

**К. В. АЙМЕДОВ
Ю. В. ДОВГИЙ
Л. П. ЛЕБІГА**

**НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА
ДОПОМОГА МОРЯКАМ
У КРИЗОВИХ СТАНАХ**

Практичні рекомендації

К. В. АЙМЕДОВ, Ю. В. ДОВГИЙ, Л. П. ЛЕБІГА

**НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА
ДОПОМОГА МОРЯКАМ
У КРИЗОВИХ СТАНАХ**

Практичні рекомендації

Одеса
«Астропринт»
2015

УДК 616.8-008:656.61-057(07)
ББК 51.244.я7
А36

Рецензенти:

В. В. Бабієнко, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри гігієни Одеського національного медичного університету;

О. В. Друзь, д-р мед. наук, полковник м/с, головний психіатр МО України, начальник клініки психіатрії Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України

*Рекомендовано до друку вченою радою медичного факультету № 4
Одеського національного медичного університету
(Протокол № 7 від 23 червня 2015)*

Аймедов К. В.

А36 Невідкладна медична допомога морякам у кризових станах :
Практичні рекомендації / К. В. Аймедов, Ю. В. Довгий, Л. П. Лебіга.
— Одеса : Астропринт, 2015. — 36 с.
ISBN 978-966-190-933-8

У практичних рекомендаціях наведено метааналіз сучасних літературних даних та результатів власного дослідження стосовно соматичних та психічних розладів у моряків. Запропоновано рекомендації по усуненню основних симптомів стосовно захворювань нервової системи та нівелювання психічних та поведінкових розладів даної категорії пацієнтів.

Практичні рекомендації представляють інтерес для широкого кола читачів, особливо сімейних лікарів, психіатрів, лікарів-психологів і студентів вищих медичних навчальних закладів.

УДК 616.8-008:656.61-057(07)
ББК 51.244.я7

ISBN 978-966-190-933-8

© Аймедов К. В., Довгий Ю. В.,
Лебіга Л. П., 2015

Від авторів

У рекомендаціях нами зроблена спроба об'єднати власні знання та доступний досвід інших дослідників щодо проблеми невідкладної медичної допомоги морякам у кризових станах.

У роботі враховано сучасні особливості роботи моряків, їх умови праці, соціуму та інші важливі аспекти, що впливають на психічне здоров'я.

В Україні на сьогодні загальний стан флоту поступається тій флотилії, яка була до періоду 90-х років, але кількість осіб, працюючих в цій галузі, не зменшилася за рахунок того, що відбулася зміна власності на судна, на яких вони працюють по найму. Змінилося відношення лише до соціально-побутового обслуговування моряків, а саме медичної допомоги для осіб, що працюють на торговому флоті, де практично зникла посада лікаря на судах. Сьогодні існують лише тижневі медичні курси для старших помічників. На жаль, сьогодні відсутні спеціалізовані служби психологічної допомоги морякам та їх родинам, страхові договори часто діють тільки на термін робочого рейсу й включають в себе мінімальний спектр послуг. Всі вищезгадані чинники мають суттєве значення та вагомий вплив на фізичне та нервово-психічне здоров'я моряків.

У власному дослідженні ми спробували не лише проаналізувати негативні чинники і позначити, які захворювання найчастіше зустрічаються, а й запропонувати практичні рекомендації щодо надання допомоги при цих хворобливих станах, роз'яснити, як правильно організувати умови життя та праці моряків, врахувати сучасні соціальні особливості, побудувати теоретичний фундамент для ефективної профілактики професійних захворювань складу, що плаває.

Ми щиро сподіваємося на особливу корисність цієї роботи у сучасних умовах не лише для моряків та їх родин, а й для всіх, хто тим або іншим чином пов'язаний з морським або річковим транспортом.

Стрес у моряків

Важливо враховувати, що моряки живуть та працюють у специфічних умовах, які пов'язані з різними обмеженнями, у тому числі і соціальними, тривалим відривом від звичайного середовища. Тому можна казати, що вони знаходяться під постійним впливом стресових чинників:

- умови ізолюваного простору судна;
- особливі умови навантаження на аналізатори людини;
- рівень шуму, природна та штучна освітленість;
- електромагнітне випромінювання;
- вібрації;
- промислове забруднення.

Стресом є загроза аварій та травм, відносна соціальна ізоляція у межах екіпажу, який має власні особливості, в залежності від національності й традицій команди, особливі побутові умови, інформаційний голод, фрустрація низки фізіологічних потреб, відносна гіподинамія та інше. З перерахованих вище більшість чинників, що негативно впливають на психічний стан людини у морі, або неусувні в найближчі роки (вібрація, випромінювання від працюючих силових установок і т.п.) або принципово неусувні в реальному майбутньому (шторми, тайфуни, зміни часових поясів та ін.)

У результаті тривалої дії стресора, до якого організм пристосувався, поступово у людини виснажуються запаси адаптаційної енергії, і це веде до перенапруження психіки, що є пусковим механізмом розвитку різноманітних психічних чи соматичних захворювань. Під впливом стресу відбуваються виражені зміни в роботі практично усіх систем організму — нервової, ендокринної, імунної, системи кровотворення та кровообігу, травної системи та інших.

Сьогодні вагома роль стресу вважається доведеною у розвитку цілої низки захворювань: ішемічна хвороба серця, судинні захворювання головного мозку, захворювання нервової системи (неврастенія, розсіяний склероз, депресивні розлади, синдром хронічної втоми). Яке саме захворювання розвинеться у людини, залежить від уразливості окремих органів (у організмі, як в ланцюгу, рветься слабка ланка, хоча усі ланки однаково знаходяться під навантаженням).

Способи подолання наслідків хронічного стресу різноманітні, але, на жаль, люди частіше використовують неефективні заходи, які дозволяють досягти тільки тимчасового полегшення з подальшою появою інших постстресових адаптаційних розладів, як результат, вживання алкоголю, транквілізаторів, снодійних та седативних пре-

паратів з подальшим розвитком залежності від них. Тому ми намагалися у роботі звернути увагу і на реабілітацію та адаптацію осіб, що знаходилися у рейсі, до «берегового» життя.

Статистика захворювань

Сьогодні проводиться не так багато досліджень моряків, що вивчають стан їх здоров'я, особливо в аспекті нервово-психічних порушень, тому нами, окрім власного досвіду, опрацьовано всі доступні матеріали по цій проблемі, включаючи джерела з Інтернет-мережі. Наприклад, таким чином отримані матеріали щодо дослідження по захворюваності моряків з Донецького медичного інституту та Маріупольської басейнової лікарні. За якими з'ясовано, що найпоширеніші хвороби серед командного складу — це хвороби органів дихання (РВІ, грип, бронхіт, пневмонія), із захворювань шлунково-кишкового тракту — виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки (в основному після тридцяти років), гастрит (в осіб молодого віку). Хвороби органів кровообігу: ішемічна хвороба серця (частіше у судномеханіків), у судноводіїв — варикозне розширення вен, що обумовлено тривалим перебуванням на ногах, гіпертонія зустрічається однаково часто і у механіків, і у судноводіїв. Серед хвороб нервової системи, в молодих — отит, неврит, у старших вікових групах — радикуліт (причому частіше у судноводіїв). З психічних розладів — неврастенія, найбільш часто у радіофахівців, астеничний невроз у штурманів і радіооператорів виникає у два рази частіше, ніж у механіків, випадок шизофренії зареєстровано тільки у штурмана. Різні травми частіше отримували судномеханіки (забиття, садна, рани). У судноводіїв травми були частіше представлені ушкодженнями зв'язкового апарату і переломами кісток.

Структура МКХ-10 нервової системи та психічних і поведінкових розладів

Для придання логіки у подальшому викладенні ймовірних хвороб у осіб, що знаходяться та працюють у морі, ми застосували звичайну структуру міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10), де хвороби нервової системи представлено наступними блоками:

- (G00-G09) — запальні хвороби центральної нервової системи;
- (G10-G13) — системна атрофія, що вражає переважно центральну нервову систему;

- (G20-G26) — екстрапірамідні та інші рухові порушення;
- (G30-G32) — інші дегенеративні хвороби нервової системи;
- (G35-G37) — демієлінізуючі хвороби центральної нервової системи;
- (G40-G47) — епізодичні та пароксизмальні розлади;
- (G50-G59) — ураження окремих нервів, нервових корінців та сплетень;
- (G60-G64) — поліневропатії та інші поразки периферичної нервової системи;
- (G70-G73) — хвороби нервово-м'язового синапсу і м'язів;
- (G80-G83) — церебральний параліч та інші паралітичні синдроми;
- (G90-G99) — інші порушення нервової системи.

У свою чергу психічні розлади та розлади поведінки представлено наступними блоками:

- (F00-F09) — органічні, включаючи симптоматичні психічні розлади;
- (F10-F19) — психічні розлади і розлади поведінки, які пов'язані із вживанням психоактивних речовин;
- (F20-F29) — шизофренія, шизотипові та маячні розлади;
- (F30-F39) — розлади настрою (афективні розлади);
- (F40-F48) — невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади;
- (F50-F59) — поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками;
- (F60-F69) — розлади особистості та поведінки у зрілому віці;
- (F70-F79) — розумова відсталість;
- (F80-F89) — розлади психологічного розвитку;
- (F90-F98) — емоційні розлади та розлади поведінки, що починаються зазвичай в дитячому і підлітковому віці;
- (F99) — психічний розлад без додаткових уточнень.

Загальна характеристика найбільш поширених запальних захворювань центральної нервової системи у моряків та їх терапевтичні принципи

До першого блоку невротичних хвороб відносяться різні форми менінгіту, енцефаліту, внутрішньочерепний і внутрішньохребтовий абсцеси, флегмон і тромбофлегмон, а також наслідки запальних хвороб центральної нервової системи. Ми поговоримо про основні найбільш ймовірні хвороби і тактику медичної допомоги при їх виявленні.

Енцефаліт — це гостре запальне захворювання головного мозку. У моряків спостерігається вторинний енцефаліт як наслідок загальних інфекцій, інтоксикацій. На початку захворювання відзначаються висока температура, загально мозкові симптоми (головний біль, запаморочення, нудота), пізніше може виникнути розлад свідомості, рухове занепокоєння. Залежно від переважного ураження відділів мозку виявляються парези, паралічі, афазії та ін.

Лікування: хворому показана невідкладна медична допомога, необхідна ізоляція в лазарет, призначення преднізолону, внутрішньовенне введення атропіну сульфату у поєднанні з глюкозою, призначення антибіотиків, сульфаніламідних препаратів, вітамінів груп В, С, симптоматичних засобів, легкозасвоювана їжа, евакуація до берегової лікувальної установи.

Менінгіт — це запалення мозкових оболонок різної етіології. Клінічними ознаками якого є цефалгія розлитого характеру, нудота, блювання, підвищення чутливості до світла, звуків, больових подразників, нечіткість орієнтування, можливе психомоторне збудження, затьмарення свідомості аж до коми.

Об'єктивні менінгеальні симптоми являють собою ригідність м'язів шиї (обмеження або неможливість пасивного приведення голови до грудей хворого, що лежить на спині), неможливість повного розгинання кінцівки в колінному суглобі після її попереднього згинання під прямим кутом в тазостегновому і колінному суглобах (симптом Керніга), при пасивному приведенні голови до грудей — рефлекторне згинання нижніх кінцівок (симптом Брудзинського).

Лікування: необхідна евакуація хворого в лікарню, до цього — ліквідація гострих явищ. Вводять анальгін, димедрол, 20 мл 40 % розчину глюкози, при небезпеці набряку мозку — фуросемід (лазікс, трифас), манітол, симптоматичні засоби. Одноразово вводять 3 000 000 ОД пеніциліну та 0,5 г стрептоміцину сульфату; потім по 2 000 000 ОД пеніциліну через три години до стійкої нормалізації температури та ще п'ять діб після цього; 0,5 г стрептоміцину сульфату два рази на добу. Одночасно призначають сульфаніламідні препарати.

Гіпоталамічний криз виникає при ураженні гіпоталамо-гіпофізарної області при черепно-мозкових травмах, інфекціях, інтоксикаціях, судинних порушеннях.

На тлі судинних розладів з'являються напади болю (головного, в ділянці серця), різні неприємні відчуття (серцебиття, пульсація, відчуття нестачі повітря, страх), часті позиви до сечовипускання, ознобоподібне тремтіння. У період і після нападів відзначаються різка слабкість аж до адинамії, іноді затьмарення свідомості, судоми.

Лікування: показаний постільний режим у лазареті, терапія основного захворювання, а також призначення бромідів, препаратів валеріани, левомепромазина (тизерцина), при болю — анальгін, дипразина або димедролу, при кризі з підвищенням АТ — аміназіна, магнію сульфату, пізніше рекомендовані препарати, що регулюють тонус вегетативної нервової системи (беллоїд, белласпон), триоксазіна, мепротана (мепробамата).

Системні атрофії. Епілептичний статус, як стан, що потребує невідкладної медичної допомоги

Наступні блоки, де представлено системну атрофію, яка вражає переважно центральну нервову систему й до якої відносяться хвороба Гентінгтона та різні атаксії і м'язові атрофії, екстрапірамідні та інші рухові порушення, дегенеративні хвороби нервової системи, включаючи хворобу Альцгеймера, демієлінізуючі хвороби центральної нервової системи (склероз), поліневропатії та інші ураження периферичної нервової системи, хвороби нервово-м'язового синапсу і м'язів, церебральний параліч та інші паралітичні синдроми у моряків на суднах практично не зустрічаються, тому що такі особи не зможуть пройти обов'язкову попередню медичну комісію.

Але можливі епізодичні та пароксизмальні розлади, особливо у вигляді **епілептичного статусу**, який характеризується серією епілептичних нападів, що виникають один за одним безперервно або з невеликими проміжками. Причиною епілептичного статусу може бути різке зниження дози протиепілептичного препарату або прийом засобів, що покращують обмінні процеси в нервових клітинах (аміналон, гаммалон, АТФ та ін.). У моряків, допущених до плавання у результаті первинного медичного і періодичних повторних оглядів, розвиток епілептичного статусу може провокуватися алкоголем, інтеркурентними інфекційними захворюваннями, різними травмами, перебуванням в тропічних і арктичних районах плавання. Епілепсія характеризується втратою свідомості та судомними нападами. Причини епілепсії різні: травми голови, захворювання головного мозку (пухлини мозку), інтоксикації (часте вживання алкоголю) та ін. Часто причину епілепсії встановити неможливо.

Зазвичай епілептичний напад починається несподівано, без видимих причин. Хворий втрачає свідомість і падає. Через 20–40 секунд виникають судоми м'язів кінцівок. Обличчя синіє, з рота виділяється піна, часто з домішкою крові через прикус язика, характерне нетримання сечі. Напад триває 3–5 хвилин. Після нападу м'язи тіла розслабляються.

Лікування. Хворому потрібна невідкладна медична допомога. Під час судом треба стежити, щоб хворий не поранився. Під голову підкласти подушку, піджак, розстебнути комір, ремінь. Між зуби вставити гуму, обернуту носовою хусткою ложку, щоб хворий не прокусив язика. Хворого необхідно повернути на бік, щоб він не захлинувся блювотною масою. Після нападу хворий повинен спати, його не слід будити. Внутрішньом'язово ввести 2 мл реланіуму. Бажано госпіталізувати хворого у лазарет. Для купування судом призначають внутрішньовенно 2–5 мл 1 % розчину гексенала, 7–6 мг/кг маси тіопентала натрію з подальшим введенням 70–80 мг/кг маси натрію оксибутирата, 20–30 мг діазепаму. Одночасно з протисудомною терапією необхідно проводити дегідратацію, зменшувати проникність судинних стінок шляхом парентерального введення аскорбінової кислоти, препаратів кальцію, кортикостероїдів, покращувати властивість реології крові введенням 400–500 мл реополіглюкіна або гемодезу, коригувати водно-електролітний і енергетичний баланс (400–500 мл 15 % розчину глюкози з 15 ОД інсуліну внутрішньовенно, 40–50 мл 3 % розчини калію хлориду), боротися з серцево-судинними та дихальними порушеннями. При необхідності допоміжне дихання здійснюють за допомогою мішка і маски.

Клінічна картина мігрені. Принципи терапії

Серед моряків зустрічаються скарги на мігрень. Для цього захворюванню характерні напади головного болю, що повторюються. У період між нападами хвороби скарг як правило немає. У більшості випадків у хворого за декілька днів або годин до нападу погіршується настрій, з'являється безсоння. Початок захворювання може бути різним: поява «іскр» або темних плям перед очима, оніміння кінчиків пальців рук і куточків губ. Пізніше виникає сильний пульсуючий біль в одній половині голови, який локалізується в області лоба, очей, скронь. Захворювання супроводжується нудотою, блюванням. Хворий блідне, лежить, його дратують світло, шум, запахи. Напади болю тривають від декількох годин до декількох днів, після їх завершення хворий засинає. Після нападу відзначаються часте сечовипускання, загальна слабкість. Кров'яний тиск нормальний.

Лікування: у період нападу одним допомагають холодні, іншим теплі компреси на голову, спокій. Якщо немає нудоти, ліки можна вживати через рот: трамал по 1 капсулі 1–3 рази в день; можна призначити рудотель по 1–2 пігулки 1 раз на день. Коли напад супроводжується сильно нудотою і блювотою, внутрішньом'язово ввести 5 мл баралгіну або 2 мл 50 % анальгіну.

Невралгія. Симптоми і лікування

Для невралгії характерні постійні або нападаподібні болі уздовж лінії нерва. Вони бувають різними залежно від того, який з нервів уражений. У морі частіше за інші виникають невралгія трійчастого нерва і міжреберна невралгія.

Найхарактернішим симптомом **невралгії трійчастого нерву** є короткочасний нападаподібний біль, гострий, ріжучий або пекучий, виникаючий в ділянці обличчя. Залежно від того, яка з нервових гілок уражена, болять різні частини обличчя. Біль може перейти у вухо, область шиї, скроні, зуба. Напади тривають декілька хвилин або секунд, потім знову повторюються. Вони можуть початися без причини або при жуванні, умиванні, розмові та ін. Зазвичай напади болю виникають вдень. Часто болі супроводжуються потовиділенням на обличчі, почервонінням шкіри обличчя, слиновиділенням, око з ураженого боку може сльозитися. Причиною невралгії трійчастого нерва часто бувають грип, захворювання зубів і носової порожнини.

Для **лікування** призначають знеболювальні ліки: трамал по 1 капсулі три рази на день, а при сильних болях вводять внутрішньом'язово 2 мл трамала або 5 мл баралгіну, або 2 мл 50 % анальгіну. Бажано не умиватися холодною водою.

Для **міжреберної невралгії** характерні постійні або нападаподібні болі у ділянці грудей, зазвичай з одного боку, які посилюються при вдиху, кашлі, чханні. Біль поширюється по міжреберних проміжках до грудини. Іноді на цьому місці утворюються бульбашки, наповнені серозною рідиною, які через декілька днів лопаються, утворюючи струпи. Причиною міжреберної невралгії може бути грип, вірусна інфекція, переохолодження.

Для **лікування** застосують трамал по 1 капсулі 2–3 рази в день, диклофенак по 1 пігулці три рази на добу (після їжі). Бульбашки змащують діамантовою зеленню.

Порівняльна характеристика клініки і лікування невралгій та невритів у моряків

Неврит, тобто запалення нерва, буває різним, залежно від того, який саме з нервів уражений. У морі існує безліч причин для виникнення цього захворювання: довге перебування на холодному і вологому повітрі, важка стояча фізична праця, вживання алкоголю.

Неврит променевого нерва. Цей нерв уражується в результаті між'язового стиснення в області плеча. Це як правило відбува-

ється, коли людина спить, опустивши голову на плече (зазвичай в нетверезому стані). Хворий прокидається із звисаючою кистю, не може її підняти, випрямити пальці. Болю не відчуває. Для лікування хворого бажано перевести на легку роботу. Уражену руку масажувати, натирати маззю «Фіналгон». Не вживати алкогольні напої.

Неврит лицьового нерва. Захворювання у більшості випадків починається болем у латеральній області обличчя. Через 1–2 дні розвивається параліч лицьових м'язів з ураженого боку. Внаслідок паралічу око не закривається, сльозиться, куточок рота опущений. Причиною цього захворювання можуть бути грип, ангіна, травма, переохолодження. Лікують тим, що до ураженого місця прикладають сухе тепло. Якщо у хворого температура, призначають аспірин по 0,5 г три рази в день. Хворого бажано доставити в найближчий порт.

Захворювання периферичної нервової системи, пов'язані найчастіше з гострим або хронічним переохолодженням, травмами, рідше з інтоксикаціями (алкоголь, препарати побутової хімії), нейровірусними інфекціями, цукровим діабетом, деформуючим спондиліозом та ін., протікають за типом невриту або невралгії (подрознення змішаного або чутливого нерва).

Для невралгії характерні біль в точках виходу нервів або по ходу нервових стовбурів і позитивні симптоми натягнення, відсутність ознак порушення функції відповідного нерва. При невритах змішаних нервів спостерігаються біль, позитивні симптоми натягнення, випадання однієї або декількох функцій нерва (рухової, чутливої, рефлекторної, трофічної). При невритах рухових нервів біль не відзначається, спостерігаються тільки в'ялі периферичні паралічі або парези з подальшою їх атрофією (атрофічний параліч).

Для лікування призначають анальгетичні засоби (анальгін, седалгін, амідопірин, фенацетин, ацетилсаліцилова кислота, антипірін, пенталгін), при захворюванні трійчастого нерва — у поєднанні з фінлепсином або карбамазепіном (тегретолом). Ефективні блокади (новокаїнові, спирто-новокаїнові, гідрокортизонні) у точках виходу нервів, корінців або внутрішньошкірні блокади по ходу нерва. Разом з вказаним комплексом рекомендуються 2 мл 6 % розчину тіаміну броміду внутрішньом'язово щоденно 20–30 днів, 100–200 мкг ціанокобаламіна внутрішньом'язово щоденно 20–30 днів, 2 мл 5 % розчину піридоксину внутрішньом'язово щоденно 20 днів, 1 мл 0,05 % розчину прозерина внутрішньом'язово щоденно 15 днів (розпочинають з 0,3–0,5 мл), 1 мл 1 % розчину галантаміна гідроброміду підшкірно 15 днів.

Показано фізіотерапевтичне лікування: сухе тепло, соллюкс, УФЛ, електрофорез новокаїну, антипірину, дибазолу, прозерину на

уражену область через день впродовж 10–15 днів. При невритах рухових нервів лікування розпочинають з призначення дибазола по 0,02–0,05 г 3 рази в день всередину перші 10 днів. При зменшенні або відсутності болю рекомендуються масаж або самомасаж, ЛФК.

Вегетативна дистонія — дисфункція вісцелярних і судинних систем, що виникає за відсутності органічних змін і проявляється змінами артеріального тиску (АТ), частоти і регулярності серцевих скорочень, підвищеною пітливістю та іншими вазомоторними реакціями. Вегетативно-судинні пароксизми можуть протікати по симпато-адреналовому, вагоінсулярному або змішаному типу. Симпато-адреналовий криз характеризується підвищенням АТ, серцебиттям, неприємними відчуттями в ділянці серця, головним болем, ознобом, іноді гіпертермією, почуттям страху смерті, поліурією, світлою сечею. Вагоінсулярні пароксизми проявляються падінням АТ, брадикардією, задишкою, запамороченням, локальним або загальним гіпергідрозом, іноді синкопальним (непритомним) станом.

Вегетативно-судинна дистонія у моряків може бути проявом неврозів, ряду соматичних захворювань (хронічного тонзиліту, холециститу, коліту, дуоденіту, глистових інвазій та ін.), алергій, хронічних інтоксикацій (нікотином, алкоголем, кофеїном).

Крім того, мають значення і професійні чинники: іонізуюча радіація, поля ВЧ і НВЧ, плавання у тропічних широтах і трансмеридіальні рейси. Слід пам'ятати і про можливість виникнення вегетативної дисфункції при органічному ураженні головного мозку, особливо гіпоталамо-гіпофізарних, ствольових і вестибулярних утворень, а також при первинній ендокринній патології.

Лікування вегето-судинної дистонії має бути спрямоване на усунення етіологічного чинника. Воно включає седативні засоби, транквілізатори, десенсибілізуючі і знижуючі вестибулярну збудливість препарати. Вегетотропні засоби призначають залежно від характеру вегетативного тону в міжкризовому періоді. Так, при переважанні у хворого тону симпатичної нервової системи рекомендується використати наступні препарати: 0,5–1 мл 0,05 % розчину скополаміну підшкірно, 1–2 мл 0,2 % розчину платифіліну гідротартрату, 1–2 мл 1 % розчину мезатона підшкірно, глутамінова кислота по 0,5 г 4 рази в день, сапарал по 1 пігулці 2 рази в день, настоянка елеутерококу по 30 крапель 2 рази в день та ін. Можуть бути ефективними препарати, що впливають на обидві частини вегетативної нервової системи (беллоїд по 1–2 драже 3 рази в день, белласпон по 1 пігулці 2–3 рази в день).

Рекомендуються фізіотерапевтичні процедури: морські і хвойні ванни, душі, масаж, ЛФК та ін. Важливе дотримання раціонального режиму дня з тривалістю нічного сну не менше ніж сім годин.

Вегетативні кризи: симпатoadреналового, вагоінсулярного та змішаного типів

При вегетативному кризі симпатoadреналового типу призначають 1–2 мл 0,5 % розчину седуксену підшкірно або внутрішньом'язово, натрію оксибутират (70–80 мг/кг маси хворого) внутрішньовенно, 1 мл 1 % розчину димедролу внутрішньом'язово, 1 мл 2,5 % розчину дипразину внутрішньом'язово, 1–2 мл 2,5 % розчину аміназину внутрішньом'язово, 1–3 мл 1 % розчину піроксану внутрішньом'язово або підшкірно, 2–3 мл 0,1 % розчину анаприліну внутрішньовенно краплинно на ізотонічному розчині натрію хлориду. В деяких випадках ефективно застосування 1–3 мл 2 % розчини папаверину гідрохлориду внутрішньовенно або внутрішньом'язово, 1–2 мл 2 % розчину но-шпи внутрішньом'язово, призначення циннаризину по 1 пігулці три рази на добу. При кризі вагоінсулярного типу показані 1 мл 1 % розчину мезатону або 1 мл 5 % розчину ефедрину підшкірно, 0,5–1 мл 10 % розчину кофеїну, димедрол 1–4 мл 1 % розчину або по 0,05 г 2–3 рази на день, супрастин 1–2 мл 2 % розчину або по 0,25 г 2–3 рази у день, діазолін по 0,05–0,1 г 1–2 рази на день, фенкарол по 0,05 г 2–3 рази на день, 0,5–1 мл 10 % розчину кофеїн-бензоату натрію внутрішньовенно на ізотонічному розчині натрію хлориду або підшкірно, меридил по 0,01 г 1–2 рази на день, сіднокарб по 0,01–0,05 г 1–2 рази на добу, сіднофен по 0,005–0,01 г 1–2 рази у день, ацефен по 0,1–0,3 г 3–4 рази на добу. При змішаному кризі вегетотропні препарати застосовують залежно від переважного ураження симпатичної або парасимпатичної частини вегетативної нервової системи.

Радикуліт

Радикуліт — це запалення корінців спинномозкових нервів. Головна причина радикуліту, що найчастіше зустрічається, полягає в патології хребців. Частіше зустрічаються шийний або попереково-крижовий радикуліти. При шийному радикуліті важко повернути або нагнути голову, відчувається сильний біль в м'язах шиї. При попереково-крижовому радикуліті виникає гострий біль в попереку, що посилюється при рухах. Біль може віддавати в ногу.

Біль буває різучим, таким, що давить, пекучим, посилюється при нагинанні, кашлі, ходьбі, вставанні з ліжка. Біль при попереково-крижовому радикуліті тримається від декількох днів до декількох тижнів і більше.

При сильних болях в області попереку необхідно мінімум три доби лежати на жорсткому ліжку (під матрац підкладаються дошки). Якщо болі дуже сильні, внутрішньом'язово ввести 5 мл баралгіну або 1 мл трамалу. Надалі давати трамал в капсулах тричі на день. Якщо болі терпимі, призначають диклофенак по 1 пігулці три рази на день обов'язково після їди. Хворе місце натирають маззю фіналгон. Можна на область, де відчувається біль, поставити банки.

Гострі порушення мозкового кровообігу. Класифікація.

Принципи реанімаційних заходів

Гострі порушення мозкового кровообігу, що протікають за типом інсультів, виникають на тлі гіпертонічної хвороби, атеросклерозу, церебральних васкулітів. Розвитку інсульту передують фізичне або емоційне перенапруження, прийом значної дози алкоголю. Інсультом є крововилив в мозок, це гостре порушення мозкового кровообігу, що супроводжується розривом кровоносних судин і крововиливом в мозок, в результаті цього порушується діяльність усього мозку або його частини. Головні причини інсульту — атеросклероз мозкових кровоносних судин, гіпертонічна хвороба. У молодому віці інсульт може настати в результаті дефектів кровоносних судин головного мозку (наприклад, розширення просвіту артерії). Інсульт зазвичай виникає вдень внаслідок сильного збудження, важкої фізичної роботи, психічних переживань. Іноді за декілька днів до крововиливу хворий починає скаржитися на запаморочення, головний біль, оніміння рук, поганий сон. Але у більшості випадків хворий несподівано втрачає свідомість, падає і впродовж декількох годин чи днів перебуває в коматозному стані. Пізніше свідомість виявляється, розвивається односторонній параліч рук або ніг. Часто такий хворий погано бачить, не в змозі проковтнути їжу, розмовляти, при відкриванні рота куточок рота тягнеться до здорової сторони, язик при висовуванні спрямовується до паралізованої сторони. В період інсульту тиск як правило високий.

У літньому віці інсульт частіше виникає в результаті закупорки мозкових кровоносних судин. На відміну від крововиливу в мозок закупорка кровоносних судин розвивається поступово впродовж декількох годин або днів. Хворий відчуває слабкість руки або ноги, що посилюється, у результаті настає їх повний параліч. Як правило це

відбувається вночі, під час сну. Свідомість зазвичай не страждає. Можуть проявитися порушення психіки у вигляді дезадаптації — хворий не знає, де знаходиться, як його звати, не пам'ятає членів родини. Артеріальний тиск, на відміну від крововиливу, буває нормальним.

Потрібна **невідкладна допомога**. Хворого обережно покласти на бік, звільнити від утруднюючого одягу, голову укласти вище. До ніг покласти грілку. Стежити, щоб не запав язик, видалити слиз з порожнини рота. У перші години захворювання при високому тиску внутрішньом'язово ввести 1 мл 24 % еуфіліну і 2 мл реланіуму. Якщо підвищується температура, ввести внутрішньом'язово 2 мл 50 % анальгіну. Стежити за сечовиділенням у хворого. Якщо відбувається затримка сечі, в область сечового міхура прикласти грілку, а за потреби сечовий міхур катетеризувати. Хворого терміново доставити в найближчий порт.

Розрізняють інсульт геморагічний та ішемічний. За локалізацією розрізняють паренхіматозний, субарахноїдальний і шлуночковий крововиливи в мозок. Найчастіше зустрічається паренхіматозна геморагія. Вона починається гостро, на тлі артеріальної гіпертензії. Після короткочасного періоду передвісників, що проявляється загальноомозковою симптоматикою гіпертонічного кризу, хворий втрачає свідомість, впадає в коматозний стан, рідше — в сопор, відразу ж визначається осередкова церебральна симптоматика, залежна від локалізації геморагії. Нерідко, у зв'язку з набряком головного мозку, що рано розвивається і є швидко наростаючим, спостерігається вторинний дислокаційний ствольний синдром (прогресуюче порушення дихання, падіння АТ, погіршення серцевої діяльності, терморегуляції, зіничні і окорухові порушення, зниження м'язового тону) і помірно виражений менінгеальний симптомокомплекс. При локалізації процесу в системі сонної артерії відзначається геміпарез або геміплегія з гемігіпестезією (геміанестезією), афазією, епілептичними нападами джексоновського типу. При розвитку церебральної дизгемії у вертебро-базиллярній системі спостерігаються запаморочення, атаксія, ністагм, зорові розлади, дисфонія, дизартрія, дисфагія, розлади чутливості — парези кінцівок і черепних нервів (альтернуючі синдроми). При субарахноїдальному крововиливі розвивається різкий головний біль в потиличній області, на тлі якого хворий на нетривалий час втрачає свідомість, після чого спостерігається психомоторне збудження і наростаючий менінгеальний симптомокомплекс. Паралічі, грубі чутливі порушення, не відзначаються. Можуть лише виявлятися симптоми ураження черепних нервів, частіше окорухового і лицьового.

Ішемічний інсульт за патогенезом і клінікою підрозділяється на тромботичний, емболічний і нетромботичний. Тромботичний ін-

сульт виникає зазвичай на тлі зниженого або нормального АТ (рідко — підвищеного), частіше вночі або уранці після сну. Йому передує період передвісників, що триває від декількох хвилин до декількох днів, проявляється поступово наростаючою, іноді ремітуючою, локальною церебральною симптоматикою, загально мозкова симптоматика у край мізерна, іноді не спостерігається. Емболічний інсульт характеризується раптовим початком, короткочасною втратою свідомості, нерідко епілептиформним, миттєвим виникненням стійких осередкових церебральних симптомів. Ішемічне нетромботичне розм'якшення може бути результатом різкого падіння АТ, серцевої діяльності, тривалого церебрального ангіоспазму, де темп його розвитку залежить від патогенезу.

Принципи невідкладної допомоги. Незалежно від характеру інсульту спочатку проводять недиференційовану терапію, спрямовану на ліквідацію вітальних порушень. Хворого необхідно звільнити від утруднюючого одягу, укласти на спину, забезпечити йому повний спокій. Проводиться корекція гострих серцево-судинних розладів: при падінні серцевої діяльності 0,25–0,5 мл 0,05 % розчину строфантину додають до 20 мл 20 % розчину глюкози внутрішньовенно повільно (при підозрі на діабет строфантин вводять на ізотонічному розчині натрію хлориду). При набряку легенів — підведення головного кінця ліжка, внутрішньовенне введення 2–4 мл фуросеміду (лазиксу), вдихання кисню через 30 % етиловий спирт по 20–30 хв з перервою 15–20 хв і повторною інгаляцією парів етилового спирту. При високому АТ вводять 1 мл 0,25 % розчину рауседилу внутрішньом'язово. При раптовій зупинці серця — непрямий масаж серця.

При колапсі — введення рідин (реополіглюкін, поліглюкін, 5 % розчин глюкози), вазопресорні та кардіотонічні суміші внутрішньовенно, краплинно: 250 мл 5 % розчину глюкози, 250 мл 4 % розчину гідрокарбонату натрію, 1 мл преднізолону, 1 мл 0,2 % розчину норадреналіну гідротартрату, 0,5–1 мл 0,06 % розчину корглікону (швидкість введення 20–40 крапель у хвилину). При різко підвищеному АТ внутрішньовенно 2–5 мл 1 % розчину дибазолу або 10 мл 0,5 % розчину дибазолу, 10 мл 25 % розчину магнію сульфату, внутрішньом'язово 1 мл 0,25 % розчину рауседилу.

Прохідність дихальних шляхів досягається правильним положенням хворого, недопущенням западання язика (положення голови у стані легкого її розгинання), відсмоктуванням секрету з верхніх дихальних шляхів, введенням повітропроводів, шлункових зондів (попередження блювоти, недопущення попадання їжі в дихальні шляхи), за показаннями — трахеостомією. Видалення слизу робиться

катетером, введеним через носовий хід в глотку на відстань, рівну відстані від крила носа до мочки вуха (відсмоктування проводити кожні дві години у міру скупчення секрету). Через носовий хід вводять також шлунковий зонд для звільнення шлунку. Повітропровід вводять в порожнину рота (він попереджає западання язика).

Корекція водно-електролітного балансу і кислотно-основного стану, незважаючи на труднощі її здійснення на борту, повинна проводитися інтенсивно. При відсутності свідомості потрібне парентеральне введення розчинів, що містять електроліти (ізотонічний розчин натрію хлориду, розчин Рінгера—Локка), плазмозамінники (поліглюкін), 5 % розчин глюкози (2000—2500 мл у добу за 3—4 прийоми), при ацидозі — 4 % розчин натрію гідрокарбонату, не допускати гіпокаліємії, яка веде до порушення серцевої діяльності (внутрішньовенно 10 мл розчину панангіну). При набряку мозку призначають парентерально 10 мл 2,4 % розчину еуфіліну внутрішньовенно, гіпертонічний розчин глюкози, розчин магнію сульфату, 1—2 мл 1 % розчину фуросеміду (лазиксу). За необхідністю глюкокортикоїди, препарати кальцію, вікасол. За відсутності самостійного ковтання вводити через зонд гліцерин 1 г на 1 кг маси тіла з водою або фруктовим соком у співвідношенні 1:2 або 1:3. Манітол і літичні суміші на етапі недиференційованої допомоги не застосовують. При гіпертермії (40°С та вище) призначають 2—3 мл 50 % розчину анальгіну або 10 мл 4 % розчину амідопіріну внутрішньом'язово, при різкому підвищенні АТ 1—2 мл 2,5% розчину аміназину, встановлюють вентилятор в головному кінці ліжка, кладуть пузири з льодом на сонні артерії, пахові і пахові області. Потрібні вологі прохолодні укутування, розтирання тіла розчином етилового спирту до реакції шкірної гіперемії (збільшення тепловіддачі).

Рекомендується проводити профілактику можливих ускладнень: пневмонії, аспірація слизу і блювотних мас, затримки сечі і стільця, пролежнів, контрактур. Харчування хворого при збереженій свідомості і ковтанні: в 1-й день — фруктові соки, чай, на 2-й день — пюре, манна каша на воді, сир, кефір. У несвідомому стані і при порушеному ковтанні годування здійснюється на 3—4-й день через зонд поживною сумішшю (добовий об'єм): 1 л овочевого (круп'яного) відвару, 500 мл молока, 100 г цукрового піску, 50 г вершкового масла, 40 г толокна і 60 г яєчного порошку. Добовий об'єм ділять на 5 порцій і рівномірно вводять.

При геморагічному інсульті, якщо проведене лікування не забезпечило достатнього зниження АТ, призначають нейролептичні засоби і гангліоблокатори (2 мл 2,5 % розчину аміназину, 0,2—0,5 мл 5 % розчину пентаміну або 0,5—1,5 мл 2,5 % розчину бензогексонію)

внутрішньовенно, на ізотонічному розчині натрію хлориду або 5 % розчині глюкози. Надалі вводять внутрішньовенно 1 мл 0,01 % розчину катапресану (гемітону). При різкому підвищенні АТ і розвитку лівошлуночкової недостатності вводять внутрішньовенно фуросемід (лазикс) 2–4 мл, арфонад краплинно.

При ішемічному інсульті поліпшення і інтенсифікація кровообігу в зоні ішемізованої ділянки досягається нормалізацією АТ, серцевої діяльності і фізико-хімічних властивостей крові. Вводять 1–3 мл 2 % розчину папаверину гідрохлориду, 1–3 мл 2 % розчину но-шпи, 10 мл 2,4 % розчину еуфіліну внутрішньовенно, призначають стугерон по 1 пігулці 2–3 рази на день. Судинорозширювальний ефект досягається застосуванням інгаляцій гіперкапнічної суміші (7 % вуглекислого газу, 50 % атмосферного повітря, 43 % кисню) по 5–10 хв 3–6 разів на добу.

Морська хвороба

Незважаючи на досвідченість, у всіх моряків, може з'явитися морська хвороба, головна причина якої хитавиця. Частіше виникає у тих осіб, які не звикли до хитавиці, особливо під час шторму. Ознаки морської хвороби: запаморочення, сухість у роті, нудота, нерідко блювота. Можлива багатократна блювота, внаслідок якої хворий втрачає багато рідини, може розвинутися колапс. В період колапсу падає кров'яний тиск. Для профілактики виникнення морської хвороби необхідно випивати 1–2 пігулки драмаміну в день. У важких випадках внутрішньом'язово ввести 2 мл реланіуму. Щедре питво (мінеральна вода, сік). Для зменшення блювоти можна тримати у роті шматочки льоду.

Психічні розлади і розлади поведінки

Психічні розлади і розлади поведінки за МКХ-10 включають наступні блоки:

- блок (F00-F09) — органічні, включаючи симптоматичні психічні розлади,
- блок (F10-F19) — психічні розлади і розлади поведінки, пов'язана із вживанням психоактивних речовин,
- (F20-F29) — шизофренія, шизотипові і маячні розлади,
- (F30-F39) — розлади настрою (афективні розлади),
- (F40-F48) — невротичні, пов'язані із стресом і соматоформні розлади,

- (F50-F59) — поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними чинниками,
- (F60-F69) — розлади особистості і поведінки в зрілому віці,
- (F70-F79) — розумова відсталість,
- (F80-F89) — розлади психологічного розвитку,
- (F90-F98) — емоційні розлади та розлади поведінки, що починаються зазвичай в дитячому і підлітковому віці,
- (F99) — психічний розлад без додаткових уточнень.

Враховуючи обов'язкові медичні огляди плавскладу, на судні практично виключені патології з наступних блоків наведеної класифікації: органічні, включаючи симптоматичні психічні розлади та деменції, психічні розлади і розлади поведінки, пов'язані із вживанням психоактивних речовин (крім алкоголю), шизофренія, шизотипові і маячні розлади, розлади настрою (крім можливої депресії), розлади особистості і поведінки в зрілому віці, розумова відсталість, розлади психологічного розвитку, емоційні розлади і розлади поведінки, що починаються зазвичай в дитячому і підлітковому віці. Але невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками, можуть бути представлені різноманітними нозологічними одиницями, тому на них ми і зосередимо нашу увагу.

Нагляд за психічно хворими має особливості. Кожен психічно хворий потребує індивідуального підходу. Слід враховувати його вік, культурний рівень, характер переживань, важкість стану. Поводження з ним має бути рівним, спокійним, шанобливим, привітним. Хворого не слід боятися, оскільки безпричинні напади трапляються рідко. Недопустимі ні сухе, офіційне ставлення, ні фамільярний тон. Крім того, мають бути виключені як грубість і різкість, так і зайва безпечність, бо навіть спокійний хворий може несподівано прийти в стан збудження і вчинити небезпечні дії. Розмовляючи з хворим, треба відноситися до нього, як до здорової людини, не допускаючи кепкувань, протекційного або жалісного тону. Спроби грубо командувати хворим часто призводять до результату, протилежного бажаному, викликаючи у хворих протидію і посилюючи у них стан збудження.

В той же час буває необхідно проявити твердість, щоб запобігти тим або іншим порушенням режиму. Необхідно уміти терпляче вислуховувати навіть маячні претензії хворих, не підтримуючи, але і не висміюючи їх. Не можна ображатися на хворого. Слід пам'ятати, що його поведінка обумовлена хворобою. Ніколи не слід обманювати хворих, даючи їм обіцянки, які не можуть бути виконані. В той же час ні в якому разі не можна повідомляти хворим відомості, що

містяться в історії хвороби, результати тих або інших обстежень. За психічно хворими із самого початку, окрім усунення від роботи, має бути встановлений так званий суворий нагляд. Перебування на суді психічно хворих неприпустимо.

Якщо стан хворого дозволяє вступити з ним в контакт, слід в міру можливості заспокоїти його ще до введення необхідних лікарських засобів. Якщо ж вступити в контакт з хворим не вдається, потрібно насильно обмежити його рухи, використовуючи для цього простирадла, ковдри або матраци. Наприклад, накинути на голову хворого простирadlo, припеленати руки до грудей і потім внутрішньом'язово ввести в перший верхній квадрант ділянки сідниць один з психотичних препаратів.

Психічно хворі можуть відмовлятися від їжі з найрізноманітніших причин: одні вважають, що їжа отруєна, інші, що вони не гідні її, треті прагнуть померти від голоду, четвертим забороняють їсти «внутрішні голоси» і так далі. Опір хворих можна здолати шляхом умовлянь і переконання. Це тим легше зробити, чим краще зрозумілі мотиви відмови від їжі: якщо хворий вважає їжу отруєною, можна замінити її або з'їсти в його присутності частину їжі; якщо хворий не їсть, щоб померти з голоду, йому потрібно пояснити, що все одно цього не допустять, організувавши штучне годування.

«Гострі» хворі з психомоторним збудженням повинні знаходитися в ізолюваному приміщенні, обладнаному як психіатричний ізолятор, з призначенням їм постільного режиму. Крім того, за такими хворими має бути організований суворий нагляд, що означає встановлення індивідуального поста з безперервним цілодобовим спостереженням за хворим. З ізолятора мають бути прибрані усі зайві предмети (настільні лампи, радіоапаратура і таке інше). Крім того, необхідно ретельно стежити за тим, щоб у хворого не виявилось предметів, що колють, ріжучих та скляних, а також поясів, шнурів, кінців (вірвовок), які можуть представляти небезпеку в плані нанесення каліцтва. Слід пам'ятати, що навіть бинт або носова хустка в руках психічно хворого може стати засобом для реалізації суїцидальних або агресивних намірів. Ілюмінатори мають бути задраєні так, щоб їх відкриття без підручних засобів було неможливим.

Постільний режим зазвичай сприятливо діє на збуджених хворих і полегшує спостереження за ними. Для несення безперервного цілодобового поста призначаються члени екіпажа, які повинні знаходитися усередині ізолятора. Заздалегідь необхідно проінструктувати виділений для цього персонал про особливості підходу до хворого, попередити його про відповідальність і переконатися в знанні ним своїх обов'язків.

До обов'язків персоналу відносяться: здійснювати строгий нагляд та догляд за психічно хворим. Категорично забороняється залишати пост, читати, писати, займатися сторонніми справами, сидіти із закритими очима навіть найкоротший час, спати; слід вживати усіх необхідних заходів для припинення небезпечних дій хворого. Ретельно стежити, щоб у хворого не було ріжучих, скляних, колючих речей, сірників і тому подібного. Для цього потрібно 2–3 рази на добу оглядати ліжко та приміщення; стежити за прийомом хворим ліків; не дозволяти хворому вкриватися з головою ковдрою (простирадлом); не дозволяється вести у присутності хворого сторонні розмови, спори, обговорювати події і поведінку хворого і так далі; відповідати на питання хворого і розмовляти з ним тихим, спокійним голосом. Категорично забороняється сперечатися з хворим і кричати на нього; необхідно годувати хворого у разі потреби з ложки; пильно стежити за тим, щоб хворий не міг використати на шкоду собі або оточуючим підкладне судно. Виводити хворого в туалет можна тільки у разі повного виключення небезпечних дій з його боку; не допускати до збудженого хворого відвідувачів; негайно доповідати старшому помічникові про всі зміни у стані хворого (про збудження, спроби встати, вийти та ін.). При евакуації психічно хворого необхідно враховувати наступне: перед та в процесі евакуації (транспортування) хворий має бути заспокоєний за допомогою транквілізаторів і забезпечений медикаментами для купування психомоторного збудження у разі його повторення; супроводжуючий хворого персонал зобов'язаний вживати усі необхідні заходи до недопущення втечі, здійснення хворим протиправних дій, проявляючи при цьому ініціативу виходячи з конкретної обстановки; при пересуванні хворого необхідно вести під руки, відводячи подальше від механізмів, що рухаються, вікон, дверей, огорож і тому подібне; слідуючи залізницею, усі супроводжуючі хворого повинні знаходитися в одному купе; хворому забороняється виходити в коридор, тамбур, вагон-ресторан, туалет без супроводжуючого.

Неврози та психози

Причиною неврозу можуть стати сильні потрясіння, конфліктні ситуації. Психічні травми на судні наносять разові стреси, як, наприклад, пожежа, зіткнення суден, раптова несподівана смерть близьких та ін. Але у більшості випадків причиною неврозу стають чинники, що діють на психіку людини впродовж тривалого часу. Це довгі, такі, що тривають більше трьох місяців, рейси, сімейні негаразди, неприємності на роботі та ін.

Основні ознаки захворювання: дратівливість, хворий через дрібниці починає злитися, ридати, лаятися. Потім починаються розкаяння совісті через нездатність тримати себе в руках. Хворий скаржиться на головний біль, загальну слабкість, погіршення пам'яті, пригнічений настрій. Важлива ознака хвороби — порушення сну (довго не може заснути, рано прокидається). Після сну хворий виглядає втомленим, в'ялим, непрацездатним, виникають неприємні відчуття в ділянці серця, шлунку. Артеріальний тиск і пульс нормальні. Для лікування у випадках неврозу треба призначити по 1 пігулці рудотеля три рази на добу впродовж 2–3 тижнів.

Психоз від неврозу відрізняється тим, що у випадках психозу вражаються свідомість і мислення хворого. У більшості випадків психози в морі розвиваються при отриманні звістки про смерть близької людини, при корабельній аварії, пожежі, в інших стресових ситуаціях. Внаслідок психічної травми розвивається подвійна психогенна реакція. Поведінка хворого не відповідає навколишній ситуації. В одних випадках хворі стають агресивними, збудженими, нездатними контролювати свої дії, дезорієнтованими в навколишній дійсності і просторі, стають небезпечними для себе і оточення. Інші хворі навпаки стають апатичними, мовчазними, їх реакції загальмовані, вони схильні до самогубства. Такий стан буває короткочасним (триває декілька годин) і супроводжується втратою пам'яті; хворий не може згадати своєї поведінки. Під час деяких психозів можливі короткочасні звукові або слухові галюцинації (хворий бачить неіснуючих звіряток, бісики, чує їх голоси).

У морі зустрічаються алкогольні психози, рідше — шизофренія. При психозах порушується здатність правильно сприймати і аналізувати об'єктивну реальність, мотивувати свої вчинки. Такі хворі мають бути по можливості швидше спрямовані на лікування до спеціалізованих лікувальних установ.

Найбільше поширення отримали наступні психічні захворювання: реактивні психози, шизофренія, депресивна фаза маніакально-депресивного психозу, гострі алкогольні психози (делірії) і психози при захворюваннях внутрішніх органів, травмах, інфекціях. Реактивні психози зазвичай виникають за наявності надпотужних або тривало діючих подразників.

Спостерігаються вони, наприклад, після стихійних лих і проявляються у вигляді вираженого рухового і мовного гальмування або занепокоєння (дезорганізація поведінки). Тривало діючі несприятливі умови найчастіше викликають реактивну депресію. Вона, наприклад, виникає після втрати близької людини, після глибокого

розчарування у кому-небудь або чому-небудь. Виникають думки про самогубство з тенденцією до їх здійснення. Друга форма реактивних психозів — реактивні параноїди (маячні стани). Виникають найчастіше у зв'язку з конфліктами на роботі і в сім'ї. Людині починає здаватися, що за нею стежать, її переслідують, хочуть завдати шкоди і навіть отруїти або убити. При цьому психозі суть маячних ідей безпосередньо пов'язана з психотравмуючою ситуацією, що привела до захворювання.

Шизофренія

Прояви цієї хвороби різноманітні. Найбільш поширеною є маячна форма, для якої характерний розлад мислення у формі марення, нерідко з галюцинаціями. Захворювання часто проявляється у вигляді психомоторного збудження. Однією з характерних ознак є підозрілість хворого. Йому здається, що за ним спостерігають, переслідують, обкрадають, погрожують, збираються убити. Хворий стає грубим, злим, дратівливим. Коло його інтересів звужується, він стає безвільним. Оточення починає помічати, що людина, яка до цього була товариською, намагається уникати друзів, замикається в собі. Іноді висловлює алогічні думки. Її неможливо переконати. Внаслідок об'єктивних причин (погані вісті з дому, смерть близьких та ін.) чи без будь-яких причин може розвинути депресія. Деякі хворі виглядають скутими, заціпенілими, мовчазними, відмовляються від їжі. Через деякий час у хворого виникають маячні ідеї, що часто супроводжуються слуховими галюцинаціями. Хворий чує голоси, що примушують його здійснювати ті або інші вчинки. Тому він стає небезпечним для себе і оточення. Шизофренія зазвичай розвивається поступово, проте може виникнути і несподівано. Хворий стає дуже агресивним, озлобленим, пред'являє до оточення необґрунтовані вимоги.

Потрібна невідкладна допомога. У випадках гострих психозів хворого, недивлячись на займану посаду, необхідно ізолювати, помістити в окрему каюту. Щільно закрити ілюмінатори, з каюти вивести небезпечні предмети (ножі, вірьовки, стільці, ремені і тому подібне). Судноводій, відповідальний за надання першої медичної допомоги, повинен організувати групу з 3–4 чоловік, які повинні постійно стежити за хворим. Намагатися не залишати хворого одного в каюті. У разі короточасних психозів призначити рудотель по 1 пігулці 3 рази в день. Можна внутрішньом'язово вводити реланіум по 1 ампулі уранці і увечері.

У разі алкогольних психозів внутрішньом'язово ввести 2 ампули реланіуму, потім, коли хворий прокинеться, ввести внутрішньом'язово ще одну ампулу. Потім давати рудотель по 1 пігулці 3 рази в день. Стежити за серцево-судинною діяльністю, періодично вимірюючи тиск і пульс. Давати по 20 крапель валокордину, щедre пиття. Хворого госпіталізувати в найближчому порту.

Психомоторне збудження (деліріозне, психопатичне, депресивне, галюцинаторно-маячне, кататонічне) спостерігається у відкритому морі частіше у пасажирів. Деліріозне збудження виникає нерідко уночі при впливі загрозливих галюцинацій імперативного характеру (зорових, тактильних, слухових). Афектом страху супроводжується рухове збудження. Психопатичне збудження обумовлене психогенно, особливо при конфліктних ситуаціях, різноспрямоване за проявами — від істеричних припадків, театральних жестів і рухів, «рухової бурі» до конфліктності, грубості, спалахів гніву. Депресивне збудження (ажитована депресія) проявляється тугою з вираженим занепокоєнням, тенденцією до самокатування і тривоги. Максимальне збудження виражене афектом веселощів, підвищеним настроєм з прагненням до діяльності, мовним збудженням і настійливим безсонням. Галюцинаторно-маячне збудження виникає при впливі загрозливих галюцинацій або маячних ідей переслідування, отруєння, супроводжується афектом страху, тривоги. Збуджені хворі насторожені, напружені, злісні, намагаються бігти, наносять собі ушкодження і нападають на оточення. Кататонічне збудження проявляється руховим занепокоєнням, яке безглузде, химерне, стереотипне на тлі негативізму і незв'язливого мовлення. Хворого поміщають в судновий ізолятор під цілодобове спостереження не менше двох членів екіпажа (для утримання хворого), при різкому збудженні фіксують в ліжку.

Парентерально вводять 2–4 мл 0,5 % розчину діазепаму, 2–5 мл 2,5 % розчину аміназину, 2–4 мл 2,5 % розчину левомепромазину, за відсутності ефекту — внутрішньом'язово 2–3 мл 1 % розчину тіопроперазину, 3–5 мл 0,2 % розчину трифтазину, при переважанні тривожно-тужливого афекту — 4–8 мл 1 % розчину амітриптиліну. В деяких випадках ефективний хлоралгідрат (15–20 мл 6% розчину у клізмах).

Реактивні психози (реактивні стани) виникають при психічних травмах, які викликають образи, побоювання, страх, тривогу, тугу, інші негативні емоції. Захворювання проявляється реактивними депресіями, істеричними і маячними психозами. Реактивні депресії характеризуються пригніченістю, тужливістю хворих, які ходять згорбившись, сидять з опущеною на груди головою або лежать, підібравши ноги, іноді спостерігається марення самозвинувачення. Час-

то реактивні психози протікають на тлі психомоторного збудження. Істеричні психози нерідко виражені присмерковим затьмаренням свідомості, псевдодеменцією (неправдивим недоумством), пуерилізмом (дитяча поведінка), психогенним ступором (знерухомленість і мутизм). Хворого поміщають в ізолятор, парентерально призначають нейролептичні засоби (аміназин, трифтазин та ін.), при реактивній депресії — антидепресанти і транквілізатори.

Скороминущі ситуаційні розлади — стан гострого короткочасного маячного психозу в умовах відносної ізоляції (тривалий рейс) і конфліктної ситуації. Сприяючі чинники — перевтома, безсоння, алкоголізація, незвичність обстановки, соматичні захворювання. Скороминущі ситуаційні розлади виникають несподівано, на перший план виступає гостре марення переслідування та афект страху. У цьому стані людина може викинутися за борт, нанести безпричинно ушкодження оточуючим, з'являються суїцидальні спроби. У інших випадках людина шукає «захисту» у адміністрації судна. На вершині афекту страху може бути порушена свідомість з подальшою частковою амнезією. При виведенні людини з конфліктної ситуації (обстановки) вона заспокоюється, з'являється критика перенесеного психозу.

Лікування: хворого поміщають в судновий лазарет під постійне спостереження медперсоналу, парентерально призначають 2 мл 0,5 % розчину седуксену, 5 мл 2,5 % розчину аміназину, 1 мл 2,5 % розчину тизерцину, за відсутності ефекту — 2–3 мл 1 % розчину мажептилу.

Галюцинаторно-параноїдні стани виникають на тлі соматичних, інфекційних хвороб і інтоксикацій та розглядаються як прояв основного захворювання. Їх розвитку передують почуття страху, розгубленості, перебіг гострий із затьмаренням свідомості або пролонгований (при дії шкідливих чинників слабкої інтенсивності), по клініці вони близькі до параноїду з маренням переслідування, галюцинаціями, ілюзіями.

У важких випадках спостерігається апатичний ступор, після закінчення психозу настає тривалий період астенії. Хворих лікують у лазареті: призначають 2–3 мл 0,5 % розчину аміназину внутрішньом'язово (10–15 мг/доб) та інші нейролептичні препарати у поєднанні з антипаркінсонічними засобами, великими дозами тіаміну хлориду і аскорбінової кислоти, симптоматичне лікування і терапія основного захворювання.

Маніакально-депресивний (циркулярний) психоз відноситься до афективних психозів з порушенням переважно емоційної сторони життя людини. Це захворювання протікає циклічно — фазами, в проміжку між якими людина практично здорова.

Спостерігаються фази депресивні, маніакальні та змішані. Найнебезпечнішим для хворого є депресивний стан, оскільки він супроводжується гострою тугою, безвихіддю, загальмованістю. Туга і думки про свою вину бувають такими невідступними і переконливими, що хворі намагаються покінчити життя самогубством. Крім того, може спостерігатися виражена тривога, що переходить у збудження з тенденцією до самокатування. Деякі хворі в депресивному стані відчувають непереборний потяг до алкоголю. При цьому бувають періоди запою, тоді як поза депресією хворий абсолютно не вживає алкоголь.

Симптоматичні психози виникають, як правило, при захворюваннях внутрішніх органів, травмах, інфекціях, частіше у людей, що зловживають алкоголем. Вони супроводжуються розладом свідомості та галюцинаціями. Хворий бачить безліч дрібних тварин, що рухаються, чоловічків. Іноді виникають страхітливо яскраві цілісні картини. Хворий прагне втекти, сховатися або напасти.

Астенічні стани

В умовах тривалого плавання найчастіше розвиваються астенічні стани. Причому в початковій стадії для них характерні підвищена дратівливість, запальність. Стає тяжким несення вахт, що вимагають спокою, витримки, терпіння. Потім підвищена дратівливість змінюється пасивністю, байдужістю, апатією.

Астенічні явища виникають внаслідок як недостатності, так і надмірності інформації (надмірність емоційних навантажень, обумовлених ускладненням умов плавання, раптовими змінами обстановки і таке інше). Як стан роздратування, так і стан апатії викликають травматизм і сприяють створенню аварійних ситуацій. Астенізація як неспецифічна реакція на різні патогенні чинники створює так звану «невротичну диспозицію». На цьому ґрунті можуть порівняно легко розвиватися депресивні стани. Найчастіше нестійкими в нервово-психічному відношенні бувають особи, що мають акцентуйовані риси характеру, а також перенесені черепно-мозкові травми, різні нейроінфекції, хронічні інтоксикації. Найбільш поширені форми патологічних реакцій зустрічаються у вигляді примітивно-афективних розрядів, за типом короткого замикання, генералізовані панічні реакції і у вигляді уникнення від труднощів. Нарешті, ще раз необхідно підкреслити, що психоемоційні зриви найчастіше бувають викликані зловживанням алкоголю.

Психомоторне збудження це неспокійна поведінка хворих, обумовлена психічним захворюванням. Особливо небезпечне збудження, викликане галюцинаціями і маячними ідеями на тлі порушеної сві-

домості. Маніакальна фаза характеризується піднесенням настроєм, безперервним прагненням до діяльності, переоцінкою власної особи.

Алкогольний психоз або біла лихоманка виникає у осіб, що постійно зловживають спиртними напоями, після тривалих запоїв. Несподівано у тверезої людини, яка перед цим перебувала в тривалому запої, через декілька діб, вночі виникає алкогольний психоз. Хворий неспокійний, збуджений, абсолютно не спить, не їсть. Порушується його орієнтація в часі і просторі, він перестає упізнавати оточення. У хворого починається сильне потовиділення, він червоніє, температура може підвищитися до 39 градусів за Цельсієм. Виникають виразні зорові галюцинації, хворі бачать бігаючих комах, тварин, бісів. Ці образи викликають сильне занепокоєння хворого, він розпочинає активну боротьбу з ними або намагається від них сховатися. Часто зорові галюцинації супроводжуються слуховими галюцинаціями. Хворий чує голоси близьких, загрози, накази віддати гроші, повіситися і таке інше. Він часто закривається в каюті і нікого не впускає. Рятуючись від уявної небезпеки, хворий стає небезпечним для себе і оточення: може вистрибнути за борт, напасти на того, хто знаходиться поруч. Подібний стан триває близько тижня. Потім стан хворого покращується, у нього відновлюється нормальний сон, або, навпаки, стан погіршується — настає повне виснаження, кома і смерть. При алкогольному психозі хворого усього трясє, тремтять руки, у нього сильне потовиділення. Пульс прискорений, артеріальний тиск підвищений.

Алкогольна інтоксикація (гостра) настає під дією напоїв, що містять етиловий спирт. Спочатку відбувається збудження центральної нервової системи, а потім її пригнічення аж до непритомності. Швидкість появи і вираженість симптомів сп'яніння залежить від кількості і якості прийнятих спиртних напоїв, психофізичного стану організму, індивідуальної чутливості до алкоголю.

Розрізняють три ступені сп'яніння: легкий (1–2 % алкоголю в крові), середній (до 4 %), важкий (до 6 %). Смертельна концентрація алкоголю в крові перевищує 7–8 %, проте приведені концентрації варіабельні.

При легкому ступені настрої підвищені, відзначається стан задоволення собою і оточенням, самовпевненість, оптимістична оцінка своїх можливостей, хвалькуватість, багатослівність, втрата точності рухів і критичної оцінки дій (своїх і оточення), іноді гіперемія обличчя і склер, тахікардія.

При середньому ступені сп'яніння з'являється дратівливість, афективні реакції легко змінюють одна одну, посилене рухове занепокоєння, спостерігаються ознаки розладу рівноваги і координації

рухів, невиразна мова, на наступний ранок — слабкість, розбитість, тяжкість в голові або біль, неприємний смак у роті, спрага. Переважає роздратовано-знижений настрій.

Важкий ступінь характеризується втратою свідомості різної по глибині — від оглушення до коми, іноді епілептиформними нападами, мимовільним сечовипусканням і дефекацією. Стан завершується повною амнезією.

З метою діагностики в повітрі, що видихається, визначають наявність парів спирту індикаторними трубками Мохова—Шинкаренка, міру сп'яніння встановлюють по клінічній картині і концентрації алкоголю в крові.

Лікування проводять тільки при важкому ступені гострої алкогольної інтоксикації, воно спрямоване на швидке виведення алкоголю з організму, нормалізацію діяльності серцево-судинної і дихальної систем і купування збудження. Вживають заходи з попередження гіпотермії. Призначають внутрішньовенні інфузії 40–60 мл 40 % розчину глюкози, 100 мг піридоксину, до 1000 мг аскорбінової кислоти, 10–15 ОД інсуліну. У деяких випадках ефективні інфузії 10–15 мл 0,25 % розчину калію перманганату або 10 мл 1 % розчину метиленового синього. Підшкірно вводять ізотонічний розчин натрію хлориду з 5–10 % розчином глюкози до 1–1,5 л, дають вдихати кисень. Психози виникають при алкоголізмі в II і III стадії.

Розрізняють алкогольний делірій (біла лихоманка), галюциноз, параноїд, депресію, дипсоманію.

Першому нападу алкогольного делірія зазвичай передує довгий запій, частіше напад розвивається через декілька годин або 3–4 доби після припинення прийому алкоголю. Він нерідко співпадає з гострим соматичним захворюванням, у тому числі з пневмонією, травмою, операцією. У хворих погіршується нічний сон, з'являються вегетативні і вестибулярні розлади, почуття тривоги і зміна настрою, жвавість, нестійкість уваги, що посилюються увечері. Пізніше виникає безсоння і на тлі його напливи образних спогадів, потім — галюцинації різних органів чуття і марення. Галюцинації можуть мати фантастичний характер, бути одиничними або множинними, сценopodobними, калейдоскопічними, що змінюють один одного. Нерідко відзначаються слухові, нюхові галюцинації. Хворі безперервно в русі або чим-небудь зайняті відповідно до пануючих в даний момент галюцинацій і афекту. Підвищена рухова активність зазвичай контрастує зі схильністю до мовчання. Найчастіше відмічають марення переслідування. Хворі не орієнтовані в місці. Характерне періодичне послаблення або навіть зникнення частини психічних розладів вдень і посилення симптомів психозу ввечері.

Перебіг захворювання — 3–5 днів. Одужання критичне, після глибокого сну. Делірій постійно супроводжується сомато-неврологічними розладами: пітливістю, гіперемією шкіри, тахікардією, коливанням АТ, жовтяничністю склер, тремором рук, голови, атаксією, м'язовою гіпотонією, гіперрефлексією, субфебрилітетом.

При психічних захворюваннях, що нерідко ведуть до неправильного сприйняття навколишнього світу і власної особи, може виникнути прагнення до самогубства. Це прагнення виникає при депресивних, депресивно-параноїдних станах, імперативних галюцинаціях, в періоді декомпенсації психопатії істеричного або збудливого типу під впливом психічної травми.

Лікування — госпіталізація в лазарет з цілодобовим спостереженням і при першій нагоді направлення з супроводжуючим в психіатричний стаціонар. До цього при психомоторному збудженні хворого фіксують в ліжку, призначають діазепам, галоперидол та інші нейролептики парентерально.

Нейродерміт

Виділяють обмежений та дифузний нейродерміт. Обмежений розпочинається зі свербіж, на шкірі з'являються вузлики. У результаті тривалих розчухувань шкіра товстішає в області шиї, гомілок, внутрішньої поверхні стегон, промежини, статевих органів, заднього проходу. При дифузному нейродерміті призначають місцево мазі з 1–2 % ментолом і резорцином, 2,5 % анестезином, 3–5 % нафталаном, кортикостероїдами, 1–2 % борно- або сірчано-дігтярні мазі. При обмежених нейродермітах концентрацію мазей збільшують до 5–10 %, застосовують 5–10 % мазь АСД (фракція 3), рідину Митрошина.

Крім наведеної частини власне патологічних станів з підходами до їх лікування, вважаємо за необхідне зосередити увагу спеціалістів на необхідності проведення постійної адекватної та ефективної профілактики цих проблем, з метою попередження виникнення хвороб. Важливо не тільки контролювати їх за допомогою комплексних медичних оглядів стану здоров'я тих осіб, що збираються у море, а й проводити психологічну та медико-санітарно роботу і під час тривалого перебування на судні. Зараз за допомогою сучасних технологій можна звертатися до будь-якого фахівця у різних країнах світу, тому важливо за необхідністю це робити своєчасно.

Сподіваємось, що вищенаведена інформація буде корисною та надасть за необхідністю відповіді на всі питання, які можуть виникнути на судні під час довготривалого знаходження у морі.

Література:

1. Lambrechts M. The 2-th Int. Symp. on Maritime Health / M. Lambrechts. Antwerpen, 1993. — P. 249–257.
2. Lee J. D. Human Performance in automated systems / J. D. Lee, T. F. Sanquist // Human factors in transportation. — 1996. — P. 365–384.
3. Marit. J. Marine Medical Research Collection. Extracts from Japanese // J. Marit // Med. — 1995. — № 8. — P. 744.
4. Абакумова А. А. Исследование состояния сердечно-сосудистой системы у лиц операторских профессий на флоте / А. А. Абакумова, В. Д. Одинцова // Человек и судно 2000 года: тез. докл. X Междунар. симп. по морской медицине. — М., 1986. — С. 129–131.
5. Абрамов В. А. Стратегия психиатрической помощи населению Украины в условиях социально-экономического кризиса / В. А. Абрамов // Журн. психиатрии в мед. психологии. — 1995. — № 1. — С. 12–17.
6. Барнацкий В. Н. Профилактика артериальных гипертензий у моряков / В. Н. Барнацкий, В. А. Котенко, Б. И. Горяев // Врачебное дело. — 1981. — № 2. — С. 50–53.
7. Блощинский И. А. О психофизиологических показателях в оценке работоспособности, утомления и переутомления моряков / И. А. Блощинский, А. Ф. Киселев, В. Н. Максименко // Воен.-мед. журн. — 2002. — № 10. — С. 58–65.
8. Бобров В. А. Адаптация к физическим и психоэмоциональным нагрузкам и умственная работоспособность у больных НЦЦ / В. А. Бобров, В. Н. Башмаков, А. И. Перстнев // Терапевт.-арх. — 1994. — Т. 66, № 4. — С. 21–25.
9. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: крат. учеб. / В. Бройтигам, М. Рад, П. Кристиан. — М.: ГЭОТАРМЕДИЦИНА, 1999. — 373 с.
10. Васильев Д. И. Использование материалов периодических медицинских осмотров для оценки состояния здоровья моряков / Д. И. Васильев // Современное состояние, перспективы развития медицины и гигиены водного транспорта. — Одесса, 1993. — С. 7–9.
11. Виноградов С. А. Психоэмоциональный статус моряков арктического флота / С. А. Виноградов, Г. А. Филатова, Т. В. Сомонова // Человек и судно 2000 года: X Междунар. симп. по морской медицине. — М., 1986. — С. 19–21.
12. Егоров В. А. Прогнозирование профессиональной пригодности моряков к деятельности в экстремальных условиях / В. А. Егоров, В. В. Белов // Воен.-мед. журн. — 1992. — № 12. — С. 55–57.
13. Помощь и консультирование моряков [Электронный ресурс]. — URL: http://assol.org.ua/index/psikhoreabilitacija_morjakov/0-63
14. Чем болеют моряки [Электронный ресурс]. — 2010. URL: <http://marinecrew.info/2010/09/blog-post.html>

15. Неврологические расстройства [Электронный ресурс]. — URL: <http://medkarta.com/?cat=article&id=22723>
16. Зверев В. Ф. Особенности возникновения и течения невротических реакций у корабельных специалистов / В. Ф. Зверев // Воен.-мед. журн. — 1971. — № 11. — С. 62–66.
17. Писаренко Е. Ф. Здоровье моряков и безопасность судождения / Е. Ф. Писаренко // Морской мед. журн. — 2000. — № 3. — С. 13–15.
18. Корнилов А. П. Саморегуляция человека в условиях социального перелома / А. П. Корнилов // Вопр. психологии. — 1995. — № 5. — С. 69–72.
19. Лобенко А. А. Справочник судового врача / А. А. Лобенко. — Киев: Здоров'я, 1983. — 277 с.
20. Новиков В. С. Предупреждение дезадаптивных изменений у моряков в плавании / В. С. Новиков, В. Н. Бортновский // Воен.-мед. журн. — 1982. — № 4. — С. 50–52.
21. Рогалев К. К. Социально-средовые факторы и сердечно-сосудистые заболевания у плавсостава / К. К. Рогалев, М. С. Слуцкий // Кардиология. — 1990. — № 9. — С. 15–18.
22. Симачевский В. А. Психическое здоровье моряков и проблемы оказания психиатрической помощи на Северном флоте / В. А. Симачевский, А. В. Никитюк, В. Н. Скрипаль // Морской мед. журн. — 1999. — № 6. — С. 42–46.
23. Стенько Ю. М. Психогигиена моряка / Ю. М. Стенько. — Л.: Медицина, 1981. — 176 с.
24. Судаков К. В. Индивидуальность эмоционального стресса / К. В. Судаков // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2005. — № 2. — С. 4–12.
25. Щербина Ф. А. Показатели психологического статуса моряков в зависимости от типа вегетативного реагирования в условиях длительного плавания / Ф. А. Щербина // Морской мед. журн. — 1999. — № 6. — С. 16–18.

Тести по контролю знань

Астенічний синдром характеризується усім перерахованим, окрім:

- а) фізичної виснаженості;
- б) психічної виснаженості;
- в) фіксаційної амнезії;
- г) афективної лабільності;
- д) порушень сну.

До простих варіантів депресивного синдрому відноситься усе перераховане, крім:

- а) анестетичної депресії;
- б) тривожної депресії;
- в) ступорозної депресії;
- г) депресії з маренням засудження;
- д) депресії з маренням самозвинувачення.

До соматичних ознак депресії відносяться:

- а) замкнутість;
- б) дисменорея;
- в) схуднення;
- г) усе перераховане;
- д) нічого з перерахованого.

Маніакальна тріада характеризується:

- а) підвищеним настроєм;
- б) прискоренням асоціацій;
- в) руховим збудженням;
- г) усім перерахованим;
- д) нічим з перерахованого.

Нав'язливий страх (фобія) характеризується усім перерахованим, окрім:

- а) інтенсивного і непереборного страху, що охоплює хворого;
- б) розуміння його безглуздя, спробами впоратися з ним;
- в) наявності конкретного змісту;
- г) невизначеного почуття страху без розуміння його безглуздя;
- д) можливості бути всеосяжним.

Дереалізація характеризується усім перерахованим, окрім:

- а) спотворення величини і форми сприйманих предметів і простору;
- б) почуття примарності того, що оточує;

- в) сприйняття зовнішнього світу декоративним, несправжнім;
- г) втрати почуття дійсності;
- д) сумнівів в реальності існування навколишніх предметів, людей.

Іпохондричний синдром проявляється усім перерахованим, включаючи:

- а) надмірно утрировану увагу до здоров'я;
- б) переконаність в існуючому невиліковному захворюванні;
- в) пригнічений настрій з сеностопатіями;
- г) *маячну переконаність в існуванні невиліковної хвороби;*
- д) різноманітні, украй тяжкі та обтяжливі відчуття.

Істеричний припадок проявляється усім перерахованим, окрім:

- а) *припадку з клінічною і тонічною фазою;*
- б) різноманітних складних, виразних рухів;
- в) звуження свідомості;
- г) психогенної обумовленості;
- д) посилення і затягування при скупченні людей навкруги.

Маячні ідеї характеризуються усім перерахованим, окрім:

- а) невідповідності дійсності;
- б) *доступності до корекції, усунення шляхом переконання;*
- в) спотворення відображення дійсності;
- г) повного оволодіння свідомістю;
- д) неможливості виправлення, незважаючи на явне протиріччя з дійсністю.

Для істинних галюцинацій характерно:

- а) сприйняття неіснуючого;
- б) виникнення існуючого без реального об'єкту;
- в) наявність мимоволі виникаючих уявлень, що проєктуються зовні;
- г) характер проєкції, не відмінної від реальних об'єктів;
- д) *усе перераховане.*

Гострий галюцинаторно-параноїдний синдром характеризується:

- а) чуттєвим маренням;
- б) відсутністю тенденції до систематизації маячних розладів;
- в) вираженістю усіх форм психічних автоматизмів;
- г) афектом страху, тривоги, розгубленістю;
- д) *усім перерахованим.*

Невідкладна допомога при гострих станах галюцинацій та марення полягає:

- а) у невідкладній госпіталізації;
- б) в купуванні збудження препаратами седативної дії;
- в) в купуванні психотичної симптоматики нейролептиками;
- г) *в усьому перерахованому;*
- д) ні в чому з перерахованого.

Присмеркове потьмарення свідомості проявляється:

- а) раптовою, частіше короткочасною, втратою ясності свідомості;
- б) повною відчуженістю від того, що оточує;
- в) збереженням (іноді) уривчастого та спотвореного сприйняття;
- г) *усім перерахованим;*
- д) нічим з перерахованого.

Епілептичний статус характеризується:

- а) серією наступних один за одним великих епілептичних нападів;
- б) тривалістю від декількох годин до декількох діб;
- в) перебуванням хворого тривало в комі, сопорі або оглушенні;
- г) *усім перерахованим;*
- д) нічим з перерахованого.

Невідкладна допомога при епілептичному статусі ґрунтується на таких принципах:

- а) ранній початок лікування;
- б) комплексність терапевтичних заходів;
- в) застосування дозованого наркозу;
- г) *вірно усе перераховане;*
- д) невірно усе перераховане.

Emergency medical care of sailors in crisis states

K. Aymedov, Y. Dovgiy, L. Lebiga

Resume

According to the authors' recommendations there was made an attempt to unite their own knowledge and available experience of other scientists concerning the problem of emergency medical care of sailors in crisis states.

The work includes contemporary peculiarities of sailors' work, working conditions, social life and other important aspects which influence a psychological health.

Nowadays the general amount of fleet in Ukraine concedes the fleet which existed before the 1990s, but an amount of people working in this area hasn't decreased because of property law changes for the vessel where they work when hired. The attitude to socially consumer services has changed particularly medical care for people working on the trade fleet where the position of a doctor on vessels almost disappeared and it was changed into a week medical course for senior assistants. Unfortunately, nowadays there aren't special services of psychological help for sailors and their families. Insurance agreements are often valid for the period of working hoist and include a minimal range of services. All factors mentioned above are of great importance and of huge impact on physical, neurological and psychological health of sailors.

In their own research the authors tried not only to analyze negative factors and mark what diseases are very common, but also provide practical recommendations concerning help when being affected and explain the right way to organize life and working conditions of sailors, take into account contemporary social peculiarities, build a theoretical basis for effective preventive measures of the fleet occupational diseases.

The authors sincerely hope that in contemporary conditions this research will be a great value not only for sailors and their families, but also for everybody who is connected with marine or river transport.

Зміст

Від авторів	3
Стрес у моряків	4
Статистика захворювань	5
Структура МКХ-10 нервової системи та психічних і поведінкових розладів	5
Загальна характеристика найбільш поширених запальних захворювань центральної нервової системи у моряків та їх терапевтичні принципи	6
Системні атрофії. Епілептичний статус, як стан, що потребує невідкладної медичної допомоги	8
Клінічна картина мігрені. Принципи терапії	9
Невралгія. Симптоми і лікування	10
Порівняльна характеристика клініки і лікування невралгій та невритів у моряків	10
Вегетативні кризи: симпатoadреналового, вагоінсулярного та змішаного типів	13
Радикуліт	13
Гострі порушення мозкового кровообігу. Класифікація. Принципи реанімаційних заходів	14
Морська хвороба	18
Психічні розлади і розлади поведінки	18
Неврози та психози	21
Шизофренія	23
Астенічні стани	26
Нейродерміт	29
Література	30
Тести по контролю знань	32
<i>Emergency medical care of sailors in crisis states. Resume</i>	35

Довідкове видання

АЙМЕДОВ Костянтин Володимирович

ДОВГИЙ Юрій Володимирович

ЛЕБІГА Любов Павлівна

НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА МОРЯКАМ У КРИЗОВИХ СТАНАХ

Практичні рекомендації

Завідувачка редакції *Т. М. Забанова*
Дизайнер обкладинки *О. А. Кунтарас*
Технічний редактор *Н. С. Жукова*
Коректор *І. В. Шепельська*

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 2,09. Тираж 150 прим. Зам. № 255 (50).

Видавництво і друкарня «Астропринт», 65091, м. Одеса, вул. Разумовська, 21
Тел.: (0482) 37-07-95, 37-14-25, 33-07-17, (048) 7-855-855. www.astroprint.odessa.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 1373 від 28.05.2003