

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС
В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД
И МЕТОДЫ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Воронько П.А.¹, Зиновьев Е.В.¹, Таций Н.П.¹,
Романова И.В.², Селюкова Т.В.²**

*¹Областной клинический специализированный диспансер
радиационной защиты населения, Харьков*

*²Харьковская медицинская академия последипломного
образования*

Актуальность проблемы. Непосредственный шок от самой большой техногенной катастрофы XX века давно миновал, но «постчернобыльский» синдром продолжает беспокоить население Украины. Необходимо постоянное внимание государства и общественности, поскольку уже отдаленные последствия такого пренебрежительного отношения к этой проблеме роковым образом сказываются на жизни нашего общества. Проблема последствий длительного воздействия малых доз ионизирующего излучения (ИИ) на организм человека становится все актуальнее (П.В. Волошин). По статистическим данным, у лиц, подвергшихся длительному воздействию малых доз ИИ в период ликвидации последствий аварии, в клинической семиологии поражений нервной системы значительный удельный вес занимают полинейропатический синдром (Е.Г. Дубенко, И.А. Мешков) и диссоциативно органические расстройства (К.Н. Логановский). На сегодняшний день проблемы лечения и реабилитации участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции (далее — ликвидаторов), необходимость поиска новых методологических подходов и выбора адекватного метода лечения остаются по-прежнему острыми. В настоящее время усугубляется новая проблема — это дети ликвидаторов, переселенцев. Реабилитация, лечение, медико-социальные вопросы и даже юридические, поскольку многие из них социально не защищены и дезориентированы в подобных условиях жизни.

Далеко не все дети наблюдались в Институте охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины. А если и наблюдались, то выход во взрослую жизнь лишил их автоматически группы инвалидности в связи с заболеванием. У большинства ликвидаторов-родителей или переселенцев из зон отчуждения, которые сами болеют, нет ни времени, ни материальных, ни физических возможностей добиться восстановления группы инвалидности, социальной справедливости и социальной защищенности своих детей. Здесь играют еще большую роль уровень интеллекта, дальновидность и юридическая грамотность, а также территориальная отдаленность от областного центра, в данном случае — Харькова.

Цель. Освещение современных особенностей клинических проявлений не только у ликвидаторов, но и у переселенцев из зон отчуждения и их детей. Подбор индивидуальных и эффективных, простых и доступных методов лечения. Принцип подбора психотерапевтических методов эклектический.

Объект и методы исследования. Сами ликвидаторы и переселенцы перенесли тяжелый психозкологический стресс, характерной чертой которого, в отличие от войн и стихийных бедствий, являлась проекция опасений за здоровье в будущем. Возможность возникновения отдаленных и генетических последствий облучения стала мощным хронифицированным психотравмирующим фактором, который привел к формированию синдрома «негарантированного» или безнадежного будущего, что стало характерной приметой текущего момента (С.И. Табачников, С.В. Титиевский). На настоящий момент общепризнанным считается мнение, что спустя 30 лет после ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС практически у всех ликвидаторов формируются многообразные изменения личности и социальной адаптации. В частности пограничные психические и соматогенные расстройства на отдаленном этапе заболевания. Наблюдается прогрессирующая социальная дезадаптация, обусловленная присутствием у больных комплекса социальной уязвимости и бесполезности для общества. Эффект «виктимизации», развитие которого связано в первую очередь с изменением общественного мнения в отношении

бывших «чернобыльцев» (как и воинов-афганцев: смещение из плоскости героизма и мужества в область жертвенности (П.Т. Петрюк, И.А. Якущенко).

Особую озабоченность вызывает тот факт, что у детей ликвидаторов и переселенцев из зон отчуждения, а теперь и их внуков, наблюдается врожденная аномалия развития мочеполовой системы, соединительной ткани, нарушение репродуктивной функции, депрессивное развитие личности, формирование комплекса неполноценности. Внутренняя картина болезни разнообразна и характеризуется анозогнозией. Наблюдается снижение уровня притязания и страх перед будущим, нарушение коммуникативных умений, что приводит к нарушению межличностных отношений, к проявлению агрессии. Формируется почва для затяжных депрессий, пограничных состояний, невротозов, навязчивых мыслей (суицидальных) и их реализации (потеря смысла жизни). Авторы отмечают медико-социальные причины: у детей — трудности с учебой, проблемы с трудоустройством, созданием семьи, отсутствием социальной защищенности и перспективы на будущее (Н.И. Дашинская).

Следует отметить полиморфный характер выявленных психопатологических расстройств, пограничных расстройств аффективного и личностного регистра в сочетании с не грубым психоорганическим синдромом. У большинства ликвидаторов отмечается формирование хронических изменений личности, характеризующихся «рентным» или установочным поведением.

Среди ликвидаторов наиболее распространены тревожные расстройства (ТР) — паническое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, паническое, депрессивное, ипохондрическое, агорофобия, социофобия и посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР).

Отмечаются следующие особенности в клинике:

- тревожно-депрессивные нарушения на фоне дисциркуляторной энцефалопатии у 90 % больных.
- ТР встречаются у 75–80 % ликвидаторов.

У 90 % обследованных больных выявлены разнообразные вегетососудистые пароксизмы, чаще всего симпатoadrenalового или смешанного типа.

Исследование проводилось среди 80 больных ликвидаторов в возрасте 45–60 лет, имеющих в анамнезе психоневрологическую патологию и психосоматику. Использовались шкала самооценки, шкала самооценки депрессии, шкала самооценки тревоги (О.С. Чабан, Е.А. Хаустова). Клинический опросник уровня субъективного контроля, опросник НИИ им. Бехтерева для выявления типа отношений к болезни (ТОБОЛ). Это давало возможность рационально использовать информацию для подбора методов психотерапии.

У ликвидаторов внутренняя картина болезни характеризуется мозаичностью типов эмоционального реагирования на болезнь — истерическая, фобическая, депрессивная, ипохондрическая, эйфорично-анозогностическая.

Лечение и реабилитация тревожных состояний у ликвидаторов

В Областном клиническом специализированном диспансере радиационной защиты населения (ОКСДРЗН) г. Харькова проводятся комплексные мероприятия на фоне базисного лечения, которое включает специфическую психофармакологию, антиоксиданты, вазоактивные препараты, антидепрессанты, анксиолитики и, конечно же, психотерапию (ПТ).

Мы применяем, кроме краткосрочной психотерапии, целый психотерапевтический комплекс, который включает в себя когнитивно-поведенческую ПТ в различных модификациях (реактивная экспозиция и когнитивная интервенция), телесно-ориентированную (ТО) ПТ и ее разновидности. Важно отметить эклектический принцип подбора методов ПТ. Практически у всех ликвидаторов присутствует синдром мышечной напряженности и снижение тонуса гладкой и скелетной мускулатуры. Поэтому применение различных вариантов ТО ПТ и игольчатых аппликаторов Ляпко логически обосновано. Мы широко применяем аппликаторы в качестве активаторов обменных процессов в тканях, которые обладают достаточно эффективным спазмолитическим, обезболивающим, противовоспалительным и релаксирующим эффектом. Кроме этого, способствуют снятию хронической боли, мышечных блоков и зажимов, усталости. Аппликаторы Ляпко уже применяются в течение 7–8 лет. Эффект об-

надеживающий и с их применением в домашних условиях.

Нами разработан и апробирован вариант ТО ПТ. В комплекс метода включаются 3 варианта тренинга по Фенденк-райсу, прогрессирующая мышечная релаксация Э. Джекобсона. Мышечная релаксация является антифобическим фактором. Эффективны релаксирующая постизометрическая гимнастика, элементы гимнастики Кай-мен, Ниши (Япония), щеточный и подошвенный массаж.

Выводы. Как показывают результаты анализа клинической симптоматики у ликвидаторов аварии на ЧАЭС в нашем диспансере, обращают на себя внимание полиморфизм и однотипность жалоб больных; однообразие психосоматической симптоматики; системность и полиморфизм сопутствующих психосоматических заболеваний; развитие синдрома преждевременного старения (универсальный атеросклероз, дистрофические изменения в позвоночнике и др.).

Следует отметить также характерную динамику личностных изменений в плане нарастания когнитивных расстройств и эмоционально-волевого регресса психической деятельности.

По сравнению с данными материалов Второй Международной конференции, посвященной отдаленным последствиям аварии на ЧАЭС в г. Киеве (1998 г.), и данными нашего диспансера, значительно увеличилось процентное отношение психоорганического, депрессивного и тревожно-депрессивных синдромов, панических расстройств. Со стороны неврологии отмечается прогрессирование цереброваскулярной патологии.

Сегодня мы получили больше возможностей для проведения инструментальных обследований — МРТ головного мозга. При этом отмечается увеличение числа больных с множественными сосудистыми очагами в структурах головного мозга, что трактуется как лейкоареоз или мультиинфарктная болезнь мозга. У чернобыльцев — участников АТО отмечается рост ПТСР (за 2015 год психотерапевтическую реабилитацию в диспансере прошли 40 человек) и у всех обнаружено наличие хронической церебральной сосудистой недостаточности и изменение со стороны центральной нервной системы. Применение разработанной нами систе-

мы ТО ПТ дает возможность добиться максимальной результативности лечения. Комплексная терапия ликвидаторов и переселенцев позволяет значительно уменьшить степень вегетативной дисфункции и тревожных расстройств, повысить адаптационные и резервные возможности организма и укрепить психологическую защиту. Важен феномен присутствия рационального взаимодействия больного и врача (комплаенс). Особо следует отметить хорошую переносимость лечения, простоту и отсутствие побочных эффектов.

Эффективность подобной реабилитации ликвидаторов подтверждается не только в условиях стационара (наш диспансер и студенческая больница № 20), но и в условиях санаторно-курортного лечения (клинический санаторий «Березовские минеральные воды»).