

# ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙНЫ В АФГАНИСТАНЕ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

*Н. Д. Сидоренко, А.Л. Пушкарев, Н.Г. Аринчина*

НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации (Республиканский научно-исследовательский центр медико-психологической реабилитации) г. Минск, Республика Беларусь

Психические и психосоматические расстройства у людей, волею судьбы вовлеченных в чрезвычайные ситуации [ЧС], с течением времени начинают преобладать в структуре социально-медицинских последствий ЧС и неуклонно ведут к снижению качества жизни, преждевременной инвалидизации и ранней смертности этой категории людей. Одним из наиболее тяжелых и стойких проявлений нарушения психического здоровья является посттравматическое стрессовое расстройство [ПТСР]. У ветеранов войны в Афганистане, проживающих в Республике Беларусь, признаки ГГГСР различной степени тяжести встречаются в 62,3%. Частота и тяжесть техногенных, природных катастроф, не прекращающиеся локальные военные конфликты делают проблему ГГГСР все более актуальной.

Несмотря на очерченность клинических проявлений ГГГСР, в практике медико-социальной экспертизы вопросы экспертной оценки данного синдрома остаются актуальными. В частности, представляется целесообразным разработка методов объективной оценки наличия и глубины патологии, обусловленной ПТСР, ее влияния на адаптационные возможности больных.

В рамках комплексной оценки состояния адаптационных возможностей организма проведено психофизиологическое обследование группы ветеранов войны в Афганистане.

В исследовании использовались методики «Actonix» и «Brain-test» [Е.В. Эйдман, 1991]. Они представляют собой программно реализованные на компьютере информационные пробы, моделирующие деятельность в условиях стресса («Actonix») и условиях психоэмоционального напряжения («Brain-test»). Временные параметры предъявления стимулов регулируются программой в зависимости от параметров реакции испытуемого. Таким образом, методики позволяют выявить стрессоустойчивость, динамические свойства ЦНС и особенности обработки информации испытуемым: количество обработанных и количество правильно обработанных стимулов, временные показатели обработки информации (время реакции, время продуктивной реакции), скорость переключения внимания, объем оперативной памяти. В процессе проведения пробы с психоэмоциональной нагрузкой у испытуемых регистрировались частота сердечных сокращений [ЧСС], систолическое и диастолическое артериальное давление [АД] с использованием автоматизированного монитора фирмы "Siemens".

В обследовании приняло участие 63 пациента - ветерана войны в Афганистане (мужчины, средний возраст - 38,0 лет). У 47 из них диагностировано ПТСР различной степени компенсации, в том числе: 12 - компенсированное, 32 - субкомпенсированное, 3 - декомпенсированное. Контроль составила группа

практически здоровых лиц (профессиональных водителей) примерно того же возраста, прошедших ранее военную службу и не находившихся в горячих точках - 216 человек.

Время реакции у всех ветеранов было значительно большим, чем у здоровых лиц. По результатам среднего времени реакции до стресса, в стрессе и обобщенному показателю получены достоверные различия по t-критерию Стьюдента между контрольной группой и, соответственно, группами ветеранов в целом ( $p < 0,001$ ), ветеранов, страдающих ПТСР ( $p < 0,001$ ), и ветеранов, имеющих соматическую патологию и последствия ЧМТ ( $p < 0,01$ ). Достоверных различий между подгруппами ветеранов не выявлено. Показатели волевого компонента (ВК) и текущей работоспособности (ТР) в единицах нормализованной шкалы стенов представлены в табл. 1.

Таблица 1

**Показатели волевого компонента и текущей работоспособности ветеранов войны в Афганистане**

Показатели	Ветераны в целом	Ветераны с ПТСР	Ветераны с соматической патологией и ЧМТ	Контроль
	M+m	M±m	M±m	M±m
ВК	5,8±0,4	5,6±0,5	6,3±0,6	6,2±0,4
ТР	4,8±0,3	4,5±0,3	5,4±0,5	4,5±0,4

Данные о результативности деятельности испытуемых в условиях психоэмоционального напряжения представлены на рис. 1.

Продуктивность и эффективность деятельности страдает по мере нарастания декомпенсации ПТСР. Количество обработанных в ходе выполнения теста стимулов наибольшее в контроле, уменьшается на 4,5% у пациентов с ПТСР в степени компенсации. У ветеранов с ПТСР в степени субкомпенсации общая результативность на 10,5%, а у больных с ПТСР в степени декомпенсации - на 34,8% меньше, чем в контроле. Количество стимулов, обработанных правильно, также уменьшается по мере нарастания декомпенсации ПТСР (18,9 у ветеранов с ПТСР в степени компенсации, 17,9 - ПТСР в степени субкомпенсации, 7,0 - ПТСР в степени декомпенсации).

На рис. 2 представлены результаты выполнения субтеста, характеризующего способность к переключению внимания.



Рис. 1. Показатели эффективности переработки информации у ветеранов войны в Афганистане с учетом степени компенсации ПТСР

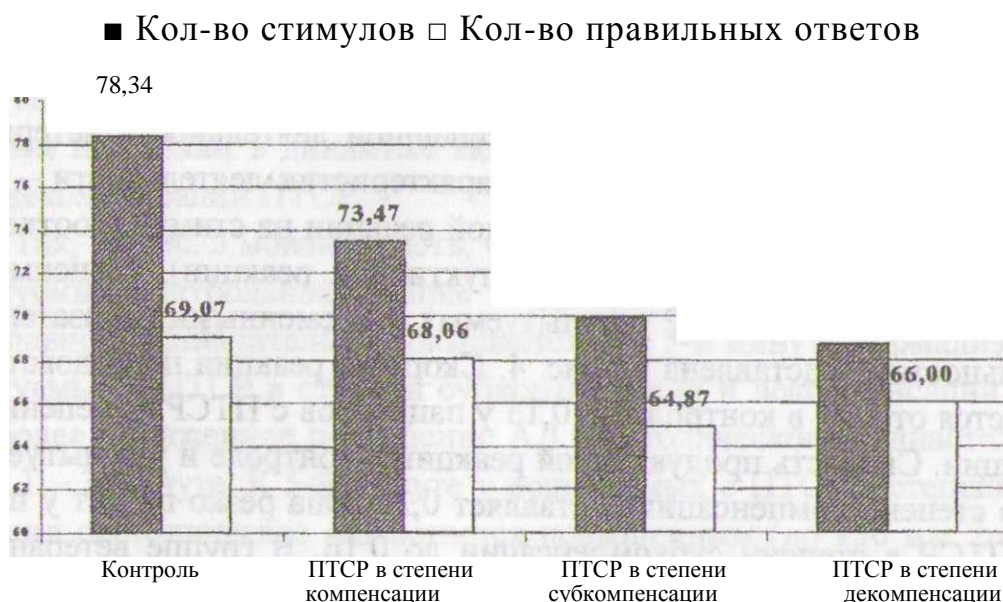


Рис. 2. Способность к переключению внимания у ветеранов войны в Афганистане с учетом степени компенсации ПТСР

Полученные данные свидетельствуют об ухудшении показателей результативности деятельности испытуемых с нарастанием декомпенсации ПТСР, что может свидетельствовать о нарастании ригидности ЦНС и, соответственно, снижении адаптивных возможностей пациентов.

Показатели оперативной памяти, представленные на рис. 3 свидетельствуют о том, что оперативная память страдает при декомпенсации ПТСР. Причем в большей степени нарушаются качественные ее показатели.



Рис. 3. Показатели оперативной памяти у ветеранов войны в Афганистане с учетом степени компенсации ПТСР

Следующую группу показателей успешной деятельности ветеранов составляют данные оценки временных характеристик деятельности – время реакции на стимул, время продуктивной реакции на стимул (соответственно, скорость реакции, скорость продуктивной реакции). Зависимость между декомпенсацией ПТСР у испытуемых и временными показателями их деятельности представлена на рис. 4. Скорость реакции последовательно снижается от 0,16 в контроле до 0,13 у пациентов с ПТСР в степени декомпенсации. Скорость продуктивной реакции в контроле и у испытуемых с ПТСР в степени компенсации составляет 0,28. Она резко падает у пациентов с ПТСР в степени субкомпенсации до 0,16. В группе ветеранов с ПТСР в степени декомпенсации она составляет 0,13. Индивидуальное время реакции возрастает от 6,6 в контроле до 8,7 в группе с ПТСР в степени декомпенсации. Индивидуальное время продуктивной реакции составляет 5,9 в контроле, 6,1 у испытуемых с ПТСР в степени компенсации, повышается до 6,9 у пациентов с ПТСР в степени субкомпенсации и достигает 7,7 в группе ветеранов, с ПТСР в степени декомпенсации. Обращает на себя внимание с одной стороны - ухудшение показателей по мере нарастания декомпенсации ПТСР, с другой - наличие качественного скачка в снижении показателей при сравнении показателей контроля и группы с ПТСР в степени компенсации с одной стороны, и группы с ПТСР в степени суб- и декомпенсации – с другой.

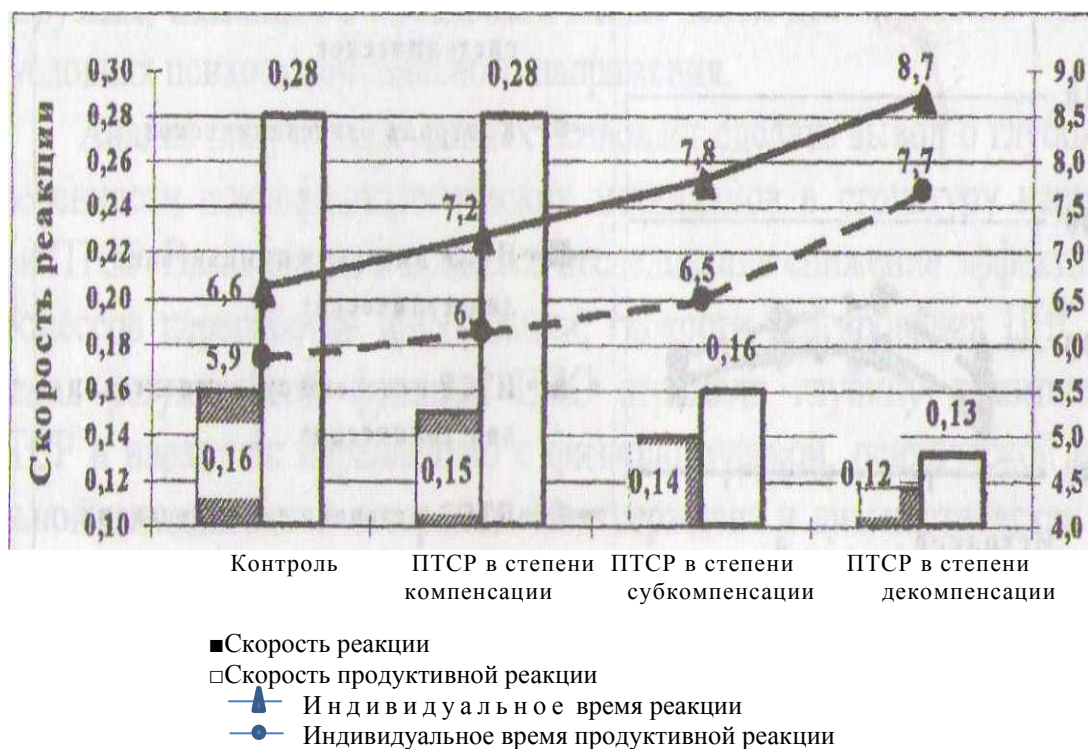


Рис. 4. Временные показатели деятельности ветеранов войны в Афганистане с учетом степени компенсации ПТСР

Показатели адаптации системы кровообращения к психоэмоциональным нагрузкам в динамике также обнаруживают зависимость от степени декомпенсации ПТСР.

Систолическое и диастолическое АД испытуемых контрольной группы и группы с ПТСР в степени компенсации плавно и незначительно повышается, а к 5-й минуте нормализуется. У испытуемых с ПТСР в степени субкомпенсации и декомпенсации отмечается более выраженное повышение АД (систолического и диастсшическо-го) на 1 - 3 минуте. К 5-й минуте у испытуемых с ПТСР в степени декомпенсации систолическое АД остается повышенным (до 150 мм. рт. ст.). У испытуемых с ПТСР в степени субкомпенсации к 5-й минуте систолическое АД резко снижается практически до исходного уровня - 134 мм. рт. ст. Аналогичная картина выявляется при анализе динамики ЧСС.

У испытуемых с ПТСР в степени суб- и декомпенсации отмечается более выраженное увеличение ЧСС к 3-ей минуте с последующим резким снижением ее у пациентов с ПТСР в степени субкомпенсации и длительным и стойким повышением у пациентов с ПТСР в степени декомпенсации.

Таким образом, при различных степенях декомпенсации ПТСР прослеживается различная стратегия адаптации организма к информационным нагрузкам, связанная с «физиологической ценой деятельности» организма в условиях психоэмоционального напряжения.

Анализ полученных данных позволяет сделать вывод о глубокой вовлеченности психофизиологических механизмов в структуру нарушений при

ПТСР. Выявленные в процессе исследования снижение эффективности процессов переработки информации, гибкости реагирования ЦНС, нарушения регуляторной функции ЦНС отражали глубину декомпенсации ПТСР и нарастали параллельно с физиологической, психической и социальной дезадаптацией ветеранов. Подтверждена и диагностическая значимость показателей, выявляемых с помощью психофизиологического обследования. Это позволяет рекомендовать их использование в качестве вспомогательного критерия диагностики и медико-социальной экспертизы при посттравматическом стрессовом расстройстве.