

НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ БОЕВОГО СТРЕССА И ТРАВМ

Зуйкова А. А.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации», Нижний Новгород, Россия (603005, Н. Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10 /1), e-mail: azuikova@rambler.ru

Локальные войны, акты терроризма вызывают развитие психических расстройств, обусловленных социальными стрессами, в частности, посттравматических стрессовых расстройств и расстройств адаптации. В проведенном исследовании патология нервной системы была выявлена у 51.7 % обследованных участников боевых действий, нарушения со стороны нервной системы носили доминирующий характер, в 39,3 % случаев диагностировалась как сопутствующая патология. В 67 % случаев со стороны нервной системы были диагностированы коморбидные нарушения. Среди последствий боевого стресса и травм имели значение: аффективные расстройства, психогении, расстройства личности, психоорганическая декомпенсация, аддиктивные расстройства. При нарушениях длительной адаптации после перенесенного боевого стресса и травм патология со стороны нервной системы утрачивала индивидуально-типологическое своеобразие и приобретала неспецифический характер. Высокий уровень коморбидности осложнял принятие терапевтических решений, проведение реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: нарушения адаптации, боевой стресс, ветераны боевых действий, нервная система.

VIOLATIONS OF ADAPTATION NERVOUS SYSTEM ONCE THE EFFECTS OF COMBAT STRESS AND INJURY

Zuykova A. A.

The Nizhny Novgorod State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation Nizhny Novgorod, Russia, 603005, Nizhny Novgorod, PL. Minin and Pozharsky, 10./1), e-mail: azuikova@rambler.ru

Local wars, acts of terrorism cause the development of mental disorders, caused by the social stresses, in particular post-traumatic stress disorders and disorders of adaptation. The study pathology of the nervous system has been identified by 51.7 % of the surveyed participants of the military actions, violations on the part of the nervous system were dominant in nature, 39, 3 % of the cases diagnosed as a concomitant pathology. In 67 % of cases on the part of the nervous system have been diagnosed comorbidity violations. Among the effects of combat stress and injuries have value: affective disorders, neuroses, personality disorders, psychoorganic decomposition, and addictive disorders. In the event of violations of long adaptation after suffering combat stress and injuries pathology of nervous system lost its individually-typological peculiarities, and acquired a non-specific nature. The high levels of comorbidity affect the adoption of therapeutic decisions, carrying out of rehabilitation measures

Key words: violation of adaptation, combat stress, veterans of combat operations, nervous system.

Введение. Характерной реакцией адаптации на длительную психическую травму является развитие ряда психоневрологических заболеваний: невротических, посттравматических, социально-стрессовых расстройств, психосоматических заболеваний и патохарактерологических реакций. Сверхсильные стрессовые факторы, такие как локальные войны, акты терроризма вызывают развитие психических расстройств, обусловленных социальными стрессами, в частности, посттравматических стрессовых расстройств и расстройств адаптации [6, 7]. Измененное психическое состояние человека поддерживается влиянием кризисных социальных ситуаций: реальная или ожидаемая безработица, материальное неблагополучие, социальная незащищенность, отсутствие перспектив на будущее, тревога за близких, утрата прежних идеалов [1]. В настоящее время отсутствует

единое представление о нарушениях длительной адаптации в результате перенесенного боевого стресса. Нет четких диагностических критериев и общей нозологической принадлежности данных нарушений адаптации вследствие воздействия хронического стресса. В связи с этим отсутствуют дифференцированные подходы к лечению и прогностические критерии.

Цель исследования: изучить патологию нервной системы у ветеранов боевых действий, в различные временные периоды после воздействия боевого стресса и травм.

Материалы и методы исследования. Для исследования было отобрано 332 ветерана локальных войн: участники войны в Афганистане – 116 человек – на момент обследования в возрасте от 43 до 67 лет, давность участия в боевых действиях – от 23 до 30 лет; участники боевых действий в Чечне, в I и II Чеченскую войну – 136 человек, в возрасте от 28 до 58 лет, давность участия в боевых действиях – от 8 до 15 лет; участники локальных войн (во Вьетнаме, Алжире, Египте, на Кубе, в Армении, Абхазии и др.) – 98 человек, в возрасте от 37 лет до 72 лет, давность участия в военных действиях – от 19 до 47 лет.

Для оценки состояния здоровья ветеранов локальных войн использовались: клинический, патопсихологический, катamnестический, экспериментально-психологический и медико-статистический методы. Процедура обследования ветеранов проводилась с использованием специально разработанного клинического структурированного интервью. Клиническое обследование включало консультации специалистов: невролога, нейрохирурга, терапевта, психиатра, окулиста, отоларинголога. Психометрическая оценка клинических данных и эффективности проводимой терапии осуществлялась с помощью следующих психометрических инструментов: шкалы общего клинического впечатления, краткой шкалы психиатрической оценки, шкалы для исследования уровня депрессии и тревоги Гамильтона, Бека, шкалы тревоги Спилбергера – Ханина, «Hand-тест», Миссисипский опросник боевого посттравматического стрессового расстройства. Для комплексной оценки длительных нарушений адаптации ветеранов боевых действий использовались современные клинико-биохимические, современные методы функциональной, рентгенологической и ультразвуковой диагностики.

В исследование включались пациенты с различным спектром коморбидных экзогенно-органических и эндогенно-органических расстройств, согласно критериям МКБ-10. В исследование не включались пациенты с острой психотической симптоматикой посттравматического генеза, с выраженными атрофическими изменениями ЦНС, сопровождающимися выраженными когнитивными нарушениями.

Статистический анализ условно можно разделить на следующие части: анализ анамнестических данных, анализ показателей в динамике. Анализ анамнестических данных

проводился для доказательства однородности групп и состоял из следующих характеристик: пол, возраст, биографические данные, социальное положение, клинические данные. Анализ показателей в динамике: изменение психометрических данных оценивалось по сравнению с исходными значениями, при проведении дисперсионного анализа независимыми переменными выступали вид терапии и время с момента начала исследования; зависимыми величинами были показатели психометрических шкал и выраженность клинических проявлений. В исследовании были учтены этические моменты и конфиденциальность информации.

Обсуждение результатов. В нашем исследовании патология нервной системы была выявлена у 51,7 % обследованных участников боевых действий, причем нарушения со стороны нервной системы носили доминирующий характер. В 39,3 % случаев они диагностировались как сопутствующая патология. В 67 % случаев со стороны нервной системы были диагностированы коморбидные нарушения.

На долю острой патологии нервной системы приходилось 19 %, подострые нарушения выявлялись у 24 % участников боевых действий, хронические нарушения диагностировались в 57 % случаев. Клинически стертые варианты патологии со стороны нервной системы наблюдались в 47 % случаев. Отсроченные расстройства (аффективные нарушения, проявления посттравматических стрессовых расстройств), симптоматика которых появлялась позднее 6 месяцев после участия в боевых действиях, наблюдались у 34 % ветеранов.

В острый период наблюдались пограничные реактивные состояния: реактивные психозы (8,3 %) и реактивные неврозы (25,4 %). Острые реактивные психозы чаще встречались в виде острых шоковых реакций (2 %), которые возникали под влиянием очень сильной психогенной травмы, представляющей угрозу существованию, чаще всего сопровождали массовые травмы, повреждения, тяжелые ранения. Самым распространенным следствием стресса в острый и начальный период были адаптационные реакции (до 43 %), которые возникали вследствие накопления длительных отрицательных эмоций и приводили к аффективным вспышкам на фоне истощения центральной нервной системы.

Наиболее часто в начальный и поздний периоды встречались реактивные депрессии (до 40 % всех реактивных состояний), при этом прослеживалась четкая связь с психотравмирующей ситуацией. Все болезненные проявления пролонгировались на фоне перенесенных черепно-мозговых травм (82 %). Формирование и различные клинические проявления последствий перенесенной травмы на отдаленных этапах заболевания объясняются затянувшимся на многие годы нарушением мозгового кровообращения, что

согласуется с известным положением о провоцирующей роли травмы в формировании раннего атеросклероза [5, 7].

Среди отдаленных последствий перенесенного боевого стресса можно выделить основные группы нарушений психоневрологического плана: аффективные нарушения, психогении, патохарактерологические личностные расстройства, психосоматозы, психоорганический синдром, аддиктивные нарушения [4].

Психогенные нарушения у ветеранов боевых действий встречались в 46 % случаев: невротические состояния хронического рецидивирующего течения с выходом в невротическую личностную трансформацию, невротические включения в структуре органического процесса, хронические реактивные психозы. Среди психогений невротического уровня выделяли неврастенические нарушения 35.4 % (чаще в форме церебростении, в сочетании с последствиями травм головы), расстройства диссоциативного (13.0 %) или обсессивно-компульсивного плана (19.7 %). У ветеранов боевых действий невротические нарушения коморбидны аффективным нарушениям. Среди психогений боевого стресса доминировали расстройства тревожного спектра (62 %): генерализованное тревожное расстройство (11.3 %), паническое расстройство (22.6 %), обсессивно-компульсивное расстройство (19.7 %), социально-стрессовое расстройство (23.4 %) и ПТСР (23 %). В клинической картине всех перечисленных психогений обязательно присутствовали переживания, связанные с участием в боевых действиях; клинические проявления запускались боевым стрессом, классические симптомы тесно переплетались с постреактивными нарушениями, на фоне доминирующего тревожного или депрессивного аффекта. При длительных нарушениях адаптации у ветеранов боевых действий коморбидные психогенные и аффективные нарушения были представлены двумя уровнями повреждений: невротическим и конституционально-личностным [3]. Этим уровням соответствуют нозологические формы: неврозы (55.0 %) и расстройства личности (42.0 %). На этапе отдаленных последствий перенесенного боевого стресса наблюдались переходные формы (хронические невротические состояния трансформировались в невротическое и постреактивное развитие личности) [2].

Аффективные нарушения (депрессивные, тревожные, дисфорические) в структуре длительных нарушений адаптации ветеранов боевых действий наблюдались в 61,3 % случаев. Депрессивное расстройство (42,3 %) включало классические симптомы, которые отражали переживания перенесенного боевого стресса: ослабление витальных стимулов, тягостное настроение (связанное с воспоминаниями о боевом опыте), нарушения чувства эмоционального участия (особенно по отношению к членам семьи), фиксация на своем тягостном состоянии (связанное с навязчивыми переживаниями из прошлого

травматического опыта и чувства вины за погибших на войне товарищей), пессимистическое мышление, соматовегетативный компонент (головные боли, гипергидроз, артериальная гипертония, нарушение аппетита, бессонница и др.), идеи малоценности собственной личности, когнитивный компонент, сопровождающийся нарушением возможности проецирования себя в будущее. Аффективные нарушения количественно оценивались с использованием специальных диагностических шкал и опросников. Депрессивные расстройства у ветеранов боевых действий были представлены в структуре следующих нозологических образований: депрессивный эпизод (23,4 %), рекуррентное депрессивное расстройство (8,5 %), депрессивная фаза биполярного и униполярного расстройства (6,3 %), в структуре эндогенного процесса, депрессивные нарушения при органическом заболевании головного мозга (31,9 %), психогенная депрессия (29,9 %).

Специфические расстройства личности как проявление длительного дезадаптационного процесса после воздействия боевого стресса встречались у ветеранов локальных войн в 32 % случаев. Расстройства личности у ветеранов локальных войн включало: приобретенное изменение характерологической конституции (58,0 %), поведенческих тенденций (28,5 %); сопровождалось личностной и социальной дезадаптацией. У большинства исследуемых отмечались эксплозивные варианты изменения личности (44,9 %) и истероидные варианты (28,9 %), что составляло определенную характеристику изучаемой группы. Психастенические варианты наблюдались у 11,1 % пациентов, паранойяльные в – 7,6 % случаев, шизоидные – у 7,5 % ветеранов.

Среди экзогенно-органических нарушений со стороны нервной системы у ветеранов боевых действий занимали важное место последствия перенесенных черепно-мозговых травм. У ветеранов с последствиями перенесенных легких черепно-мозговых травм в основном встречались синдромы вегетативно-сосудистой дистонии (24,3 %), астенический (65,1 %), цефалгический синдромы (73,6 %), вестибулоатактические и кохлео-вестибулярные нарушения (47,8 %). Это было связано с тем, что при травмах легкой степени происходило повреждение срединно-стволовых структур с вовлечением в процесс лимбико-ретикулярной системы и клинически проявлялось нарушением вегетативной регуляции, аффективными проявлениями и снижением адаптивной способности организма. При травмах средней и тяжелой степени клинические проявления зависели от локализации пораженных структур. В структуре последствий перенесенных черепно-мозговых травм, у исследуемой группы, эписиндром диагностировался в 18,4 % случаев. Причем в 12,1 % случаев эписиндром был только посттравматического генеза, а в 6,3 % случаев диагностировался на фоне других органических поражений головного мозга (сосудистого, интоксикационного, опухолевого и др.).

В клинической картине травматической болезни мозга у ветеранов боевых действий, по данным анамнеза, на первый план выходили эмоционально-личностные нарушения (80,6 %) – вспыльчивость, раздражительность, конфликтность; астенические жалобы астено-невротического (52,7 %) или астено-депрессивного плана (40,2 %); мнестико-интеллектуальные симптомы (56,7 %); кроме того, сохранялись вегетативные нарушения (41,7 %) в форме головных болей, метеозависимости, рассеянной неврологической симптоматики, которые формировали клинику травматической церебростении. Варианты течения травматической болезни головного мозга после острого, подострого, позднего периодов у ветеранов боевых действий были следующие: регрессиентное, ремиттирующе-прогрессиентное (32 %) и прогрессиентное (57 %). Патогенетический механизм прогрессиентного течения травматической болезни головного мозга у ветеранов боевых действий в отдалённом периоде связан с органическими, церебральными факторами.

В отдалённом периоде черепно-мозговых травм травматическая болезнь головного мозга у ветеранов боевых действий развивалась в форме астенической психопатизации 25,8 % случаев. Патогенез астенизации, с ипохондрическими, тревожными и депрессивными нарушениями, в данном случае был связан с травматическим поражением гипоталамических структур. При астеническом синдроме дистимико-дисфорические состояния у ветеранов боевых действий сопровождались вялостью, невыразительной мимикой и моторикой, а при эксплозивно-истероидном аффекте – злобой, гневом, речевым возбуждением.

Органический психосиндром (52,2 %) у ветеранов боевых действий, в структуре травматической болезни головного мозга включал в себя: снижение интеллекта, недержание аффектов и снижение памяти. В начальных стадиях формирования психоорганического синдрома у участников локальных войн происходило заострение характерологических черт, учащение психогенных реакций на фоне доминирующей церебростенической симптоматики. Затем появлялся дефект (моральный дефект; снижение уровня личности; заострение отрицательных черт характера) и обстоятельность мышления.

При прогрессиентном течении травматической болезни, через 10–15 лет у 28 % ветеранов боевых действий наблюдались дегенеративно-атрофические нарушения со стороны нервной системы и выявлялись значительные нарушения интеллектуально-мнестической деятельности (преобладало конкретное мышление, объём внимания был ограничен). Развитию посттравматических дегенеративных процессов в головном мозге способствовали определенные факторы: артериальная гипертония в 72 % случаев, сахарный диабет в 18 % случаев, гиперхолестеринемия – в 29 %, вредные привычки – 39 % случаев.

Важной социально-психологической проблемой для ветеранов локальных конфликтов и членов их семей была зависимость от психоактивных веществ, в форме симптоматического

или истинного алкоголизма и политоксикомания (24 % в структуре сочетанных нарушений). У ветеранов боевых действий в отдаленном периоде последствий перенесенных черепно-мозговых травм постепенно нарастали черты эксплозивности, обычно под влиянием алкогольной интоксикации, психогенных ситуаций, повторных травм. Своё настоящее состояние многие участники локальных войн не считали болезнью. Поэтому не обращались за медицинской помощью, через 10–15 лет после черепно-мозговой травмы госпитализировались с дисфориями, декомпенсациями состояния, сутяжно-кверулянтским поведением, психозами. В этот период проявлялась недооценка ветеранами и их родными своего состояния. Для участников локальных конфликтов было характерно переплетение черт возбудимости с сензитивными переживаниями и эпизодами страха, тревоги астенического генеза. Алкоголь и другие психоактивные вещества использовались участниками как доступное седативное средство, синдром зависимости в подобных ситуациях формировался очень быстро.

Эндогенные процессы у ветеранов боевых действий в нашем исследовании наблюдались у 4,0 % пациентов (шизофрения, шизоаффективные нарушения, биполярные расстройства, эпилептические психозы). В исследуемой группе эндогенные нарушения развивались на фоне последствий перенесенных черепно-мозговых травм и боевого стресса. Поэтому их можно рассматривать не как самостоятельные эндогенные состояния, а коморбидные ситуации (эндогенно-органические или эндогенно-экзогенно-органические). Психотические эпизоды посттравматического и токсикометаболического генеза диагностировались у 11 % ветеранов боевых действий.

Длительные нарушения адаптации у ветеранов боевых действий со стороны нервной системы с использованием современных методов нейровизуализации и нейроморфологии представлены преимущественным поражением лимбико-ретикулярных структур. В структуре дезадаптационных нарушений со стороны нервной системы преобладают вегетативные и аффективные нарушения, пароксизмальные расстройства. Поражение головного в результате травм, длительного стрессового воздействия, интоксикаций приводят к дезинтеграции деятельности корковых и подкорковых отделов, в результате развиваются поведенческие нарушения. При поражении лобных отделов головного мозга орбито-фронтальные структуры активируют лимбическую систему и вызывают развитие психопатологических синдромов [5]. На фоне посттравматического стрессового воздействия у ветеранов локальных войн развивается истощение медиаторных систем, что приводило к аффективным нарушениям.

Выводы. Таким образом, нарушения адаптации со стороны нервной системы у ветеранов после воздействия боевого стресса и травм представляют собой многоуровневый,

прогрессирующий патологический процесс с попеременным вовлечением различных мозговых структур и медиаторных систем. Среди последствий боевого стресса и травм имеют значение: аффективные расстройства, психогении, изменения личности, психоорганическая декомпенсация, психосоматозы, аддиктивные расстройства. Коморбидные нарушения постстрессового и посттравматического генеза состояли из синдромов, которые могли существовать параллельно или последовательно. Типичные коморбидные сочетания, которые развиваются у ветеранов локальных войн в результате воздействия боевого стресса и травм: аффективно-личностные нарушения, психогении на органическом фоне; психоорганическая патология и аддиктивные нарушения. При нарушениях длительной адаптации после перенесенного боевого стресса и травм патология со стороны нервной системы утрачивает индивидуально-типологическое своеобразие и приобретает неспецифический характер. Высокий уровень коморбидности осложняет принятие терапевтических решений, проведение реабилитационных мероприятий, осложняет общий прогноз последствий воздействия боевого стресса и травм.

Список литературы

1. Александровский Ю. А. Социально-стрессовое расстройство // Русский медицинский журнал. – 1997. – № 5. – С.27.
2. Касимова Л. Н. Специфические расстройства личности: учеб. пособие. – Н. Новгород: НГМА, 2002. – 48 с.
3. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., Загоруйко Е. Н. Идентичность. Развитие. Перенасыщенность. Бегство: монография. – Новосибирск: НГПУ, 2007. – С. 312–326.
4. Литвинцев С. В., Снедков Е. В. Динамика и катамнез реакций боевого стресса // Проблемы реабилитации. – 1999. – № 1. – С. 29–36.
5. Одинак М. М., Емельянов А. Ю. Классификация и клинические проявления последствий черепно-мозговых травм // Военно-медицинский журнал. – 1998. – № 1. – С. 46–51.
6. Погодина Т. Г. Нервно-психические расстройства участников боевых действий: монография. – Н. Новгород: НГМА, 2004. – С. 51–76.
7. Трошин В. Д., Погодина Т. Г. Терроризм и нервно-психические расстройства: диагностика, лечение и профилактика: монография. – Н. Новгород: НГМА, 2007. – С. 134–146.

Рецензенты:

Потемина Татьяна Евгеньевна, д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой патологической физиологии ГБОУ ВПО «Нижегородской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Нижний Новгород.

Погодина Татьяна Григорьевна, д-р мед. наук, профессор кафедры криминалистики Нижегородской академии МВД России, г. Нижний Новгород.