

## ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ В ПЕРИОДЫ ШОКА И ТОКСЕМИИ

Сыкина О.И., Лебедева Ю.А., Голенков А.В.

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,  
e-mail: lady.sickina@yandex.ru, mi.yulii@yandex.ru*

---

Ожоги – одно из самых распространенных травматических поражений, которые сопровождаются развитием различных психических расстройств (ПР) на всех этапах ожоговой болезни. ПР при ожогах в отечественной литературе освещены недостаточно.

Цель исследования – изучить распространенность и особенности ПР у больных ожогового стационара в периоды шока и токсемии.

Материалы и методы. Изучена медицинская документация 10 больных (8 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 33 до 66 лет (средний возраст –  $51,0 \pm 9,7$  года), находящихся на лечении в ожоговом отделении Республиканской клинической больницы. Анализировались истории болезней (оформленные консультации психотерапевта, психиатра), записи в сестринском журнале наблюдений.

Результаты. Из 191 больных, госпитализированных с ожогами преимущественно II-III степеней за 10 месяцев 2018 г., ПР выявлены у 10 (5,2%). В период ожогового шока ПР регистрировались у двух больных, в период токсемии – у восьми. Наблюдались в основном кратковременные психотические расстройства, протекающие у четверых больных с помрачением сознания (делирий), которые были успешно купированы парентеральным введением транквилизаторов и/или нейролептиков в течение 3-10 дней. 80% больных курило, около половины злоупотребляло алкоголем; ожоги II-III степеней в среднем составляли у них  $28,0 \pm 0,2\%$  площади тела (60-70% – это были голова и шея). Умышленный ожог с попыткой шантажа (суицида) выявлялся в одном случае.

Заключение. У 5,2% ожоговых стационарных больных в остром периоде травмы развиваются выраженные ПР (кратковременные психозы), которые требуют своевременного оказания психиатрической помощи.

---

Ключевые слова: ожоговые больные, психические расстройства (психозы), шок, токсемия.

## MENTAL DISORDERS AMONG BURN PATIENTS DURING PERIODS OF SHOCK AND TOXEMIA

Sykina O.I., Lebedeva Y.A., Golenkov A.V.

*I.N. Ulyanov Chuvash State University  
e-mail: lady.sickina@yandex.ru, mi.yulii@yandex.ru*

---

Burns-one of the most common traumatic lesions, which are accompanied by the development of various mental disorders (MD) at all stages of burn disease. MD burns in the domestic literature is not enough.

The aim of the study was to study the prevalence and features of MD in patients with burn hospital during periods of shock and toxemia.

Materials and methods. Medical records were studied for 10 patients (8 men and 2 women) aged 33 to 66 years (mean age –  $51.0 \pm 9.7$  years) who were treated in the burn Department of the Republican clinical hospital. Analyzed the history of diseases (decorated consultation psychotherapist, psychiatrist), records in the journal of nursing observations.

Results. Of the 191 patients hospitalized with burns, mainly II-III degrees for 10 months of 2018, MD was detected in 10 (5.2%). In the period of burn shock, MD was registered in two patients, in the period of toxemia – in eight. There were mainly short – term psychotic disorders occurring in four patients with impaired consciousness (delirium), which were successfully stopped by parenteral administration of tranquilizers and/or neuroleptics for 3-10 days. 80% of patients smoked, about half abused alcohol; the area of burns of II-III degrees averaged  $28.0 \pm 0.2\%$  of the body area (60-70% were head and neck). Intentional burn with attempt of blackmail (suicide) was revealed in one case.

Conclusion. In 5.2% of burn inpatients in the acute period of injury develop pronounced MD (short-term psychosis), which require timely provision of psychiatric care.

---

Key words: burn patients, mental disorders (psychoses), shock, toxemia.

## **Введение**

Ожоги представляют глобальную проблему в области здравоохранения. По годовым отчетам Министерства здравоохранения Российской Федерации, термические и химические ожоги ежегодно (2010-2017) получают от 276,2 до 362,8 тысяч человек; общая летальность от ожогов составляет 1,36%.

В 2017 г. ожоги получили 2073 жителя Чувашии, почти половина из них – дети (873). Ожоги, как утверждает главный комбустиолог республики, чаще всего (77%) получали люди трудоспособного возраста (20-60 лет), преимущественно мужского пола, в результате бытовых травм (ожоги от кипятка – 68,5%, пламени – 18,9%, электричества – 12,6%); на долю производственных травм приходилось всего 3,3%. Большинство пациентов имели ожоги II-III степени с площадью поражения не более 10-20% поверхности тела [1].

Наиболее часто среди факторов, предрасполагающих к получению ожоговой травмы, указываются органические поражения головного мозга, характерологические расстройства, алкоголизм (злоупотребление алкоголем) и употребление психоактивных веществ. Частота психических расстройств (ПР) прямо пропорциональна тяжести ожоговой травмы: если при поверхностных ожогах ПР – это редкость, то при глубоких поражениях, превышающих 20% поверхности тела, он возникает у 90% пострадавших [3]. ПР в одних случаях преходящи и связаны только с определенными периодом ожоговой болезни, в других – обнаруживаются на всех этапах болезни, в третьих – сопровождают пострадавшего всю жизнь [3-10].

В отечественной литературе нам встретились единичные работы, в которых обсуждаются ПР при ожоговой болезни [3, 4], однако поднятая проблема имеет безусловное научно-практическое значение. Она актуальна как для врачей широкого профиля (комбустиологов, хирургов, психиатров, психотерапевтов и др.), так и для младшего и среднего медицинского персонала, непосредственно ухаживающего за такими больными.

**Цель исследования** – изучить распространенность и особенности ПР у больных ожогового стационара в периоды шока и токсемии.

**Материалы и методы.** Проанализирована медицинская документация 10 больных (8 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 33 до 66 лет (средний возраст –  $51,0 \pm 9,7$  года), находящихся на лечении в ожоговом отделении Республиканской клинической больницы и которым консультанты (психотерапевт и психиатр) поставили диагноз ПР. Анализировались истории болезней (оформленные консультации психотерапевта, психиатра), записи в сестринском журнале наблюдений. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (расчет среднего значения, стандартного отклонения).

## **Результаты исследования и их обсуждение.**

В результате просмотра 191 историй болезни из базы данных отделения за 10 месяцев (с января по октябрь) 2018 г., были выбраны 10 (8 мужчин и 2 женщины), в которых имелась отметка о консультации психотерапевта или психиатра с постановкой диагноза ПР. Это составило 5,2% от общего числа больных.

При этом у девяти из 10 больных ожоги были получены вследствие несчастного случая: в семи – ожоги от пламени, в одном – от кипятка и еще в одном – от электричества (все так называемые неумышленные ожоги). Преднамеренный ожог наблюдался в одном случае (пострадавший на почве ссоры с женой облил себя бензином и поджег). В четырех случаях из 10 ожоги были получены в состоянии алкогольного опьянения и был один случай профессионального травматизма.

По результатам изучения историй болезни четыре человека не имели преморбидной психопатологии, четыре – злоупотребляли алкоголем в течение 10-15 лет, принимая в том числе разные суррогаты алкоголя, двое в анамнезе имели судорожные состояния (припадки). Курили восемь человек из 10.

По локализации поражения ожоги головы имели семь пострадавших, шеи – шесть, туловища – девять, верхних конечностей – 10, нижних конечностей – четыре. Больные с ПР имели площадь ожогов от 12 до 80% от поверхности тела, среднее значение ( $28 \pm 0,18\%$ ). По глубине ожогов все соответственно II-III степени.

ПР были связаны у пострадавших с определенным периодом ожоговой болезни. У двух исследуемых больных ПР появились в стадии шока (до 3 дней после травмы), у восьми – в стадии токсемии (с 3-4 дня до 15 дней).

В стадии шока у пострадавших отмечалась быстрая психологическая истощаемость и утомляемость. Они были доступны контакту, эмоционально лабильны и тревожены. Имелось двигательное возбуждение с суетливостью. Ориентация во времени, месте и собственной личности не нарушалась (больные понимали, что находятся в лечебном учреждении, их окружает медицинский персонал, ухаживающие родственники).

Один больной постоянно утверждал, что «с женой разводимся с момента регистрации брака, и все никак не разведемся», подозревал жену в неверности, преднамеренных негативных поступках с ее стороны. При этом обманов восприятия у него не было. Истинные зрительные галлюцинации наблюдались у второго больного, который, со слов медперсонала, говорил, что видит умершую мать. При этом оба пострадавших были обеспокоены состоянием своего здоровья.

У этих больных не было преморбидной психопатологии, они не злоупотребляли алкоголем, но при этом курили. Ожоги у них были получены от пламени.

У семи исследованных больных ПР появились в стадии токсемии с переходом в септикотоксемию. У них наблюдалось спутанное сознание, четыре человека были дезориентированы в месте, времени и личности. Все пациенты были двигателью возбуждены, суетливы, эмоционально лабильны, тревожны. Критика к своему состоянию отсутствовала у пяти человек. Трое пострадавших были агрессивны, импульсивны, злобны, демонстративны. Они не слушали медперсонал, повышали голос на окружающих, нарушали больничный режим, снимали с себя повязки. Двое больных были дурашливы и у них наблюдался насильственный смех. Зрительные галлюцинации имелись у одного больного, со слов медперсонала, он постоянно беседовал с товарищами (собутыльниками), которые якобы пришли к нему в палату. У него в анамнезе было злоупотребление суррогатами алкоголя и интенсивное курение, имелись клинические признаки зависимости от табака и алкоголя. Ожоги он получил в состоянии алкогольного опьянения (заснул с сигаретой в руках), что могло спровоцировать у него алкогольный делирий в результате отмены алкоголя и нарастания ожоговой интоксикации.

Согласно проведенного анализа историй болезни ПР у ожоговых больных усиливались к ночи, что представляло угрозу для окружающих, медперсонала и самих пациентов. Психозы были кратковременны (продолжались от 3 до 10 дней), успешно купировались реланиумом 0,5% по 2-4 мл, галоперидолом 0,5% – 2 мл в/м. Психотерапевтом (психиатром) в качестве поддерживающей терапии в последующем назначались им небольшие дозы нейролептиков, транквилизаторов и антиконвульсантов с тимостабилизирующим действием (финлепсин).

В период реконвалесценции по данным историй болезни у исследованных больных выраженных ПР не наблюдалось. Отмечались лишь состояния кратковременной тревожности, эмоциональной лабильности и утомляемости.

Из литературы известно, что ПР в период шока обусловлены его выраженностью. Характерны обнубияции сознания и речедвигательное возбуждение, сопровождающиеся эйфорией и нарастанием неврологической симптоматики. При ухудшении состояния усиливается заторможенность, адинамия, обнубияции сменяются состоянием оглушенности.

Период токсемии условно начинается с 3-4 дня после получения ожога. Как правило, врачи не проводят четкой границы между токсемией и септикотоксемией. Большая часть расстройств, наблюдаемых у обожженных в этот период, относится к эмоциональным (аффективным) нарушениям. ПР более выражены на этой стадии ожоговой болезни. Психотические изменения проявляются помрачением сознания, галлюцинациями и бредом, [3].

По данным зарубежной литературы, у 1% больных с III степенью ожогов возникают острые ПР, психозы и суицидальное поведение. Достоверно чаще эти расстройства характерны для молодых мужчин в возрасте 10-39 лет, употребляющих (зависимых) психоактивными веществами, не имеющих социальной или семейной поддержки и перенесших психотравмирующие ситуации в своей жизни [7]. В течение 5 лет после полученных ожогов 4% больных обращались за психиатрической помощью, 2% – с суицидальным поведением, 3% – с ПР, вызванные употреблением алкоголя (психоактивных веществ). Кроме названных ПР лидировали психозы, депрессии и тревожные расстройства. Распространенность ПР у ожоговых больных существенно выше по сравнению с общей популяцией [5]. Выраженные депрессии наблюдаются в 4-10% случаев в течение года после ожога. По госпитальной шкале тревоги и депрессии такие состояния выявляются в 4-13% случаев, причем от 13 до 26% – с умеренными и выраженными симптомами и в 22-54% – с легкими (по шкале депрессии Бека) [8].

Согласно мета-анализу 19 систематических обзоров самыми распространенными ПР все же являются острое стрессовое расстройство (от 2 до 30% больных с ожогами) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), частота последнего варьирует в зависимости от длительности полученных ожогов. Так, в течение месяца ПТСР выявлялось у 3-35% больных, от 3 до 6 – у 2-40%, в течение 1 года – у 9-45%, через 2 года после травмы (ожога) – у 7-25% [6]. Другая работа свидетельствует, что ПР увеличиваются на 4,8% в течение каждого года, что требует оказания своевременной психиатрической помощи контингенту ожоговых больных [10].

На отдаленных этапах травмы, когда появляются ожоговые рубцы, депрессивные расстройства и ПТСР встречаются в 13-23% и 13-45% соответственно. Намного чаще это наблюдалось у женщин, больных с рубцами лица (видимых частей тела), если имелись стойкие болевые ощущения. Все выше сказанное приводит к снижению качества жизни, ухудшению социальных связей и к проблемам в личной жизни у больных [9]. Поэтому психотерапия в лечении больных с ожоговой травмой играет очень важную роль, должна начинаться как можно раньше и продолжаться длительное время [4].

Ограничениями нашей работы являются отсутствие данных психологического исследования, направленного на выявления стресса, его составных характеристик и выраженности, депрессивных и тревожных расстройств. Использование апробированных опросников с консультациями психотерапевта и психолога позволили бы выявить пограничные ПР у значительной части ожоговых больных [8]. В частности, недавно проведенный опрос населения республики с помощью специальной шкалы выявил ПТСР у

3,57% жителей Чувашии [2]. О высокой доле ПТСР в группе ожоговых больных свидетельствуют и данные зарубежных исследователей [6, 9].

### **Заключение**

Выраженные ПР (кратковременные психотические состояния) регистрируются в остром периоде травмы у 5,2% стационарных ожоговых больных. Их ведущими причинами являлся комплекс факторов: площадь и глубина полученных ожогов, стадия заболевания (шока, токсемии), злоупотребление алкоголем (алкогольная зависимость), органическое поражение центральной системы (судорожные состояния), табачная зависимость и возраст больных.

Эти ПР требуют неотложной психиатрической помощи, а лечение многих случаев возможно в условиях ожогового отделения. Описанные состояния требуют обучения врачей и медицинских работников психиатрическим аспектам ожоговой болезни. Необходимо проводить скрининг больных на наличие и выраженность ПТСР (стрессовых расстройств), депрессивных и тревожных расстройств, их сопровождение с участием психотерапевтов и психологов, а в ряде случаев – психиатров (наркологов) и суицидологов.

### **Список литературы**

1. Алексей Афиногенов: «Главный фактор риска – собственная невнимательность» [Электронный ресурс] / Н. Володина, Е. Кириллова. Дата публикации: 29.03.18. Источник публикации: «Медицинский вестник»). Режим доступа: <http://kombustiolog.med.cap.ru/intervju-s-glavnim-specialistom/aleksej-afinogenov-glavnij-faktor-riska-sobstv>. свободный.

2. Голенков А.В. Посттравматические стрессовые расстройства у жителей Чувашии // Acta Medica Eurasica. 2017. №2. С. 1-5.

3. Качалов П.В. Психические нарушения у больных ожоговой болезнью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1990. 25 с.

4. Полянина Д.А. Роль психотерапии в лечении больных с ожоговой травмой: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 194 с.

5. Duke J.M., Randall S.M., Boyd J.H., Wood F.M., Fear M.W., Rea S. A population-based retrospective cohort study to assess the mental health of patients after a non-intentional burn compared with uninjured people // Burns. 2018. Sep. Vol. 44, №6. P. 1417-1426.

6. Giannoni-Pastor A., Eiroa-Orosa F.J., Fidel Kinori S.G., Arguello J.M., Casas M. Prevalence and Predictors of Posttraumatic Stress Symptomatology Among Burn Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis // J. Burn Care Res. 2016. Jan-Feb. Vol. 37(1): e79-89.

7. Mahendraraj K., Durgan D.M., Chamberlain R.S. Acute mental disorders and short and long term morbidity in patients with third degree flame burn: A population-based outcome study of

96,451 patients from the Nationwide Inpatient Sample (NIS) database (2001-2011) // Burns. 2016. Dec. Vol. 42, №8. P. 1766-1773.

8. Thombs B.D., Bresnick M.G., Magyar-Russell G. Depression in survivors of burn injury: a systematic review // Gen. Hosp. Psychiatry. 2006. Nov-Dec. Vol. 28, №6. P. 494-502.

9. Van Loey N.E., Van Son M.J. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management // Am. J. Clin. Dermatol. 2003. Vol. 4, №4. P. 245-272.

10. Vetrichevvel T.P., Randall S.M., Wood F.M., Rea S., Boyd J.H., Duke J.M. A population-based comparison study of the mental health of patients with intentional and unintentional burns // Burns Trauma. 2018. Nov. Vol. 6; 6:31. eCollection 2018.