

каться через гематоэнцефалический барьер и размножаться в нервной системе, способствуя нарушению ее нормального функционирования. В частности, эти механизмы способны формировать астенические нарушения, как составную часть постковидного синдрома.

Анализ статистических данных позволил дополнить картину общего состояния организма после перенесенного COVID-19, а полученные результаты в дальнейшем могут способствовать принятию необходимых профилактических мер и лечебных мероприятий, упреждающих серьезные последствия заболевания на всех уровнях здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жоголь, П. А. Синдром постлевирусной астении как одно из ранних проявлений постковидного состояния / П. А. Жоголь, М. В. Шеремето, П. Е. Карбовский // Современные достижения молодых ученых в медицине-2021: сб. матер. VIII Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Гродно: ГрГМУ, 2021. С. 80–83.
2. Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. http://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/law/%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7_%D0%9C%D0%97_2022_20.pdf. Дата доступа: 21.03.2022.
3. Чучалин, А. Г. Синдром постлевирусной астении (лекция) / А. Г. Чучалин, Д. Г. Солдатов // Пульмонология. 2021. № 31 (5). С. 677–682.
4. Постковидные неврологические синдромы / В. В. Белопасов [и др.] // Клиническая практика. 2021. № 12 (2). С. 69–82.
5. Хасанова, Д. Р. Постковидный синдром: обзор знаний о патогенезе, нейропсихиатрических проявлениях и перспективах лечения / Д. Р. Хасанова, Ю. В. Житкова, Г. Р. Васкаева // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021. № 13 (3). С. 93–98.

УДК 364-785.14:341.321.32]:616.8-07-08

АДАПТАЦИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, УЧАСТВОВАВШИХ В АКТИВНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ

Максимчук Т. В., Власюк А. О.

**Научный руководитель: подполковник
медицинской службы А. О. Шпаньков**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Нарушения адаптации, связанные с военными действиями, отличаются тотальностью поражения организма человека. Так как в патологический процесс вовлекаются все системы организма, клинические проявления носят полиморфный, полисистемный характер. Наибольшие необратимые изменения происходят в нервной, сердечно-сосудистой системах и в желудочно-кишечном тракте, где развивается комплекс структурных изменений, составляющий основу устойчивой дезадаптации. Под дезадаптацией понимается неспособность любой системы организма получать и обрабатывать новую информацию для приспособления своего поведения и структурных изменений к оптимальным условиям существования. Под посттравматическим, или боевым, стрессом понимают многоуровневый процесс адаптационной активности человеческого организма в условиях боевой обстановки, который сопровождается напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических изменений.

Цель

Анализ роли последствий боевого стресса в развитии патологии сердечно-сосудистой, нервной системы и желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы исследования

Нами был проанализированы литературные источники, содержащие 3 группы исследований, соответствующие каждой группе расстройств. В анализируемых

работах исследование проводили с использованием специальных опросников: для оценки боли Mc Gill (MPQ), депрессивности Бека, травматического стресса Котенева, визуальной аналоговой шкалы для определения интенсивности боли, шкалы для исследования уровня депрессии и тревоги Гамильтона, Бека, шкалы тревоги Спилбергера — Ханина, Миссисипский опросник боевого посттравматического стрессового расстройства. Для комплексной оценки дезадаптивных нарушений у ветеранов боевых действий использовались современные методы диагностики: клинико-биохимический, функциональный, рентгенологический, ультразвуковой.

Результаты исследования и их обсуждение

Адаптационные расстройства у военнослужащих со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС). Сердечно-сосудистая патология, как вид психосоматических расстройств, у участников боевых действий представлена артериальной гипертензией (64,2 %), нарушениями ритма (22,1 %), проявлениями ишемической болезни сердца (ИБС) (13,7 %).

Артериальная гипертензия (АГ). Причинами гипертензивных расстройств в 75,5 % случаев прежде всего являлись отдаленные последствия черепно-мозговых травм (ЧМТ), системная дезрегуляция артериального давления и прогрессирующие посттравматические процессы в ЦНС. Среди иных причин возникновения АГ (1,6 % случаев) можно выделить гипоталамические нарушения, опухоли надпочечников и другие. Также стоит отметить, что течение АГ у ветеранов войн отличалась кризовым течением сосудисто-мозгового характера.

Нарушения сердечного ритма. Расстройства сердечного ритма у участников боевых действий представлены пароксизмальной тахикардией (37,9 %), брадикардией (31 %) и экстрасистолией (31,1 %). Чаще всего аритмия носила синусовый и наджелудочковый характер, а также была представлена пароксизмальной тахикардией, моно- и гетеротопной экстрасистолией выраженного аффективного характера в виде тревоги и страха.

ИБС. Проявления ИБС представлены приступами стенокардии (72,9 %) и инфарктами миокарда (ИМ) (27,1 %). Стоит отметить, что ИМ чаще протекал в безболевой форме (53,8 %), выявляемой впоследствии и только на ЭКГ. Причинами ОКС часто являлись игнорируемые пациентами астенические и аффективные симптомы.

Адаптационные расстройства у военнослужащих со стороны нервной системы (НС). Расстройства НС чаще являлись сопутствующими. Только 19 % случаев приходилось на острую патологию, 24 % — на подострые нарушения, хронические же нарушения были представлены в 57 % случаев. Патологии со стертой клинической картиной встречались с частотой в 47,1 %. У 34 % участников боевых действий встречались отсроченные адаптивные расстройства: аффективные нарушения, проявления посттравматических стрессовых расстройств. Важно отметить, что их появление отмечалось не раньше 6 месяцев после участия в активных боевых действиях.

В 43,4 % случаях нарушения со стороны НС в остром и начальном периодах были представлены реактивными состояниями на фоне истощения ЦНС. В остром и начальном периодах пограничные состояния наблюдались в виде психозов (8,3 %) и реактивных неврозов (25,4 %). Из всех острых психозов чаще наблюдались аффективные шоковые реакции, которые были следствием сильной психогенной травмы, при наличии непосредственной угрозы для жизни, сопровождающиеся тяжелыми ранениями. Реактивные депрессии диагностировались в 40 % случаев и преобладали над другими реактивными состояниями. У 23,1 % ветеранов отмечалось посттравматическое стрессовое расстройство.

Из нарушений психоневрологического плана, которые появились у военнослужащих на фоне перенесенного боевого стресса, можно выделить следующие группы: аффективные нарушения (61,4 %), нарушения адаптации и неадекват-

ные приспособительные реакции (46 %), личностные расстройства (32 %), нарушения вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, аддиктивные нарушения (24 %).

Адаптационные расстройства у военнослужащих со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Основной этиологический фактор заболеваний ЖКТ — хронический стресс, приводящий к истощению адаптационных способностей организма. Расстройства ЖКТ представлены язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (16,7 %), стоит отметить, что среди данных пациентов у 46,2 % определялся острый болевой синдром, у 7,7 % — хронические абдоминальные боли. Пациенты с хроническим течением гастрита и гастроуденита в 15,4 % случаев отмечали хронический болевой синдром. Большинство участников боевых действий, испытывающих абдоминальную боль, имеет патологию ЖКТ, часто (70 %) хронического характера. Важно отметить, что у трети пациентов (33,3 %) расстройства ЖКТ появились с началом боевых действий, что связано с нарушением адаптационных и реакционных процессов в ответ на боевой стресс. После увольнения у двух третей (66 %) ветеранов диагностирована патология ЖКТ. Таким образом военнослужащих, участвовавших в боевых действиях, можно разделить на 2 группы: 1-я — с заболеваниями, приобретенными во время военных действий, 2-я — с заболеваниями, выявленными после боевых действий. Язвенная болезнь чаще диагностировалась во время боевых действий, тогда как гастроэзофагальная рефлюксная болезнь выявлялась в основном после участия в боевых действиях. Важно отметить в патогенезе расстройств ЖКТ ввиду боевых действий стресс мирного времени, в том числе стресс реадaptации.

Выводы

Сердечно-сосудистая патология представлена АГ (64,2 %), нарушениями ритма (22,1 %), проявлениями ИБС (13,7 %). Причинами гипертензивных расстройств являлись отдаленные последствия ЧМТ, системная дезрегуляция артериального давления и прогрессирующие посттравматические процессы в ЦНС. Расстройства сердечного ритма у участников боевых действий представлены пароксизмальной тахикардией (37,9 %), брадикардией (31 %) и экстрасистолией (31,1 %). Проявления ИБС представлены приступами стенокардии (72,9 %) и инфарктами миокарда (ИМ) (27,1 %). Стоит отметить, что ИМ чаще протекал в безболевой форме (53,8 %).

Расстройства НС в 19 % случаев приходилось на острую патологию, 24 % — на подострые нарушения, 57 % на хронические. У 34 % участников боевых действий встречались отсроченные адаптивные расстройства: аффективные нарушения, проявления посттравматических стрессовых расстройств. В 43,4 % случаях нарушения со стороны НС в остром и начальном периодах были представлены реактивными состояниями на фоне истощения ЦНС. В остром и начальном периодах пограничные состояния наблюдались в виде психозов (8,3 %) и реактивных неврозов (25,4 %). Реактивные депрессии диагностировались в 40 %. У 23,1 % ветеранов отмечалось посттравматическое стрессовое расстройство.

Расстройства ЖКТ представлены язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Пациенты с хроническим течением гастрита и гастроуденита в 15,4 % случаев отмечали хронический болевой синдром. Большинство участников боевых действий, испытывающих абдоминальную боль, имеет патологию ЖКТ. Язвенная болезнь чаще диагностировалась во время боевых действий, тогда как гастроэзофагальная рефлюксная болезнь выявлялась в основном после участия в боевых действиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Paltsev, A. I. Патология желудочно-кишечного тракта и абдоминальные боли у ветеранов боевых действий / A. I. Paltsev, M. N. Torgashov, O. S. Popova // Терапевтический архив. 2013. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/patologiya-zheludochno-kishechnogo-trakta-i-abdominalnye-boli-u-veteranov-boevykh-deystviy> (дата обращения: 24.03.2022).

2. Деадаптивные изменения в нервной системе после воздействия боевого стресса и травм / Т. Е. Потемина [и др.] // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. 2019. № 4 (40). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dezadaptivnye-izmeneniya-v-nervnoy-sisteme-posle-vozdeystviya-boevogo-stressa-i-travm> (дата обращения: 24.03.2022).

3. Особенности адаптации сердечно-сосудистой системы организма ветеранов после воздействия боевого стресса и травм / Т. Е. Потемина [и др.] // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. 2019. № 6 (42). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-adaptatsii-serdechno-sosudistoy-sistemy-organizma-veteranov-posle-vozdeystviya-boevogo-stressa-i-travm> (дата обращения: 24.03.2022).

4. Погодина, Т. Г. Динамика нервно-психических расстройств участников боевых действий / Т. Г. Погодина, В. Д. Трошин // Вестник ИВГМА. 2009. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-nervno-psihicheskikh-rasstroystv-uchastnikov-boevykh-deystviy> (дата обращения: 24.03.2022).

5. Сайко, А. В. Неврологическая симптоматика в остром периоде сотрясения головного мозга на этапе медицинской эвакуации из военно-мобильного госпиталя / А. В. Сайко, Б. С. Оврас // МНС. 2018. № 3 (90). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nevrologicheskaya-simptomatika-v-ostrom-periodе-sotryaseniya-golovnogo-mozgana-etape-meditsinskoy-evakuatsii-iz-voenno-mobilnogo> (дата обращения: 25.03.2022).

УДК 616.895-037:355.292

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КОЛИЧЕСТВА ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Серенок Н. Д.

**Научный руководитель: подполковник
медицинской службы Д. А. Прокопович**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР, PTSD) — тяжелое психическое состояние, возникающее в результате единичного или повторяющихся событий, оказывающих сверхмощное негативное воздействие на психику. Травматичность события тесно связана с ощущением собственной беспомощности из-за невозможности эффективно действовать в опасной ситуации.

В условиях боевых действий психическому статусу и здоровью военнослужащих уделяется недостаточное внимание. Это негативно влияет на психическое состояние военнослужащих вплоть до возникновения эксцессов. Наиболее частые формы таких проявлений — это нанесения вреда самим себе и окружающим [1, 2]. Также не решены многие вопросы с реабилитацией ветеранов с психическими травмами, что может привести к ухудшению качества и продолжительности жизни участников боевых действий.

Цель

Предложить математическую модель расчета структуры санитарных потерь, в том числе по количеству военнослужащих, которые получают психическую травму, что является неотъемлемой частью должностных обязанностей начальников медицинских служб родов и видов войск спрогнозировать.

Материал и методы исследования

Обследовано 1 965 534 пациентов. В исследование включались ветераны операций: «Иракская свобода», «Несокрушимая свобода», «Новый рассвет» до 8 июля 2015 г. Диагноз ПТСР, на основании Международной классификации болезней 9 пересмотра, выставлен 422 167 пациентам [3].

Исследование в общей популяции проводилось на основании интервью по телефону с 34 тыс. человек, проживающих в США [1].

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно исследованиям, проведенным в США среди ветеранов различных войн и операций («Щит пустыни», «Пустынный лис», «Иракская свобода» и «Несокрушимая свобода»), большинство ветеранов (79 % — участники боевых действий и 91 % командированных в горячие точки) остаются незатронутыми