

УДК 616.89-07:612.014.482:621.311.25(477)

Копытов Андрей Васильевич

ОСОБЕННОСТИ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ,
ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС
(КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

14.00.18 - психиатрия

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Минск, 1996 год

Работа выполнена в Белорусском государственном институте усовершенствования врачей

Научный руководитель - доктор медицинских наук профессор В.Т.Кондрашенко

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук профессор Т.Т.Сорокина
кандидат медицинских наук В.Д.Королев


Оппонирующая организация: Витебский государственный медицинский институт

Защита состоится "___" _____ 1996г. в ___ на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.04 в Минском государственном медицинском институте по адресу: 220116, г.Минск, проспект Дзержинского, 83.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Минского государственного медицинского института

Автореферат разослан "___" октября 1996г.

Ученый секретарь совета
по защите диссертаций,
профессор

 Е.И.Скугаревски

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Среди лиц, пострадавших в результате аварии на ЧАЭС, зарегистрировано большое распространение пограничных нервно-психических расстройств (ПНПР) (Александровский Ю.А. и др., 1989, 1993; Кондрашенко В.Т., Сорокина Т.Т. и др., 1991; Гайдук Ф.М., Королев В.Д., 1992; Игумнов С.А., 1992; Табачников С.И. и др., 1992; Краснов В.Н. и др., 1993). Особую группу риска в отношении развития ПНПР составляют участники ликвидации последствий аварии (УЛПА) на ЧАЭС, количество которых составило около 840 тыс. человек, по данным Государственного регистра союзного уровня, из Республики Беларусь - 27,2%, в том числе 92,6% люди в возрасте от 20 до 45 лет (Гайсенюк Л.А., 1992; Ибин Л.А., 1991; Кулькова Л.В., 1992; Цыб А.Ф., 1991). Результаты ряда современных исследований (Кондрашенко В.Т., Сорокина Т.Т. и др., 1991, 1992; Нягу А.И. и др., 1991; Гайдук Ф.М., Королев В.Д. и др., 1992, 1994; Скугаревская Е.И., 1992; Табачников С.И. и др., 1992; Крыжановская Л.А., 1993; Краснов В.Н. и др., 1993, 1995; Александровский Ю.А., 1995; и др.) свидетельствуют, что в послеаварийный период у многих УЛПА обнаруживаются разнообразные ПНПР - от пограничных субклинических форм до грубых психоорганических нарушений ЦНС. Характер указанных расстройств напоминает симптоматику отдаленного периода лучевой болезни в ее относительно легких вариантах (Глазунов И.С., 1973; Гуськова А.К., 1989). В то же время отсутствуют убедительные данные в пользу перенесенной острой лучевой болезни в клинически очерченных формах, а официально зарегистрированные дозы облучения обычно не превышали порогового уровня (25 бэр), хотя нередко определялись весьма условно. Широкая распространенность ПНПР и связанная с этим социальная дезадаптация у УЛПА на ЧАЭС делают проведенное исследование актуальным. Разработка принципов и конкретных способов терапевтической коррекции психических нарушений у данного контингента невозможна без комплексного и динамического изучения ПНПР, установления закономерностей их становления. ПНПР имеют своеобразный характер течения и отклонения от типичных форм и схем развития, что играет существенную роль в социальной дезадаптации, в том числе инвалидизации УЛПА. При этом взаимовлияние психических и соматических отклонений представляет-

ся в виде "замкнутого круга", включающего, помимо названных двух сторон болезненного процесса, и нарушение отношений в значимом для больного окружении. Спустя 8-10 лет после аварии представляет интерес изучение динамики ПНПР у УЛПА на ЧАЭС, оценка состояния их здоровья с целью выявления конституционально-психологических, психосоциальных и собственно соматогенных факторов, влияющих на формирование ПНПР.

Все указанное определяет актуальность изучения клиники ПНПР с целью разработки подходов к их дифференцированной комплексной терапии.

СВЯЗЬ С КРУПНЫМИ НАУЧНЫМИ ПРОГРАММАМИ, ТЕМАМИ

Работа связана с темой научных исследований кафедры психотерапии БелГУИВ "Психотерапия в комплексном лечении нервно-психических заболеваний у лиц, пострадавших в результате аварии на ЧАЭС, коррекция гипоксии", выполняемой по плану института.

УДК 615.851:616.89-08: [611-001.28.612.273.2]

Срок исполнения - 2000 год.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью настоящего исследования являлось клиничко-катамнестическое изучение особенностей ПНПР у УЛПА Чернобыльской АЭС.

Для достижения названной цели поставлены следующие задачи:

- изучить клиническую картину ПНПР, выявляемых в отдаленном периоде (спустя 8-10 лет) у лиц, участвовавших в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в 1986-1987 гг.;
- сопоставить результаты психопатологического анализа выявленных расстройств с данными вспомогательных методов исследования ЦНС (ЭЭГ, экспериментально-психологических);
- выявить закономерности становления и этапы развития ПНПР;
- установить влияние различных этиопатогенетических факторов на характер динамики расстройств;
- изучить характерологические особенности ликвидаторов в

отдаленном периоде;

- разработать дифференцированную терапевтическую тактику в отношении изучаемой категории лиц с учетом структурно-динамических особенностей выявленных расстройств.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ИССЛЕДОВАНИЯ

Заключается в комплексном клиничко-психопатологическом и нейрофизиологическом изучении структуры нозологических форм ПНПР в отдаленном периоде (спустя 8-10 лет после участия в ЛПА), клинических особенностей их проявления, динамики становления и течения, позволившем выявить этапность в их формировании. Установлена связь психопатологических расстройств с прогрессирующими вегетативно-сосудистыми нарушениями, соматическими заболеваниями и личностными изменениями. Выявлена роль органических изменений ЦНС, возникающих при действии экзогенных биологических факторов, в формировании клинических особенностей ПНПР. Произведено описание клиники и структуры характерологических изменений у УЛПА. Изучены особенности биоэлектрической активности головного мозга в отдаленном периоде у лиц обследованной категории во взаимосвязи с клиническими проявлениями наблюдаемых расстройств. Проведен сравнительный клинический анализ ПНПР, обусловленных психогенными социальнобытовыми факторами, и ПНПР у УЛПА. Полученные результаты позволяют дифференцированно решать вопросы диагностики, своевременно оказывать адекватную помощь и проводить социально-реабилитационные мероприятия.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Полученные клинические данные об особенностях ПНПР у УЛПА позволяют разработать подходы к построению дифференцированной терапии и реабилитации, создают возможность использовать лечебно-реабилитационные мероприятия с учетом не только синдромологической оценки состояния, но и этапа развития ПНПР, что повышает эффект лечения. Информация о структуре, динамике и

клинико-психопатологических особенностях ПНПР, сочетающихся у УЛПА с соматической и неврологической патологией и обуславливающих затяжное, хроническое течение заболеваний, представляется важной как для врачей-психиатров, так и для невропатологов, терапевтов, радиологов, так как именно к ним наиболее часто обращаются пациенты из числа УЛПА на ЧАЭС. Такая информация позволяет своевременно диагностировать и прогнозировать изменения в нервно-психической сфере, определять лечебную и реабилитационную тактику. Показана позитивная роль психотерапевтических мероприятий в комплексном лечении выявленных ПНПР.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Об экономической значимости полученных результатов можно судить по первичному анализу трудоспособности у УЛПА. Полученные данные свидетельствуют о снижении трудоспособности в 64% случаев, более выраженном у лиц с высшим образованием и более высокой квалификацией (на 5% выше среднегрупповых показателей). Группа инвалидности, в основном третья, установлена у 14,9% обследованных с преобладанием у лиц со средним специальным образованием. 9,6% лиц сохранили трудоспособность и работают по специальности, 11,4% не работают. Это косвенно подтверждает степень выраженности ПНПР и уровень дезадаптации пациентов исследуемой группы. Прямые экономические потери зависят от количества дней нетрудоспособности, уровня средней заработной платы, затрат на лечение и величины социальных пособий, получаемых по инвалидности.

Выявленные особенности ПНПР позволяют на более ранних этапах проводить диагностику и своевременно оказывать лечебно-реабилитационные мероприятия, что в свою очередь может снизить трудопотери и инвалидность у УЛПА.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИССЕРТАЦИИ, ВНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. ПНПР у УЛПА на ЧАЭС носят полиморфный, неспецифический характер с преобладанием в типологической структуре невротопод-

добных и психопатоподобных состояний, психоорганических расстройств.

2. Полиморфизм и неспецифичность клинической картины ПНПР у УЛПА обусловлены комплексным воздействием патогенных факторов катастрофы с учетом личностно-типологических особенностей, обуславливающих затяжное течение и атипичность клинических проявлений.

3. Для клинической картины ПНПР в группе УЛПА характерна сочетанность различных симптомов нервно-психических нарушений. Границы между симптомами условные, но в структуре каждого имеются признаки выраженных вазовегетативных нарушений. Их особенностью является сочетание перманентных, пароксизмальных психо-сенсорных расстройств и их влияние на формирование регистра невротической симптоматики, органических нарушений ЦНС и психосоматических заболеваний.

4. Формирование ПНПР у УЛПА происходит на фоне нарушений биоэлектрической активности мозга, указывающих на диффузно-метаболические изменения в ЦНС и дисфункцию диэнцефальной области.

5. Преобладание смешанных клинических форм ПНПР требует комплексного подхода в лечении, включающем медикаментозное лечение, физиотерапию и психотерапевтическую коррекцию.

ЛИЧНЫЙ ВКЛАД СОИСКАТЕЛЯ

Клинические исследования (сбор субъективного и объективного анамнеза, заполнение разработанных карт обследования, изучение медицинской документации, курация пациентов), проведение психологического, нейрофизиологического исследований и обработка результатов проводились непосредственно диссертантом. Контроль за оценкой результатов клинико-психологических методов исследования проводился заведующим кафедрой психотерапии Белорусского государственного института усовершенствования врачей профессором В.Т. Кондрашенко. Консультативную помощь в проведении нейрофизиологических методов исследования оказывал сотрудник НИИ радиационной медицины к.м.н. А.И. Авин, при анализе результатов методов психодиагностики - старший преподаватель кафедры психотерапии

Л.Г. Восина, в исследовании неврологического статуса и анализе результатов РЭГ - научный сотрудник НИИ РМ к.м.н. Л.А. Войтик.

АПРОВАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИССЕРТАЦИИ

Результаты исследований, включенные в диссертацию, представлены в виде докладов и обсуждены:

1. На заседаниях кафедр:

- а) психотерапии Белорусского государственного института усовершенствования врачей (1996г.);
- б) психиатрии Минского государственного медицинского института (1996г.).

2. На научно-практических конференциях:

- а) IV Международной конференции "Чернобыльская катастрофа: прогноз, профилактика, лечение и медико-психологическая реабилитация пострадавших" (1995г.);
- б) III Международном конгрессе "Мир после Чернобыля" (1996г.).

ОПУБЛИКОВАННОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ

По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, из них 4 в научных журналах, 7 в тематических сборниках.

Основные положения и выводы диссертации достаточно полно отражены в опубликованных работах.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ

Диссертация изложена на 160 страницах машинописного текста (без списка литературы - 125 страниц). Работа иллюстрирована 5 рисунками и 27 таблицами. Диссертация состоит из оглавления, введения, общей характеристики работы, основной части, выводов. Основная часть диссертации включает 4 главы, в которых представлены: обзор литературы; общая характеристика обследованного контингента и методы исследования; результаты клинического, эк-

спериментально-психологического и нейрофизиологического методов исследования; анализ и обобщение результатов. Список литературы составляет 326 работ, в том числе 286 отечественных и 40 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Характеристика обследованного контингента и методы исследования

Обследовано 114 лиц мужского пола, принимавших участие в ЛПА на ЧАЭС, командированных и проживавших до аварии в районах, не отнесенных к пострадавшим в результате катастрофы. Они составили основную группу. Средний возраст обследованных на момент осмотра составил $39,4 \pm 0,99$ года. Уровень образования: среднее - у $13,5 \pm 3,2\%$, среднее-специальное - у $55,26 \pm 4,66\%$, высшее - у $31,5 \pm 4,35\%$. В группу не включались лица имевшие до апреля 1986 г. соматические, неврологические, психические заболевания, что подтверждалось данными медицинской документации (амбулаторные карты территориальных и ведомственных поликлиник). Время и длительность пребывания в "зоне жесткого контроля" определялись сроком командировки. Группу составили в основном ($61,4 \pm 4,56\%$) лица участвовавшие в ЛПА в 1986 г. от 1 до 4 месяцев. Официально зарегистрированные дозы не превышали пороговый уровень 25 бэр. Длительность заболевания на момент обследования в группе УЛПА - $6,64 \pm 0,46$ г., без достоверных различий с контролем ($P > 0,05$).

Исследования проводились в 1993-1995 гг. путем безвыборочного обследования лиц с ПНПР, состоящих на учете в Республиканском диспансере радиационной медицины, проходивших стационарное лечение в отделении пограничных состояний Республиканской клинической психиатрической больницы (РКПБ) и в Республиканском госпитале медицинского отдела МВД (министерства внутренних дел).

Контрольную группу составил 71 человек мужского пола с ПНПР, с неотягощенным радиационным анамнезом. Причиной возникновения ПНПР являлись психогении. Длительность заболевания ПНПР составил $7,03 \pm 0,89$ года. Средний возраст обследованных составил

39,59±1,64 года ($P > 0,05$). Уровень образования: среднее - у 38,02±5,76% ($P < 0,01$); среднее-специальное - у 39,44±5,8% ($P < 0,01$); высшее - 22,83±4,98% ($P < 0,01$). Все пациенты контрольной группы проходили стационарное лечение в отделении пограничных состояний РКПБ г. Минска.

Основными диагнозами при манифестации ПНПР в обеих группах были вегетативно-сосудистая или нейроциркуляторная дистонии.

Учитывая особенности метода ЭЭГ-картирования и некоторых видов его анализа дополнительно по этой методике обследовано 17 здоровых лиц, не имеющих ПНПР.

Ведущим методом исследования был клинический, дополнявшийся комплексной оценкой соматоневрологического статуса, изучением "радиационного анамнеза".

Оценка соматического статуса производилась по результатам динамического наблюдения специалистов соответствующего профиля с учетом параклинических методов (УЗИ, ЭКГ, ФГДС).

Неврологический статус оценивался по общепринятым методикам, дополненным углубленным анализом состояния вегетативной нервной системы с помощью "Вопросника для выявления признаков вегетативных изменений", разработанного А.Д. Соловьевой и А.В. Даниловым.

Для оценки астении использовался опросник "Дифференциально-диагностических признаков астенических состояний различной этиологии" (Ласков Б.И., Лобзин В.С. и др., 1981).

Изучались личностные особенности, степень адаптированности, уровень тревожности, умственная работоспособность, истощаемость психических процессов, внимание, зрительно-моторная координация. Использовались следующие психологические методики: стандартизированный метод исследования личности (Березин Ф.В., Мирошников М.П., Рожанец Р.В., 1976; Собчик Л.Н., 1991), шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина (1988), методика "Счет по Крепелину", субтест "Кодирование" из "Шкалы Векслера для измерения интеллекта взрослых", "Опросник для исследования акцентуированных свойств личности" (Н. Schmishek, 1975).

Регистрацию ЭЭГ и вызванных потенциалов (ВП) мозга проводили в условиях свето-звукоизоляции в положении испытуемого ле-

жа. Использовали 16 стандартных отведений по системе "10-20". Запись производили монополярно программно-аппаратным комплексом "МБН-нейрокартограф". Производился визуальный анализ амплитудно-частотных характеристик ЭЭГ с последующей машинной обработкой данных методами спектрального и когерентного анализом.

Все цифровые данные, полученные при исследовании, обработаны методом вариационной статистики.

Результаты исследования

При манифестации ПНПР у всех УЛПА наблюдались явления астении, характеризовавшиеся медленным нарастанием, однообразием клинических проявлений. В контрольной группе астения встречалась в 87,32% случаев. Вегетативные нарушения у УЛПА при формировании ПНПР встречались в 2,24 раза чаще в сравнении с обследованными лицами из контрольной группы (соответственно в 71,05±4,28% и 32,39±5,55% случаев; $P < 0,01$). Они отличались стойкостью, выраженностью и зависели от времени и сроков пребывания в зоне. В раннем периоде после аварии, по данным медицинской документации, основными диагнозами у УЛПА являлись нейроциркуляторная и вегетативно-сосудистая дистонии (НЦД, ВСД), протекавшие по гипертонзивному и кардиальному типам с частотой вегетативных кризов до 3-4 раз в год. Сочетание астенических и вегетативных нарушений являлось стержневым симптомокомплексом в формировании ПНПР. В инициальном периоде ПНПР у УЛПА можно выделить следующие синдромы: астеновегетативный - у 34,21 % человек, ангиодистонический - у 28,07%, астено-невротический - у 28,94%.

У 33,33±4,41% УЛПА в течение 3 лет, у 49,12±4,68% - в более поздние сроки выявлялись соматические и психосоматические заболевания преимущественно болезни эндокринной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, верхних дыхательных путей, кожи. Количество лиц с соматической патологией было выше в основной группе. Начальные проявления цереброваскулярной недостаточности зарегистрированы у 38,60% человек. Сочетание пограничных психических расстройств с соматической патологией и сохраня-

жущимися вегетативными расстройствами явилось одной из возможных причин прогрессивности течения у 56,14% человек с утяжелением патологии. На фоне имеющихся расстройств происходило переключение переживаний с психотравмирующей ситуации на страх за свое здоровье и постепенная хронификация тревожных расстройств.

У УЛПА аффективные нарушения становились более стойкими и выраженными. Использование опросника "Дифференциально-диагностических признаков астенических состояний различной этиологии" позволило выявить преобладание в основной группе лиц с сомато-генным и цереброгенным типами астений (42,98±4,64% против 5,63±2,74% в контроле; $P < 0,01$), в контрольной группе - с астеническим неврозом (66,20±5,61% против 11,40±2,98% в основной группе; $P < 0,01$). Достоверно большим среди УЛПА было количество лиц с сочетанными формами астений, включающими признаки соматоцереброгенной астении и астенического невроза (45,62±4,66% против 28,17±5,34% в контроле; $P < 0,01$). Общими для аффективных нарушений являлись склонность к гипотимии, неустойчивость настроения с ситуационными и спонтанными колебаниями по типу дисфорий, появлением недифференцированной дистимии, снижение побуждений к деятельности на депрессивном фоне. Депрессия зависела от астенических, вегетативных и соматических расстройств, о чем свидетельствует прямая корреляция выраженности вегетативных нарушений и шкалой депрессии по СММЛ, а также ее большая выраженность у лиц, имеющих два и более соматических заболевания. Прослеживался параллелизм между динамикой астенических и депрессивных проявлений: при усилении или ослаблении первых соответственно изменялись вторые. Основу психопатологической симптоматики формировали эмоциональные нарушения. Депрессивная симптоматика у лиц контрольной группы соответствовала клиническим признакам невротической депрессии как определенного этапа формирования невротического развития личности. У УЛПА не удавалось точно определить начало возникновения депрессивной симптоматики из-за ее "маскированностью" множеством соматических жалоб, медленного нарастания, недостаточной выраженности аффекта тоски. Подавленность настроения определялась соматическим состоянием. У УЛПА не наблюдалось связи во времени между психотравмирующей ситуацией и нарастанием депрессии. Психотравма не отражалась в переживаниях.

Динамика ПНПР во многом зависела от дополнительных экзогенных вредностей и психогенных ситуаций, а также от преморбидных личностных факторов. Основные жалобы в обеих группах отличались полиморфизмом, но у УЛПА они были более характерны для вегетативных дисфункций, аффективных нарушений и психоорганических расстройств.

При исследовании вегетативных функций в отдаленном периоде с использованием "Вопросника для выявления признаков вегетативных изменений" в основной и контрольной группах выявлено достоверное ($P < 0,01$) превышение среднего значения вегетативного показателя в группе ликвидаторов (41,73±2,67 балла по сравнению с показателем в контрольной группе 30,29±4,18 балла). Анализ показателей выраженности вегетативных нарушений у УЛПА в отдаленном периоде выявил достоверно более высокие значения в подгруппе лиц с наличием первичных лучевых реакций во время ЛПА на ЧАЭС по сравнению с показателями в подгруппе лиц, не имевших лучевых и тревожных реакций (46,00±3,28 и 39,26±3,38 баллов; $p < 0,05$).

Утяжеление церебрального сосудистого процесса приводило в отдаленном периоде к формированию у лиц относительно молодого возраста дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) у 37,72±4,54%, психоорганического синдрома - у 51,75±3,14% человек, что подтверждали данные психологических и инструментальных методов обследования (РЭГ, ЗЭГ). В 50,00±4,68% случаев отмечены изменения в неврологическом статусе, позволившие предположить экзогенно-органический генез патологических изменений, обусловленный прогрессивным сосудистым процессом. Данные РЭГ свидетельствовали о нарушении церебральной гемодинамики преимущественно в виде снижения кровенаполнения, сосудистого гипертонуса, повышения периферического сопротивления и нарушения венозного оттока у 76 (66,66±4,44%) УЛПА и у 19 (26,76±5,25%) лиц контрольной группы. У 20 (46,51%) УЛПА признаки ДЭ диагностировали через 4-5 лет после пребывания в зоне катастрофы. 62,79% случаев ДЭ среди УЛПА составили лица, находившиеся в зоне катастрофы 4 и более месяцев и 30,23% - со сроком пребывания 1 месяц; у 51,16% лиц из этой группы манифестация ПНПР началась во время работ по ЛПА или сразу же после их окончания. Особенностью психоорганического синдрома является его быстрая прогрессивность у лиц относительно

молодого возраста при тесной взаимосвязи с выраженными вегетативными нарушениями, которые обусловлены дисфункцией дизэнцефальных структур. О влиянии вегетативных расстройств на формирование органической недостаточности ЦНС свидетельствует тесная корреляция показателей выраженности вегетативной дистонии и значений тестов "Счет по Крепелину" ($r=-0,19$), "Кодирование" ($r=-0,27$) (при ее отсутствии в контрольной группе). Психоорганический синдром определял снижение критики к своему состоянию либо способствовал его односторонней, ригидной, приближающейся к паранойальной оценке и проявлялся в 3 вариантах: церебрастеническом (35,96%), дистимическом (8,77%), эксплозивном (7,02%).

ПНПР у УЛПА, первоначально возникшие как функционально-психогенные, из-за длительности фрустрации и конверсируясь в соматическую сферу приводили в отдаленном периоде к психосоматическим заболеваниям в 82,46±3,56% случаев. Происходило увеличение соматической патологии по каждой нозологической единице с достоверным преобладанием лиц, имеющих два и более соматических заболевания. В контрольной группе количество лиц с соматической патологией составило 40,85±5,83% ($P<0,01$).

В группе УЛПА отмечалось утяжеление психического состояния с появлением сенесто-ипохондрических расстройств, выявлялась психосоциальная дезадаптация. Формирование сенесто-ипохондрического симптомокомплекса происходило в сочетании с признаками психоорганического синдрома, который у 35,96% лиц протекал преимущественно по церебрастеническому варианту. Сочетание пароксизмальных и психосенсорных расстройств, постоянный депрессивный фон настроения, полиморфность психопатологических расстройств предопределяли этап развития личности в формировании ПНПР. Патохарактерологическое развитие проявлялось в 3 вариантах: истерическом - у 8,77%, эксплозивном - у 16,66%, тормозном - у 13,15%. Формирующиеся патохарактерологические особенности становились более однотипными и сочетались с признаками органической недостаточности ЦНС.

Полиморфизм и неспецифический характер ПНПР у УЛПА объясняются тем, что симптомы резидуально-органической недостаточности ЦНС не имеют четких проявлений на начальных этапах и приобретают выраженный характер при возникновении характерологических изме-

нений. В свою очередь декомпенсация резидуально-органической симптоматики способствует закреплению патологических характерологических реакций, сокращению этапов их формирования. Неспецифичность симптомов (астенического, вегетативного, психопатологического, психоорганического) заключается в том, что они встречаются при различных нозологических формах.

Структура ПНПР на момент обследования (в период отдаленных последствий) в обеих группах следующая:

	УЛПА	Контрольная группа	Достоверность (P)
Неврозоподобное состояние	9,64±2,76	2,82±1,96	<0,01
Невротическое состояние	-	29,58±4,27	-
Невротическое развитие	-	32,39±5,55	-
Патохарактерологическое развитие	38,59±4,56	12,68±4,69	<0,01
Психоорганический синдром	51,75±4,68	22,54±8,43	<0,01

Из особенностей динамики ПНПР следует отметить, что стабилизация выявленных нарушений наступила у 22,54±3,91% лиц контрольной и у 17,54±3,56% - основной группы ($P>0,05$); регресс симптоматики - соответственно у 8,45±3,3% и у 4,39±1,92% ($P>0,05$); течение с периодическими обострениями наблюдалось в 43,66±5,89% случаев в контроле и у 21,93±3,88% УЛПА ($P<0,01$); прогрессивность развития психопатологических нарушений отмечалась у 25,35±3,87% лиц контрольной и у 56,14% - основной группы ($P<0,01$). У 7,14±2,67% УЛПА соматическая патология появлялась в период участия в работах по ЛПА, минуя предшествующие стадии развития ПНПР, что можно расценивать как психосоматический вариант дезадаптации у акцентуированных личностей.

Результаты по опроснику СМЛ в группе УЛПА свидетельствуют о достоверном превышении значений на шкалах невротической триады; пики в профиле на 1, 7, 3-й шкалах определяют разнонаправленные тенденции личностных характеристик (присущие патохарактерологическим изменениям личности); акцентуация профиля на 1 шкале с очень высокими абсолютными значениями характерна для неврозоподобных состояний; более значимая разница между значениями 1 с 5 и 6 шкалами указывает на значительную выраженность степени дезадаптации; тесная корреляция между показателями шкал К и 6

($r=-0,36$) отражает низкую степень адаптивности и недостаточности критической оценки. Преобладание в основной группе признаков органической недостаточности ЦНС подтверждается также более низкими значениями данных психологических методов "Счет по Крепелину" ($P<0,01$), субтеста "Кодирование" ($P<0,01$); значимыми корреляционными связями между значениями 1-й, 7-й шкал СММЛ и показателями функций умственной работоспособности, истощаемости психических процессов ($r=-0,25$ и $r=-0,17$) (при их отсутствии в контрольной группе) и значениями признаков вегетативной дистонии ($r=+0,59$ и $r=+0,50$) (в контрольной группе - тесная корреляция с 1-й и 3-й шкалами); результатами ЭЭГ, РЭГ.

У УЛПА отмечались биоэлектрические признаки микроструктурных поражений мозга: общее снижение синфазности ритмов всех частотных диапазонов, дизритмия, полиритмия основного ритма, подавление реакции на афферентные раздражители в $60,04 \pm 4,59\%$ наблюдений. У $51,75\%$ лиц отмечались пароксизмальные вспышки и ирритативные изменения с локализацией их источников на мезодиэнцефальном уровне, что также подтверждается данными анализа топографии зрительных вызванных потенциалов, свидетельствующими о значительной асимметрии ВП с преобладанием энергии в правом полушарии при формировании там патологической детерминанты. Изменения ВП более выражены в центральных зонах по сравнению с затылочными, что характерно для органического поражения диэнцефальных структур. Анализ зрительных ВП выявил тенденцию повышения амплитуд среднелатентных компонентов в контрольной группе, а у УЛПА - угрошение волновых форм и снижение амплитуд, достоверное увеличение латентных периодов волн N2 и N3 ($P<0,05$), что свидетельствует о замедлении и подавлении переработки информации. В контрольной группе нарушения у $76,02 \pm 5,08\%$ обследованных носят регуляторный характер с преобладанием десинхронных типов ЭЭГ, что с учетом данных анализа зрительных ВП свидетельствует об искажении переработки информации в результате дисбаланса регулирующих систем головного мозга.

При выборе тактики лечебно-реабилитационных мероприятий необходимо проведение комплексного подхода с учетом этиопатогенетических и динамических особенностей ПНПР. Терапия должна включать применение общеукрепляющих средств (витамины, иммуностиму-

ляторы), симптоматическое лечение цереброваскулярных нарушений (вазоактивные и церебропротективные препараты, дегидратационная терапия, антигипоксанта, ноотропы, вегетотропные средства), симптоматическое лечение соматических заболеваний с одновременным применением транквилизаторов с анксиолитическим действием и малых доз антидепрессантов, физиотерапевтические мероприятия, ИРТ. Особенности проведения психотерапевтических мероприятий являются этапность в зависимости от клинических проявлений ПНПР, а также сочетание индивидуальных и групповых методик. Приоритетным направлением является поэтапная групповая терапия, имеющая цели: создание перспективы выздоровления, владение и управление вегетативно-сосудистыми функциями и своим поведением, стимуляция и формирование стремления к выздоровлению.

ВЫВОДЫ

1. В результате клинического обследования участников ликвидации последствий аварии (УЛПА) на ЧАЭС, выявлены нервнопсихические расстройства в форме неврозоподобных состояний, патохарактерологических развитий личности, психоорганического синдрома. Последний занимает в структуре выявленных расстройств основное место.
2. Полиморфизм и неспецифичность клинической картины пограничных нервно-психических расстройств (ПНПР) у УЛПА обусловлены комплексным воздействием патогенных факторов катастрофы на фоне различных личностных особенностей, а также последующим присоединением вегетативно-сосудистых, соматических и психосоматических заболеваний и одновременным сочетанием различных психопатологических симптомов у одного пациента.
3. Для клинической картины ПНПР в группе УЛПА характерны сочетанность различных симптомов и условность границ между ними, среди которых одно из ведущих мест занимают вегетативные нарушения. Их особенностью является сочетание перманентных, пароксизмальных, психосенсорных расстройств и их влияние на формирование регистра невротической симптоматики.
4. Особенностью изменений в эмоциональной сфере у УЛПА было

преобладание тревожных и депрессивных расстройств, которые обусловлены в основном соматоорганической патологией, выраженными вазовегетативными нарушениями и характерологическими изменениями. Особенностью депрессивных состояний является более выраженное проявление их по утрам с гипотимией, дисфориями при доминировании астении к вечеру. Астеническая симптоматика проявлялась в сомато-церебральном варианте.

5. Феноменология поведенческих расстройств у УЛПА отчетливо связана со структурой психопатоподобного синдрома. Выявлено увеличение числа пациентов с эксплозивным, истерическим, астеническим и апатическим типами психопатизации, что дополнительно свидетельствует об органическом поражении головного мозга.

6. Особенностью психоорганического синдрома у УЛПА является его быстрая прогрессивность у лиц относительно молодого возраста и зависимость в основном от вегетативных нарушений, нарастающей цереброваскулярной недостаточности, соматических заболеваний. Свообразие клинической картины ПНПР у УЛПА заключалось во взаимовлиянии церебрально-органических и патохарактерологических расстройств.

7. Нарушения стационарной и вызванной биоэлектрической активности мозга у УЛПА позволяют утверждать о значительном снижении адаптивных возможностей ЦНС и органической основы выявленных нервно-психических расстройств. Характер нарушений указывает на диффузно-метаболические изменения и снижение системных стабилизирующих влияний со стороны мезодизэнцефальных структур.

8. Выявленные особенности ПНПР у УЛПА на ЧАЭС указывают на необходимость проведения комплексного лечения, включающего медикаментозное лечение, физиотерапию в сочетании с методами психотерапевтической коррекции. При выборе тактики лечебно-реабилитационных мероприятий необходимо учитывать этиопатогенетические и динамические особенности ПНПР.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Тур Н. Н., Докукина Т. В., Важенин М. М., Копытов А. В., Синецкая Л. И. Использование некоторых нетрадиционных подходов в лечении астенических расстройств у больных, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС // Диагностика и немедикаментозная терапия заболеваний нервно-психической сферы у населения радиэкологически неблагоприятных районов: Сб. матер. конф. Минск-Могилев - Минск, 1993. - С. 35.
2. Авдей Л. Л., Докукина Т. В., Копытов А. В., Королев В. Д., Мисюк Н. Н., Михайлова Г. И., Синецкая Л. И., Тур Н. Н. Диагностика и значение органической составляющей в генезе пограничных психических расстройств у больных, проживающих в районах, пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС // Чернобыльская катастрофа: Прогноз, профилактика, лечение и медико-психологическая реабилитация пострадавших: Сб. матер. IV междунар. конф. - Минск, 1995. - С. 343-345.
3. Копытов А. В., Климович А. С., Авиан А. И. Критерии медико-социальной экспертизы у лиц с пограничными нервно-психическими расстройствами, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Предупреждение инвалидности и реабилитация инвалидов. - Минск, 1995. - С. 133-134.
4. Авиан А. И., Копытов А. В. Особенности биоэлектрической активности мозга при пограничных нервно-психических расстройствах у лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Чернобыльская катастрофа: Прогноз, профилактика, лечение и медико-психологическая реабилитация пострадавших: Сб. матер. IV междунар. конф. - Минск, 1995. - С. 358-361.
5. Копытов А. В. Оценка психического состояния участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Социальная и психическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф: II Междунар. конф. 21-22, сентябрь, 1995, Могилев, Республика Беларусь. Программа. Тезисы. - Могилев, 1995. - С. 44.
6. Докукина Т. В., Копытов А. В., Мисюк Н. Н., Миронова Е. Е., Тур Н. Н., Синецкая Л. И. Результаты комплексного обследования боль-

ных неврозами, проживающих в радиоактивно загрязненных районах Беларуси // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле: Матер. междунар. конф. - Украина, Киев, 1995. - С. 100-101.

7. Копытов А. В., Авин А. И. Сравнительный клинико-психологический анализ пограничных нервно-психических расстройств у ликвидаторов аварии на ЧАЭС и у лиц без радиационного анамнеза // Проблемы психиатрии в Республике Беларусь: Матер. конф., посвященной 70-летию кафедры психиатрии МГМИ. - Минск, 1995. - С. 199-202.

8. Докукина Т. В., Мисюк Н. Н., Авдей Л. Л., Копытов А. В., Михайлова Г. И., Синицын Л. И., Тур Н. Н. Картирование ЭЭГ в диагностике актуального органического поражения головного мозга у больных неврозами // Здоровоохранение. - Минск, 1996. - N 4. - С. 11-15.

9. Авин А. И., Войтик Л. А., Копытов А. В. Коррекция психовегетативных нарушений у лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Вестник Белорусской психиатрической ассоциации. - Минск, 1996. - N 1. - С. 45-48.

10. Кондрашенко В. Т., Сорокина Т. Т., Донской Д. И., Копытов А. В., Игумнов С. А., Авин А. И., Головач А. А., Босина Л. Г. Психические расстройства, связанные с Чернобылем // Здоровоохранение. - Минск, 1996. - N . - С.

11. Авин А. И., Копытов А. В. Нарушение мозговых механизмов адаптации у лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Здоровоохранение. - Минск, 199 . - N . - С.

А. И. Копытов

РЕЗЮМЕ

Копытаў Андрэй Васільевіч "Асаблівасці памежных нерво-вапсіхічных расстройтваў у асоб, якія бралі удзел у ліквідацыі наступстваў аварыі на ЧАЭС (Клініка-катамнестычнае даследаванне)".

Ключовыя словы: памежныя нервова-псіхічныя расстройтвы

(ПНПР), асаблівасці, дыягностыка, аварыя на ЧАЭС, удзельнікі ліквідацыі наступстваў аварыі (УЛНА).

Мэта дадзенага даследавання: вывучэнне клінічных асаблівасцяў ПНПР у УЛНА на ЧАЭС.

Комплексна даследавана 114 УЛНА мужчынскага полу з ПНПР ва узросце ад 30 да 50 гадоў, кантролем служылі 71 мужчыны з ПНПР без радыяцыйнага анамнеза, той жа узроставай катэгорыі і працягласці захворвання. Дзеля ацэнкі стану выкарыстання метады: клініка-катамнестычны, паглыблены вывученнем вегетатывных і астэнічных парушэнняў: неуралачнага, саматычнага статусу; псіхалагічных (СШДА, шкала трывожнасці Спілбергера-Ханіна, "Лік па Крэпеліну", субтэст "Кадзіраванне" з "Шкалы Векслера", апытальнік Шмішака, ЭЭГ-мапаванне, РЭГ, УГД, ФГДС, ЭКГ.

На падставе выкананых даследаванняў вызначана, што асаблівасцямі ПНПР у УЛНА з'яўляюцца: перавага ў перыяд маніфестацыі ПНПР астэнічных і вегетатывных парушэнняў, у перыяд адлеглых наступстваў (8-10 гадоў) - палімарфізм і неспецыфічнасць клінічнай карціны, адсутнасць акрэсленых законазалежнасцяў фармавання ПНПР; спалучанасць розных сімптомаў нервова-псіхічных парушэнняў і адсутнасць межаў паміж імі; разнанасць і паліморфінасць вегетатывных парушэнняў, што уплываюць на фармаванне рэгістра неуратычнай сімптоматыкі, арганічных парушэнняў ЦНС і псіхасаматычных захворванняў, другаснасць трывожных і афектыўных растройтваў; праявы астэніі ў саматацэбрагенным варыянце; фармаванне характэралагічных зменаў па эксплазіўным і істэроідным тыпам; перавага ў структуры ПНПР псіхаарганічнага сіндрому (51,75%), абумоўленага нарастаючай цэрэбраваскулярнай недастатковасцю і дысфункцыяй дыэнцэфальных структур.

Атрыманія вынікі прадвызначаюць неабходнасць выкарыстання комплекснага падыходу пры выбары лячэбна-рэабілітацыйных мерапрыемстваў з удзелам зтыпатагенетычных і дынамічных асаблівасцяў ПНПР.

РЕЗЮМЕ

Копытов Андрей Васильевич "Особенности пограничных нерв-

нопсихических расстройств у лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС (Клинико-катамнестическое исследование)".

Ключевые слова: пограничные нервно-психические расстройства (ПНПР), особенности, диагностика, авария на ЧАЭС, участники ликвидации последствий аварии (УЛПА).

Цель настоящего исследования: изучение клинических особенностей ПНПР у УЛПА на ЧАЭС.

Комплексно обследовано 114 УЛПА мужского пола с ПНПР в возрасте от 30 до 50 лет. Контролем служил 71 мужчина с ПНПР без радиационного анамнеза той же возрастной категории и длительностью заболевания. Для оценки состояния использованы методы: клинико-катамнестический, дополненный углубленным изучением вегетативных и астенических нарушений, неврологического, соматического статуса; психологические /СМИЛ, шкала тревожности Спилбергера-Ханина, "Счет по Крепелину", субтест "Кодирование" из "Шкалы Векслера", Опросник Шмишека/; ЭЭГ-картирование; РЭГ; УЗИ; ФГДС; ЭКГ.

На основании проведенных исследований установлено, что особенностями ПНПР у УЛПА являются: преобладание в период манифестации ПНПР астенических и вегетативных нарушений; в период отдаленных последствий (8-10 лет) - полиморфизм и неспецифичность клинической картины, обусловленная комплексным воздействием специфических радиационных и психогенных факторов; отсутствие четких закономерностей формирования ПНПР; сочетанность различных симптомов нервно-психических нарушений и отсутствие границ между ними; выраженность и полиморфность вегетативных нарушений, влияющих на формирование регистра невротической симптоматики, органических нарушений ЦНС и психосоматических заболеваний; вторичность тревожных и аффективных расстройств; проявление астении в соматоцереброгенном варианте; формирование характерологических изменений по эксплозивному и истероидному типам; преобладание в структуре ПНПР психоорганического синдрома (51,75%), обусловленного нарастающей цереброваскулярной недостаточностью и дисфункцией диэнцефальных структур.

Полученные результаты определяют необходимость использования комплексного подхода при выборе лечебно-реабилитационных мероприятий с учетом этиопатогенетических и динамических

особенностей ПНПР.

SUMMARY

Kopytov Andrey Vasilievich "The particularities of borderline nervous-psychical disorders at the persons took part in the rescue works after Chernobyl accident (Clinical and catamnestic investigation)".

Key words: borderline nervous-psychical disorders, particularities, diagnostics, Chernobyl accident, participants of rescue works (liquidators).

The aim of this research:

clinical investigations of borderline nervous-psychical disorders at the persons took part in the rescue works after Chernobyl accident.

114 persons at the age of 30-50 who took part in the rescue works after Chernobyl accident suffering from borderline nervouspsychical disorders were examined complexly. The control group consisted of 71 persons at the same age lived constantly on noncontaminated territory of Belarus.

The examination included: clinical-catamnestic method completed with deep study of vegetative and asthenic disturbances, neurological and somatic status; psychological methods such as: adapted version of MMPI, Spielberger anxiety Inventory, subtest "Coding" from Wechsler adult Intelligence Scale, Kraepelin's methodic of reckoning, "Inventory for Investigation of subclinical personality disorders (personality accentuations) (H. Schmishek); brain electric activity mapping; rheoencephalography; ultrasound diagnostics; electrocardiography.

The results of clinical-psychological investigations show that the main particularities of borderline nervous-psychical disorders at the persons taken part in the rescue works after Chernobyl accident are:

- predominance of asthenic and vegetative disturbances in the period of manifestation of borderline neuro-psychical disorders;