УДК 616.89

ВЛИЯНИЕ ОПОСРЕДОВАННОГО ВОВЛЕЧЕНИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

С.А.Федотов, А.В.Дмитриев, М.А.Тетюшкин

Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения г. Москвы

Проведена скрининговая оценка психического состояния лиц, опосредованно вовлеченных в чрезвычайные ситуации (ЧС). В ходе исследования у 41% обследованных были выявлены клинически значимые тревога и депрессия, у 27% – субклиническая тревога и депрессия; средняя оценка по госпитальной шкале тревоги и депрессии составила для этих групп (17,4±4,3) и (8,6±1,3) баллов соответственно. Указанные результаты свидетельствуют о значительной психоэмоциональной нагрузке, получаемой данным контингентом в результате опосредованного вовлечения в ЧС, указывают на необходимость как дальнейшего изучения психических расстройств, обусловленных опосредованным вовлечением в ЧС, так и разработки программы своевременного выявления, лечения и профилактики означенной патологии.

Ключевые слова: *население, опосредованное вовлечение, психическое здоровье, чрезвычайные ситуации*

Психотравмирующее и эмоциональное воздействие чрезвычайных ситуаций (ЧС) на население традиционно рассматривается как воздействие на лиц, непосредственно вовлеченных в ЧС, однако приходится констатировать, что на практике «зона поражения» оказывается намного шире.

Так, после теракта в московском метрополитене (участок Автозаводская – Павелецкая, 2004) отмечалось значительное увеличение количества первичных и повторных обращений за помощью пациентов с агорафобией, связывавших ухудшение своего состояния с ЧС, но непосредственно в нее не вовлеченных. Очевидно, что и последний теракт в московском метрополитене (2010) оказал психотравмирующее и депримирующее воздействие практически на всех жителей столицы, а также их родственников, проживающих в других городах.

Причинами столь массированного поражающего воздействия ЧС на население являются:

1. Чрезвычайно большая распространенность психоэмоциональных расстройств (по данным иностранных и отечественных исследователей – не менее 20%) в популяции [1, 2].

2. Высокая частота возникновения и тяжелые последствия ЧС, особенно терактов (Буденновск, 1995; Буйнакск, 1999; Беслан, 2004; Москва, 1999, 2002, 2004, 2009, 2010).

3. Поскольку значительная часть расстройств проявляется не «психическими» симптомами, а привычными в бытовом понимании проблемами (нарушения сна, раздражительность, утомляемость, снижение настроения, ощущение бесперспективности существования, хроническая усталость), это приводит к позднему обращению за помощью и хронизации заболевания [3].

4. Коморбидность психоэмоциональных расстройств и соматических заболеваний ведет к взаимному потенцированию патологических процессов и росту смертности [4–8].

5. Психоэмоциональные нарушения приводят к снижению трудоспособности, концентрации внимания, скорости реакции и оперативности мышления, а это, в свою очередь, ведет к резкому росту риска возникновения «вторичных» ЧС как результата действия «человеческого фактора» [1, 9, 10].

Таким образом, помимо лиц, непосредственно вовлеченных в ЧС, формируется значительная группа лиц, не находившихся в зоне ЧС, но подвергшихся воздействию стрессовых факторов, обусловленных информацией о ней.

Эту группу можно разделить на следующие подгруппы:

1. Родственники, друзья и знакомые лиц, непосредственно вовлеченных в ЧС, – не менее 10 чел. на каждого непосредственно вовлеченного.

2. Лица с первично проявившимися или обострившимися вследствие опосредованного вовлечения в ЧС (Интернет, телевидение, газеты) психоэмоциональными расстройствами и психогенными соматическими заболеваниями. В их число следует включить тех сотрудников служб, задействованных в ликвидации последствий ЧС, которые не принимали непосредственного участия в спасательных работах.

3. Родственники лиц, входящих во 2-ю подгруппу.

Вследствие многочисленности лиц, входящих во 2 и 3-ю подгруппы, и трудности своевременного оказания им квалифицированной медицинской помощи суммарные экономические потери и снижение качества жизни в этих подгруппах даже превосходят соответствующие показатели у лиц, непосредственно вовлеченных в ЧС, и их родственников. Это особенно заметно при изучении реакции Интернет-аудитории на теракт. Десятки тысяч постов, как минимум – каждый 10-й, свидетельствуют о тяжелом (практически болезненном) душевном состоянии, а если учесть, что в эти подгруппы входят 20–30% лиц, уже страдающих психоэмоциональными расстройствами, можно говорить о тысячах случаев первичных заболеваний и обострения имеющихся расстройств.

Реализация приказов №66 (2003), № 258 (2005) Департамента здравоохранения г. Москвы, а также методических рекомендаций №32 «Научное обоснование стратегии развития психотерапевтической и медико-психологической помощи в ЧС и при их последствиях» (2001) в отношении 2 и 3-й подгрупп в части, касающейся снижения психотравмирующего и эмоционального воздействия катастроф на население, вовлеченное в ЧС, и снижения рисков и уровня медико-санитарных последствий ЧС в мирное время, представляется, с одной стороны, остро необходимой, с другой, крайне затруднительной вследствие многочисленности указанных подгрупп, их территориальной рассеянности и трудности своевременной диагностики лиц, в них входящих.

У лиц, вовлеченных в ЧС, депрессивный синдром является одной из наиболее часто выявляемых патологий. В то же время депрессию диагностируют у 20–50% пациентов, обращающихся к врачам общей практики [11]. При этом остаются не распознанными 50–70% тревожных и депрессивных расстройств. Правильный диагноз в таких случаях ставится лишь 0,5–4,5% больных. И это притом, что именно к врачам первичного звена чаще всего обращаются за помощью пациенты с непсихотическими психическими расстройствами, характерными для пострадавших в результате опосредованного вовлечения в ЧС.

Существует много гипотез развития депрессивных расстройств. В качестве патогенетических механизмов рассматриваются нарушения нейроэндокринных, иммунологических и генетических взаимодействий [12]. Так, при депрессии наблюдается дисбаланс таких нейротрансмиттеров, как катехоламин, серотонин, дофамин [13–18].

Особое значение приобретает депрессивный синдром в свете своего потенцирующего воздействия на имеющуюся соматическую патологию [4–7]. Установлено, что не менее 76% пациентов с диагнозом «депрессия» жалуются на такие соматические симптомы, как головная боль, боль в животе, боли неясного характера без четкой локализации, боли в спине [19–21]. Наблюдается и обратный эффект – тяжелые телесные заболевания усугубляют депрессию и функциональную несостоятельность [6].

Этим объясняется цель нашего исследования – скрининговая оценка психического состояния, прежде всего по депрессивному и тревожному синдромам, у такого специфического контингента, как диспетчеры станции скорой и неотложной медицинской помощи (ССиНМП). Особенность работы сотрудников, включенных в данную группу, заключается в том, что, не принимая непосредственного участия в ликвидации последствий ЧС, не выезжая на место происшествия, работая в комфортных условиях диспетчерского зала, они, казалось бы, не должны были испытывать на себе психотравмирующего и деструктивного воздействия ЧС. Однако, как показало проведенное нами исследование, это не так.

В качестве инструмента оценки психического состояния – выраженности тревожного и депрессивного синдромов как наиболее актуальных для лиц, вовлеченных в ЧС, – нами была использована госпитальная шкала тревоги и депрессии (A.S.Zigmond и R.P.Snaith, 1983). В исследование были включены диспетчеры ССиНМП, работающие не менее года на момент исследования. Критериями исключения были: установленный ранее диагноз психического заболевания; прием психотропных препаратов на момент исследования; состояние временной нетрудоспособности по соматическому заболеванию. Средний возраст обследуемых – (42,5±7,2) лет. Все обследуемые – женщины (должностная специфика). В исследование были включены 66 чел. У 27 (41%) были выявлены клинически значимые тревога и депрессия, у 18 (27%) – субклиническая тревога и депрессия; средняя оценка по госпитальной шкале тревоги и депрессии составила для этих групп (17,4±4,3) и (8,6±1,3) баллов соответственно. Лишь у 21 обследованного (32%) не было выявлено тревожной и депрессивной симптоматики. Столь высокая распространенность и выраженность психопатологических симптомов среди работоспособных и работающих лиц (у 2/3 включенных в исследование были выявлены признаки тревожного и депрессивного синдромов, что значительно превышает их распространенность в популяции в целом) говорит о значительной психоэмоциональной нагрузке, получаемой данным контингентом в результате опосредованного вовлечения в ЧС.

Необходимо отметить, что проблема опосредованного влияния ЧС на состояние психического здоровья населения, бесспорно, требует дальнейшего изучения. В настоящем исследовании нами лишь зафиксирован сам факт наличия и значимости психотравмирующего и деструктивного воздействия ЧС на психическое здоровье лиц, которые не пострадали в ЧС и не были участниками ликвидации их последствий. Представляется необходимым провести структурный анализ психических расстройств, обусловленных опосредованным вовлечением в ЧС, выделить группы наибольшего риска возникновения этих расстройств, разработать программы своевременного выявления, лечения и профилактики означенной патологии.

Другой проблемой, выявленной в ходе исследования и также требующей более тщательного и детального изучения, является состояние здоровья лиц, привлекаемых к ликвидации последствий ЧС и оказанию медицинской помощи пострадавшим. Выявленная у диспетчеров ССиНМП распространенность тревожного и депрессивного синдромов позволяет предположить, что среди членов бригад СМП распространенность этих расстройств также может оказаться весьма высокой. А это, в свою очередь, является фактором, значительно повышающим риск развития соматической патологии, в том числе ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, инфаркта и инсульта. Все это говорит о необходимости дальнейшего изучения психических расстройств, обусловленных как прямым, так и опосредованным вовлечением в ЧС, и разработки эффективной системы их выявления, профилактики и лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Murray C., Lopez A.* Global mortality, disability and the contribution of risk factors: global burden of disease study // Lancet. 1997. 349. 1436–1442.
2. *Mulsant B.H., Ganguli M.* Epidemiology and diagnosis of depression in late life // J. Clin. Psychiatry. 1999. 60 (supp120) : 9–15.
3. *Strand J., Bahro M.* Depression of old age // Schweiz. Med. Wochenschr. CHUV, Lausanne: Service Universitaire de Psychogeriatry.1999. Aug 21; 129 (33) : 1162–70.
4. *Ветроградова О.П.* Депрессии в общемедицинской практике (ранняя диагностика, профилактика, лечение) // Журн. невропатол. и психиатр. 1997. № 7. С. 22–26.
5. Диагностика и фармакотерапия депрессий у соматических больных / *Смулевич А.Б., Сыркин А.Л.* и др. // Там же.
6. *Katz I.R.* On the inseparability of medical and physical health in aged persons: lessons from depression and medical comorbidity // J. Geriatr. Psychiatry. 1996. 4 : 1–16.
7. *Whooley M.A., Browner W.S.* Association between depressive symptoms and mortality in older women: study of osteoporotic fractures research group // Arch. Intern. Med. 1998. 158 : 2129–2135.
8. *Frasure-Smith N., Lesperance F, Talajic M.* Depression following myocardial infarction // JAMA. 1993. 270 : 1819–1825.
9. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiclogic survey / *Broadhead W.E., Blazer D.G., George L.K.* et al. // Ibid. 1990. 264 : 2524–2528.

10. *Kiloh L.G., Andrews G., Neilson M.* The long-term outcome of depressive illness // Br. J. Psychiatry. 1988. 153 : 752–757.
11. *Andersen S.M., Hathorn B.H.* The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primery care physicians // Med. Care. 1989. 869–886.
12. Принципы и практика психофармакотерапии / *Яничак Ф. Дж., Девис Дж. М., Прескорн Ш.Х., Айд Ф. Дж. мл.* / Пер. с англ. Малярова С.А. К.: Ника-Центр, 1999. 728 с.
13. *Schildkraut J.J.* The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence // Am. J. Psychiatry. 1965. 122 : 509–522.
14. *Bunney W.E. Jr., Davis J.M.* Norepinephrine in depressive reactions // Arch. Gen. Psychiatry. 1965. 13(6) : 483–494.
15. *Stanley M., Mann J.J.* Increased serotonin-2 binding sites in frontal cortex of suicide victims // Lancet. 1983. I : 214–216.
16. Psychobiology of suicide, impulsivity and related phenomena / *Asberg M., Schalling D., Traskman- Bendy L., Wagner A.* // Psychopharmacology: the third generation of progress / ed. Meltzer H.Y. NewYork: Raven Press, 1987. 655–668.
17. *Tuomisto J., Tukiainen E.* Decreased uptake of 5-hydroxytryptamine in blood platelets from depressed patients // Nature. 1976. 262 : 596–598.
18. Mania, depression and brain dopamine / *Randrup A., Munkvad I., Fog R.* et al. // Current developments in psychopharmacology / eds. *Essman W.B., Valzelli L.* New York: Spectrum Publications, 1975. 207–209.
19. Corruble E., Guelfi J.D. Pain complaints in depressed inpatients // Psychopathology. 2000. 33 : 307–9.
20. *Kroenke K., Price R.K.* Symptoms in the community // Arch. Intern. Med. 1993. 153 : 2474–80.
21. The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in primary care patients / *Gerber P.D., Barrett J.E., Barrett J.A.* et al. // J. Gen. Intern. Med. 1992. 7 : 170–3.

Материал поступил в редакцию 09.08.10

Influence on Psychological Health of Indirect Involvement in Emergency Situations

S.A.Fedotov, A.V.Dmitriev, M.A.Tetyushkin

A screening assessment of psychological status of people indirectly involved in emergency situations was carried out. It was found that 41% of those examined had clinically significant psychic tension and depression while 27% of them subclinical ones. The results evidence the presence of substantial psychoemotional stress in those indirectly involved in emergency situations and point to the necessity of the further studies of psychic disorders caused by indirect involvement in emergency situations and of elaboration of a program of timely detection, treatment and prophylactics of the pathology.

Key words: *emergency situations, indirect involvement, population, psychological health*

УДК 617.582:616-053.2

ЗАКРЫТЫЙ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

С.И.Яндиев

ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Минздравсоцразвития России»

Проанализированы результаты хирургического лечения 474 детей с множественными и сочетанными повреждениями из 552 пострадавших детей с диафизарными переломами бедренной кости, поступивших в клинику в 1999–2010 гг. У подавляющего числа прооперированных (250 детей) была выполнена закрытая интрамедуллярная фиксация отломков (257 операций остеосинтеза).

Представлены методы/технологии закрытого интрамедуллярного остеосинтеза.

Сделан вывод, что у детей с политравмой, в зависимости от их возраста (дошкольный, младший школьный, старший школьный) и типа перелома, оптимальным является применение тех или иных методов/технологий закрытого интрамедуллярного остеосинтеза диафизарных переломов бедренной кости.

Отмечено также, что закрытый интрамедуллярный остеосинтез диафизарных переломов бедренной кости у детей с политравмой обеспечивает оптимальные условия выполнения необходимых дополнительных исследований и оперативных вмешательств.

Ключевые слова: *бедренная кость, дети с политравмой, диафизарный перелом, закрытый интрамедуллярный остеосинтез*

Частота множественных и сочетанных повреждений в структуре детского травматизма является достаточным основанием для расширения показаний к стабильно-функциональному остеосинтезу [1, 2].

В условиях политравмы применение рациональной лечебной тактики имеет особое значение, что связано с тяжестью состояния больных и реальной угрозой декомпенсации витальных функций как следствия операционного стресса [3].

В соответствии с современной доктриной лечения пострадавших с тяжелыми механическими травмами при множественных и сочетанных повреждениях выбор метода остеосинтеза, включая предварительную и окончательную фиксацию костных фрагментов, должен проходить в формате «damage control» с минимизацией операционной травмы [2, 3].

В контексте внутренней фиксации положение о минимально инвазивных вмешательствах наиболее полно реализуется при выполнении закрытого интрамедуллярного остеосинтеза [4–7].

Материал и методы исследования. В 1999–2010 гг. в клинике находились на лечении 474 пациента с диафизарными переломами бедренной кости в структуре политравмы.

У 412 больных (74,6%) преобладали сочетанные повреждения, 24,8% пациентов имели травмы 3 и более анатомо-функциональных областей (рис.1).