ISSN 1817-7883 eISSN 2522-9354

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(2)-18
УДК: 616.891:616.714:355.58

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ СИНДРОМОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У КОМБАТАНТІВ ПРИ ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКАХ ЗАКРИТИХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ

Рациборинська-Полякова Н.В., Семененко К.М.
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 109, м. Вінниця, Україна, 21005)

Відповідальний за листування:
e-mail: *ratsiborinska@gmail.com*

Статтю отримано 27 березня 2018 р.; прийнято до друку 10 травня 2018 р.

Анотація. *Розлади непсихотичного рівня, які супроводжуються різними проявами синдромологічної картини, вимагають відповідної уваги під час проведення діагностичного процесу: при непсихотичних психічних порушеннях завжди треба активно шукати коморбідні розлади, відповідно й при інших розладах слід пам'ятати про можливість розвитку даної патології, який часто ховається за маскою супутніх проблем чи порушень. Особлива актуальність дослідження цих психічних порушень пов'язана зі схильністю до хронізації процесу і фіксації симптомів у вигляді стійких змін особистості, а також полягає в тому, що при вірному застосуванні вирішуються питання профілактики конфліктних ситуацій, пов'язаних із феноменами девіантної поведінки, а саме, алкоголізм, суїцидні наміри, травматизм та інше. Обстеження комбатантів щодо віддалених наслідків закритої черепно-мозкової травми показали наявність пограничних психічних розладів у 60-80% випадках. Метою дослідження є виявлення особливостей проявів синдромологічної картини при віддалених наслідках закритих черепно-мозкових травмах щодо подальшого прогнозу та лікування даної категорії пацієнтів. Використано основні методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, психодіагностичний, математичний. За результатами даної роботи виявлено, що першочерговий синдром є астенічний. Встановлено: чим важча травма, тим більш виражені непсихотичні психічні порушення у комбатантів. У подальшому доцільно більш дослідити особливості проявів синдромологічної картини при віддалених наслідках закритих черепно-мозкових травм у комбатантів.*

Ключові слова: *непсихотичні психічні розлади, закрита черепно-мозкова травма, синдромологічна картина, комбатанти.*

Вступ

За попередні 4 роки у комбатантів, які уже пройшли війну, при віддалених наслідках закритої черепно-мозкової травми (ЗЧМТ), значно поширилися пограничні психічні розлади. За статистичними даними останніх років, близько 60-80% пацієнтів мають ті чи інші клінічні прояви певних синдромів при непсихотичних психічних розладах, які призводять до погіршення якості життя пацієнтів у вигляді тимчасової непрацездатності або з подальшою інвалідизацією [4, 5, 6, 10].

Найпоширенішим непсихотичним порушенням при ЗЧМТ у комбатантів є астенічний синдром, який виявляється як на ранніх стадіях хвороби, так і у віддалених. Часто посттравматична астенія розвивається раніше, ніж з'являються ознаки захворювання віддалених наслідків. Різні варіанти астенічного синдрому (астено-абулічний, астено-депресивний, астено-іпохондричний, астено-невротичний синдроми можуть бути проявом будь-якого періоду ЗЧМТ. Цей синдром чітко окреслений, а у важких випадках і значно виражений, адинамічний компонент. За умови більш легкого перебігу загальний стан характеризується загальною слабкістю, втомленістю, зниженням фізичної і розумової працездатності, роздратованістю, незадоволенням, спалахами гнівливості у поєднанні з підвищеною виснажливістю, слабкодухістю і різноманітними соматичними скаргами. Характерно те, що чим важчою є астенія у хворих, тим менше висловлюється скарг.

У структуру посттравматичної астенії входить також зниження інтелекту, послаблення пам'яті і висока виснажуваність активної уваги. Досить постійним проявом є гіперестезія. Сон неглибокий, напливають образні спогади часто з жахливими сновидіннями. Окрім цього можна відзначити характерні вазомоторно-вегетативні та вестибулярні розлади [3]. Травми черепу та мозку супроводжуються розладами пам'яті за астенічним типом. Хворі забувають зміст розмови з лікарем, обсяг запам'ятовування зменшений, відтворення поточних подій, у тому числі суб'єктивно важливих. Іноді вони не можуть пригадати, які події поточного дня передували одна одній. Виникають скарги на важкість зосередження та переключення уваги [7].

Нерідко симптоми поганого настрою при посттравматичній астенії досягають такої вираженості, що можна говорити про астено-депресивний синдром, який часто зустрічається в пацієнтів з травматичною енцефалопатією, що в подальшому може супроводжуватися суїцидальними тенденціями, неконтрольованою злістю, прагнення до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом. Крім цього, на фоні церебрастенічних розладів іноді спостерігаються різноманітні види тривожності (до генералізованої) та різні фобічні прояви. Вважається, що приблизно у 30% комбатантів

в силу різних життєвих обставин виникають нетривалі депресивні і тривожні епізоди непсихотичного рівня, з яких діагностуються не більше 5% випадків латентними. Ці епізоди за своїми клінічними проявами не відповідають діагностичним критеріям МКХ-10, і тому взагалі часто залишаються без уваги фахівців в області психічного здоров'я [2].

Такі порушення можуть бути стійкими і домінувати в клінічній картині. Їх зовнішні прояви, вираженість та співвідношення з астенічним фоном багато у чому залежать від віку, в якому була отримана травма, механізму травматизації, її важкості, преморбідних особливостей, рис особистості та соціальних умов. Важливу роль може відігравати фактор зловживання алкоголем та наркотичними речовинами, що часто спостерігаємо у комбатантів.

При травматизації легкої та середньої важкості у комбатантів, у випадку наявності психопатичних рис характеру така симптоматика може стрімко загострюватись.

Частіше при віддалених наслідках ЗЧМТ виставляється діагноз травматичної енцефалопатії, яка свідчить про наявність психоорганічного синдрому. Під травматичною енцефалопатією розуміється патологічний стан мозку, що є наслідком контузій та струсів і характеризується наявністю психопатологічних та локальних неврологічних симптомів, які залежать від локалізації та масивності ураження, загальним зниженням психічної діяльності та порушеннями інтелектуально-мнестичних функцій, саме по особливостям порушень психіки і визначають варіант психоорганічного синдрому.

Таким чином, при травматичній енцефалопатії формується стійка психічна недостатність, психоорганічний синдром, який може в клініці проявлятись різними афективними порушеннями і характеризуватися експлозивною формою - дратівливістю, спалахами гніву, втратою самоконтролю, брутальністю, агресивністю. В силу цих якостей хворі постійно конфліктують з оточуючими, відзначаються егоїзмом, грубим прагненням до задоволення власних потреб; ейфорична форма, що відрізняється неадекватно підвищеним фоном настрою, що супроводжується втратою критики до своїх дій, безтурботністю, розгальмованістю потягів та інстинктів, апатична форма, якій властива в'ялість, аспонтанність, повільність [1, 12].

І травматична астенія, і травматичні порушення емоційно-вольової сфери є проявами органічних уражень головного мозку, які відрізняються глибиною ушкодження.

Мета дослідження - на підставі комплексного аналізу клініко-психопатологічних, психологічних та соціально-демографічних особливостей формування непсихотичних психічних розладів у хворих, які перенесли ЗЧМТ, виявити характерні прояви синдромологічної картини при віддалених наслідках ЗЧМТ у учасників бойових дій.

Матеріали та методи

Основними методами дослідження були: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний, математичний.

Клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний методи базувались на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження пацієнтів.

Психодіагностичні дослідження проводились з метою оцінки особливостей порушень функціонування когнітивної та емоційно-вольової сфери, актуального психічного стану. Було використано патопсихологічні методики: тест "десяти слів" А. Р. Лурія; таблиці Шульте; шкала ситуативної та особистістної тривожності Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна; особистісна шкала психічної тривожності; шкала самооцінки нервової депресії Зунге-Балашової; методика визначення по самооцінці самовідчуття, активності, настрою (САН); методика визначення особистісного диференціалу (ОД); методика оцінки рівня нервово-психічної стійкості "Прогноз"; тест Люшера).

Соціально-демографічний метод було використано для аналізу впливу різних чинників на формування непсихотичних психічних розладів у пацієнтів, які перенесли ЗЧМТ.

Обстеження хворих здійснювалось на базі клінічних відділень Вінницького обласного клінічного госпіталю Ветеранів війни, а також на базі експертного відділення науково-дослідницького інституту реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М. І. Пирогова. Паспортні дані, соціальний статус, дані про психічний статус пацієнтів, міру вираженості психопатологічних симптомів, особливості перебігу основного та супутніх захворювань фіксували в спеціально розроблений бланк вивчення психічних розладів непсихотичного рівня у хворих, які перенесли черепно-мозкову травму [8, 9, 11].

Було обстежено 196 хворих з непсихотичними психічними розладами внаслідок перенесеної черепно-мозкової травми у період з листопада 2014 року і до теперішнього часу: 58 пацієнтів ВОКГВВ та 138 пацієнтів НДІРІ. На момент обстеження середній вік пацієнтів складав 44,60±1,52 роки. В усіх обстежуваних, які брали участь у дослідженні, було отримано поінформовану добровільну згоду.

Математичний аналіз отриманих результатів проводили з використанням програм Microsoft Excel 5.0.

Результати. Обговорення

Враховуючи історію психіатрії, ми можемо охарактеризувати та порівнювати синдромологічну картину різних прикладів так званих ветеранських синдромів: в'єтнамського, чеченського, афганського, війни у Перській затоці, які відомі людству уже давно. Проте відомо, що Американська компанія у В'єтнамі стала переламним моментом, відколи на такі речі взагалі стали звертати увагу. Адже у перші 10 років після неї, у мирний час, США втратили близько 20 тис. осіб. Дослід-

ISSN 1817-7883
eISSN 2522-9354
"Вісник Вінницького національного медичного університету", *2018, Т. 22, №2*

ження виявили, що набагато масштабнішими за суто фізичні ураження є відстрочені наслідки війни, що впливають на психічне здоров'я військовослужбовців, про що можна сказати за прояви різних синдромів у комбатантів при віддалених наслідках ЗЧМТ. Було підраховано, що кількість тих, хто гине в перші 10 років по закінченні воєнної компанії, перевищує кількість загиблих впродовж бойових дій. "Донецький синдром" має такі ж прояви синдромологічної картини, які й інші вищеперераховані синдроми, але не настільки досконало вивченні, адже у нашій країні продовжується тривати війна.

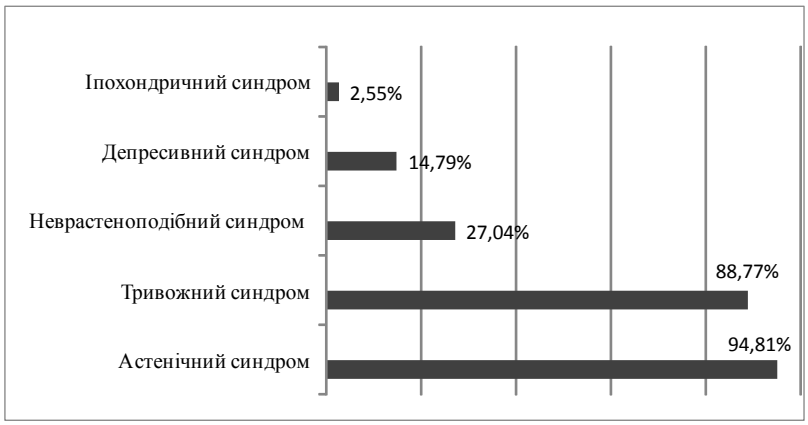

Рис. 1. Поширеність проявів синдромологічної картини непсихотичних психічних розладів у комбатантів при віддалених наслідках закритих черепно-мозкових травм.

У сучасних збройних конфліктах санітарні втрати психіатричного профілю становлять 1-3%, в той час як у Великій Вітчизняній війні 1941-1945 рр. - 10- 12%. На перший погляд це полегшує завдання військових психіатрів. Однак, враховуючи явне переважання різної синдромологічної картини в локальних війнах серед непсихічних розладів у комбатантів, кількість військовослужбовців, які потребують психіатричної, в т. ч. та медико-психологічної, психодіаностичної допомоги різко збільшується, адже швидкий перехід в мирну дійсність часто не дозволяє учасникам військових подій адекватно реагувати на ті чи інші обставини з точки зору навколишньої дійсності [13].

За МКХ-10, провідними синдромами непсихотичних психічних розладів комбатантів є органічні порушення внаслідок перенесеної ЗЧМТ, що відповідали діагнозам F06.3 / Органічні розлади настрою (афективні); F06.6 / Емоційно-лабільний (астенічний) розлад органічного походження; F 06.7 / Легкий когнітивний розлад; F06.8 / Інші уточнені психічні розлади, зумовлені ушкодженням і дисфункцією головного мозку або соматичною хворобою; F06.9 / Психічний розлад, зумовлений ушкодженням і дисфункцією головного мозку або соматичною хворобою, нез'ясований та найчастіше включали астенічний синдром 183 респондента (94,81%) у його різних варіантах - астено-невротичний, астено-депресивний, астено-іпохондричний, астено-абулічний, астено-апатичний. Ці пацієнти скаржились на втому, зниження розумової та фізичної працездатності, іноді навіть виражене. В одних слабкість була постійним симптомом, в інших проявлялася після навіть незначних навантажень. При посттравматичній астенії страждала короткочасна пам'ять, млявість проявлялася у важкості зосередження, зануреності у себе, нестійким настроєм, які поєднуються із вегетативними симптомами; неврастеноподібний - 53 пацієнта (27,04%), де на передньому плані була присутня роздратованість та виснажливість. Хворі висловлювали скарги на головний біль різної інтенсивності, головокружіння, болі в м'язах, поганий сон, нестриманість, зниження працездатності, гіперестезію; депресивний - 29 пацієнтів (14,79%); іпохондричний - 5 пацієнтів, яким були притаманні ознаки постійного перебільшеного занепокоєння своїм здоров'ям, сумніви у правильності проведених лікарських призначень, фіксованість на своїх внутрішніх переживаннях. Був діагностований астено-іпохондричний синдром - 2 пацієнти НДІРІ та 3 пацієнта ВОКГВВ (2,55%); синдроми тривожного регістру (тривожно-астенічний, тривожно-фобічний, тривожно-депресивний) - у 174 пацієнтів (88,77%), які виникали як особистістно, так і ситуативно (рис.1).

Окрім цього слід відзначити психоорганічний синдром, який чітко характеризувався тріадою Вальтер-Бюеля і був діагностований у всіх пацієнтів при віддалених наслідках ЗЧМТ.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У комбатантів, які мали в анамнезі закриту черепно-мозкову травму, через різні проміжки часу, мають місце віддалені наслідки у вигляді різних синдромологічних варіантах. На формування непсихотичних психічних розладів при церебротравматичній хворобі впливали період, ступінь важкості перебігу перенесеної ЗЧМТ, вік пацієнта, повторюваність самої травми, наявність оперативного втручання, а також наявність психотравмуючих факторів.

2. Проведене вдосконалення психодіагностики на наявність непсихотичних психічних розладів у хворих, які перенесли ЗЧМТ на основі результатів комплексного аналізу соціально-демографічних, психологічних та клініко-психопатологічних особливостей формування зазначених межових розладів.

3. Особливістю проявів синдромологічної картини непсихотичних психічних розладів у комбатантів при віддалених наслідках ЗЧМТ є перевага астенічного синдрому та його різновидів - 94,81%, а також перевага тривожного синдрому - 88,77% респондентів. Рідше зустрічаються неврастеноподібний синдром - 27,04% пацієнтів, депресивний - 14,79% та іпохондричний синдром - 2,55% пацієнтів.

Подальші дослідження в цьому напрямку дозволять розширити існуючі поняття про непсихотичні психічні порушення у комбатантів при віддалених наслідках ЗЧМТ не тільки для лікарів-психіатрів, але й для лікарів загальної практики, які першочергово зустрічаються з такими контингентами хворих.

Список посилань

1. Заковряшин, А. С. (2006). Прогнозирование отдаленных последствий боевой психической травмы с использованием логико-статистических методов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова,* 106 (3), 31-38.
2. Колов, С. А. (2010). Взаимосвязь клинических симптомов в структуре психической патологии у участников боевых действий. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова,* 110 (6), 20-23.
3. Курасов, Е. С. (2012). Коморбидная соматическая патология у военнослужащих с невротическими расстройствами. *Военно-медицинский журнал: теоретический и научно-практический журнал,* 4, 29-34.
4. Максименко, Н. А. (2009). Непсихотические психические расстройства при церебротравматической болезни. *Український вісник психоневрології, 17*, 2 (59), 31-34.
5. Марута, Н. А. & Панько Т. В. (2013). Особливості діагностики и терапії тревожних розладів невротичного и органічного ґенеза. *Український вісник психоневрології,* 21, 1 (74), 75-82.
6. Матяш, М. М. & Худенко, Л. І. (2014). Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції. *Український медичний часопис: науково-практичний загальномедичний журнал*, 6, 124-127.
7. Напреенко, А. К. & Максименко, Н. А. (2007). Особенности клинических проявлений психических расстройств непсихотического уровня у пациентов, перенесших черепно-мозговую травму. *Український вісник психоневрології,* 15, 2 (51), 92-95.
8. Рациборинська, Н. В. & Костюшин, В. В. (2002). Місце клініко-психологічного обстеження в системі медичного забезпечення ВПС ЗС України. IX Конгрес світової федерації українських лікарських товариств, присвячений 25-річчю СФУЛТ, Матеріали конгресу.
9. Романова, Е. С. (2006). *Психодиагностика.* Санкт-Петербург: Питер.
10. Тайцлин В. И. (2002). Закрытая черепно-мозговая травма и ее последствия. *Международный медицинский журнал,* 2, 58-63.
11. Шестопалова, Л. Ф. (2013). Довіра до лікаря, як чинник формування комплаєнсу хворих на неврологічні та психічні розлади. *Медична психологія,* 4-3. ISSN 2308-6319 (Online), ISSN 2308-6300 (Print).
12. Юдин, В. Е. Лямин, М. В. & Ярошенко, В. П. (2011). Особенности психических нарушений и оценки качества жизни у военнослужащих, получивших ранения в локальных вооруженных конфликтах. *Военно-медицинский журнал,* 332 (2), 21-25.
13. Ястребов, В. С. & Корсакова, С. С. (2004). Терроризм и психическое здоровье (масштаб проблемы, толерантность населения, помощь). *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова*, 6, 4-8.

References

1. Zakovryashin, A. S. (2006). Prognozirovanie otdalennyh posledstvij boevoj psihicheskoj travmy s ispolzovaniem logiko-statisticheskih metodov. [Predicting the long-term consequences of combat trauma with the use of logical-statistical methods]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova - Journal of Neurology and Psychiatry. S. S. Korsakov,* 106 (3), 31-38.
2. Kolov, S. A. (2010). Vzaimosvyaz klinicheskih simptomov v strukture psihicheskoj patologii u uchastnikov boevyh dejstvij. [Interrelation of clinical symptoms in the structure of mental pathology in combatants]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova - Journal of Neurology and Psychiatry. S. S. Korsakov,* 110 (6), 20-23.
3. Kurasov, E. S. (2012). Komorbidnaya somaticheskaya patologiya u voennosluzhashih s nevroticheskimi rasstrojstvami. [Comorbid somatic pathology among military personnel with neurotic disorders]. *Voenno-medicinskij zhurnal: teoreticheskij i nauchno-prakticheskij zhurnal - Military Medical Journal: theoretical and practical journal,* 4, 29-34.
4. Maksimenko, N. A. (2009). Nepsihoticheskie psihicheskie rasstrojstva pri cerebrotravmaticheskoj bolezni. [Nonpsychotic mental disorders in cerebrotraumatic disease.] *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii - Ukrainian Journal of Psychoneurology,* 17, 2 (59), 31-34.
5. Maruta, N. A. & Panko T. V. (2013). Osoblyvosti diahnostyky y terapii trevozhnykh rozladiv nevrotychnoho y orhanichnoho geneza. [Features of diagnostics and therapy of anxiety disorders of neurotic and organic genesis]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii - Ukrainian Journal of Psychoneurology,* 21, 1 (74), 75-82.
6. Matiash, M. M. & Khudenko, L. I. (2014). Ukrainskyi syndrom: osoblyvosti posttravmatychnoho stresovoho rozladu v uchasnykiv antyterorystychnoi operatsii. [Ukrainian syndrome: features of post-traumatic stress disorder in participants of the antiterrorist operation]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys: naukovo-praktychnyi zahalnomedychnyi zhurnal - Ukrainian Medical Journal: Scientific and Practical General Medical Journal,* 6, 124-127.
7. Napreenko, A. K. & Maksimenko, N. A. (2007). Osobennosti klinicheskih proyavlenij psihicheskih rasstrojstv nepsihoticheskogo urovnya u pacientov, perenesshih cherepno-mozgovuyu travmu. [Features of clinical manifestations of mental disorders of the nonpsychotic level in patients who underwent craniocerebral trauma]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii - Ukrainian Journal of Psychoneurology,* 15, 2 (51), 92-95.
8. Ratsyborynska, N. V. & Kostiushyn, V. V. (2002). Mistse kliniko-psykholohichnoho obstezhennia v systemi medychnoho zabezpechennia VPS ZS Ukrainy. [Place of clinical and psychological examination in the system of medical support of the Air Force of the Armed Forces of Ukraine]. IX Konhres svitovoi federatsii ukrainskykh likarskykh tovarystv, prysviachenyi 25-richchiu SFULT, Materialy konhresu [IX Congress of the World Federation of Ukrainian Medical Associations dedicated to the 25th anniversary of the SFULT, Congressional Materials].
9. Romanova, E. S. (2006). *Psihodiagnostika. [Psychodiagnostics].* Sankt-Peterburg: Piter - St. Petersburg: Peter.
10. Tajclin, V. I. (2002). Zakrytaya cherepno-mozgovaya travma i ee posledstviya. [Closed craniocerebral injury and its consequences]. *Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal - International Medical Journal,* 2, 58-63.
11. Shestopalova, L. F. (2013). Dovira do likaria, yak chynnyk formuvannia komplaiensu khvorykh na nevrolohichni ta psykhichni rozlady. *Medychna psykholohiia - Medical psychology,* 4-3. ISSN 2308-6319 (Online), ISSN 2308-

6300 (Print).
12. Yudin, V. E. Lyamin, M. V. & Yaroshenko, V. P. (2011). Osobennosti psihicheskih narushenij i ocenki kachestva zhizni u voennosluzhashih, poluchivshih raneniya v lokalnyh vooruzhennyh konfliktah. [Features of mental disorders and the assessment of the quality of life of servicemen who were injured in local armed conflicts]. *Voenno-medicinskij zhurnal - Military Medical Journal,* 332 (2), 21-25.
13. Yastrebov, V. S. & Korsakova, S. S. (2004). Terrorizm i psihicheskoe zdorove (masshtab problemy, tolerantnost naseleniya, pomosh). [Terrorism and mental health (the scale of the problem, tolerance of the population, aid)]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. Korsakova - Journal of Neurology and Psychiatry. Korsakov,* 6, 4-8.

Рациборинська-Полякова Н.В., Семененко К.М.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У КОМБАТАНТОВ ПРИ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ЗАКРЫТЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Аннотация. *Расстройства непсихотичного уровня, которые сопровождаются различными проявлениями синдромологической картины, требуют соответствующего внимания во время проведения диагностического процесса: при непсихотических психических нарушениях всегда надо активно искать коморбидные расстройства, соответственно и при других расстройствах следует помнить о возможности развития данной патологии, который часто скрывается за маской сопутствующих проблем или нарушений. Особая актуальность исследования этих психических нарушений связана со склонностью к хронизации процесса и фиксации симптомов в виде устойчивых изменений личности, а также в том, что при верном применении решаются вопросы профилактики конфликтных ситуаций, связанных с феноменами девиантного поведения, а именно, алкоголизм, суицидальные намерения, травматизм и прочее. Обследование комбатантов в отношении отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы показали наличие пограничных психических расстройств у 60-80% случаях. Целью исследования является выявление особенностей проявлений синдромологической картины при отдаленных последствиях закрытых черепно-мозговых травмах относительно дальнейшего прогноза и лечения данной категории пациентов. Использованы основные методы исследования: клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, социально-демографический, психодиагностический, математический. По результатам данной работы выявлено, что первоочередной синдром является астенический. Установлено: чем тяжелее травма, тем более выражены непсихотические психические нарушения у комбатантов. В дальнейшем целесообразно более исследовать особенности проявлений синдромологического картины при отдаленных последствиях закрытых черепно-мозговых травм у комбатантов.*

Ключевые слова: *непсихотические психические расстройства, закрытая черепно-мозговая травма, синдромологическая картина, комбатанты.*

Ratsyborynska -Polyakova N.V., Semenenko K.M.

FEATURES OF SYNDROMOLOGICAL PICTURES OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN COMBATANTS AT DELIVERED CONSEQUENCES OF CLOSED CEREBROCRANIAL TRAUMA

Annotation. *Disorders of the nonpsychotic level, which are accompanied by various manifestations of the syndromological picture, require due attention during the diagnostic process: in nonpsychotic mental disorders, it is always necessary to actively found comorbid disorders, therefore, in case of other disorders, it is necessary to remember the possibilities of developing this pathology, which is often hidden behind the mask related problems or violations. The special relevance of the study of these mental disorders is associated with the tendency to chronize the process and fix the symptoms in the form of persistent changes in the person, and also that when properly applied, issues of prevention of conflict situations associated with the phenomena of deviant behavior are solved, namely, alcoholism, suicidal intentions, injuries and so on. Surveys of combatants about the remote consequences of a closed craniocerebral trauma showed the presence of mental disorders in 60-80% of cases. The purpose of the study is to identify the features of manifestations of syndromological picture in the long-term consequences of closed craniocerebral traumas about to further prognosis and treatment of this category of patients. The basic methods of research were used: clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, socio-demographic, psychodiagnostic, mathematical. Results of this work revealed that the primary syndrome is asthenic. Established: the heavier trauma, the more expressed nonpsychotic mental disorders of the combatants. In the future, it would be advisable to further explore the features of the manifestations of the syndromological picture at the long-term consequences of closed craniocerebral traumas in combatants.*

Keywords: *nonpsychotic mental disorders, closed craniocerebral trauma, syndromological picture, combatants.*