

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	8
Список сокращений и условных обозначений	12
Предисловие	14
Глава 1. Острые стресс-ассоциированные психические расстройства...	15
Введение	15
1.1. Пример клинического случая военнослужащего с острым полиморфным психотическим расстройством, ассоциированным с острым стрессом	16
1.2. Обучающие моменты	20
1.3. Клинические аспекты	22
1.4. Резюме	26
Рекомендованная литература	26
Глава 2. Васкулоцеребральная травма как новая форма боевого повреждения головного мозга	28
Введение	28
2.1. Описание серии клинических случаев	29
2.2. Обучающие моменты	35
2.3. Клинические аспекты	37
2.4. Резюме	38
Рекомендованная литература	38
Глава 3. Инновационные подходы в диагностике и лечении невропатического болевого синдрома при боевых повреждениях периферических нервов	40
Введение	40
3.1. Методика оценки в серии клинических наблюдений	41
3.2. Обучающие моменты	44
3.3. Клинические аспекты	47
3.4. Резюме	50
Рекомендованная литература	51
Глава 4. Инновационные подходы в диагностике и лечении боевых повреждений спинного мозга	52
Введение	52
4.1. Описание серии клинических случаев	54

4.2. Обучающие моменты	57
4.3. Клинические аспекты.	61
4.4. Резюме	63
Рекомендованная литература	63
Глава 5. Комплексная диагностика боевых повреждений периферических нервов: клинико-сонографический и нейрофизиологический подходы для определения дальнейшей тактики ведения пациентов	64
Введение	64
5.1. Комплексное многоэтапное обследование в серии клинических наблюдений.	64
5.2. Обучающие моменты	69
5.3. Резюме	69
Рекомендованная литература	70
Глава 6. Аэрокриотерапия в лечении фантомной боли у военнослужащих с травматическими ампутациями конечностей ...	71
Введение	71
6.1. Клинический случай эффективного лечения фантомно-болевого синдрома у пациента с травматической ампутацией левой верхней конечности	73
6.2. Обучающие моменты	76
6.3. Клинические аспекты.	78
6.4. Резюме	82
Рекомендованная литература	82
Глава 7. Метгемоглобинемии у раненых	84
Введение	84
7.1. Пример клинического случая отравления метгемоглобинемии у раненых	85
7.2. Обучающие моменты	90
7.3. Клинические аспекты.	91
7.4. Резюме.	92
Рекомендованная литература	93
Глава 8. Поражения ядовитыми техническими жидкостями	94
Введение	94
8.1. Пример клинического случая отравления моторным топливом (керосином)	94
8.2. Обучающие моменты	100

8.3. Клинические аспекты.	101
8.4. Резюме	102
Рекомендованная литература	103
Глава 9. Поражения продуктами горения, взрывными и пороховыми газами	104
Введение	104
9.1. Пример клинического случая поражения продуктами горения, взрывными и пороховыми газами.	105
9.2. Обучающие моменты	115
9.3. Клинические аспекты.	116
9.4. Резюме.	118
Рекомендованная литература	119
Глава 10. Поражения веществами пульмонотоксического действия	120
Введение	120
10.1. Пример клинического случая поражения пульмонотоксикантами.	121
10.2. Обучающие моменты	129
Приложение 1. Карта 16-зонного протокола ультразвукового исследования легких	135
10.3. Клинические аспекты.	136
10.4. Резюме	143
Рекомендованная литература	144
Глава 11. Кардиологические аспекты боевой акубаротравмы.	145
Введение	145
11.1. Примеры клинических случаев.	146
11.2. Обучающие моменты	150
11.3. Клинические аспекты.	151
11.4. Резюме	152
Рекомендованная литература	152
Глава 12. Хантавирусные болезни.	154
Введение	154
12.1. Пример клинического случая геморрагической лихорадки с почечным синдромом	159
12.2. Обучающие моменты	166
12.3. Клинические аспекты	172
12.4. Резюме	177
Рекомендованная литература	178

Глава 13. Влияние функционального гипогонадизма у раненых на процесс заживления ран.	179
Введение	179
13.1. Клиническое наблюдение раненых с различным андрогенным статусом.	180
13.2. Обучающие моменты	196
13.3. Клинические аспекты.	196
13.4. Резюме	197
Рекомендованная литература	198
Глава 14. Патология системы гемостаза у раненых	199
Введение	199
14.1. Пример клинического случая развития венозного тромбозно-эмболического осложнения у раненого.	200
14.2. Обучающие моменты	203
14.3. Клинические аспекты.	204
14.4. Резюме	210
Рекомендованная литература	211
Глава 15. Опыт применения системной глюкокортикоидной терапии у пациентов с прямым острым респираторным дистресс-синдромом	213
Введение	213
15.1. Пример клинического случая острого респираторного дистресс-синдрома	214
15.2. Обучающие моменты	222
15.3. Клинические аспекты.	225
15.4. Резюме	229
Рекомендованная литература	230
Глава 16. Патогенетическая антикоагулянтная терапия у военнослужащих с ранениями или ушибами органов грудной клетки	231
Введение	231
16.1. Пример клинического случая развития ушиба легкого с проникающим ранением грудной клетки	231
16.2. Обучающие моменты	234
16.3. Клинические аспекты.	235
16.4. Резюме	239
Рекомендованная литература	240

Глава 17. Биото-тканевой комплекс желудочно-кишечного тракта в развитии гомеостатических нарушений у пострадавших с политравмой.	241
Введение	241
17.1. Пример клинического случая: тяжелая боевая травма с выраженным нарушением биото-тканевого комплекса у военнослужащего.	241
17.2. Обучающие моменты	245
17.3. Клинические аспекты.	245
17.4. Резюме.	245
Рекомендованная литература	246
Список использованной литературы	247

ПРЕДИСЛОВИЕ

В ходе последних военных конфликтов медицинская служба и Вооруженные Силы в целом столкнулись с ситуацией, когда технологические и организационные подходы к ведению боевых действий и их всестороннему обеспечению стремительно изменились не только в сравнении с предшествующими конфликтами, но и в сравнении с начальной фазой текущего. Этот организационно-технологический скачок привел к значимому изменению величины и структуры санитарных потерь, системы лечебно-эвакуационного обеспечения и, как следствие, потребовал новых медицинских изделий, технологий и лекарственных средств.

Настоящее издание задумано в составе трилогии. Оно содержит подведение итогов четырехлетней напряженной научно-практической деятельности многотысячного коллектива Военно-медицинской академии по тематике боевой терапевтической травмы.

На основе получаемого, сразу же обобщаемого и осмысляемого опыта наши сотрудники не только разрабатывают новые технологии, но и максимально быстро интегрируют их в деятельность всех привлеченных медицинских и образовательных организаций.

Наиболее крупными и фундаментальными стали разработанные и внедренные в практическую деятельность «Указания по военно-полевой терапии» (2026), «Военно-полевая терапия: национальное руководство» (2023), руководство для врачей «Медицинская реабилитация комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством» (2025), учебники «Военно-полевая терапия» (2026), «Военная психиатрия» (2025).

Представляемый вниманию читателей труд построен по принципу практического руководства на основе реальных клинических случаев, где разобраны тактические приемы этапного лечения, наиболее важные диагностические критерии, частые и наиболее опасные ошибки, расставлены важнейшие акценты лечебно-диагностических мероприятий.

Опыт сотрудников Военно-медицинской академии — национального центра военно-медицинского образования и науки с крупнейшей в стране собственной военно-клинической базой — станет мощным подспорьем для практического звена российского здравоохранения и преподавателей военно-специальных циклов медицинских организаций высшего и дополнительного образования.

Авторский коллектив выражает благодарность сотрудникам академии, чьим неустанным трудом были достигнуты представленные результаты лечения, кто внес существенный вклад в лечение пациентов.

Глава 1. Острые стресс-ассоциированные психические расстройства

В.К. Шамрей, Е.С. Курасов, Д.В. Овчинников

ВВЕДЕНИЕ

Современная военная служба относится к экстремальным видам профессиональной деятельности, сопряженным с воздействием на военнослужащих большого спектра количества различных (в том числе принципиально новых) стрессогенных факторов. Их интенсивность существенно возрастает при выполнении специальных задач, особенно во время ведения боевых действий, нередко вызывая различные стресс-ассоциированные психические расстройства. К последним в настоящее время относят группу болезненных состояний, возникающих под воздействием выраженных (экстраординарных) психотравмирующих факторов (витальной угрозы, индивидуально значимых эмоциональных переживаний, травмы свидетеля и т.д.). Данные психические нарушения включают в себя широкий спектр психопатологических нарушений от кратковременных невротических реакций (острых стрессовых, тревожно-фобических, депрессивных) до затяжных (хронических) психопатологических состояний (в том числе посттравматического стрессового расстройства). Общей отличительной чертой данных психопатологических нарушений является то, что они определяются не только специфической клинической симптоматикой и особенностями течения, но и обязательным наличием основного причинного фактора — исключительно сильного стрессового события (жизнеугрожающей ситуации).

Помимо специфической (экстраординарной) психотравмы (вследствие витальной угрозы), на военнослужащих в условиях боевых действий негативное влияние оказывает также большое количество других стрессогенных факторов (информационно-психологических, астенизирующих и т.д.), которые, обладая «вторичным» психотравмирующим воздействием, могут вызвать (спровоцировать) у них состояния выраженного

дистресса с дезорганизацией поведения, неспособностью адекватно реагировать на происходящее, обеспечить самозащитные реакции и т.д. При этом особую роль имеют следующие типы стрессоров: непосредственная угроза для собственной жизни, наблюдение сцен гибели других лиц, ощущение собственной беспомощности и бессилия, утрата близких людей (сослуживцев, подчиненных), лишение привычных социальных связей (резкая смена привычного жизненного и профессионального стереотипа, разлука с близкими), заостренное чувство персональной ответственности и «личной вины» за происходящее (за то, что «не удалось сделать для спасения» своих товарищей, сослуживцев), страх перед возможными последствиями боевых действий (вероятность оказаться в плену, подвергнуться пыткам), негативное информационно-психологическое воздействие и т.д.

1.1. ПРИМЕР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО С ОСТРЫМ ПОЛИМОРФНЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ОСТРЫМ СТРЕССОМ

Военнослужащий по контракту Я., 36 лет, находился на лечении в клинике психиатрии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова (ВМедА).

Анамнез

Со слов пациента и судя по представленным медицинским документам, неоднократно подвергался витальной угрозе во время участия в боевых действиях на протяжении нескольких месяцев. В течение нескольких дней недосыпал, переутомлялся, подвергался интенсивным физическим нагрузкам. Во время позиционных боевых действий попал под артиллерийский обстрел, был засыпан в блиндаже. При этом испытывал сильное чувство страха, «прощался с жизнью». После боя был обнаружен сослуживцами сидящим в одной позе, смотрел в одну точку, не отвечал на вопросы. Периодически монотонно по нескольку раз повторял: «Прилет! Прилет! Прилет!». Во время попытки эвакуации был периодами агрессивен, хаотично сопротивлялся. Был направлен на эвакуацию в медицинскую роту, перед погрузкой в машину спонтанно развилось психомоторное возбуждение, пытался перезарядить автомат, искал гранаты, проявлял агрессию в отношении сослуживцев. Был обездвижен, фиксирован к носилкам подручными средствами.

При поступлении в медицинскую роту (в 1-е сутки): состояние оставалось без изменений, был установлен диагноз: психомоторное возбуждение. Выполнена инъекция хлорпромазина (Аминазина*) 2,5% — 2,0 мл, заведена первичная медицинская документация (форма 100). В связи с отсутствием возможности нахождения в медицинской роте из-за сложной оперативной обстановки на следующий день был эвакуирован в медицинский отряд специального назначения. В пути следования повторно выполнялась инъекция хлорпромазина (Аминазина*) 2,5% — 2,0 мл в связи с неустойчивым психическим состоянием, периодами агрессии со слезами, плачем, нецензурной бранью.

После поступления в медицинский отряд специального назначения (на 2-е сутки): был направлен в госпитальное отделение, в поведении был относительно спокоен, периодами дезориентирован в месте и времени, ориентирован в собственной личности. Отмечалась шаткость походки, жалобы на головокружение, «страх», «панику», «звон в голове». Осмотрен неврологом, данных о наличии черепно-мозговой травмы получено не было. Осмотрен психиатром, установлен диагноз: острая реакция на стресс средней степени. Назначена терапия бромдигидрохлорфенилбензодиазепином 1,0 мг по 1 таблетке утром, в обед, 2 таблетки на ночь, инъекция хлорпромазина (Аминазина*) 2,5% — 2,0 мл на ночь. На фоне проводимого лечения состояние оставалось неустойчивым, был напряжен, тревожен, практически не общался с ранеными и медицинским персоналом. Отмечалось нарастающее снижение настроения. Дважды пытался уйти из отряда в неизвестном направлении, мотивов своего поступка объяснить не смог. Практически не принимал пищу, редко пил воду. На третий день пребывания вышел из укрытия, подошел к военнослужащим, которые проводили строительные работы, взял у них топор и нанес им удар по левой кисти. В результате этого получил рубленую рану с отрывом левого мизинца. В перевязочной была проведена первичная хирургическая обработка ран, наложена повязка, выполнена инъекция хлорпромазина (Аминазина*) 2,5% — 2,0 мл и бромдигидрохлорфенилбензодиазепина 0,1% — 2,0 мл, фиксирован к носилкам. Автомобильным санитарным авиационным транспортом эвакуирован в военный госпиталь оперативного направления, где был госпитализирован в психиатрическое отделение.

При поступлении в психиатрическое отделение госпиталя: после первичного осмотра установлен диагноз: депрессивный эпизод средней степени. Рубленые раны левой кисти. Отсечение V пальца на уровне средней фаланги с открытым переломом основания средней фаланги. Обширная рана III пальца на уровне проксимального межфалангового сустава с открытым оскольчатый переломом головки основной фаланги,

перерывом сухожилий сгибателей пальцев и разгибательного аппарата. Рана II пальца с открытым переломом головки основной фаланги, повреждением разгибательного аппарата. Наружное кровотечение пальцевых артерий.

Была назначена терапия амитриптилином (в нарастающей дозировке до 100 мг/сут), бромдигидрохлорфенилбензодиазепином (до 2 мг/сут). Сообщает, что в первые дни лечения испытывал сильные эмоциональные переживания от потери пальца, сообщал: «я постоянно думал, как буду жить дальше, как смогу существовать без нормальной руки», «постоянно мучали мысли о том, что нужно найти место в жизни со своими дефектами». На фоне переживаний нарушился сон, стал тревожен и подозрителен, появились идеи о слежке за ним и другими военнослужащими через программу «Алушта». Стал высказывать идеи отношения, преследования, сообщал, что «в отделении находятся подставные», требовал вызвать «военную полицию и комендатуру». Вечером внезапно, без объяснения причины напал на соседа по палате, пытался его ударить. В связи с появлением в структуре психопатологической симптоматики отчетливых быстро сменяющихся бредовых нарушений персекуторного характера, проявлений гетероагрессии, идей слежки постоянности обстановки диагностическое заключение было изменено на острое полиморфное психотическое расстройство. Для дальнейшего лечения в связи с необходимостью проведения дифференциальной диагностики с расстройствами шизофренического спектра, а также наличия рубленой раны кисти авиационным санитарным транспортом направлен в Военно-медицинскую академию.

При поступлении в клинику психиатрии ВМедА (на 5-е сутки): клиническая картина определялась галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, персекуторными идеями преследования, слежки, подстроенной ситуации, тревожной, астенической и диссомнической симптоматикой.

Согласно наблюдениям медицинского персонала: написал обращение Президенту, в котором сообщил: «Я нашел слабые места в программе “Алушта”, знаю, как их устранить и усовершенствовать систему». Однако после просьбы персонала передать написанное лечащему врачу разорвал все бумаги на мелкие куски. Периодически к чему-то прислушивался, при этом выглядел несколько отрешенным, настороженным.

Выставлен предварительный диагноз: острое полиморфное психотическое расстройство.

Рентгенография левой кисти в прямой и косой проекциях: на рентгенограммах левой кисти в прямой и косой проекциях в условиях гипсовой лангеты определяется состояние после ампутации 5-го пальца на уровне средней трети средней фаланги. Также прослеживаются оскольчатые переломы дистальных метаэпифизов.