

УДК 616.83-008.6:355

РАССТРОЙСТВА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ СОВРЕМЕННЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

В.Д. Трошин¹, Т.Г. Погодина², В.В. Рыжаков³, ¹ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»,
²ГОУ ВПО «Нижегородская академия МВД России», ³Приволжское таможенное управление ФТС России

Погодина Татьяна Григорьевна – e-mail: Tatiana.pogodina@mail.ru

Исследована группа пациентов Нижегородского областного неврологического госпиталя ветеранов войн с расстройствами центральной нервной системы, в состав которой вошли участники современных боевых действий (всего 420 человек). Всем обследуемым проводилось клиническое и клинико-нейрофизиологическое обследование, а также экспериментально-психологическое обследование в виде тестирования и анкетирования. Динамическое наблюдение за 201 пациентом проводилось на протяжении нескольких лет (3–11). Изучены распространенность, клинические проявления и динамика нервно-психических расстройств, последствий перенесенных черепно-мозговых травм, психосоматических заболеваний. Рассмотрены теории пато- и саногенеза нервно-психических расстройств у участников современных боевых действий. Уделяется внимание вопросам нейрореабилитации.

Ключевые слова: нервно-психические расстройства, участники боевых действий, последствия перенесенных черепно-мозговых травм, психосоматические заболевания, патологическая система, реабилитация участников боевых действий.

A group of patients with disorders of central nervous system from Nizhny Novgorod Regional Neurological Hospital was studied. This group included combatants of modern battle actions (altogether 420 patients). All subjects have undergone clinical and clinical- neurophysiological examination, as well as experimental and psychological test in the form of testing and questioning. Case follow-up after 201 patients was carried out within several years (3-11). Prevalence rate, clinical presentations and dynamics of neuropsychic disorders, after-effects of undergone traumatic brain injuries and psychosomatic diseases were studied. Theories of patho and sanogenesis of neuropsychic disorders among participants of modern battle actions were examined. Questions of neuro aftercare are paid attention.

Key words: neuropsychic disorders, participants of battle actions, after-effects of undergone traumatic brain injuries, psychosomatic diseases, pathologic system, aftercare of combatants.

Введение

Боевые стрессы, террористические акты ставят человека в условия выживания, когда доминирует инстинкт самосохранения. Одновременно воздействуют неблагоприятные экологические факторы, нарушаются привычные режимы жизнедеятельности, меняются жизненные стереотипы. В результате страдает не только «соматическое» здоровье, но и способность быть здоровым на духовно-нравственном, нервно-психическом уровне. Негативные психопатологические последствия связаны с изменением ценностных ориентиров на уровне индивидуальности и личности. Психическое и биологическое, присущее человеку, замыкается в своеобразный неразрывный круг. Контингент жертв, переживших боевой стресс, весьма многообразен: пострадавшие и заложники, беженцы и вынужденные переселенцы, участники боевых действий и спасатели. Количество чрезвычайных ситуаций, террористических актов не уменьшается, соответственно растет число лиц, подвергшихся воздействию комплекса неблагоприятных факторов, сопровождающих эти бедствия.

Учитывая процесс «индукции» психические и психосоматические расстройства начинают проявляться и у членов семей комбатантов. В результате неуклонно снижается качество жизни большой социальной группы людей и, безусловно, страдает все общество в целом.

В настоящее время в Российской Федерации имеется значительное число лиц – участников войн и боевых действий, нуждающихся в мерах государственной поддержки, постоянном уходе, социальном патронаже (по официальным данным, в нашей стране проживают свыше 120 тыс. человек, ставших инвалидами вследствие боевых действий и военной травмы).

Цель исследования: выявить ведущие расстройства центральной нервной системы, являющиеся типичными для

участников современных боевых действий и предложить принципы их нейрореабилитации.

Материалы и методы

Объектом настоящего исследования явилась группа пациентов Нижегородского областного неврологического госпиталя ветеранов войн, в состав которой вошли участники боевых действий (всего 420 человек). Среди них 198 – участники боевых действий в Афганистане; 203 – участники боевых действий на территории Чеченской Республики и 22 – участники других локальных вооруженных конфликтов. Всем обследуемым проводилось клиническое и клинико-физиологическое обследование (электроэнцефалография, компьютерная томография, электрокардиография, ультразвуковые и рентгеновские обследования, биохимические и иммунологические исследования крови), а также экспериментально-психологическое обследование в виде тестирования и анкетирования. Динамическое наблюдение за 201 пациентом проводилось на протяжении нескольких лет (3–11), что дало возможность проследить эффективность реабилитационных мероприятий. Группа контроля – 30 человек (лица опасных профессий, сопоставимые по полу, возрасту), не являющиеся участниками боевых действий.

Результаты и их обсуждение

Группы обследуемых были сформированы следующим образом:

1. Пациенты с невротическими расстройствами.
2. Пациенты с последствиями черепно-мозговых травм и других ранений.
3. Пациенты с психосоматической патологией.

Следует иметь в виду, что деление на группы условно. Нередко приходится иметь дело с целым комплексом расстройств. У 20% из числа обследованных можно говорить о сочетанной патологии.

Пограничные нервно-психические расстройства как основной диагноз встретились у 26% обследованных; а еще у 67% как сопутствующая патология. К нозоспецифическим психическим расстройствам у участников боевых действий относят неврозы, расстройства личности, аддиктивную патологию (алкоголизм, наркоманию). Отдельные симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), которое, на наш взгляд, является по существу синдромологическим образованием, выявлялись при любом нозоспецифическом расстройстве в остром периоде (в течение первых 3 месяцев после возвращения из зоны боевых действий). У 12 из 117 обследованных (10,3%) было диагностировано полное текущее ПТСР, 8 человек (6,8%) имели частичное текущее ПТСР (для постановки полного диагноза не хватало 1–2 симптомов). Симптоматика ПТСР у ветеранов, длительно находившихся в зоне боевых действий, активно участвовавших в боевых операциях и переживших гибель друзей, не только встречалась чаще, но и была более тяжелой.

Самый частый симптом, регистрирующийся у 90% обследованных, — повторяющиеся ночные кошмары. Для сновидений характерно переживание чувства беспомощности перед угрозой, преследования врагами. Этот симптом сохраняется на протяжении длительного времени (более 5 лет) даже у хорошо адаптированных участников боевых действий. Второй по частоте является острая реакция на триггеры, ассоциированные с психотравмой (например, звук хлопков напоминает выстрелы; взрывы с мгновенной вегетативной реакцией, острыми переживаниями; песни, фильмы о войне утяжеляют состояние и пр.).

У 46% обследованных встречаются жалобы на эмоциональное оскудение, неспособность переживать радость, эмоциональную привязанность и при этом наблюдаются повышенная возбудимость, взрывчатость, импульсивные вспышки ярости.

В нервно-психическом статусе у 109 обследованных (26%) нейропсихические нарушения достигли завершенности, что позволило говорить о сформировавшихся синдромах: астеническом, астенодепрессивном, обсессивно-фобическом, тревожной субдепрессии, дисфории.

О специфических расстройствах личности можно говорить у 32 человек (29% в этой группе), причем преобладает эксплозивность.

Астенические состояния присутствовали в большей или меньшей степени выраженности почти у всех пациентов. Важно отметить, что нервно-психические нарушения у части пациентов протекали в рамках не только одного синдрома. Причем даже в течение суток состояние менялось.

Характерны стертые аффективные расстройства в виде депрессивных фаз сроком от 2–3 дней до 1–2 месяцев и более. В такие периоды, как правило, более четко выступают явления социальной дезадаптации (частая смена работы, распад семьи, алкоголизация, серия конфликтов с выяснением отношений).

По данным электрокардиографии у 65% выявлена брадикардия, указывающая на преобладание тонуса вагосимпатической системы, что соответствует данным литературы [1, 2].

Исследование функционального состояния нервной системы с помощью электроэнцефалографии проводилось 45 пациентам этой группы. У 16 зарегистрирован нерегулярный тип ЭЭГ, который был оценен как условно патологиче-

с к и й, у 14 — нормальный тип ЭЭГ. У 9 — признаки легкой межполушарной асимметрии и заинтересованность срединно-стволовых структур. У 6 обследованных при световом воздействии отмечалось значительное снижение ориентировочной реакции при частичной сохранности альфа-ритма, что свидетельствует о гипореактивности центральных систем при функциональных нагрузках, ускоренной адаптации к раздражителям, низком уровне текущих функциональных резервов. Таким образом, наиболее характерными для данной группы явились нормальные и нерегулярные (условно патологические) ЭЭГ, что совпадает с данными уже имеющихся исследований [3].

По данным УЗ-доплерографии сосудов головного мозга, проведенной 27 больным данной группы, отклонения от нормы минимальны, не ярко выражены, не имеют специфического характера, но присутствуют у 33%, несмотря на молодой возраст и отсутствие ярко очерченной симптоматики. Данное обследование проводилось при наличии жалоб на «мелькание мушек перед глазами» или «ощущение дурноты» в рамках синдрома вегетососудистой дистонии. Сосудистые нарушения выявлялись чаще в бассейне вертебробазилярных артерий. При транскраниальной доплерографии в вертебробазилярном бассейне линейная скорость кровотока по позвоночным и основной артериям у 12,5% обследованных была в пределах нормы, но при проведении функциональных проб отмечалось снижение скоростных параметров кровотока по основной артерии — при повороте головы влево или вправо в среднем на 35,6% по отношению к фоновой. Были выявлены признаки нарушения венозного оттока, повышены эластичные свойства сосудов. Признаки «мягкого» спазма средней мозговой артерии определились у 2,3% больных (линейная скорость кровотока увеличена). При выраженном цефалгическом синдроме в момент боли у 8 больных выявлен спазм средней мозговой артерии (увеличение линейной скорости кровотока в средней мозговой артерии).

ТАБЛИЦА.

Преобладающий тип личности по данным теста Леонгарда-

Шкала	Обследуемая группа (в баллах)	Контрольная группа (в баллах)
Демонстративность	8,75±0,06	8,50±0,76
Педантичность	11,6±1,02	9,32±0,65
Застреваемость	14,44±0,86	7,54±0,58, p<0,001
Возбудимость	15,05±0,58	8,23±0,62, p<0,001
Гипертимность	7,60±0,80	7,66±1,11
Дистимичность	13,42±0,52	8,25±1,06, p<0,05
Экзальтированность	7,40±0,30	8,80±1,60
Тревожность	13,40±0,20	9,00±0,87, p<0,005
Эмотивность	7,12±0,75	10,71±1,41, p<0,005

Шмишека в баллах (M±m)

С помощью личностного опросника Шмишека установлено, что у 70% всех обследованных можно говорить как об акцентуированных личностях.

Преобладает возбудимый тип личности (59%) (таблица), характеризующийся повышенной импульсивностью, ослаблением контроля над влечениями, побуждениями. Характерно внешне незаметное накопление аффекта, а затем его неожиданное для окружающих проявление в виде

агрессивных и аутоагрессивных действий. В период накопления такие личности взвинчены, напряжены, сварливы, а на высоте реакции иногда наблюдается аффективное сужение сознания. Бурные вспышки не исчезают бесследно, а оставляют после себя все более длительные расстройства настроения, с повышенной готовностью к их повторению при появлении даже незначительного повода.

При всем многообразии характерологических сдвигов у акцентуантов обнаруживаются некоторые общие базисные черты. Это повышенная тревожность и настороженность, сложность и избирательность в установлении межличностных контактов, в сохранении актуальности военных переживаний.

Достоверными факторами, предрасполагающими к развитию вышеуказанных расстройств, является достаточно длительное пребывание в боевой обстановке (больше 6 месяцев).

Средняя продолжительность пребывания при адаптивных изменениях нервно-психической сферы – 2,8 месяцев. ПТСР чаще развиваются у лиц, непосредственно участвовавших в боях, переживших гибель товарищей.

Последствия перенесенных черепно-мозговых травм явились наиболее распространенной причиной госпитализации участников боевых действий. Среди обследованных ветеранов войны в Афганистане (198 человек) черепно-мозговые травмы перенесли 53%; 23,4% имели другие ранения.

Из обследованных 203 участника боевых действий на территории Чечни, черепно-мозговые травмы в анамнезе у 56%, другие ранения у 14,5%. Именно последствия черепно-мозговых травм стали причиной стойкой утраты трудоспособности у 34 человек из группы обследованных (из них 25 признаны инвалидами III группы и 9 – инвалидами II группы). Как показало клиническое исследование таких лиц, астеноневротические и вегетативно-дистонические проявления, доминирующие в структуре неврологических симптомов, имели в своей основе морфологический эквивалент: обнаруживались признаки рубцово-спаечного процесса, гипертензионно-гидроцефалического синдрома, атрофии коры головного мозга.

На фоне последствий черепно-мозговых травм у 12% «афганцев» на протяжении жизни наблюдались эпилептиформные приступы. Самые первые эпилептические пароксизмы носили, как правило, характер простых парциальных, бессудорожных форм. Это были чаще всего абсаноподобные формы и так называемые изолированные ауры. В рамках последствий черепно-мозговых травм у ветеранов Афганистана наиболее часто встречались следующие синдромы [4, 5]: церебральные синдромы; проявления аффективно-волевой неустойчивости; дисгипнические проявления; депрессивные состояния; психоорганический синдром с его быстрым формированием и развитием; алкоголизм и политоксикомания.

Даже у лиц с легкой степенью травмы в остром периоде были нарушения функции черепно-мозговых нервов, координаторные, пирамидные расстройства, дисфункции вегетативной нервной системы.

Тяжесть перенесенной черепно-мозговой травмы влияет на выраженность ПТСР и характер нервно-психических расстройств. При изучении распространенности ПТСР в зависимости от тяжести перенесенной черепно-мозговой травмы

через 3 года после боевых действий было установлено, что длительное существование постстрессовых расстройств более характерно в случае травм легкой и средней степени тяжести – оно наблюдалось у 80 и 89% пациентов соответственно ($p < 0,001$ с контрольной группой без сопутствующих травм в анамнезе), а результаты для пациентов с последствиями тяжелых черепно-мозговых травм не отличаются достоверно от таковых для контрольной группы – у 71 и 57% пациентов соответственно ($p > 0,05$).

На компьютерных томограммах, которые изучены у 81 больного (37%), чаще фиксировались посттравматические очаговые изменения легкой степени в виде небольших зон гомогенного понижения плотности, локализованных в коре и подкорковом белом веществе, а также посттравматическими диффузными изменениями в виде умеренной атрофии коры, проявляющейся незначительным расширением желудочковой системы, расширением субарахноидальных щелей и борозд.

На электроэнцефалограммах преобладал нерегулярный тип, расценивающийся как условно-патологический и десинхронный тип, при световом воздействии отмечалось либо отсутствие ориентировочной реакции (при отсутствии альфа-ритма), либо значительное ее снижение (при частичной сохранности альфа-ритма).

При объективном обследовании в большинстве случаев отмечалась умеренно выраженная рассеянная неврологическая симптоматика в виде: глазодвигательных расстройств у 76,3% больных, нистагмических подергиваний глазных яблок – у 50,9%, оживления сухожильных рефлексов – у 49%, гипорефлексии – у 40,9%, легкой несистематизированной координационной атаксии – у 41,8%, умеренных нарушений чувствительности полиневритического типа – у 24,5% больных. Ощущение онемения, «ползания мурашек», похолодания кистей и стоп отмечали 62,7% пациентов.

Уровень компенсации зависел от характера трудовой деятельности, сопутствующих интоксикаций, систематичности профилактического лечения. Посттравматическая энцефалопатия при динамическом наблюдении постепенно перерастала в дисциркуляторную, чаще атеросклеротическую [2, 6].

Травмы периферической нервной системы были связаны в первую очередь с осколочными (16,3%) и пулевыми (1,7%) ранениями. В клинической картине последствий травм нервов преобладали выраженные трофические изменения тканей, нарушения чувствительности по типу выпадения, болезненность при пальпации по ходу нервного ствола. Активные движения были ограничены у 8 больных. Неврологические проявления характеризовались относительным постоянством с преобладанием симптомов выпадения не только в зоне иннервации поврежденного нерва, но и за ее пределами, что свидетельствует о завершенности периода формирования посттравматического дефекта в нервной системе.

При травмах опорно-двигательного аппарата в 100% случаев встречались расстройства, связанные с реакцией личности на профессиональный, бытовой, косметический дефект. Эти расстройства протекали в виде депрессивных состояний различной степени тяжести, имеющих характерную психопатологическую симптоматику, отчетливо выраженные вегетативные, нейротрофические нарушения. Течение депрессивных состояний было относительно доброкачественным, но они усугубляли тяжесть состояния боль-

ных и отражались на сроках реабилитации.

Среди заболеваний внутренних органов ведущей патологией являются психосоматические по своей природе нарушения. Среди этих расстройств выделяется целый ряд патологических состояний. На одном полюсе – соматическая патология, усиленная расстройствами соматопсихической сферы: приступы стенокардии, гипертонический криз, астматический статус, обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и другие. На другом полюсе – психическая патология, редуцированная до соматических проявлений [7]. Центральное место занимают соматические и психические расстройства на уровне симптомов. Это пароксизмы кардиалгий, приступы диспноэ и другие.

Нами проанализированы данные о распространенности данной патологии у комбатантов и ее динамика. Даже в качестве основного диагноза при выписке из госпиталя у 100 обследованных (24%) психосоматическая патология была ведущей причиной стационарного лечения. Этот процент очень высок, учитывая молодой возраст обследованных. Как сопутствующие, эти заболевания встретились у 48% больных.

Гипертоническая болезнь 1-й и 2-й стадий диагностирована у 15% в данной группе. Основными проявлениями были головные боли, несистематизированные головокружения, неприятные ощущения в области сердца. У 18% терапевтами выставлен диагноз нейроциркуляторной дистонии. Жалобы у пациентов аналогичные, отмечалось повышение артериального давления (преимущественно диастолического) при волнении, после физической нагрузки. В обоих случаях выявлены признаки гипертрофии левого желудочка.

Клинические и электрокардиографические признаки миокардиодистрофии были выявлены у 32% обследованных. Из них у 12% имелись данные за синдром слабости синусового узла, у 15% отмечены нарушения сердечного ритма, расстройства проводящей системы сердца. Чаще это различные виды блокад, экстрасистолы. Характерна фоновая брадикардия с частотой сердечного ритма 55–60 ударов в минуту, что свидетельствует о преобладании ваготонии.

У 5% обследованных диагностирована ишемическая болезнь сердца, сопровождающаяся приступами стенокардии. Был один случай острого инфаркта миокарда у больного в возрасте 35 лет.

Особенно распространены заболевания желудочно-кишечного тракта (43%). Среди них – язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки была основным диагнозом у 20%; хронический гастрит – у 15%; хронический холецистит, панкреатит, дискинезии желчевыводящих путей – у 7%. Особенностью гастритов был установленный при фиброгастроскопии дуоденогастральный рефлюкс, то есть установлен гастрит типа С, в возникновении которого ведущая роль принадлежит расстройству центральной вегетативной регуляции.

Заболевания бронхолегочной системы выявлены у 9% больных. Из них бронхиальная астма у 5% и хронический бронхит с астмоидным компонентом у 3%.

Кожные заболевания, ведущая роль в развитии которых принадлежит психогенным факторам и иммунологической патологии, были диагностированы у 5% больных (нейродермит и псориаз).

Среди сопутствующей патологии чаще других выявлялись

заболевания желудочно-кишечного тракта (20%). Среди них особое значение для ветеранов Афганистана имеет хронический гепатит, который сам может служить фактором, предрасполагающим к развитию вторичных невротических расстройств, чаще астенического круга. Перенесенный гепатит в анамнезе у 61% обследованных. В качестве сопутствующей патологии выявлены хронические гастродуодениты (43,5%), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (23,7%).

Синдром артериальной гипертензии диагностирован на фоне последствий черепно-мозговых травм, при заболеваниях почек, зависимостях.

У 67 больных (16%) встретились комбинации соматических заболеваний: миокардиодистрофии и хронического гастродуоденита; бронхиальной астмы и нейродермита и другие. Необходимо отметить наличие различных видов патологии у одного и того же больного. Несомненна патогенетическая связь психосоматических заболеваний с перенесенными инфекциями, травмами, зависимостями.

Электроэнцефалографическое обследование проводилось 53 пациентам из этой группы. В 43% случаев наблюдался чаще дезорганизованный, десинхронизированный альфа-ритм в затылочных отведениях. У 52% обследованных преобладал бета-ритм средней частоты. На функциональные нагрузки (фото-фоностимуляция, гипервентиляция), реактивность корковых систем выражена достаточно хорошо, восстановление измененных биопотенциалов в виде экзальтации или депрессии биоэлектрической активности происходило через 1–5 секунд. Проба с гипервентиляцией через 0,5–1 минут вызывает легкую экзальтацию активности, которая восстанавливается в течение от нескольких секунд до 30 секунд.

Выводы. Ведущими расстройствами центральной нервной системы, являющимися типичными для участников современных боевых действий, являются невротические расстройства (преобладают астенический, астенодепрессивный, обсессивно-фобический синдромы, тревожная субдепрессия), последствия черепно-мозговых травм и психосоматическая патология. При выполнении данной работы была возможность динамического наблюдения за группой пациентов из 201 человека. Это, в первую очередь, ветераны боевых действий на территории Афганистана, длительность наблюдения за которыми 10–15 лет.

Полученные данные свидетельствуют о значительных изменениях в структуре заболеваний по нозологическим формам. Если в первые годы после возвращения из зоны боевых действий ведущая роль принадлежит расстройствам невротического уровня и болезням органов пищеварения, то спустя 5–7 лет ведущей причиной стационарного лечения становятся заболевания органов кровообращения, в первую очередь, гипертоническая болезнь.

Динамика изменений психосоматических нарушений, рассмотренных во времени, подтверждает теоретическое представление об этапах и уровнях вовлечения в развитие патологического процесса регуляторно-компенсаторных механизмов организма как целостной системы. Пусковым механизмом является влияние стрессоров боевой обстановки, физиологическими коррелятами психосоматических расстройств которых становится повышение артериального давления, изменение секреторной и моторной активности

желудочно-кишечного тракта, напряжение скелетной мускулатуры. Приведённые изменения в период адаптации закрепляются в виде стереотипных реакций. С течением времени адаптивные реакции становятся менее гибкими, сводятся к однотипности проявлений. Продолжительная циркуляция замкнутого круга, дезадаптивной регуляции приводит к перестройке регуляторных механизмов. Это проявляется в преобладании вазоконстрикторных реакций [8].

В патологический процесс вовлекаются, в первую очередь, структуры лимбико-ретикулярного комплекса. Содержание нейропатологических синдромов определяется патогенетической организацией их патологических систем. Психосоматические симптомы могут сохраняться после клинического исчезновения психоневротических проявлений.

Как следствие, нарушения ведущих регуляторных функций являются изменениями иммунного гомеостаза, которые, с одной стороны, усугубляют сосудистые гемодинамические расстройства, с другой – усиливают патологию внутренних органов и в сочетании со стойкими сдвигами в гормональном гомеостазе воздействуют на разнообразные рецептирующие структуры организма, способствующие образованию различных предпатологических и патологических состояний.

Основой патогенетической терапии, исходя из вышеизложенного, является ликвидация патологической системы, образовавшейся в центральной нервной системе. Это возможно путем ее дестабилизации [9], ослабления связей внутри системы, уменьшения числа ее частей. Во всех случаях ликвидацию патологической системы осуществляют собственные саногенетические механизмы.

Лечебные мероприятия должны быть направлены на укрепление этих саногенетических механизмов и развитие пластических процессов. Активация антисистем является важным терапевтическим фактором. Анализ показал, что акупунктура, средства нетрадиционной медицины, физиотерапия действуют именно через стимуляцию соответствующих антисистем.

Подавлять деятельность патологической системы или ограничить ее действие могут не только антисистемы, но и обычные физиологические системы с созданием положительной доминанты. В связи с этим ведущая роль в нейрореабилитации участников современных боевых действий принадлежит психотерапии с созданием достаточно высокой мотивационной цели.

В основе системы реабилитации данной группы пациентов лежат следующие принципы [5]:

1. Раннее начало — при этом должна учитываться конечная цель реабилитации, т. е. с самого начала лечение должно быть восстановительным.

2. Непрерывное поэтапное и преемственное применение медико-психологических мероприятий в определенной последовательности, в зависимости от характера расстройства и реальных возможностей. Принцип проявляется в последовательной смене методов лечебно-восстановительного воздействия и организационных форм обслуживания. Необходимо длительное динамическое наблюдение.

3. Индивидуализация программы реабилитации: назначение методов, средств восстановительной терапии в зависимости от возраста, личностных особенностей, общего состояния, характера лечения.

4. Интегративность — т. е. единство психосоциальных и биологических методов воздействия.

5. Оптимизация образа жизни.

Желательно проведение мероприятий медико-психологической реабилитации в группе, что пациентами переносится легче, а по эффективности оказывается выше.

При проведении реабилитационных мероприятий значительное внимание уделяется микросоциальному окружению пациента, в которое входят члены семьи, родители, друзья, сослуживцы. Благодаря связям с общественными организациями, администрацией, занимающимися жилищными проблемами ветеранов, их трудоустройством, профессиональной переподготовкой, успехи медико-социальной реабилитации становились более ощутимыми.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мякотных В.С. Патология нервной системы у ветеранов Афганистана. Екатеринбург: Наука, 1994. С. 121-150.
2. Fulerton C.S., Ursano R.J. Posttraumatic stress disorder. N.-Y. 1997. P. 41-42.
3. Шанин В.Ю., Захаров В.И., Шанин Ю.Н. Клинико-патофизиологическая характеристика периода реабилитации боевых травм. Проблемы реабилитации. С.-Петербург. 1999. № 1. С. 36-43.
4. Мякотных В.С., Таланкина Н.З., Боровкова Т.А. Клинические, патофизиологические и морфологические аспекты отдаленного периода закрытой черепно-мозговой травмы. Журнал неврологии и психиатрии. 2002. № 4. С. 61-65.
5. Погодина Т.Г. Нервно-психические расстройства участников боевых действий. Н. Новгород. 2004. 192 с.
6. Цыган В.Н., Фесюн А.Д., Васильченко В.В. Адаптация при стрессе и ее значение в развитии посттравматического стресса. Проблемы реабилитации. С.-Петербург. 2000. № 1. С. 79-87.
7. Тополянский В.Д., Стручковская М.В., Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. С. 384.
8. Ена А.Е., Маслюк В.В., Нерода В.И., Селина О.Г., Скалецкий Ю.Н. Психосоматические расстройства у участников боевых действий. Проблемы реабилитации. С.-Петербург. 2000. № 1. С. 60-65.
9. Крыжановский Г.Н. Общая теория патофизиологических механизмов неврологических и психопатологических синдромов. Журнал неврологии и психиатрии. 2002. № 11. С. 4-12.