НАУКОВО-ДОСЛІДНА ГРУПА:

Подгорна Анастасія Дмитрівна
капітан м/с, начальник психіатричного відділення
Старокостянтинівський військовий госпіталь, Україна

Микитенко Роман Васильович
майор м/с, начальник відділення психоневрологічної реабілітації
Старокостянтинівський військовий госпіталь, Україна

Грищенкова Ольга Сергіївна
капітан м/с, старший ординатор відділення психоневрологічної реабілітації
Старокостянтинівський військовий госпіталь, Україна

Івановська Оксана Анатоліївна
капітан м/с, ординатор відділення психоневрологічної реабілітації
Старокостянтинівський військовий госпіталь, Україна

Жук Сергій Петрович
старший лейтенант м/с, ординатор психіатричного відділення
Старокостянтинівський військовий госпіталь, Україна

Золоторьов Павло Валерійович
працівник ЗСУ, лікар-психіатр психіатричного відділення
Старокостянтинівський військовий госпіталь, Україна

Косолапов Олександр Петрович
працівник ЗСУ, лікар-фізіотерапевт відділення психоневрологічної реабілітації
Старокостянтинівський військовий госпіталь, Україна

Науковий керівник: Комаровський Максим Сергійович
майор м/с,
заступник начальника госпіталю з медичної частини – начальник медичної частини
Старокостянтинівський військовий госпіталь, Україна

ДИСОЦІАТИВНИЙ РОЗЛАД ЯК НАСЛІДОК ПЕРЕНЕСЕНОГО БОЙОВОГО СТРЕСУ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Актуальність. Хоча дисоціативно-конверсійні, або як вони раніше називалися – істеричні, розлади належать до поширених психоневрологічних порушень, із цією патологією пов’язаний ряд проблемних питань, одним із яких є труднощі їх діагностування. Одна з причин – хибне уявлення про істерію як нозологічну одиницю минулого, поширену в XIX – на початку XX століття, що тепер майже не зустрічається, тому розглядати дисоціативно-конверсійні розлади як ймовірний диференційний діагноз начебто недоцільно. Через це з клінікою функціональних невротичних порушень лікарі непсихіатричного профілю обізнані недостатньо. Натомість психіатри, які не працюють в команді з медиками інших спеціальностей, не завжди можуть провести повноцінний неврологічний огляд та правильно інтерпретувати отримані результати. Друга причина – лікарі здебільшого орієнтовані на пошук органічного ґенезу симптоматики, оскільки структурні ураження нервової системи, до прикладу гостре порушення мозкового кровообігу чи епілепсія, потенційно більш небезпечні для життя та здоров’я. Тому до

психіатрів такі пацієнти надходять не одразу, іноді – із запізненням. Ще більше ускладнюють ситуацію випадки, коли має місце гострий стрес психічного характеру, перенесений одночасно з органічним ушкодженням центральної нервової системи, що потенційно може спричинити ідентичні симптоми: скажімо закрита черепно-мозкова травма на фоні бойової психогенії, як це нерідко буває у військовослужбовців.

В свою чергу діагностичні труднощі, а саме – проблеми із диференціацією психогенних та органічних порушень, можуть призвести до необґрунтованої, а отже – неефективної лікувально-діагностичної тактики [2].

Дисоціативно-конверсійні розлади частіше виникають серед осіб молодого та середнього віку, які перенесли важкий емоційний стрес, при цьому ступінь їх вираженості значно вищий серед учасників бойових дій, особливо при коморбідності з посттравматичним стресовим розладом [3]. Враховуючи це зрозуміло, що після початку повномасштабної війни з російською федерацією частота бойових психогеній, включно з функціональними невротичними порушеннями, значно зросла [4]. Це зумовлює підвищення актуальності даної теми для практикуючих лікарів, особливо військової ланки.

В разі своєчасного розпізнання дисоціативно-конверсійних розладів у військовослужбовців є змога їх належно лікувати з подальшим проведенням реабілітації та вторинної профілактики. Таким чином можна буде уникнути їх затяжного перебігу, а у віддаленій перспективі – досягнути оптимального психологічного благополуччя у комбатантів, які перенесли дані порушення, після їх повернення до мирного життя у післявоєнному соціумі.

Мета роботи полягає в демонстрації та аналізі клінічного випадку дисоціативно-конверсійного розладу, що розвинувся у військовослужбовця внаслідок перенесеного гострого бойового стресу, який проявлявся переважно у вигляді астазії-абазії та судомних псевдонападів.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз медичної карти стаціонарного хворого та попередньої медичної документації (первинні медичні картки, епікризи із медичних карт стаціонарного хворого, консультативні висновки лікарів-спеціалістів).

Основні результати. В анамнезі пацієнт до психіатрів не звертався, був добре соціально адаптованим, без особливостей пройшов строкову військову службу. Мобілізований до Збройних Сил України після оголошення воєнного стану. Психоневрологічні розлади розвинулися гостро внаслідок перенесеного бойового стресу: коли пацієнт перебував на позиції, його з різних видів зброї обстріляли російські війська, та на близькій відстані від нього вибухнула граната. Після цього він короткочасно втратив свідомість, прийшовши до тями, нецілеспрямовано біг, та остаточно оговтався в погребі будинку, що знаходився поряд. На момент надання пацієнтові невідкладної допомоги, у нього відмічене зниження м’язового тонусу в руках, судоми в кінцівках, та неспецифічні скарги астенічного та вестибулопатичного характеру. У неврологічному статусі відзначено оглушення, спастичний гіпертонус у всіх кінцівках; примітно, що дані за менінгеальні знаки, патологічні стопні рефлекси, та центральні парези відсутні. Наступний тиждень він лікувався неврологами за етапами медичної евакуації. Отримував Сибазон, Карбамазепін, Трифтазин, НПЗП, дегідратаційну, симптоматичну терапію. Дообстежений: лабораторно-інструментальні дослідження, у тому числі аналіз спинномозкової рідини – варіант норми. Зважаючи на утримання моторних порушень та судом, з діагнозом: «Вибухова травма. Закрита черепно-мозкова травма, струс головного мозку. Акубаротравма. Судомний синдром. Гостра реакція на стрес» евакуйований до лікувально-профілактичного закладу третинного рівня для подальшого обстеження. Комп’ютерна томографія головного мозку ураження не показала. Нейрохірург та ЛОР окрім явищ перенесеної мінно-вибухової травми у вигляді струсу головного мозку та акубаротравми даних за органічне бойове

ураження центральної нервової системи не знайшли. Тоді ж вперше потрапив до психіатра. При огляді був притомним, проте відповіді давав із затримкою, не по суті, відмічалася дезорієнтація у місці перебування та часі, емоційна напруженість, страх та тривога, стверджував, що у нього «віднялися ноги». Поставлено діагноз: «Гостра реакція на стрес з мутизмом та парестезіями». Того ж дня переведений до високоспеціалізованого стаціонару. При поступленні стан залишався попереднім: пересувався на ношах, при перевірці м'язового тонусу в кінцівках відчувався активний спротив; як і раніше, дані за органічну патологію – відсутні; результати спеціальних досліджень, в тому числі магнітно-резонансна томографія головного мозку та поперекового відділу хребта – варіант норми. Консультація невролога: «Струс головного мозку. Судомний синдром»; психолога: «Не сформований регістр-синдром, тенденції до психогенно-психотичного». Отримуване лікування: низькопотентні антипсихотики, транквілізатори, ноотропи. На 4-ий день із діагнозом: «Гостра реакція на стрес. Мутизм. Струс головного мозку. Судомний синдром» переведений до психіатричного відділення Старокостянтинівського військового госпіталю.

На момент огляду при госпіталізації свідомість не потьмарена. Пересувався зі сторонньою підтримкою, тому що був не в змозі йти навіть з допомогою милиць: здійснював атактичні рухи нижніми кінцівками, не міг їх відірвати від підлоги, зрештою падав на коліна, але щадно, без травмування. На питання, що конкретно утруднює ходу, пояснював: він «не відчуває ніг» в ділянці колінних суглобів, не може керувати їх рухами, через це коліна «підгинаються», «віднялися». В інших з'єднаннях – кульшових, гомілково-ступневих суглобах моторних розладів не було, активні рухи в колінах лежачи – збережені. Натомість на прохання повторяти прості рухи нижніми кінцівками в положенні стоячи казав, що «не розуміє, як це зробити», «таке враження, що розучився ходити», «хочу зробити, як ви просите, а виходить зовсім по-другому». В позі Ромберга – падіння врізнобіч. Був розгубленим, зляканим, виражено ослабленим. В афективній сфері: тривожний, напружений, настрій знижений, емоційні реакції лабільні. Інші особливості психічної діяльності в межах норми. З 1-х днів перебування у відділенні пацієнт активно залучався до фізіотерапії та лікувальної фізкультури під керівництвом лікаря-фізіотерапевта, а також самостійно займався запропонованими вправами, та намагався ходити на милицях, хоча робив це зі значними зусиллями; проводилася індивідуальна психотерапія. Близько 2-х тижнів пересувався виключно з підтримкою медичного персоналу, оскільки утримувалася виразна хиткість при ході та прояви атаксії. Декілька разів на фоні психоемоційного хвилювання мали місце тонічні спазми у верхніх кінцівках, здебільшого в їх дистальних відділах – кистях та передпліччях, які знімалися placebo-терапією без застосування антиконвульсантів. При електроенцефалографічному обстеженні жодних даних за епілептиформну активність не виявлено. В подальшому подібних псевдонападів не відмічалося. Ще близько місяця пацієнт ходив на милицях – спочатку на 2-х, потім – на 1-й, та ще близько півтора місяця – з допомогою палички. Внаслідок проведеного лікування та реабілітації самопочуття остаточно покращилося, моторні розлади зникли. У відділенні поводився спокійно, привітно, охоче спілкувався з іншими молодими пацієнтами свого кола, за власним бажанням по мірі можливості залучався до посильних трудових процесів та спортивних занять. Виписаний обмежено придатним до військової служби в умовах, що виключають психоемоційне та фізичне перевантаження, із залишковим астенічними явищами.

Таким чином при аналізі даного клінічного випадку можна прослідкувати закономірності, підтверджуючі – у пацієнта мав місце дисоціативно-конверсійний розлад. 1. Психоневрологічний стан погіршився гостро, після перенесеного бойового стресу. При цьому спочатку розвинулася гостра афективно-шокова реакція із потьмаренням свідомості, а в подальшому – власне дисоціативна симптоматика. 2. Динаміка рухових та пароксизмальних розладів носила характер, що не вписувався в загальноприйняті

класифікації порушення моторики та динаміку епілептиформних нападів. Слід відміти, що спостерігалося певне «розщеплення» свідомості пацієнта – він не стільки не міг ворушити кінцівками, скільки «розучився» це робити, тобто «не володів» ними. 3. З перших днів були відсутні об'єктивні клінічні ознаки ураження центральної нервової системи в неврологічному статусі, що в пізніше неодноразово підтверджувалося променевими/інструментальними діагностичними методами.

Висновки і пропозиції. Варто бути настороженим щодо можливості розвитку після перенесеного гострого стресу функціональних невротичних порушень, подібних на симптоми органічного ураження центральної нервової системи. Водночас якщо провести детальний клінічний аналіз стану пацієнта, є змога виявити дисоціативно-конверсійні розлади, не застосовуючи високотехнологічних або інвазійних методів обстеження, тим самим прискорюючи діагностичний процес та початок лікувально-реабілітаційних заходів.

Список використаних джерел:

1. Савков В.С., Князева Г.В. Диагностика функционального (психогенного) пареза и слабости. Acta biomedica scientifica, 3 (1), 73-81.
2. Клиническое руководство по диагностике и терапии диссоциативных (конверсионных) расстройств / Галако Т.И., Ярова О.В., Кадырова З.А., Мамытова Э.М. / исполнитель рабочей группы Молчанова Е.С. Бишкек, 2018. 50 с.
3. Özdemir, B., Celic, C., & Oznur T. (2015). Assessment of dissociation among combat-exposed soldiers with and without posttraumatic stress disorder. European journal of psychotraumatology, 6 (1).
4. Kalaitzaki, A.E., & Tamiolaki, A. (2022). Russia-Ukraine War: Jeopardizing the mental health gains already been obtained globally. Asian journal of psychiatry, 78, 103285.