

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 выжалось 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