

УДК 616.83:616.891-07:355.11-058.57

ОБ ИССЛЕДОВАНИИ СОЧЕТАННЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, НЕ СВЯЗАННЫХ С БОЕВЫМ ПСИХИЧЕСКИМ СТРЕССОМ У КОМБАТАНТОВ

Строганов А.Е., Стреминский С.Ю.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, e-mail: jazz200261@mail.ru

В статье содержится обзор современной литературы, а так же клинико-эпидемиологическое исследование в сфере сочетанных патологий, что является актуальной темой современной психиатрии. Безвыборным методом было проанализировано 4054 истории болезни лиц участвовавших в боевых действиях, проходивших лечение в краевом госпитале ветеранов воин г. Барнаул, в период с 2008-2010 годы. Использовались клинико-статистический и клинико-эпидемиологический методы. Средний возраст лиц, проходивших лечение, составил 43,3 года. В статье рассмотрено сочетание экзогенно-органических заболеваний головного мозга и психогенных заболеваний, присоединившихся впоследствии и не связанных с боевым психическим стрессом у лиц, участвовавших в боевых действиях в Афганистане и Чеченской республике. Отмечается фиксация внимания врачей на экзогенно-органических заболеваниях головного мозга и посттравматических стрессовых расстройствах, факты ошибочной диагностики, низкие показатели успешности лечения. Утверждается важность дальнейших исследований данной патологии для теории и практики психиатрии.

Ключевые слова: психиатрия, сочетанные формы психической патологии, нервно-психические расстройства, экзогенно-органические заболевания головного мозга, клинико-эпидемиологическое исследование.

THE STUDY OF COMBINED NEUROPSYCHIC DISORDERS UNRELATED WITH COMBAT MENTAL STRESS IN COMBATANTS

Stroganov A.E., Streminskiy S.Y.

Altai State Medical University, e-mail: jazz200261@mail.ru

The article deals with the clinical and epidemiological study in the field of combined pathologies that is relevant in contemporary psychology. It also contains the literature review. 4054 cases of combatants being treated in the regional hospital for veterans in Barnaul from 2008 to 2010 were analyzed with the random method. Clinical statistical methods and the methods of clinical epidemiology were applied. The average patients' age was 43,3 years. The combination of exogenous-organic diseases of the brain and psychogenic diseases joined subsequently and unrelated with combat mental stress in combatants who fought in Afghanistan and Chechen republic is considered in the article. The facts of error diagnosis, low cure rates and doctors' attention focused on exogenous-organic diseases of the brain and post traumatic stress disorders are noted. The importance of further studies of this pathology for the theoretical and practical aspects in psychiatry is stated.

Keywords: psychiatry, combined forms of mental pathology, neuropsychic disorders, exogenous-organic diseases of the brain, clinical and epidemiological study.

При чрезвычайных ситуациях психика индивида подвергается экстремальным воздействиям, вызывающим у него травматический стресс (боевой стресс), который приводит к нарушениям в психической сфере.

Боевой стресс – это комплексное понятие, обуславливающее все варианты изменения функционирования личности (психофизиологический, психологический, патопсихологический, психопатологический) в ходе выполнения служебно-боевых задач [16].

Наблюдения за ветеранами войн (комбатантами) второй половины XX в. выявили в качестве главной проблемы боевой психической травмы ее отдаленные последствия, часто сохраняющиеся на протяжении многих лет после окончания войны. Так, по оценкам разных

исследователей, боевыми ПТСР страдают от 15 до 77,8% военнослужащих, подвергшихся боевому стрессу во время участия в локальных войнах последних десятилетий [8,19].

Посттравматическому стрессовому расстройству, во многом благодаря непреходящей значимости проблемы, посвящено множество работ, которые охватывают практически все аспекты клиники, диагностики, лечения и реабилитации таких пациентов. При этом без должного внимания остается не менее значимый контингент комбатантов, нервно-психические расстройства которых обусловлены психогенными воздействиями, возникшими уже после боевых действий. В контексте актуальной для современной психиатрии сферы изучения коморбидных патологий обоснованный интерес представляет собой сочетание таких патологий с экзогенно-органическим заболеванием головного мозга (ЭОЗГМ).

Говоря о истории термина ПТСР, впервые о психических расстройствах у лиц, переживших неординарную ситуацию, написал в 1867 году J.E. Erichsen в работе «Железнодорожная и другие травмы нервной системы» [21], где он говорил преимущественно о феноменах, возникающих вследствие различных эмоциональных потрясений.

После Первой Мировой войны большинство исследователей были склонны считать «травматический невроз» условным обобщенным понятием для всех психических расстройств, развивающихся в результате травмы. Они рассматривали его как комбинированное заболевание нервной системы, клиническая картина которой складывается из «различного сочетания отдельных симптомов различных общих неврозов» [17].

Гиляровский В.А. после Второй Мировой войны предлагает рассматривать воздействие психической травмы на организм в целом (не исключая при этом избирательности поражения), в частности, на биохимические и вегетативные процессы организма, приравнивая их к экзогенным воздействиям (инфекциям, интоксикациям). Обобщая свои исследования, автор приходит к заключению, что внешне ничем не проявляющееся психотравматизирующее переживание, сохраняя свое патогенное воздействие, впоследствии может проявляться соматическими симптомами [3].

Исследования последствий Корейской, Вьетнамской, Афганской войн, а затем и войны в Персидском заливе, в дальнейшем известные как «вьетнамский», «афганский», «корейский» синдромы и т.д., выявили, что психопатологические и личностные расстройства у участников войн не соответствовали ни одной из общепринятых нозологических форм. Исходя из этого, М.Ж. Horowitz предложил выделить их в качестве самостоятельного синдрома, назвав «посттравматическое стрессовое расстройство» [22]. В дальнейшем группа авторов во главе с М.Ж. Horowitz разработала диагностические критерии ПТСР, принятые сначала для американских классификаций психических заболеваний (DSM-III и DSM-IV), а

затем и для МКБ-10. Согласно международной и американской классификациям [9, 20], под ПТСР понимается психогенное заболевание, обусловленное воздействием исключительного, неординарного, чрезвычайного стресса, способного вызвать дистресс у любого человека.

В.Я. Семке с соавт. [14] считают, что основной теорией, объясняющей индивидуальные особенности переживания травматического стресса, является мультифакторная концепция [5]. В положениях данной концепции выделяются три группы факторов, сочетание которых приводит к возникновению ПТСР: факторы, связанные с травматическим событием, тяжестью травмы, неожиданностью ее возникновения. По их представлению эта концепция наиболее полно отражает всю совокупность факторов, участвующих в формировании реакции личности на травму [14].

Согласно концепции В.Н. Мясищева [10], сущностью личности является отношение к действительности, а ее системообразующими свойствами – структура (функциональный профиль) и способность адаптироваться к окружающей среде («адаптабельность системы отношений»), которые основываются на свойствах целостности, активности, сознательности, избирательности и включают эмоциональный, мотивационно-поведенческий и когнитивный компоненты личности.

Совокупность длительно действующих стресс-факторов приводит к их суммации и взаимному потенцированию, вызывает истощение компенсаторных ресурсов организма, расходует адаптационный потенциал личности, снижает устойчивость иммунной системы, приводя к перенапряжению механизмов физиологической и психологической защиты, увеличению показателей соматической и психоневрологической заболеваемости [16].

В ходе многочисленных экспериментов Л.А. Китаев-Смык [6], установил, что при кратковременном стрессе или в начале действия продолжительного (стрессовом кризисе 1-го ранга, в «аларм-стадии» общего адаптационного синдрома), за счет срочно мобилизованных адаптационных резервов организма возникает либо активное (конструктивное или неадекватное), либо пассивное («пассивный испуг») эмоционально-поведенческое реагирование. При многократных воздействиях стрессора или при его чрезмерной длительности мобилизуются глубокие адаптационные ресурсы, перестраивается функциональная система, на смену специализированной двигательной защите приходит доминирование вегетативного субсиндрома (стрессовый кризис 2-го ранга). Дискредитация программ активного реагирования практически у всех людей сменяется вторичным пассивным реагированием («пассивное бессилие»), способствуя возникновению «болезней стресса» (кризис 3-го ранга). [6]

В современной психиатрии проблемы экзогенно-органических заболеваний головного мозга являются одним из актуальных аспектов современной психиатрии как в медицинском,

так и в социальном плане [11]. Об этом говорит большая их распространенность как в популяции в целом, так и в психиатрической и общесоматической практике [4,12,18]. Так же обращает на себя внимание значительное число лиц с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга, среди призывников и военнослужащих [1, 7, 15].

В настоящее время сочетанным (коморбидным) формам патологии уделяется мало внимания (Б.Н. Пивень, 2013). По данным автора, в период с 2007-2011 гг. вышла всего 21 одна статья, посвященная сочетанным формам патологии [12].

Проблема коморбидности, с одной стороны, представляется актуальной в контексте современных научных установок, с другой стороны, имеет несомненное практическое значение, являясь тем стержнем, который объединяет проблемы и задачи клинической психиатрии и наркологии, обеспечивая комплексное решение актуальных на сегодняшний день проблем [2].

В связи с вышеизложенным, не вызывает сомнений тот факт, что диагностика пациентов с нервно-психическими расстройствами, не связанными с боевым психическим стрессом, сочетанными с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга, приобретает особую значимость как в клиническом, так и социальном аспекте.

Цель исследования

Выявление нервно-психических расстройств, не связанных с боевой психической травмой, у комбатантов с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга, и выработка алгоритма диагностики.

Материалы и методы

Безвыборным методом было проанализировано 4054 историй болезни комбатантов, проходивших лечение в госпитале ветеранов войн г. Барнаул в период 2008- 2010 гг.

Результаты и их обсуждение

За этот период времени было пролечено 14915 человека. Из них 4054 (27,2%±0,003%) обследовано психиатром. 613 (15,1%±0,01) пациентам был выставлен диагноз экзогенно-органическое заболевание головного мозга (ЭОЗГМ). Среди них, в соответствии с Международной Классификацией Болезней 10-ого пересмотра, 164 (26,8%±0,07%) – органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство, 449 (73,2%±0,07%) – другие неуточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью. ЭОЗГМ обусловлено: черепно-мозговая травма у 401 (65,4%) пациента; интоксикации – 305 (49,8%) пациентов; употребление каннабиноидов – 153 (25%) пациентов; комплексное воздействие экзогений – 346 (56,4%) пациентов. Диагноза посттравматическое стрессовое расстройство у данной категории больных не имелось.

Из 613 человек 450 (73,4%) являлись участниками вооруженного конфликта в Афганистане. 163 (26,6%) человека принимали участие в боевых действиях в Чеченской республике. Из них 611 (99,7%) мужчин и 2 (0,3%) женщины. Средний возраст составил 43,3 года. Самая многочисленная возрастная категория 263 (42,9%) охватывала диапазон 40-46 лет. Среди пациентов 416 (67,9%) имели группу инвалидности, 197 (32,1%) были трудоспособными. Официально работали 150 (24,5%) комбатантов.

Согласно медицинской документации, в период за 2008-2010 гг. 204 (33,3%) пациента, мужчин, имеющих диагноз ЭОЗГМ, активно предъявляли жалобы на разного рода психические травмы и психотравмирующие ситуации.

В 2008 г. 98 (48,0%) больных жаловались на разного рода психические травмы и психотравмирующие ситуации. В том числе 34 (34,7%) пациента сообщали о семейном неблагополучии, 8 (8,2%) – о судебных разбирательствах, для 20 (20,4%) актуальной была смерть близких, 10 (10,2%) не справлялись с проблемой кредитной задолженности, 23 (23,5%) столкнулись с трудностями при трудоустройстве, 3 (3,1%) имели жилищные проблемы.

Отмечались следующие жалобы психогенного характера: психическая и физическая усталость беспокоила 21(21,4%) пациента; плохое настроение отмечалось у 31 (31,6%) больных; тревога – у 15 (15,3%) человек; нарушения сна отмечались у 26 (26,5%) пациентов; навязчивые мысли и действия – у 5 (5,2%) человек.

В 2009 г. 55 (27,0%) пациентов активно сообщали о психогениях. 19 (34,6%) больных указывали на семейное неблагополучие, 8 (14,5%) участвовали в судебных разбирательствах, 9 (16,4%) перенесли смерть близких, 8 (14,5%) сообщали о долгах по кредитам, 8 (14,5%) – об отсутствии работы, 3 (5,5%) – о жилищных проблемах.

Жалобы психогенного характера: психическая и физическая усталость – 19 (34,5%) пациентов; плохое настроение – 23 (41,8%) пациента; тревога – 5 (9,1%) пациентов; нарушение сна – 8 (14,6%) пациентов.

В 2010 г. у 51 (25,0%) больного отмечались психогенные воздействия. Из них для 22 (43,1%) было актуально семейное неблагополучие, 6 (11,8%) принимали участие в судебных разбирательствах, 15 (29,4%) перенесли смерть близких, 2 (3,9%) имели долги по кредитам, у 4х (7,9%) – отмечались проблемы с трудоустройством, для 2 (3,9%) наиболее актуальными были жилищные проблемы.

Отмечались следующие жалобы психогенного характера: психическая и физическая усталость – 18 (35,3%) пациентов; плохое настроение – 21 (41,2%) пациент; тревога – 3 (5,8%) пациента; нарушение сна – 8 (15,8%) пациентов; навязчивые мысли и действия – 1 (1,9%) пациент.

Показатель	Год		
	2008 (1)	2009 (2)	2010 (3)
Психические травмы и психотравмирующие ситуации, в том числе:	98 (48,0±0,03)	55 (27,0±0,03)	51 (25,0±0,03)
семейное неблагополучие	34 (34,7 ±0,05)	19 (34,5 ±0,06)	21 (41,2 ±0,07)
судебные разбирательства	8 (8,2±0,03)	8 (14,5±0,05)	6 (11,8±0,05)
смерть близких	20 (20,4±0,04)	9 (16,4±0,05)	15 (29,4±0,06)
долги по кредитам	10(10,2±0,03)	8 (14,5±0,05)	2 (3,9±0,03)
отсутствие работы	23 (23,5±0,04)	8 (14,5±0,05)	4 (7,8±0,04)
жилищные проблемы	3 (3,1±0,02)	3 (5,5±0,03)	2 (3,9±0,03)

Проведенное исследование показало, что на протяжении трех лет наиболее актуальным психогенным воздействием на комбатантов является семейное неблагополучие. Оно объясняется конфликтными отношениями между супругами, частым употреблением алкоголя, асоциальным поведением, вспыльчивостью.

Клиническая картина вторичной невротизации у данных пациентов соответствовала их описанию в медицинской литературе. При этом смешанные расстройства не были диагностированы, следовательно, лечебные мероприятия проводились без учета клинико-динамических особенностей коморбидности. Улучшение состояния рассматривалось в контексте динамики органической симптоматики.

Выводы.

На основании проведенного нами исследования можно сделать следующие выводы:

1. Невротические расстройства не связанные с боевой психической травмой, являются актуальными у комбатантов.
2. Коморбидность экзогенно-органических заболеваний головного мозга и невротических расстройств является весьма распространенным явлением у комбатантов.
3. От своевременности диагностирования данной патологии зависит оптимизация схем требуемых лечебно-реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Бочарникова Н.А., Андреев М.К. Структура заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами призывного контингента Астраханской области // XIV съезд психиатров России. М., 2005. С. 42.

2. Гиленко М.В., Вандыш-Бубко В.В.. Коморбидность психических расстройств: история развития взглядов на проблему, определение, классификации (аналитический обзор) //Российский психиатрический журнал. 2011. № 4. С. 73-78.
3. Гиляровский В.А. Старые и новые проблемы психиатрии. – М.: Медгиз 1946. с.5–10, 67–86, 104–114: Источник информации: Ю.А. Александровский Пограничная психиатрия. М.: 2006. с.1280.
4. Жариков Н.М., Гиндикин В.Я. Распространенность пограничных психических расстройств среди лиц, не находящихся под наблюдением психиатрических учреждений // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2002. N 7. С. 45–49.
5. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред.. СПб.: Питер Ком, 1998. 752 с.
6. Китаев-Смык, Л.А. Организм и стресс: стресс жизни и стресс смерти / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Смысл, 2012. – 464 с.
7. Лазук-Бендас Т.И., Лукьянчук О.Т. Последствия органического поражения головного мозга у подростков // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии. СПб., 2005. С. 59.
8. Малашенко О.И., Новиков В.А., Ласков В.Б., Погосов А.В. Особенности клиники и лечения посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов // Воен.-мед. журн. – 2009. –Т. 330, № 3. – С. 48–53.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: "Адис", 1994. – 304 с.
10. Мясищев, В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л.: ЛГУ, 1960. – 428 с.
11. Пивень Б.Н., Шереметьева И.И., Лещенко Л.В. [и др.]. Некоторые итоги изучения экзогенно-органических заболеваний головного мозга //–Соц. и клинич. психиатрия. – 2011. – № 1. – С. 94–99.
12. Пивень Б.Н. Сочетанные формы психической патологии в свете перспектив развития клинической психиатрии // Ж.неврологии и психиатрии С.С.Корсокова.2013.Т113.№5.с.85-88.
13. Прокудин В.Н. Пятилетний опыт организации психотерапевтической и наркологической помощи в соматической больнице //Социальная и клиническая психиатрия. 2005. Т. 15, No 2. С. 73–78
14. Семке В.Я., Стоянова И.Я., Ошаев С.А. Психологическая модель травматического стресса на примере посттравматических стрессовых расстройств//Вестник томского государственного университета. №286. 2005 С.123-129.

15. Соколовский В.Н. Проблемы военно-психиатрической экспертизы в г. Волгодонске с 1990 по 2003 гг. // Первая научно-практическая конференция психиатров и наркологов Южного федерального округа. Ростов-на-Дону, 2000. С. 421–427
16. Стрельникова Ю.Ю. Динамика психического состояния и изменений особенностей личности комбатантов в течение 1 года после участия в контртеррористической операции//Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2014. № 2. С. 74-83.
17. Филимонов И.Н. Травматический невроз: по материалам войны 1914-1918гг.-М.; Изд-во МГУ, 1926. – С. 5-10.
18. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Диагностическая структура больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства в РФ в 1999 г. // XIII съезд психиатров России. М., 2000.С. 40.
19. Шамрей В.К., Лыткин В.М., Колов С.А., Дрига Б.В. Клинико-диагностические аспекты боевых посттравматических стрессовых расстройств// Воен.-мед. журн. – 2011. –Т. 332, № 8. – С. 28–35.
20. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. – 4th ed. Washington: Amer. Psychiatr. Ass., 1994: 886 p.
21. Erichsen F.E. On railway and other injuries of the nervous system. – London, 1866.
22. Horowitz MJ. Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders // Hosp Community Psychiatry. 1986 Mar;37(3):241-9.

Рецензенты:

Рыбалко М.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психологии, психотерапии и педагогики ГБОУ ВПО Алтайский Государственный Медицинский Университет Министерства здравоохранения России, г. Барнаул;

Семке А.В., профессор, д.м.н., заместитель директора по научной и лечебной работе ФГБУ «НИИ ПЗ СО РАМН», г. Томск.