

которая в остром периоде нивелируется тяжестью и стрессовым состоянием самой челюстно-лицевой травмой (интенсивная боль, кровотечение, ажитированность). Использование вызванных потенциалов мозга при ТЧЛО является простым методом диагностики, позволяющим объективизировать проявления мозговой дисфункции и что в последующем позволяет оценивать эффективность проводимых реабилитационных мероприятий у больных с ЧЛТ.

Литература

1. Афанасьев, В.В. Травматология челюстно-лицевой области / В.В. Афанасьев. – М.: Изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – 256 с.
2. Гнездицкий, В.В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике / В.В. Гнездицкий. – Таганрог: ТРТУ, 1997.
3. Методы исследования в неврологии и нейрохирургии: Руководство для врачей / Е.И. Гусев [и др.]. – М.: Нолидж, 2000.
4. Зеньков, Л.Р. Функциональная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей / Л.Р. Зеньков, М.А. Ронкин. – М.: Медицина, 1991. – 639 с.
5. Закржевская, И.Д. Клиника и лечение краниолицевых травм / И.Д. Закржевская, В.Е. Тангаев, Д.В. Закржевский // Материалы III Съезда нейрохирургов России. – СПб., 2002. – С. 25.
6. Карпов, С.М. Нейрофизиологические аспекты детской черепно-мозговой травмы / С.М. Карпов. – Ставрополь: Изд-во СтГМА. – 2010. – С. 184.
7. Лукьяненко, А.В. Сочетанные и множественные повреждения челюстно-лицевой области, особенности их клинического течения, лечения и реабилитации: метод, рекомендации / А.В. Лукьяненко. – М., 1997. – 40 с.
8. Burnstine, M.A. Clinical recommendations for repair of isolated orbital floor fractures: an evidence-based analysis / M.A. Burnstine // Ophthalmology. – 2002. – Vol. 109. – N 7. – P. 1207–1210.
9. Granström, G. How to Cite Author Information Publication History. Craniofacial osseointegration. Oral Diseases, (2007), vol. 13, Issue 3, p. 261–269.

NEW APPROACHES TO ASSESSMENT OF CEREBRAL DYSFUNCTION AT CRANIOFACIAL TRAUMA

D.YU. CHRISTOFORANDO, S.M. KARPOV, YE.M. SHARIPOV

Stavropol Municipal Clinical Emergency Hospital, Department of Oral Surgery
Stavropol State Medical Academy, Chair of Neurology

46 patients with craniofacial trauma in acute period were surveyed. To assess brain dysfunction the method of the evoked potentials of brain was used, which allowed assessing the condition of special conducting structures and cortical centres. The results of research specify the fact of craniofacial trauma leading to brain dysfunction in all cases.

Key words: craniofacial a trauma, evoked potentials.

УДК 616.8-003.9-07:612.67:355(022)

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРЕНЕСЕННОГО БОЕВОГО СТРЕССА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

А.А. ЗУЙКОВА*, Т.Е. ПОТЕМИНА**

Статья посвящена изучению эффективности психофармакотерапии отдаленных последствий боевой психической травмы у ветеранов боевых действий на современном этапе.

Ключевые слова: психофармакотерапия, отдаленные последствия боевого стресса, коморбидные нарушения, посттравматические стрессовые расстройства.

С момента окончания контртеррористической операции на Северном Кавказе прошло 6 лет, боевые действия в Афганистане для русских воинов завершились более 20 лет назад, срок давности локальных конфликтов в Корее, Вьетнаме, Египте более 40 лет, но отдаленные последствия перенесенного боевого стрес-

са актуальны для ветеранов и на современном этапе. К длительным нарушениям адаптации после участия в боевых действиях относятся сложные экзогенно-органические или эндогенно-органические синдромокомплексы, которые состоят из более простых образований: аффективных, психосоматических, психоорганических, аддитивных нарушений, личностных и других расстройств. В настоящее время они объединяются в понятие – «большой травматический синдром». Проблема помощи ветеранам войн, несмотря на большое количество опубликованных работ, остается актуальной [3,8]. Психофармакологическая терапия боевой психической травмы имеет большое значение, так как устраняет наиболее острые симптомы постстрессовых расстройств, облегчает проведение психотерапии и способствует успеху реабилитационных мероприятий.

Цель исследования – разработать и исследовать варианты эффективной психофармакотерапии длительных нарушений адаптации у ветеранов боевых действий, после перенесенной боевой психической травмы; систематизировать использование различных психотропных препаратов в зависимости от доминирующей системы поражения и длительности адаптации.

Материалы и методы исследования. В Нижегородском неврологическом госпитале ветеранов войн в течение последних 3 лет проводилось обследование и наблюдение за участниками различных боевых действий. 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: невролога, терапевта, психиатра, окулиста, отоларинголога, хирурга, уролога. 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 клиничко-биохимические, иммуноферментные исследования, современные методы функциональной, рентгенологической и ультразвуковой диагностики.

В исследования включались пациенты с различным спектром коморбидных экзогенно-органически и эндогенно-органических расстройств, согласно критериям МКБ-10. В исследование не включались пациенты с острой патологией различного генеза, с выраженными атрофическими изменениями ЦНС, сопровождающиеся выраженными когнитивными нарушениями. Не включались пациенты в исследование, употребляющие наркотические препараты и алкоголь, не соблюдающие режим терапии.

Статистический анализ условно можно разделить на следующие части: анализ анамнестических данных, анализ показателей в динамике, анализ эффективности, анализ побочных действий. 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 аффективных нарушений. Для оценки побочных эффектов анализировались качество и количество дней таких побочных эффектов. В исследовании были учтены этические моменты и конфиденциальность информации.

* Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов войн, 603109, Н.Новгород, пер. Гоголя, д. 9.

** Нижегородская Государственная медицинская академия, 603005, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1.

Результаты и их обсуждение. Помощь, которую получали участники боевых действий, представляла современный, сложный комплекс реабилитационных мероприятий, включающий медико-социальные и психологические аспекты. Среди мероприятий медицинской реабилитации отдаленных последствий участия в боевых действиях, фармакотерапия имела ведущее значение. Она включала: терапию антидепрессантами (преимущественно СИОЗС, СИОЗСН и др.), антиконвульсантами, нейролептиками, на фоне цереброваскулярной и церебропротективной терапии (вазоактивные, антихолинэстеразные препараты, ноотропы, витамины).

Основными целями фармакотерапии длительных нарушений адаптации после перенесенного боевого стресса и травм согласно литературным данным [6] и нашим наблюдениям были:

- 1) редукция специфической посттравматической симптоматики, в том числе тревожно-фобических и депрессивных расстройств, навязчивых воспоминаний, симптомов нейровегетативной дисфункции и нарушений сна;
- 2) снижение эмоциональных последствий и разрушительно-го влияния травмы на пациента, поддержка его морального духа и купирование чувства вины;
- 3) редукция психотических и диссоциативных симптомов;
- 4) редукция аутоагрессии и импульсивности в отношении окружающих.

На современном этапе течения среди отдаленных последствий участия в боевых действиях у 87% обследованных преобладают изменения в аффективной сфере. Это в основном депрессивные, тревожные, компульсивные и фобические расстройства. Среди всех случаев выявленных посттравматических стрессовых расстройств, только в 37% случаев оно диагностировано, как самостоятельный процесс, согласно критериям МКБ-10 и DSM-IV, в 63% случаев встречались только отдельные симптомы посттравматического расстройства, в структуре других коморбидных заболеваний (аффективных, психосоматических, личностных и других нарушений). Наиболее часто, в 42% случаев посттравматические стрессовые расстройства сочетались с посттравматическим и токсикометаболическим психоорганическим синдромом, в 27% случаев – с личностной посттравматической декомпенсацией, в 21% случаев с другими аффективными нарушениями и психосоматическими синдромами.

Среди отдельных посттравматических стрессовых включений, в структуре коморбидных отдаленных последствий перенесенного боевого стресса, в исследуемой группе чаще встречались:

- навязчивые воспоминания, связанные с содержанием травмирующих обстоятельств, которые обычно обострялись на фоне провоцирующих факторов (повторные стрессовые ситуации, переутомление, алкогольные ситуации) или трансформировались в «кошмарные» сновидения;
- стремление настойчиво избегать мыслей, чувств, разговоров, лиц, мест, вызывавших воспоминания о травме, кроме того отмечалось сужение спектра и силы эмоционального реагирования, чувства зависимости и отчужденности, ощущения отсутствия будущего;
- повышенная возбудимость, нарушения сна, раздражительность, вспышки гнева, повышенная бдительность, готовность к оборонительной реакции.

В современные стандарты лечения длительных нарушений адаптации после перенесенного боевого стресса входят почти все группы психотропных препаратов, практическое их использование для коррекции перечисленных нарушений изучено малое их число. Наиболее эффективными препаратами для купирования отдаленных последствий перенесенного стресса и травм, согласно литературным данным [4], являются антидепрессанты, так как в клинике доминируют аффективные нарушения. Из всего многообразия современных и классических антидепрессивных препаратов, предпочтение отдавалось *ингибиторам обратного захвата серотонина* (СИОЗС). Трициклические антидепрессанты использовались в случае аффективных нарушений тяжелой степени или когда требовалась дополнительная седация. Ингибиторы серотонина и норадреналина использовались при резистентных формах аффективных нарушений. Препараты группы СИОЗС показали высокую эффективность при купировании симптомов хронических посттравматических стрессовых расстройств, отличались хорошей переносимостью, быстротой появления терапевтического эффекта, высокой комплаентностью, снижением количества рецидивов. Использовались следующие

препараты из группы СИОЗС: эсциталопрам, сертралин, пароксетин. Эсциталопрам использовался для лечения хронических коморбидных посттравматических аффективных нарушений средней и тяжелой степени (в дозах 10-20 мг/сут., перорально). На фоне лечения эсциталопрамом аффективная насыщенность болезненных проявлений снижалась достаточно быстро, с 3-7 дня приема препарата, редукция тревоги происходила к 14-21 дню лечения, значимое снижение депрессивных проявлений к 21 дню терапии. Эсциталопрам хорошо переносился пациентами и они длительно удерживались на терапии (до 6-12 мес.). Во время приема эсциталопрама сохранялась обычная социальная активность пациентов, они лучше социализировались. Сертралин использовался перорально, в дозировках 50-100 мг/сут., хорошо купировал сопутствующие нарушения с 7-14 дня терапии, ослаблял проявление психосоматических нарушений, способствовал нормализации сексуальных нарушений, использовался для купирования аффективных проявлений у пациентов с аддитивными нарушениями. Пароксетин назначался в дозировке 20-40 мг/сут., перорально, для купирования тревожных, фобических аффективных нарушений, достаточную эффективность показал в отношении панических расстройств. Для коррекции стойких инсомнических и диссомнических нарушений терапию проводили флувоксамином (50-100 мг/сут., перорально) или агомелатином (25-50 мг/сут., перорально). В среднем терапия первичных аффективных нарушений продолжалась 4-6 мес., рекуррентных нарушений 9-12 мес., дистимических нарушений более длительный срок.

В исследуемой группе преобладали два типа психической дезадаптации [1,7], которые клинически проявлялись разными вариантами личностной декомпенсации: пассивно-оборонительный – отмечался уход в болезнь, утрата внутренних потребностей к борьбе с болезнью или с обстоятельствами, ипохондрия; диссоциативный вариант личностного развития. Деструктивный тип длительной дезадаптации проявлялся, прежде всего, нарушением социального функционирования, взрывчатостью, конфликтностью, в стрессовых ситуациях – агрессивностью, аддитивным поведением, суицидальными попытками, то есть посттравматический, органический или эпилептоидный вариант личностной декомпенсации.

Серьезной клинической проблемой в исследуемой группе были эндогенно-органические нарушения и психотические эпизоды, которые нарушали психосоциальное функционирование и социо-психологическую приспособляемость участников боевых действий. Психотические нарушения носили эпизодический характер, развивались под воздействием социальных ситуаций, со временем приобретали хроническое эндогенное течение. Психотические эпизоды развивались в ситуации внезапного прорыва в сознание травмирующего события, при этом нарушался контакт с реальностью, появлялось неадекватное поведение опасное для окружающих.

Для участников боевых действий с эндогенно-органическими нарушениями, в исследуемой группе актуальна ситуация социальной дезадаптации. Многие из них оказавшись за рамками активной жизни, с трудом устанавливают отношения с другими людьми. Эта группа пациентов редко обращалась за помощью к врачам, эмоциональное состояние снимала приемом алкоголя и наркотиков [5,2]. В обследуемой группе суицидальные тенденции выявлялись у 26% участников боевых действий. Суициды наблюдались при коморбидных микстах: аффективные нарушения в сочетании с аддитивными расстройствами, на органическом, посттравматическом фоне.

Синдром зависимости является дополнительным деструктивным фактором развития хронических дезадаптивных нарушений для участников боевых действий. По возвращении из зоны боевых действий, дезориентация в социуме является одной из причин употребления психоактивных веществ, с другой стороны, употребление психоактивных веществ усугубляет социальную дезориентацию, образуя тем самым порочный круг. Алкогольные аддикции у участников боевых действий также имели свои особенности. Психическая зависимость формировалась в течение 6 – 8 месяцев, физическая – в течение 8-18 месяцев. Таким образом, имело место злокачественное течение, которое отягощалось органическим фоном. Прогноз зависел от продолжительности симптомов, быстроты развития нарушений, отсутствия психического преморбиды, и наличием реальной социальной поддержки.

В таких клинических ситуациях имело особое значение назначение нормотимических препаратов и нейролептиков. Нормо-

тимические препараты использовались для лечения отдаленных последствий боевой психической травмы в сочетании с антидепрессантами, а так же для монотерапии. Из группы нормотимических препаратов чаще назначался карбамазепин (600-800 мг/сут., перорально), препараты вальпроевой кислоты (500-1500 мг/сут., перорально), ламотриджин (50-150 мг/сут., перорально). Нормотимические препараты помогали купировать дисфорические проявления, использовались в качестве противорецидивной терапии, корректировали личностную декомпенсацию.

Анксиолитические препараты в сочетании с антидепрессантами ускоряли купирование аффективных нарушений, использовались для ускорения проявления терапевтического действия, оказывали быстрое седативное действие. Из анксиолитиков использовались препараты быстрого действия (альпрозолам, лоразепам, клоназепам), в средних терапевтических дозах, для краткосрочной терапии (20-30 дней), с учетом высокой коморбидности посттравматических расстройств и аддитивных нарушений.

Для купирования позитивных аффективных включений (ажитация, идеи самообвинения, суицидальные тенденции), так и негативной аффективности (апатия, ангедония, дисфория) было необходимо назначение небольших доз нейрорептиков (оланзапин, кветиапин, хлорпротиксен, тиоридазин, зуклопентиксол) [9]. Хлорпротиксен успешно использовался для лечения хронической инсомнии и парасомний, в дозе 25-50 мг/сут., перорально.

В комплексной терапии атипичных нейрорептиков использовались для лечения тревожно – фобических, соматоформных расстройств (рисперидон 2-4 мг/сут., кветиапин 50-150 мг/сут, зипразидон 80-120 мг/сут., перорально) При личностной декомпенсации с помощью нейрорептиков хорошо купировались симптомы взрывчатости, брутальности, склонность к формированию сверхценных идей, аномалии влечений [10]. Для коррекции личностных нарушений эпилептоидного или истеро-эпилептоидного типа назначались перорально, зуклопентиксол от 6 до 50 мг/сут, оланзапин 5-10 мг/сут. При этом учитывалось, что нейрорептикам свойственно нежелательное нейротропное и соматотропное действие, проявляющееся в экстрапирамидных, вегетососудистых, эндокринных, гематологических нарушениях.

Учитывая органический фон, который наблюдался у 90% ветеранов боевых действий (последствия минно-взрывных черепно-мозговых травм, ранений и др.) в комплексную терапию включали церебропротекторы, ноотропы, вазоактивные препараты, витамины. Органическое поражение головного мозга у 17% ветеранов в исследуемой группе, проявлялось развитием когнитивного дефицита, который способствовал профессиональной и бытовой дезадаптации. Кроме того, когнитивные нарушения декомпенсировали имеющиеся аффективные, поведенческие и личностные расстройства, усугубляя социальную дезадаптацию. Для базисной терапии когнитивных нарушений использовались ингибиторы холинэстеразы и модуляторы глутаматных рецепторов (галантамин, ривастигмин, мемантин), средняя продолжительность курса лечения составляла 8-12 месяцев.

Лекарственная терапия сочеталась с психотерапией, которая была базовой в реабилитации данной группы пациентов. Наиболее эффективными методами психотерапевтической коррекции были краткосрочная когнитивно-поведенческая, личностно-ориентированная терапия, в сочетании с релаксационными методиками. Из групповых методов наибольшие результаты принесла семейная терапия.

Комплексная реабилитация включала в себя вопросы социальной, профессиональной, бытовой адаптации: переобучение, трудоустройство, решение жилищно-бытовых вопросов, в рамках существующей в области целевой программы реабилитации ветеранов боевых действий.

Выводы. Как показали материалы исследования, выявленные у ветеранов боевых действий длительные нарушения дезадаптации на современном этапе, представляет собой сложное синдромологическое образование преимущественно экзогенно-органического генеза (травмы, интоксикация) с эндогенными включениями (хронические аффективные нарушения, психотические эпизоды). У ветеранов боевых действий в настоящее время, чаще диагностируются коморбидные нарушения: сочетание аффективных расстройств, личностных нарушений, психосоматических, соматоформных расстройств на органическом посттравматическом фоне. Посттравматическое расстройство у ветеранов локальных войн, на современном этапе, в 63% встречается в виде отдельных симптомов в структуре других нозологических обра-

зований, а не как самостоятельное заболевание. Современный комплекс терапевтических мероприятий длительных нарушений адаптации у ветеранов боевых действий включает: фармакотерапию, психологическую реабилитацию на фоне мероприятий восстановительной терапии (физиотерапии) и социальной реадaptации. Эффективная фармакотерапия строится с учетом особенности этиопатогенетических и клинических моментов отдаленных последствий перенесенного боевого стресса и травм. Базисная фармакотерапия указанных нарушений включает: антидепрессанты, нормотимики, нейрорептики, анксиолитики, церебропротекторы и др.

Актуальными остаются вопросы раннего начала терапии и профилактики длительных нарушений адаптации у ветеранов войн.

Литература

1. Волошин, В.М. Типология хронического посттравматического стрессового расстройства. Неврология и психиатрия им. С.С. Корсакова / В.М. Волошин. – 2004. – №1. – С. 17–23.
2. Короленко, Ц.П. Идентичность. Развитие. Перенасыщенность. Бегство / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, Е.Н. Загоруйко. – Новосибирск: Издательство НГПУ. – 2007. – С. 311–342.
3. Литвинцев, С.В. Посттравматические стрессовые расстройства / С.В. Литвинцев, В.М. Лыткин, В.К. Шамрей // Проблемы реабилитации. – СПб. – 2000. – С47.
4. Мосолов, С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия. Методические рекомендации / С.Н. Мосолов. – М., 2009. – 64 с.
5. Погодина, Т.Г. Нервно-психические расстройства участников боевых действий / Т.Г. Погодина. – Н. Новгород, 2004. – 192 с.
6. Пушкарев, А.П., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. – М. Издательство института психотерапии. – 2000. – С. 32–36.
7. Тарабрина, Н.В. Синдром ПТСР: современное состояние проблемы / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная // Психологический журнал. – 2000. – №3. – С. 35–38.
8. Трошин, В.Д. Терроризм и нервно-психические расстройства: диагностика, лечение и профилактика / В.Д. Трошин, Т.Г. Погодина. – Н.Новгород.: Издательство ННГМА, 2007. – 316 с.
9. Bird, D. An overview of the definition and management of treatment-resistant depression / D. Bird, P.M. Haddad, S.M. Dursun // Clinik Psychopharmacology. – 12. – P. 92–101
10. Petty, F. Olanzapine treatment for post-traumatic stress disorder: an open-label study / F. Petty, S. Brannan, J. Casada // International Clinical Psychopharmacology. – 2004. – 16. – P. 331–337.

THE FEATURES OF THE PHARMACOTHERAPY OF REMOTE CONSEQUENCES OF COMBAT STRESS NOWADAYS

A.A. ZUYKOVA, T.YE. POTEKINA

Nizhniy Novgorod Neurological Hospital of War Veterans
Nizhniy Novgorod State Medical Academy

The article highlights studying the efficiency psychopharmacotherapy of remote consequences of combat psychic trauma at veterans of combat actions on the contemporary stage.

Key words: psycho-pharmacotherapy, remote consequences of combat psychic stress, comorbid disorders, post-traumatic stress disorders.

УДК 616.61 006.6 073.756.8

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК.

А.П. ИВАНОВ*, И.А. ТЮЗИКОВ**

Сопоставление результатов предоперационной мультиспиральной компьютерной томографии у 107 пациентов с опухолями почек и данных послеоперационной биопсии выявило различия в чувствительности и специфичности фаз данного метода лучевой визуализации при диагностике рака почки и других объемных почечных образований.

* ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, 150000, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5

** Медицинский Центр диагностики и профилактики, 150000, г. Ярославль, пр.Ленина, д.33