконале законодавство щодо соціальних пільг постраждалим. Внаслідок такого психопатологічного реагування до радіаційних надзвичайних ситуацій буде залучено значно більше людей, ніж постраждало безпосередньо. Із плином часу у постраждалих неврологічні і психічні розлади стають все більш тяжкими і інвалідизуючими (інсульты, деменції та ін.), що потребує відповідних втручань та витрат. Однак, досі не визначена необхідність створення блоку інтенсивної нейропсихіатричної допомоги у структурі медичного реагування при надзвичайних радіаційних ситуаціях.

В попередній роботі у рамках міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» було обґрунтовано нагальну потребу створення загальнонаціональної системи охорони психічного здоров'я постраждалих внаслідок радіаційних аварій та радіологічних терористичних атаках. Ми розробили модель, організаційні принципи і алгоритми охорони психічного здоров'я постраждалих внаслідок радіаційних аварій і радіологічних атак на

підставі власного майже 25-річного досвіду подолання нейропсихіатричних наслідків Чорнобильської катастрофи, а також медичного і психофізіологічного супроводу робіт із перетворення об'єкту «Укриття» на екологічно безпечну систему.

Ключовою ланкою медичного реагування і охорони психічного здоров'я при радіаційних надзвичайних ситуаціях є забезпечення ефективної інтенсивної нейропсихіатричної допомоги. Організація ефективної допомоги на цьому етапі призведе до надання своєчасної та адекватної допомоги з метою попередження інвалідизації та соціальної дезадаптації постраждалого населення та осіб, які будуть приймати участь у ліквідації наслідків можливої надзвичайної радіаційної ситуації. Для вирішення цього питання необхідно створення організаційної структури блоку інтенсивної нейропсихіатричної допомоги особам, які можуть постраждати та будуть залученими до ліквідації наслідків надзвичайних радіаційних ситуацій. Оскільки до цього часу такої структури створено не було, саме це і постало завданням для написання даних методичних рекомендацій. Ці методичні рекомендації базуються на власному досвіді подолання нейропсихіатричних наслідків Чорнобильської катастрофи, а також медичному і психофізіологічному супроводі робіт із перетворення об'єкту «Укриття» (ОУ) на екологічно безпечну систему.

Безпосереднє практичне використання розробки в Україні можливе для:

- 1) лікувально-профілактичних закладів, що надають допомогу постраждалим внаслідок Чорнобильської катастрофи;
- 2) спеціалізованих центрів профпатології для працюючих у контакті з джерелами іонізуючих випромінювань;

Методичні рекомендації призначені для психіатрів, неврологів, психологів, психотерапевтів, наркологів, які надають або можуть бути залученими до надання інтенсивної нейропсихіатричної допомоги особам, які постраждали та були залученими до ліквідації наслідків надзвичайних радіаційних ситуацій.

Дані методичні рекомендації підготовлені в Україні вперше.

ОСОБЛИВОСТІ ТЯЖКОЇ (ІНВАЛІДИЗУЮЧОЇ) НЕЙРОПСИХІАТРИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПОСТТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНИХ РАДІАЦІЙНИХ СИТУАЦІЙ.

Через 20 років після катастрофи експерти Чорнобильського форуму визнали, що вплив Чорнобильської катастрофи на психічне здоров'я залишається найбільшою проблемою охорони здоров'я. Серед найбільш пріоритетних проблем окрім симптомів, пов'язаних зі стресом, вказані органічні психічні розлади і суїциди.

Несприятливий перебіг психічних розладів у УЛНА на ЧАЕС пояснюється їх багатофакторною екзогенно-соматогенно-органічною природою: поєднуються ефекти різних несприятливих радіаційних і нерадіаційних чинників. Особливості патогенезу психічних розладів у осіб, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, полягають у тому, що: а) церебральна органічна основа у опромінених може проявлятися при дії мінімальних доз радіації б) велика патогенна роль сукупності переживань, пов'язаних з соціальною непотрібністю, неможливістю знайти адекватну нішу в системі взаємодії з соціальною сферою, відсутністю економічних перспектив для сім'ї і низькою якістю життя. Нині клінічне і соціальне значення психічних розладів у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, особливо УЛНА (включаючи пацієнтів, у яких діагностували гостру променеву хворобу), зростає у зв'язку з їх прогресуванням. Насамперед це стосується органічних уражень головного мозку. Соматопсихічна і психосоматична природа психічної патології у постраждалих потребує удосконалення лікування. Нерідко низький ефект терапевтичної та профілактичної програми зумовлений недоліками діагностики цієї патології, недостатньою оцінкою етіологічних і патогенетичних механізмів і відповідно – неадекватною терапією. В зв'язку з цим, серед постраждалих утворилася достатньо велика група пацієнтів, які страждають на інвалідизуючі психічні розлади. Згідно даних епідеміологічних досліджень, опромінення у дозах більше за 250 мЗв є фактором ризику нервово-психічних і цереброваскулярних захворювань. Поширеність психічних розладів у

персоналу, опроміненого в дозах більше 0,25 Зв, в 3,5 раза перевищувала таку серед іншого персоналу зони відчуження: 805,1 і 214,0 на 1000 працівників відповідно. Дослідження репрезентативної когорти УЛНА за допомогою стандартизованого психіатричного інтерв'ю в рамках Франко-Німецької чорнобильської ініціативи свідчить про майже подвійне збільшення поширеності психічних розладів (36%) серед УЛНА у порівнянні з українською популяцією (20,5%), а також про значне зростання депресії (24,5%) в УЛНА у порівнянні із популяцією (9,1%). Психічне здоров'я жінок, евакуйованих з м. Прип'яті, погіршено внаслідок посттравматичних стресових розладів, депресії, соматоформних розладів, тривоги і соціальної дисфункції. В УЛНА в клінічній картині відмічено переважання негативної, депресивної, тривожної і соматоформної психопатологічної симптоматики, когнітивного дефіциту, розладів особистості й надмірного вживання алкоголю з явищами хронічної алкогольної інтоксикації. Серед особливостей перебігу психічних захворювань у УЛНА на ЧАЕС відмічається прогресуючий перебіг та раннє формування психоорганічних порушень, що проявляються в першу чергу когнітивними розладами (КР) зі швидкою трансформацією з легкої форми в більш тяжку, що значно погіршує якість життя..

Найбільш розповсюдженими серед інвалідизуючих психічних розладів у ліквідаторів є органічні психічні розлади. Психічні розлади внаслідок ураження головного мозку (органічні психічні розлади) в постраждалих після аварії на ЧАЕС етіологічно є гетерогенними. В їх походженні встановлено значення традиційних чинників ризику, зокрема віку, цереброваскулярної патології, соматичних захворювань, стресу, зловживання психоактивними речовинами, способу життя тощо. В виникненні вказаних психічних розладів в УЛНА на ЧАЕС вельми суттєву роль відіграють як хронічна гіперперфузія головного мозку, так і повторні гострі порушення мозкового кровообігу, часто ліквородинамічні порушення і вторинні нейродегенеративні процеси. Вирішальне значення впливу іонізуючого випромінювання виявлено лише при дозах понад 300 мЗв, які можуть призводити до виникнення поліетіологічних (включаючи радіаційний фактор)

органічних психічних розладів (екзогенно-соматогенної енцефалопатії). Встановлено, що стан всіх сфер психіки хворих в початковій стадії пострадіаційної енцефалопатії достовірно гірше, ніж при нерадіаційних, тобто патогенні фактори радіаційної катастрофи обумовлюють більш ранні, тотальні і глибокі психічні зміни.

Пострадіаційні органічні психічні розлади спостерігаються у 62% хворих з дозами опромінення понад 1 Зв. Органічні психічні розлади в осіб, яким діагностували ГПХ, та УЛНА на ЧАЕС у віддалений період опромінення переважно складаються з органічних розладів особистості, органічного емоційно лабільного (астенічного) розладу і органічного депресивного розладу. У віддалений період ГПХ вірогідно частіше спостерігається апатичний варіант органічного розладу особистості. При пострадіаційних органічних психічних розладах (> 1 Зв) виявлено прогресуюче структурно-функціональне ураження головного мозку, церебральною основою якого є радіаційно-індукована патологія кортико-лімбічної системи та її зв'язків переважно у доміантній (лівій) півкулі з вираженими порушеннями центральних механізмів аферентації. Структурно-функціональні зміни головного мозку у віддалений період після ГПХ полягають в ураженні лобних відділів і лівої скроневої частки з кірковов-підкорковими зв'язками, а також глибинних структур мозку переважно атрофічного характеру.

Дозозалежними ознаками органічного ураження головного мозку за даними КЕЕГ є: підвищення відносної d-потужності, особливо у лівій лобно-скроневої ділянці; зниження абсолютної q-потужності у скроневої ділянці лівої півкулі; дифузне зниження a-потужності; за даними МРТ - зниження коефіцієнтів контрастності лівої внутрішньої капсули та білої речовини лівої тім'яної частки відносно лікворної системи мозку. Частота виявлення та вираженість цих ефектів закономірно зростає пропорційно до дози опромінення при дозах, більших за 0,3 Зв (в УЛНА) та 1 Зв (після гострої променевої хвороби). Структурно-функціональний патерн радіаційного ураження головного мозку в УЛНА на ЧАЕС полягає у патології кори великих півкуль, підкіркових структур,

провідникових шляхів та кортико-лімбічної системи переважно у лівій гемісфері.

Характерними психічними розладами у віддаленому періоді після аварії для обстежених УЛНА є варіанти органічного розладу особистості. У ході клінічних спостережень непсихотичних психічних розладів в осіб, які перебували в екстремальній ситуації, виявлена тенденція розвитку хронічних форм межових психопатологічних порушень, одними з проявів яких є розлади особистості.

Відзначено також, що клініка цих змін може істотно змінюватися за рахунок впливу шкідливих чинників фізичної природи, що супроводжують екстремальні ситуації, зокрема іонізуючого випромінювання.

На сьогоднішній час зберігаються певні протиріччя та дискусійні питання, що стосуються ексцеса розладів спектра шизофренії у ліквідаторів. Починаючи із 1990 року, було зареєстроване значне підвищення захворюваності на шизофренію у персоналу Чорнобильської зони відчуження – 5,4 на 100.000 у зоні відчуження у порівнянні із 1,1 на 10.000 в Україні.

Результати досліджень в відділі радіаційної психоневрології ДУ «НЦРМ АМН України» відповідають більшості літературних даних про подібність церебрального патерна шизофренії та пострадіаційного ураження головного мозку.

Результати епідеміологічних досліджень свідчать, що депресії є одним з найбільш розповсюджених порушень психічного здоров'я в УЛНА на ЧАЕС. Через 10 років після аварії вони склали 40% всіх порушень, що перевищувало середні популяційні показники для чоловічого населення відповідного віку в 8 і більше разів. Етіопатогенетично такі стани розглядаються як затяжні енедоморфні депресії органічного генезу, пов'язані з судинними органічними порушеннями ЦНС, зниженням енергетичних можливостей організму, що визначаються імунними та біохімічними порушеннями. Органічна природа депресій підтверджується даними ЕЕГ дослідження (дезорганізація кіркових ритмів, зниження фонові амплітуди, збільшення бета-хвиль, посилення дельта- і тета-активності), РЕГ дослідження (венозна дисфункція, порушення відтоку, зниження інтраокципітального кровонаповнення).

Дослідження репрезентативної когорти УЛНА за допомогою стандартизованого психіатричного інтерв'ю в рамках Франко-Німецької чорнобильської ініціативи свідчить про значне зростання депресії (24,5%) в УЛНА у порівнянні із популяцією (9,1%). Непрямим доказом поширеності афективних розладів депресивного спектру є підвищення рівня аутоагресивної активності у постраждалих. Чорнобильський Форум ООН визначив суїциди серед УЛНА на ЧАЕС як одну з актуальних проблем післяаварійного періоду.

Підсумовуючи, можна констатувати, що в зв'язку з недостатньою кількістю даних на даний час, необхідні подальші дослідження, в яких будуть отримані більш об'єктивні дані про зв'язок опромінення та інвалідизуючих психічних розладів, зокрема когнітивні порушення і психотичні симптоми. Можна відзначити, що існує міжнародний консенсус про те, що вплив Чорнобильської катастрофи на психічне здоров'я залишається пріоритетною проблемою охорони здоров'я постраждалих, враховуючи поширеність і стійкість порушень їх психічного здоров'я.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [Posttraumatic Stress Disorders, PTSD] є відкладеною відповіддю на негативний вплив екстремальних подій і ситуацій, що виходять за межі повсякденного досвіду людини. Згідно Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) ПТСР (F 43.1) діагностують протягом 6 міс стресогенної ситуації або наприкінці періоду стресу. Наслідком ПТСР можуть стати хронічні зміни особистості після переживання катастрофи (F 62.0) після 2 років існування ПТСР. Відповідно до Американської психіатричної класифікації DSM-IV ПТСР (309.81) діагностують незалежно від часу після стресу. Експерти Чорнобильського форуму ООН (2006) визнали ПТСР серед головних проблем порушень психічного здоров'я постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС (ЧАЕС).

Водночас, більшість досліджень ПТСР сфокусована на так званому «стресі події»: війнах, катаклізмах, насильстві, тощо. Описано типи дебютів і клінічні варіанти ПТСР, запропоновано критерії диференціальної діагностики, обґрунтовано основні принципи профілактики ПТСР. Значно менша кількість

робіт присвячена впливу на психіку травматичних ситуацій з «невидимими» стресорами — дією токсичних і біологічних речовин та радіації. При цьому, небезпека впливу іонізуючого випромінювання є найбільш могутнім «невидимим» стресором. Показано, що в учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) ПТСР формується вже через 1,5–2 роки після аварії. При цьому відзначається крайня ступінь збудженості, роздратованості у відповідь на елементарні стресові ситуації. Симптомам «флешбек» («зворотного кадру») [flashback] бракує яскравості і виникають вони опосередковано. Залишається актуальним вивчення ПТСР у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС у віддалений період з проведенням нейро- і психометричних та нейрофізіологічних досліджень.

ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА БЛОКУ ІНТЕНСИВНОЇ НЕЙРОПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНИХ РАДІАЦІЙНИХ СИТУАЦІЙ

Основними принципами сучасної інтенсивної нейропсихіатричної допомоги є своєчасна діагностика порушень життєво важливих функцій організму, їх швидка та активна корекція і штучна підтримка функцій уражених органів та систем, аж до їх повного відновлення.

За науковими оцінками, показник летальності можна зменшити на 20-50% за умови усунення перешкод організаційного характеру. Як вказують літературні джерела, в Україні є обмежена кількість стаціонарів, робота яких базується на сучасних організаційних принципах надання інтенсивної медичної допомоги.

Спеціалізоване відділення радіаційної психоневрології з блоком інтенсивної нейропсихіатричної допомоги є структурним підрозділом клініки та базою наукового відділу радіаційної психоневрології Інституту клінічної радіології Державної Установи «Науковий центр радіаційної медицини НАМН України».

Відділення працює на основі положення про клініку ДУ «НЦРМ НАМН України», виконує свою діяльність відповідно до режиму клініки, встановленим діючим законодавством, нормативними актами України.

Характерною особливістю відділу і відділення радіаційної психоневрології (для хворих з неврологічною патологією, і психічними розладами) є їх психоневрологічна суть — поєднання постраждалих як з неврологічною патологією, так і психічними розладами, що сприяє подальшому удосконаленню надання лікувально-профілактичної допомоги цьому значному контингенту хворих.

Організаційна структура відділення умовно поділяється на кілька блоків, кожен з яких виконує конкретну задачу.

Відділення розгорнуто на 60 ліжок. Загальний лікувальний блок на 40 ліжок використовується для кваліфікованого стаціонарного лікування пацієнтів з неврологічною патологією, пограничними станами та психосоматичними

розладами, а також обстеження пацієнтів з метою верифікації діагнозу та проведення експертної оцінки випадків психічних розладів та захворювань нервової системи і їх причинного зв'язку з аварією на ЧАЕС у встановленому порядку. Палати з усіма зручностями по 2–6 пацієнтів.

В свою чергу, у відділенні радіаційної психоневрології виділено окремий блок інтенсивної нейропсихіатричної допомоги на 20 ліжок, в якому лікарі надають допомогу хворим, які знаходяться у критичних станах, а також потребують спеціальної реабілітації або нагляду.

Схематично організаційна структура відділення радіаційної психоневрології з блоком інтенсивної терапії зображені на рис. 1.1.

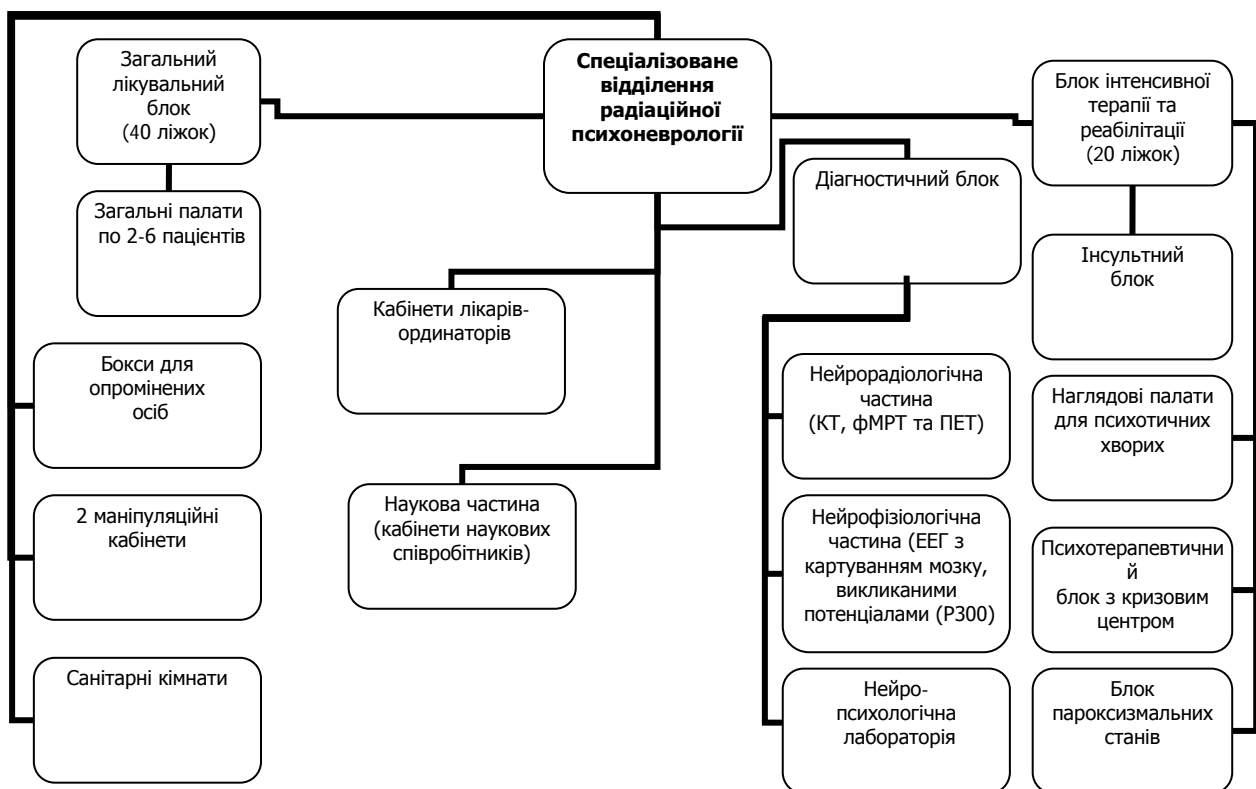


Рис. 1.1 - Схема спеціалізованого відділення радіаційної психоневрології з блоком інтенсивної терапії

Цей блок поділяється на блок інтенсивної терапії і реабілітації, особливістю якого є можливість постійного тривалого моніторингу життєво важливих функцій організму під наглядом спеціально підготовленого персоналу для інтенсивної терапії за допомогою спеціальної спостережної апаратури. Оскільки основний

контингент – хворі на гострі порушення мозкового кровообігу та їх наслідки, при його формуванні врахований досвід функціонування так званих «comprehensive stroke unit» - всеосяжних інсультних відділень, що успішно і ефективно функціонують в Західній Європі

Необхідність функціонування такого блоку зумовлена, за даними Європейської інсультної організації (ESO), зниженням смертності на 20 %, а ризик залежності в побуті по причині інсульту – на 30 % при веденні хворих. Особливістю функціонування таких блоків є ведення та терапія хворих як в гострому періоді, так і на етапі ранньої нейрореабілітації. Ведення хворих в даному блоці супроводжується моніторингом неврологічного статусу, контролем АТ, серцевого ритму, температури тіла, рівня глюкози та оксигенації тканин, профілактику тромбозу глибоких вен, раннє виявлення і лікування дисфагії і ускладнень, ранню комплексну реабілітацію та мобілізацію, а також початок вторинної профілактики.

Основні засади функціонування блоку інтенсивної терапії і реабілітації:

Мультидисциплінарна команда спеціалістів (неврологи, психіатри, психологи), що мають достатню підготовку в області інсульту

Медсестри, навчені роботі з інсультними хворими

Нейровізуалізація, доступна цілодобово і без вихідних

Приоритетність дослідження пацієнтів з гострим інсультом

Дуплексне сканування екстракраніальних артерій

Можливість постійного моніторингу ЕКГ, артеріального тиску, температури тіла, зовнішнього дихання і пульсоксиметрії

Локальний протокол ведення пацієнтів в гострому періоді інсульту, включно з проведенням внутрішньовенного тромболізиса

Можливість проводити внутрішньовенний тромболізис цілодобово і без вихідних

Доцільність проведення терапії гострих станів і ранньої реабілітації в одному блоці

Доступність ангіоневролога і можливість консультацій нейрорадіолога

цілодобово і без вихідних

Наявність в штаті спеціаліста по ультразвукографії і соціального працівника

Початок реабілітаційних заходів протягом 2-х діб з моменту поступлення

Трансторакальна і трансезофагеальна ехокардіографія

Палата для прийому амбулаторних пацієнтів (транзиторні ішемічні атаки, вторинна профілактика інсультів)

Можливість продовжувати реабілітацію після виписки зі стаціонару – нейрореабілітаційний центр

Для виконання поставлених завдань необхідне відповідне оснащення даного блоку. За основу взято таблиць оснащення згідно наказу МОЗ України від 30.07.2002 № 297.

Табель оснащення блоку інтенсивної терапії і реабілітації:

1. Функціональні ліжка.

2. Пристрої для контролю за функціями серцево-судинної системи:

- приліжкові кардіомонітори з реєстрацією ЕКГ;
- портативний електрокардіограф;
- 6-канальний електрокардіограф;
- холтеровське моніторування (добовий запис ЕКГ);
- добове моніторування артеріального тиску;

3. Багатофункціональна ультразвукова система, яка включає ехоенцефалографію, ехопультсографію лікворної системи, ультразвукову доплерографію екстракраніальних і інтракраніальних судин з системою дискретної та моніторної реєстрації.

4. Комп'ютерний електроренцефалограф із системою тривалого моніторування.

5. Система відсосу рідини з верхніх дихальних шляхів - 1 на 2 ліжка.

6. Електровідсоси (вакуум-відсоси) з катетерами (1 на 3 ліжка).

7. Інгалятори (1 на 3 ліжка).

8. Дефібрилятор (1 на 6 ліжок).

9. Апарат для штучної вентиляції легень з можливістю програмованої ШВЛ

(1 комплект на 3 ліжка).

10. Апарат для проведення спонтанного дихання під позитивним тиском (1 на 3 ліжка).

11. Набір для катетеризації магістральних судин (голки, провідники, катетери, струни) однократного використання (не менше 500 наборів в рік).

12. Автоматичний дозатор лікарських засобів.

13. Переносний набір для реанімації в інших відділеннях (ларингоскоп, інтубаційні трубки, дихальний мішок "АМБУ", портативний дефібрилятор з кардіоскопом, набір медикаментів та голок, катетерів для магістральних вен, шприців; повітрівідводи, роторозширювачі) - 2 набори.

14. Автоматичний пневмомасажер кінцівок (для профілактики тромбоемболії легеневої артерії) - 2.

15. Протипролежневі матраси (1 на 1 ліжка).

Наступною складовою блоку інтенсивної нейропсихіатричної допомоги є блок пароксизмальних станів. Цей блок спеціалізується на наданні допомоги хворим з пароксизмальними розладами різного генезу. Особливістю даного блоку є можливість цілодобового ЕЕГ-відеомоніторингу за допомогою спеціалізованого електроенцефалограф-аналізатора «Энцефалан-131-03» з цифровим ЕЕГ-відеомоніторингом.

ЕЕГ-відеомоніторинг є важливим діагностичним методом, який дозволяє диференціювати псевдоепілептичні пароксизми і справжні епілептичні напади.

ЕЕГ-відеомоніторинг проводиться при наступних станах:

- епілепсія (діагностика, уточнення форми, контроль ефективності лікування);
- судомні і бессудомні напади неясного генезу;
- непритомні стани;
- пароксизмальні порушення сну;
- затримка психомовного розвитку неясного походження;
- синдром дефіциту уваги з гіперактивністю;
- стереотипні порушення поведінки;

- головні болі нападopodobного виду;
- панічні атаки, зорові, слухові галюцинації;
- перший судомний напад;
- субклінічна епілептична активність.

Широке поширення методу ЕЕГ-відеомоніторингу в першій половині 90-х років справило революційні зміни в діагностиці та лікуванні епілепсії.

ЕЕГ-відеомоніторинг призначається для отримання відповідей на питання:

- яка природа судомних нападів-епілептична або неепілептична?
- яка форма епілепсії? (Як правильно лікувати, які призначати препарати);
- де локалізується епілептичний осередок? (Постановка питання про доцільність хірургічного лікування при неефективності медикаментозного);
- як контролювати лікування? (зміна схеми лікування, скасування препаратів).

ЕЕГ-відеомоніторинг показаний в діагностично складних випадках, коли міжприступний ЕЕГ не дозволяє прийти до однозначних висновків. Тривалий (від 5 до 24 годин) запис відео-ЕЕГ дозволяє розпізнати неепілептичний характер нападів, а значить дозволить позбавити або скасувати неефективні в такому випадку протиепілептичні препарати. З іншого боку, своєчасна діагностика нападів епілептичної природи дозволяє почати ранню терапію сучасними високоефективними препаратами.

ЕЕГ-моніторинг використовується також для оцінки ефективності лікування - для цього проводяться повторні дослідження.

За існуючими загальносвітовими стандартами ЕЕГ-відеомоніторинг проводиться в умовах стаціонару під наглядом спеціально навченого кваліфікованого медичного персоналу, припускає тривалий, безперервний синхронний запис ЕЕГ, відео та аудіо-сигналів. Дослідження проводиться в спеціалізованій пристосованій палаті з додатковим місцем для супроводжуючої особи. Використовується спеціальна методика кріплення електродів, яка створює мінімум незручностей, досить надійна у запобігання відриву електродів під час нападу, при цьому не створює складнощів для засипання. Стандартне

дослідження включає запис 19-24 каналів і ЕКГ. Усі сигнали передаються на записуючу станцію, контролюються досвідченими фахівцями. Дані проглядаються лікарем в режимі реального часу. Медичний висновок, видається разом із вихідними даними ЕЕГ-відеомоніторингу, на DVD диск.

Наглядові (спостережні) палати з цілодобовим санітарським постом для хворих з психічними розладами, які можуть нанести собі фізичну шкоду або небезпечні для оточуючих, потребують додаткового догляду (наприклад, в зв'язку з відмовою від їжі або внаслідок вираженої деменції і неможливості самообслуговування) або екстреної медичної допомоги і потребують постійного спостереження. Особливістю даного блоку є обов'язкова спеціальна підготовка молодшого та середнього персоналу і сурове дотримання правил роботи медичного персоналу наглядової палати для хворих з психічними розладами.

Правила роботи медичного персоналу з психічно хворими.

1. Чуйне та уважне ставлення до хворого. Повага його особи. Обов'язково слід звертатися до хворого на "Ви", з ім'ям та по-батькові.
2. Не допускати сперечання та обдурювання хворих. Розмову вести з ними в поважному, доброзичливому, неквапливому тоні.
3. Пильність на посту, особливо у ставленні до хворих з посиленням наглядом.
4. Не допускати проникнення до наглядової палати гострих та інших небезпечних речей, пильно берегти ключі від відділення.
5. Обов'язкова взаємна інформація персоналу про зміни стану хворих.
6. Не вести розмов при хворому на медичні теми, особливо тих, що мають відношення до його хвороби.
7. Не виконувати без дозволу лікаря прохань хворого: не передавати листи, речі, не надавати відвідувачам будь-якої інформації про хворого. Не передавати нічого хворому без належного дозволу.
8. Не залишати в наглядовій палаті потенційно небезпечних предметів (лез до гоління, ножів, виделок, голок, скляного посуду і т.ін.).

При покращенні стану відбувається переведення до загального лікувального блоку

Також в складі блоку інтенсивної терапії та реабілітації знаходиться психотерапевтичний блок з кризовим центром для надання інтенсивної нейропсихіатричної допомоги постраждалим особам с кризовими станами та осіб з суїцидальною поведінкою. Підставами для госпіталізації в цей блок є наявність у постраждалих актуальних і виражених суїцидальних тенденцій в рамках ситуаційних реакцій, психогенних і невротичних депресій, психопатичних реакцій і декомпенсації в рамках розладів особистості, в т.ч. органічного генезу. Основним завданнями цього блоку є стаціонарна лікувально-діагностична допомога при кризових станах, що забезпечується за рахунок комплексної психотерапевтичної, медико-психологічної та соціальної складових. Також на базі цього блоку можливе проведення диференційно-діагностичних заходів в складних клінічних випадках, проведення стаціонарної експертизи працездатності. І останнім важливим терапевтичним завданням цього блоку є створення для пацієнтів психотерапевтичного середовища, яке іноді стає одним із основних чинників подолання кризової ситуації. Специфікою даного блоку також є наявність в штаті психолога та соціального працівника.

Важливою складовою частиною блоку інтенсивної терапії є обов'язкова наявність діагностичного блоку в межах і в прямому підпорядкуванні відділення. Це зумовлено необхідністю отримання негайних результатів обстежень, від чого критично залежить життя і стан здоров'я пацієнтів.

Нервово-психічні розлади у постраждалих є етіологічно гетерогенними, тобто в їх походженні мають значення як екзогенно-органічні (у тому числі, вплив іонізуючих випромінювань), так і психогенні і соціальні чинники. Тому оптимізація лікування і реабілітації для постраждалих з нервово-психічними розладами має полягати у використанні біопсихосоціальної моделі даних розладів з паритетним представленням біологічної (нейропсихіатричної) та особистісно-орієнтованої складових. Іншими словами, в постраждалих організація психічної діяльності порушена на всіх трьох її рівнях — соціальному, особистісному та церебральному (сомато-церебральному). Тобто, спроби одного тільки медикаментозного лікування без вирішення соціальних питань постраждалих,

також як і ізольовані соціальні пільги не збережуть та не відновлять їх психічне та фізичне здоров'я. А отже, науково-практичними основами надання інтенсивної нейропсихіатричної допомоги при надзвичайних радіаційних ситуаціях є:

- нейропсихіатричний підхід, коли постраждалим надається інтегрована неврологічна, психолого-психіатрична і наркологічна лікувально-діагностична допомога із урахуванням стану фізикального (соматичного) здоров'я;

- біопсихосоціальна парадигма психічних розладів постраждалих, яка враховує сукупну етіопатогенну дію біогенних, психогенних і соціальних чинників та забезпечує використання всього арсеналу соціальних, психологічних, освітнянських, профілактичних, лікувально-діагностичних, реабілітаційних та інших ресурсів для охорони психічного здоров'я постраждалих.

- ефективна профілактика і соціальна реабілітація та реадaptaція.

Нейропсихіатричний підхід полягає у використанні сучасних принципів психофармакотерапії, за допомогою яких здійснюється корекція порушень церебрального рівня (суто психічної патології):

а) постійне уточнення клініко-діагностичної оцінки;

б) розуміння, що однієї психофармакотерапії недостатньо для повного одужання;

в) визначення тривалості лікування і час його початку в залежності від стадії захворювання (гостра фаза, загострення, рецидив та ін.);

д) оцінка співвідношення очікуваної користі та ступеня ризику негативних наслідків терапії;

ж) визначення первинного вибору препарату для даного хворого в залежності від анамнестичних даних про толерантність певних лікарських засобів;

з) спрямованість терапії на ключові для даного патологічного стану симптоми та оцінка їх динаміки протягом всього курсу лікування;

к) постійний контроль за можливою появою побічної дії лікарських засобів, що забезпечує як безпечність, так і оптимальну ефективність лікування.

Але при цьому необхідно пам'ятати про ефективне і розумне використання лікарських втручань. Це полягає у раціональному обмеженні лікування соматичних патологічних станів для попередження формування психосоматичних розладів.

Біопсихосоціальна модель лікування передбачає застосування усього арсеналу терапевтичних засобів та стратегій:

а) фармакологічні засоби;

б) фізіотерапія (бальнеотерапія, таласотерапія, лікувальна фізкультура, масаж, рефлексотерапія та ін);

в) психологічна терапія, яка орієнтована на досягнення більш високого рівня інтеграції особистості та розкриття внутрішніх можливостей людини з метою як терапії, так і соціальної адаптації й має бути індивідуалізованою, переважно — когнітивною та/або поведінковою;

д) соціальна терапія, спрямована на підвищення соціальної та трудової активності пацієнтів, запобіганню госпіталізму і «віктимізації», а також руйнування патологічної адаптації через інвалідізацію.

Не слід використовувати медикаментозне втручання, яке одночасно спрямоване на всі органи та системи. Раціональним є корегування соматичної патології, яка безпосередньо впливає на важкість хворого або є етіологічним чинником психічного розладу (наприклад, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця та ін.). Слід прагнути до монотерапії. Доцільним є використання фармакологічних засобів, тропних до нейромедіаторних систем, що локалізуються в кортико-лімбічній системі, порушення якої характерні для опромінених осіб. Забезпечення індивідуального підбору найбільш ефективного препарату можливо завдяки використанню фармакологічного профілю кЕЕГ (фармакологічного «кЕЕГ–профілю»).

У тісному зв'язку зі станом соціального та церебрального (сомато-церебрального) рівнів знаходяться розлади особистісного рівня. Одним з головних методів корекції цих розладів залишається психотерапія. Медикаментозна корекція доцільна тільки при декомпенсації психопатоподібних

розладів. Критеріями вибору психофармакотерапії постраждалих є ефективність та безпечність препарату при мінімумі міжлікової взаємодії, що зумовлено високою коморбідністю психічної і соматичної патології. Слід відзначити, що навіть при призначенні психофармакологічних засобів психотерапія зберігає своє вирішальне значення у корекції особистісних розладів.

Найбільш доцільною є особистісно-орієнтована індивідуалізована психотерапія, яка за допомогою здорового глузду формує адекватну внутрішню картину хвороби та установку на активну (трудова) життєву стратегію у пацієнта. Безумовно, істотне місце у психотерапевтичній роботі відіграє корекція сімейних дисгармоній.

Важливим компонентом особистісної реадaptaції постраждалих є оволодіння комплексом вправ з психічної саморегуляції. У цей комплекс включені досягнення як західної, так і східної психотерапії та фізичної культури (аутогенне тренування, медитація, дихальна гімнастика, асани йоги та ін.). Заняття комплексом психічної саморегуляції для цього контингенту хворих поруч з власне терапевтичним ефектом самих фізичних вправ має метою самокорегувати особистісні порушення шляхом самопізнання, саморозвитку та самовдосконалення.

Для вибору психопрофілактичних і психореабілітаційних заходів має значення «латералізація» нейропсихіатричного синдрому (домінантно-кортикальний, недомінантно-лімбічний і білатеральний).

При виявленні домінантно-кортикального синдрому методом психотерапії першого вибору являється психостимулотерапія, другого — каузометрія та поведінкова терапія. Допоміжні методи — терапія оточенням, терапія зайнятістю, трудова терапія. На пізніх етапах лікування як додаткові методи можуть бути використані раціональна психотерапія і сугестивна терапія.

Для психофармакотерапії слід використовувати антидепресанти з переважно активуючою дією: селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну (флуоксетин, циталопрам, есциталопрам, сертралін), селективні інгібітори зворотного захвату норадреналіну, зворотні інгібітори моноамінооксидази А.

Препаратами другого вибору являються трициклічні антидепресанти з переважною активуючою дією, бензодіазепіни, атипічні антипсихотики з переважною активуючою дією (сульпірід, рісперідон). При виникненні пароксизмальних станів слід використовувати антиконвульсанти (карбамазепін, вальпроати, ламотриджін).

В якості допоміжних методів лікування слід використовувати латеральну фізіотерапію (ФІЛАТ), біологічний зворотній зв'язок, кінезотерапію, транскраніальну магнітну стимуляцію.

При виявленні білатерального синдрому методами психотерапії першого вибору являється когнітивно-поведінкова терапія, каузометрія, сугестивна психотерапія; другого — психостимулотерапія. Допоміжними методами являються терапія оточенням, терапія зайнятністю, трудова терапія.

Препарат для психофармакотерапії слід вибирати в залежності від провідного психопатологічного синдрому. Допоміжні методи лікування не відрізняються від викладених вище.

При виявленні недомінантно-лімбічного синдрому методами психотерапії першого вибору являються психостимулотерапія, раціональна психотерапія і сугестивна терапія; другого — каузометрія та поведінкова терапія. Допоміжні методи — терапія оточенням, терапія зайнятністю, трудова терапія.

Для психофармакотерапії слід використовувати антидепресанти з переважно седативною дією: селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну (флувоксамін, пароксетин). Препаратами другого вибору являються трициклічні і тетрациклічні антидепресанти з переважною седативною дією, бензодіазепіни, нейролептики з седативним ефектом. При виникненні пароксизмальних станів слід використовувати антиконвульсанти (карбамазепін, вальпроати, ламотриджін).

Допоміжні методи лікування не відрізняються від викладених вище.

Застосування розроблених моделей психореабілітації та психопрофілактики для постраждалих при надзвичайних радіаційних ситуаціях забезпечить ефективну охорону їх психічного здоров'я та соціальну адаптацію.

ВИСНОВКИ

Отже, дані методичні рекомендації розроблені із використанням власного досвіду подолання нейропсихіатричних наслідків Чорнобильської катастрофи, а також медичному і психофізіологічному супроводі робіт із перетворення ОУ на екологічно безпечну систему.

Використання вище викладеної організаційної структури блоку інтенсивної нейропсихіатричної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних радіаційних ситуацій дозволить оптимізувати функціонування відділень радіаційної психоневрології (і їх аналогів) і покращити надання своєчасної та адекватної спеціалізованої допомоги постраждалим, що, в свою чергу, попередить розвиток інвалідизації, різних форм дефектів та соціальної дезадаптації і буде мати виражені соціальний та економічний ефекти.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Психическое здоровье в чрезвычайных ситуациях / ВОЗ: Департамент психического здоровья и зависимости от психоактивных веществ. — ВОЗ, Женева, 2005. — 8 с.
2. Принципи загальнонаціональної системи охорони психічного здоров'я постраждалих при радіаційних аваріях та радіологічних атаках / К. М. Логановський, М. О. Бомко, С. А. Чумак, Л. Л. Здоренко // Матеріали наукового симпозіуму та пленуму науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України «Актуальні питання неврології, психіатрії та наркології» 2–3 грудня 2009 р., Київ. — Київ–Харків, 2009. — С. 121–122.
3. Логановський К.М. Нейропсихіатричні наслідки Чорнобильської катастрофи: сучасний стан доказів // Укр. мед. часопис. — 2008. — Т. 68, № 6. — С. 44–51.
4. ICRP Publication 96. Protecting people against radiation exposure in the event of a radiological attack // Annals of the ICRP, Elsevier. — 2005. — Vol. 35, Issue 1. — 110 p.
5. Бомко М.О. Структурно–функціональна характеристика органічних психічних розладів в учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у віддалений період після впливу іонізуючого випромінювання: Автореф. дис... канд. мед. наук: 03.00.01. Науковий центр радіаційної медицини АМН України. — К., 2005. — 22 с.
6. Антипчук К.Ю. Клініко–нейропсихологічна характеристика органічних психічних розладів у віддалений період впливу іонізуючого випромінювання внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС: Автореф. дис... канд. мед. наук: 03.00.01, захищена 15.02.2005 / Науковий центр радіаційної медицини АМН України. — Київ, 2005. — 23 с.
7. Чумак С.А., Логановский К.Н. Модели психопрофилактики и психореабилитации пострадавших вследствие аварии на Чернобыльской АЭС с учетом межполушарной асимметрии головного мозга // Материалы научно-

практической конференции с международным участием «Возрастная нейропсихология и нейропсихиатрия», 19 февраля 2007 г., Киев. — К., 2007. — С. 27–28.

8. Удосконалення діагностики та реєстрації нервово-психічних розладів та цереброваскулярної патології у постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС / Логановський К.М., Бузунов В.О., Чупровська Н.Ю. та ін. // Методичні рекомендації. — К.: МОЗ, АМН, Укрмедпатентінформ, 2010. — 40 с.

9. Особливості діагностики когнітивних розладів у постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи, їх профілактика, лікування та шляхи реабілітації / Логановський К.М., Антипчук К.Ю., Логановська Т.К. та ін. // Методичні рекомендації. — К.: МОЗ, АМН, Укрмедпатентінформ, 2010. — 24 с.