

УДК 616.895

С.М. Мороз, А.К. Моргачева, И.П. Яворская, Р.П. Хаитов
ТРАВМА ВЗРЫВНОЙ ВОЛНОЙ, КОМОРБИДНАЯ СО СТРЕССОМ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»,
г. Днепропетровск
psookbm@gmail.com

Ключевые слова:

травма взрывной волной, контузия центральной нервной системы, критерии дифференциальной диагностики, нейропсихологическое и клиническое исследования.

Статья посвящена актуальным вопросам дифференциальной диагностики при контузии головного мозга коморбидной со стрессом боевых действий. Дано научное обоснование диагностических критериев дифференциальной диагностики, основанное на результатах комплексного клинического и нейропсихологического исследований.

Известно, что структура психической патологии – это отражение жизни современного общества. Еще полтора года назад невозможно было себе представить столь сильное напряжение политической, экономической, социальной ситуации в стране, военные действия на территории Украины, ранения, смерть, нарастающий гражданский конфликт.

Военные действия, помимо очевидных различных неблагоприятных воздействий на человека (физические травмы, недоедание, недосыпание, инфекции, стрессы и др.), сопровождаются массовыми психогенными и соматогенными влияниями, а также характеризуются одновременным поражением большого количества людей, т.е. индукцией.

Поступление большого количества раненых из очага проведения антитеррористической операции требуют дополнительной квалификации медицинского персонала и дополнительного изучения причин, факторов возникновения, механизмов развития, квалификации симптомов заболевания, а также разработки стратегий оказания помощи таким пациентам. У больных, поступающих из зоны АТО, чаще всего выявляются не только физические нарушения, но и достаточно большой комплекс выраженных психических расстройств, которые еще только предстоит полностью выявить, классифицировать и определить комплекс лечебных мероприятий, необходимых данной категории пациентов. Всех раненых, доставленных из зоны АТО в КУ «ДОКБМ» с различными ранениями и сохраненным состоянием сознания с их согласия осматривали врачи-психиатры с целью оказания им необходимой психолого-психотерапевтической помощи.

В процессе этой работы нами была выявлена группа больных, доставленных из зоны антитеррористической операции с психическими расстройствами, которые ранее, в мирное время, не встречались и не укладыва-

лись в клиническую картину известных психических заболеваний. Это и явилось основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования – изучение этиологии, патогенеза и структуры психических расстройств у раненых, доставленных из зоны антитеррористической операции.

Материал и методы исследования

Обследовано 39 больных (мужчин в возрасте от 24 до 52 лет), у которых предварительно диагностирована острая реакция на стресс с нарушением эмоций и поведения и однотипной картиной заболевания. Все пациенты – участники боевых действий в зоне антитеррористической операции, 24 из них имели ранения легкой или средней степени тяжести. Пациенты при поступлении не вступали в контакт, не предъявляли жалоб, были безучастны к окружающей обстановке, не реагировали на обращенную речь, у них отмечались нарушения сна: ночное время, со слов соседей по палате, они переживали очень тяжело, вечером у них нарастала психомоторная активность, неусидчивость, пациенты засыпали только под утро. Часто пациенты, нуждающиеся в иммобилизации, вскакивали с постели среди ночи, срывали с себя иммобилизационные приспособления и пытались куда-то бежать, а после пробуждения не могли понять, что с ними происходило и часто полностью амнезировали эти эпизоды. Позже, когда больные начинали говорить, они сообщали о том, что им по ночам снится, будто они продолжают воевать, днем их не оставляет немотивированное чувство тревоги, раздражительная слабость, головокружения, разбитость, головные боли, звон или гул в ушах, иногда провалы в памяти. Признаков нарушения функций внутренних органов обнаружено не было.

Анамнестически все больные отмечали, что были отброшены взрывной волной при обстреле тяжелой ар-

тиллерией, в некоторых случаях это сопровождалось потерей сознания. Впоследствии наблюдались расстройства слуха, либо слуха и речи, достаточно часто наблюдалось заикание. Эти нарушения носят специфический характер. Слух одномоментно утрачивался на оба уха. Потеря речи сочеталась с глухотой и никогда не проявлялась самостоятельно. Заикание заключается в слове произношения слов, не содержит задержки перед началом произношения, нет сдвоенных букв и слогов, нет двигательной артикуляции, произношение слов напоминает «зубчатое колесо», не заикание, а спотыкание в произношении. Чтение и письмо не нарушались, что позволило работать с пациентами посредством переписки.

Пациентам проводили клинико-психопатологическое обследование, осмотр невропатолога и отоларинголога; регистрацию и анализ ЭЭГ на компьютеризированной системе DX-5000P, унифицированной по европейским стандартам; МРТ и КТ головного мозга, аудиограмму; нейропсихологическое обследование проводили по методике А.Р. Лурия, патофизиологическое обследование личности – с помощью теста смысло-жизненных ориентаций Д.А. Леонтьева и сокращенного варианта Миннесотского многопрофильного личностного опросника Мини-мульт.

Результаты и их обсуждение

Клинико-психопатологическое обследование проводили на уровне симптомов и синдромов. В результате этого обследования у больных были выявлены различные клинико-психопатологические симптомы, которые образовывали несколько ведущих синдромов: депрессивно-дисфорический, тревожный и конверсионно-ипохондрический. На фоне выявленных синдромов появились состояния, напоминающие психомоторные эквиваленты пароксизмальных состояний, а также иллюзии и галлюцинации. Все отслеживаемые галлюцинации сна оказались связанными с событиями в зоне боевых действий, были очень реалистичными, в основном зрительными и звуковыми, а также связанными с ощущением движения. Указанная симптоматика была единичной, выходила за рамки стандартной структуры ведущего клинического синдрома и исчезала через несколько дней после начала лечения.

Депрессивный синдром характеризовался «симптомом разматывания воспоминаний». Пациенты, вопреки своей воле и желанию, под влиянием посторонней силы вынуждены вспоминать те или иные события своей жизни, все актуальные события переживались в призме насильственных воспоминаний.

Тревожный синдром характеризовался сломом приоритетов, тем, что появлялась немотивированная тревога, не связанная с актуальными обстоятельствами и провоцирующая продолжать военные действия, актуальная ситуация не волновала, несмотря на тяжесть состояния и необходимость принимать судьбоносные решения.

Конверсионно-ипохондрический синдром характеризовался не критичностью пациентов к своему состоянию, повышенной необоснованной требовательностью со стороны пациентов к врачам, их отношению, своему лечению, особому больничному режиму.

У некоторых больных наблюдали психомоторные эквиваленты и приступы агрессии (дисфории) на протяжении всего дня.

Первичное лечение проводилось СИОЗ (паксил 20–40 мг в сутки, мертазапин – 30 мг в сутки), при психомоторных эквивалентах и дисфориях давали габапентин (900 мг в сутки). Вследствие данной терапии нормализовался сон, нивелировалась клиника эпизодов эквивалентов.

Всем больным проводили электроэнцефалографическое обследование мозга с топографическим картированием. При анализе результатов ЭЭГ-картирования в 85% случаев была обнаружена повышенная судорожная готовность или субклиническая эпилептиформная активность, локализуемая преимущественно в височных, лобно-височных или лобных отделах головного мозга. Также диагностированы снижение амплитуды биопотенциалов в диапазонах альфа- и тета-ритмов, доминирование медленных ритмов в префронтальных теменно-височных отделах, стирание межполушарной асимметрии, что является косвенным признаком ослабления тонуса коры больших полушарий мозга за счет снижения активности пейсмекерных механизмов ретикулярной формации. У всех больных высокий процент представленности дельта-ритма свидетельствовал о наличии структурно-медиаторных нарушений.

В связи с вышеперечисленным больным были назначены дополнительные обследования – МРТ и КТ головного мозга, обследования отоларингологов и неврологов, психологов с целью проведения нейропсихологического тестирования. МРТ и КТ головного мозга не выявили каких-либо органических поражений головного мозга. Также не было обнаружено значимых нарушений при неврологическом обследовании.

Однако, наряду с этим выявлены поражения органов слуха, соответствующие баротравме, которые обуславливают высокую чувствительность к вредным воздействиям и ограниченную генеративную способность периферического нейронителителя. Острое контузионное поражение уха своеобразно и почти не имеет аналогии в клинике заболеваний мирного времени. Его отличают некоторые особенности:

- поражается весь слуховой анализатор, от периферии до коры мозга;
- имеет место многообразие патогенеза – расстройство кровоснабжения, разрывы сосудов, кровоизлияния, смещение элементов внутреннего уха, изменения со стороны ЦНС;
- высокая лабильность течения заболевания.

Важной задачей во время обследования было выявление участия в процессе различных отделов органа слуха. Особое внимание уделяли среднему уху. Установлено, что отсутствие отоскопических изменений не является абсолютным признаком нормального состояния звукопроводящего аппарата. С помощью аудиограммы отследили контузионные изменения в слизистой барабанной полости, в ее сосудистой системе, а также в слуховых косточках и в жидкой системе внутреннего уха. На аудиограммах этих пациентов наблюдали повышение порогов костно-воздушной проводимости на всех частотах, наличие костно-воздушного интервала 15–30 дБ в остром периоде. Вы-

явленная глухота позволила объяснить не только нежелание общаться, но и невозможность реализовать общение, что свидетельствовало о поражении мозга. Для уточнения степени поражения было проведено нейропсихологическое обследование.

Нейропсихологическое тестирование проводили по методике А.Р. Лурия (Лурия А.Р., 1973; Хомская Е.Д., 2003). Дополнительно осуществляли детальное исследование праксиса с количественной оценкой результата выполнения таких проб, как «Кулак-ребро-ладонь», «Воспроизведение позы пальцев руки», «Рисунок тола и куба», «Воспроизведение бессмысленных движений руки по предлагаемому экзаменатором образцу», «Воспроизведение и копирование положений руки экзаменатора» (Лурия А.Р., 1969; Глозман Ж.М., 1999; Benson D.F., Barton M.I., 1970; De Renzi E., Lucchelli F., 1988; Kimura D., Archibald Y., 1974). Нейропсихологическое тестирование позволило выявить различного рода нарушения высших психических функций, которые не были тотальными, имели частичный характер, часто с нарушениями либо праксиса, либо гнозиса. Причем степень включенности гностических нарушений впоследствии определила не только характер терапевтических воздействий, но и прогностические планы на выздоровление пациента.

Анализ исследования личности позволяет констатировать наличие дезадаптивного состояния, развившегося на фоне травмы взрывной волной, коморбидной со стрессом боевых действий, в результате дезорганизующего влияния ситуации. Отмечаются глобальные нарушения адаптации в двух ведущих направлениях: невозможности самореализации, достижения успеха в виду нарушения личностного строя и невозможности противодействовать средовым факторам, ограничивающим самореализацию. Нарушения личности реализуются по невротическому и социально-поведенческому типам.

По результатам исследования сферы смысло-жизненных ориентаций по всем шкалам наблюдается значительное снижение результатов, в сравнении с условно здоровыми пациентами ($p < 0,05$). Пациенты указывают на отсутствие целей в жизни, кроме одной – закончить миссию в зоне АТО, неудовлетворенность своей жизнью в настоящем, прошлое оценивается как незначимое, оно обесценивается в виду сложившейся ситуации. Наиболее проблемной областью является субъективная управляемость жизни. Все отмечают иллюзорность свободы выбора в жизни, бессмысленность построения планов на будущее.

Представленные данные позволили диагностировать контузию головного мозга, чаще всего (более чем в 90% случаев) смешанного варианта. Контузия – это общее поражение организма вследствие резкого механического воздействия (воздушной, водной или звуковой волной, удар о землю), которое не обязательно сопровождается механическими повреждениями органов и тканей. В основе патогенеза контузии лежит запредельное торможение центральной нервной системы, возникающее в ответ на сверхсильное раздражение. Контузия головного мозга – сборное понятие, вмещающее в себя ряд различных соматических и психических признаков. Общим

для них является этиологический момент – наступление после непосредственного ушиба головы или воздействия воздушной волны, возникшей при взрыве. Нарушения при контузии головного мозга обусловлены факторами механического и психического свойства. К первым относится воздействие на органы чувств, особенно слуховой нерв и кожу, воздушных волн. Психическая травма состоит в перенапряжении при ожидании взрыва во время пребывания на передовых линиях фронта, перед боем и во время него, осознании ранения, страхе смерти, непонимании своего состояния. Чаще всего мы наблюдали сочетанное воздействие.

Предрасполагающими к контузии головного мозга моментами являются утомление, недостаточность сна, недоедание. Имеет значение и индивидуальное предрасположение (невропаты, наличие в анамнезе употребления алкоголя или наркотических веществ). В большинстве случаев контузии головного мозга следует говорить об отсутствии структурных изменений при наличии шока. Клинический синдром тяжелого состояния контузии головного мозга, с которым мы столкнулись и которое может тянуться днями и даже неделями, сопровождается состоянием оглушенности, жалобами на головную боль, головокружение, чувство прилива крови к голове. Очень частым симптомом является глухота, к которой иногда присоединяется немота. В редких случаях уже на начальном этапе мы наблюдали приступы судорог – иногда эпилептического, иногда истерического характера. Дальнейшее течение контузии головного мозга крайне разнообразно.

Дальнейшее наблюдение позволило констатировать улучшение состояния в течении 2–3 недель. После проведенного лечения на контрольной аудиограмме видно уменьшение костно-воздушного интервала до 0–15 дБ. Восстановление речи и слуха происходили одновременно и параллельно. Иногда восстановление речи сопровождалось появлением заикания, которое проходило вместе с восстановлением слуха. Ушли жалобы на провалы в памяти, головокружения, мигрень, боли неясного происхождения, бессонницу, однако наблюдались ситуации, в которых сохранялось снижение внимания и сосредоточения, а также психологические проблемы, чаще всего смыслообразующего характера, адаптации в условиях актуальной реальности не только внешней, но и внутренней действительности с учетом состояния организма.

Выводы

Последствия контузий легкой и средней степени выраженности требуют своевременной дифференциальной диагностики. Диагностическими критериями поражения ЦНС взрывной волной являются следующие:

Диагностируемая психопатологическая симптоматика в виде клинических психопатологических синдромов: депрессивно-дисфорического, тревожного и конверсионно-ипохондрического;

Наличие церебрастений в виде раздражительности, раздражительной слабости, заострения характерологических особенностей личности;

Наличие психомоторных эквивалентов пароксизмальных состояний с соответствующими изменениями

ЭЭГ в виде повышенной судорожной готовности или субклинической эпилептиформной активности, локализующейся преимущественно в височных, лобно-височных или лобных отделах головного мозга;

Отсутствие каких-либо органических поражений головного мозга при МРТ и КТ головного мозга;

Выявляемые с помощью нейропсихологического тестирования различного рода нарушения высших психических функций, которые не имеют тотального характера, состоят из частичных нарушений, часто с нарушениями либо праксиса, либо гнозиса;

Поражение органов слуха, соответствующее баротравме, обуславливающее высокую чувствительность к вредным воздействиям и с ограниченной регенеративной способностью периферического нейроэпителия.

Основной задачей врачей является необходимость дифференцировать нервно-психические и соматические синдромы, обусловленные сотрясением мозга и связанные с воздействием воздушной волны на другие органы, от психогенных нарушений и даже истерических

реакций в ответ на окружающую ситуацию в условиях военного времени.

Список использованной литературы

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии / А.Н. Белова. – М.: Просвещение, 2004. – 408 с.
2. Ипатов А.В. Психотерапевтические аспекты индивидуальной программы реабилитации инвалидов с хроническими соматическими заболеваниями и пути повышения ее эффективности / А.В. Ипатов, Б.В. Михайлов, С.М. Мороз // Архив психиатрии. – 2009. – №3-4. – С. 67-71.
3. Михайлов Б.В. Инвалидность как хроническая психотравмирующая ситуация / Б.В. Михайлов, С.М., Мороз // Архив психиатрии. – 2008. – Т.14, № 2 (53). – С.4-8.
4. Погодина Т.Г. Структура посттравматических нервно-психических расстройств у участников локальных вооруженных конфликтов // Неврологический вестник. – 2004. - Т. XXXVI, вып. 1-2. - С.16-20.
5. Сергеев И.И. Психотерапия невротических расстройств / И.И. Сергеев // Психиатрия и психотерапия. – 2003. – Т.5, №6. – С.1-14.
6. Травмы войны. Тысячи украинцев нуждаются в психологической помощи / И.Я.Пинчук // <http://news.bigmir.net/ukraine/859940-Travmi-voini-Tisyachi-ukraincev-nyjdautsya-v-psihologicheskoi-pomoshi>
7. Fleminger S., Ponsford J. Long term outcome after traumatic brain injury // Br. Med. J. — 2005. — 331. — 1419-20.
8. Katz D.I., Alexander M.P. Traumatic brain injury. Predicting course of recovery and outcome for patients admitted to rehabilitation // Arch. Neurol. — 1994. — 51. — 661-70.
9. Prigatano G.P. Rehabilitation intervention after traumatic brain injury // BNIQ. — 1998. — 4. — 30-7.

ТРАВМА ВИБУХОВОЮ ХВИЛЕЮ, КОМОРБІДНА ЗІ СТРЕСОМ БОЙОВИХ ДІЙ С.М. Мороз, А.К. Моргачова, І.П. Яворська, Р.П. Хайтов

Робота присвячена актуальним питанням диференційної діагностики при контузії головного мозку, коморбідній зі стресом бойових дій. Дане наукове обґрунтування діагностичних критеріїв диференційної діагностики, засноване на результатах комплексного клінічного та нейропсихологічного досліджень.

Ключові слова: травма вибуховою хвилею, контузія центральної нервової системи, критерії диференційної діагностики, нейропсихологічне і клінічне дослідження.

BLAST TRAUMA COMORBID STRESS FIGHTING S. Moroz, A. Morgacheva, I. Jaworskaya, R. Khaitov

The article presents the topical issues for diagnosis of brain concussion comorbid with fighting stress. The diagnostic criteria based on the results of a comprehensive clinical and neuropsychological research.

Key words: blast trauma, concussion of the central nervous system, criteria for differential diagnosis, neuropsychological and clinical research.

УДК 616.89

Н.М. Степанова, А.К. Ладик-Бризгалова, С.В. Болтоносів, А.С. Сулімовська СОЦІОДЕМОГРАФІЧНА ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова:
учасник бойових дій,
посттравматичні
психічні порушення,
проективні методики,
малюнковий тест
Вартегга, рівень
перитравматичної
дисоціації.

У статті представлені результати клініко-психопатологічного та діагностичного досліджень учасників бойових дій, проведених на базі Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни. Особливу увагу приділено індивідуально-психологічним особливостям і психічним станам учасників бойових дій в умовах госпіталю.

Актуальність. Участь у бойових діях можна розглядати як стресову подію виняткового характеру, наслідки якої можуть мати істотні відмінності, порівняно з цивільними травмами. Сцени насильства, убивство і поранення товаришів по службі та почуття відпо-

відальності за їх смерть – це ті елементи військового середовища, що особливо негативно впливають на військовослужбовців. Асиметричний, неконвенціональний характер сучасної війни та відсутність в Україні засад тактичної медицини ускладнюють адаптацію