

УДК 616.89:614.8

*Титиевский С.В.<sup>1</sup>, Бабюк И.А.<sup>1</sup>, Воеводина В.С.<sup>2</sup>, Волобуев В.В.<sup>2</sup>, Побережная Н.В.<sup>1</sup>***СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНБАССЕ**<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, <sup>2</sup>Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, госпитализация, психиатрия военного времени, война в Донбассе

Имеющиеся в настоящее время многочисленные данные о “психиатрических последствиях” современных войн в значительной мере подтверждают динамику формирования у военнослужащих основных патологических проявлений посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [2]. Однако, к числу этих последствий относится не менее значимая проблема психического здоровья мирного населения территорий, на которых длительное время ведутся военные действия, приводящие к большому числу человеческих жертв не только среди непосредственных участников войны, но и среди лиц, проживающих на указанных территориях [1, 3, 4]. По данным UNICEF (1986), если в период Первой мировой войны 5% всех жертв составили гражданские лица, то уже во Второй мировой войне на долю гражданского населения приходилось 50% всех жертв войны. В период Вьетнамской войны гражданские лица составили 80% всех жертв, а в последующих войнах – уже свыше 90% [3]. При этом, множественные психогенные факторы, воздействующие на людей, проживающих в зоне военных действий, Ю.А. Александровский [1] характеризует следующим образом: «Бомбежки, массированные обстрелы из современных видов оружия, разрушения, потери близких и всего нажитого, жизнь в подвалах, голод. А за всем этим – многомесячный страх, невозможность защититься, непонимание жестокости и собственной вины, за которую приговорили к жизненной катастрофе. Психическая травма, психологический шок и их последствия – вот, что будет определять до конца дней жизненный настрой десятков тысяч мирных граждан, выживших в Чечне, так же как и мирного населения Афганистана, районов военных действий

Таджикистана и других современных “горячих точек”». Исследования, проведенные в Боснии и Герцеговине, Хорватии, показывают, что в период войны около 700 000 человек пострадало от серьезных психотравмирующих событий и нуждались в срочной психолого-психиатрической помощи, в то время как местные специалисты могли оказать помощь только 1% из них [3]. Сходные данные получены и при обследовании населения в других регионах, где проходили боевые действия [2, 5-11].

Возникновение непсихотических психических расстройств в указанной связи представляет собой серьезную проблему. Так, в 2002 г. распространенность непсихотических психических расстройств в Чеченской республике (ЧР) составила 86,3%, через шесть лет после окончания активных военных действий частота данных расстройств уменьшилась до 56,9%, однако оставалась достоверно выше, чем у населения, проживающего в районах, не вовлеченных в войну – 43,1% [3]. В то же время, низкий уровень материально-технической базы, слабая обеспеченность населения врачами-психиатрами и психиатрическими койками существенно снижают возможности психиатрической службы ЧР в оказании помощи населению. Основной акцент делается на больных с тяжелыми формами психической патологии, а больные с непсихотическими психическими расстройствами остаются без необходимой помощи. Так, показатель числа больных, получающих в ЧР лечебно-консультативную помощь, в 6 раз меньше, чем в Российской Федерации (РФ) в целом. При этом, доля больных с непсихотическими психическими расстройствами среди получающих данную помощь составила 38%, что существенно ниже, чем в целом по РФ (71%). Показатель же числа госпитализированных психических больных в ЧР в

четыре раза меньше, чем в целом по РФ, при низкой доле госпитализаций больных с непсихотическими психическими расстройствами (ЧР – 4%, РФ – 37%). Предложенное решение данной проблемы видится в создании кабинета психотерапии на базе территориальной поликлиники как центрального звена в системе оказания помощи больным с непсихотическими психическими расстройствами [3].

Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический

центр г. Донецка (РКПБ-МПЦ) функционирует в течение всего периода военных действий, продолжая непрерывно оказывать специализированную стационарную помощь больным, страдающим непсихотическими психическими расстройствами. Данное исследование проведено с целью статистической оценки показателей, характеризующих госпитализации в РКПБ-МПЦ больных с наличием непсихотических психических расстройств в период ведения боевых действий в Донбассе.

### Материал и методы исследований

В марте 2016 г. случайным методом были отобраны 50 медицинских карт стационарных больных с наличием непсихотических психических расстройств, находившихся на лечении в одном из отделений РКПБ-МПЦ в декабре 2015 г. – феврале 2016 г. Данный подход был избран в связи с тем, что он обеспечивал оптимальную ретроспективную оценку изучаемых показателей, поскольку предоставлял воз-

можность отбора необходимого количества случаев госпитализаций, получения достаточно полных лонгитудных объективно-анамнестических данных и минимизировал вероятность встречаемости повторных поступлений одних и тех же больных. Полученные данные исследования обработаны с помощью пакета компьютерных статистических программ STATISTICA.

### Результаты исследования и их обсуждение

Из числа обследованных 26 чел. (52,0%) составили мужчины, 24 чел. (48,0%) – женщины, проживающие в ДНР (42 чел., 84,0%) и на территории Донбасса вне ДНР (8 чел., 16,0%); постоянную работу имели 3 чел. (6,0%), 47 чел. (94,0%) не работали; 23 чел. (46,0%) были участниками ликвидации последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС). Инвалидами являлись 29 (58,0%) обследованных (2-й группы – 17 чел. (34,0%), 3-й группы – 12 чел. (24,0%)), в том числе, – в связи с ЛПА на ЧАЭС – 22 чел. (44,0%) (2-й группы – 11 чел. (22,0%), 3-й группы – 11 чел. (22,0%)).

В 6 случаях (12,0%) в медицинских картах отчетливо подчеркивалась указываемая больными связь возникновения их заболевания (ухудшения состояния) с проведением военных действий.

В соответствии с психиатрическими диагнозами обследованные распределились следующим образом: органическое расстройство личности (F07.0) – 14 чел. (28,0%), хроническое изменение личности (F62.8) – 11 чел. (22,0%), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) – 6 чел. (12,0%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – 5 чел. (10,0%), депрессивное расстройство органической природы (F06.32) – 4 чел. (8,0%), расстройство адаптации (F43.2) – 4 чел.

(8,0%), тревожное расстройство органической природы (F06.4) – 2 чел. (4,0%), умеренный депрессивный эпизод (F32.1) – 2 чел. (4,0%), церебральный синдром (F06.8) – 1 чел. (2,0%), ипохондрическое расстройство (F45.2) – 1 чел. (2,0%).

Таким образом, можно констатировать преобладание непсихотических психических расстройств личностного регистра (которые по времени, в связи с длительностью нынешних военных действий, не могли развиваться как посттравматические, – половина всех случаев) и органического характера (более половины всех случаев), при наличии инвалидизации более чем в половине случаев. Это, вероятно, объясняет отсутствие у основной части данного контингента больных отчетливо указанной значимости психогенных факторов, связанных с ведением боевых действий. В пользу вышеуказанного свидетельствует также то, что невротические расстройства и расстройства адаптации отмечены лишь у пятой части всех обследованных. Обращает на себя внимание то, что ПТСР не было диагностировано ни у одного из обследованных. В то же время, иногда случаи ПТСР в практике госпитализаций в РКПБ-МПЦ в период боевых действий встречались. Можно привести следующий соответствующий клинический пример.

Больная П., 55 л., образование среднее, про-

давец. Поступает в РКПБ-МПЦ впервые в жизни. Предъявляет жалобы на навязчивые воспоминания, периодические подергивания лицевой мускулатуры, заикание, частую головную боль давящего характера, плаксивость, сниженный фон настроения, нежелание что-либо делать, с кем-либо общаться, страх громких звуков, чувство тревоги, ухудшение памяти, преимущественно на текущие события, снижение массы тела на 53 кг за 19 дней, отсутствие аппетита, выраженную общую слабость, быструю утомляемость, нарушение ночного сна (трудности засыпания, ранние пробуждения и кошмарные сновидения, возвращающие больную к моменту психотравмирующей ситуации).

Впервые указанные жалобы появились на фоне психотравмирующей ситуации (полтора года назад в течение 19 дней подвергалась пыткам: со слов пациентки, ей давали пить воду с наркотическими веществами, её не кормили, били, она неоднократно теряла сознание). Со слов дочери, сразу же после этого больная «то плакала, то смеялась», в целом, состояние было угнетенным, температура тела – значительно повышенной. П. нечего не ела, при употреблении пищи начиналась рвота. Спала плохо, во сне часто кричала, стонала, что-то бормотала о наркотиках («Хватит, не надо, я больше не могу!»), просыпалась и сразу же начинала читать молитву и креститься. По утрам дочь «слушала один и тот же рассказ про плен, как руки и ноги связаны, как душили, били, пинали». В первое время П. не могла вспомнить всех подробностей, а, «как вспоминала – начиналось истерика, её трясло». Избегала разговоров с посторонними людьми, сохранялись постоянная бдительность, «ожидание угрозы». При повышении на неё голоса закрывала лицо руками, начинала плакать и кричать: «Прекратите, пожалуйста!». Боялась оставаться дома одна, думая, что за ней кто-то придет, и «начнется опять этот ад». Сразу же приступила к работе в Донецке, проживала в общежитии. Со слов соседки по комнате, у П. наблюдались «нервозность, стрессовое состояние, последствия голодовки, слабость организма, замкнутость, боязнь оставаться одной, отсутствие сна: если засыпала, то разговаривала во сне о плене, а, проснувшись, рассказывала о плене со всеми его кошмарами; вздрагивала при любом шуме, боялась повышенного голоса». Согласно производственной характеристике, у П. «наблюдалось психоэмоциональное напряжение», она была очень ранимой, по любому поводу плакала; отмечалось неустойчивое эмоцио-

нальное состояние, при любом шуме больная вздрагивала; при повышении на неё голоса «впадала в ступор», присутствовали повышенная нервозность, закрытость, недоверие к окружающим, замкнутость; была истощена эмоционально и физически. В дальнейшем, согласно данной характеристике, П. показала себя уравновешенным, внимательным, отзывчивым работником.

Ухудшение самочувствия отмечено приблизительно за 3 недели до госпитализации в РКПБ-МПЦ, когда после психотравмирующей ситуации на работе («сотрудница потеряла сознание, ударилась головой, и, когда потекла кровь, у меня возникли яркие воспоминания о пытках, я потеряла сознание, а, когда очнулась, появились заикание и тики») стала жаловаться на заикание, периодические подергивания лицевой мускулатуры,росло чувство тревоги, нарушился сон, снова появились навязчивые воспоминания, снизился фон настроения, стала беспокоить частая головная боль давящего характера, появились шум в ушах и головокружение.

В беседе вступает охотно. В ходе разговора количество жалоб увеличивается. Склонна к детализации переживаний. Акцентирует внимание врача на навязчивых воспоминаниях. Ищет помощи и поддержки. Эмоционально лабильна, напряжена, тревожна. В ходе разговора быстро астенизируется. Фон настроения снижен. Выражены вегетативные проявления в виде гиперемии лица, тахикардии. Мышление в обычном темпе, последовательное, логичное, целенаправленное. Память несколько снижена, преимущественно на текущие события. Внимание привлекается легко, однако, неустойчивое, рассеянное. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Критика к своему состоянию сохранена.

В отделении у П. наблюдались флешбэки. Так, на сеансе ароматерапии больная побледнела, стала часто дышать, отмечалась однократная рвота. Объяснила, что от данного запаха ей плохо, так как он напоминает трупный запах. На обеде, после того, как принесли рыбные консервы, П. стало плохо, возникла однократная рвота. Со слов, вспомнила о том, что, когда находилась в плену, её кормили этой рыбой, обваленной в песке, и говорили, что это – «украинский борщ».

При экспериментально-психологическом исследовании выявлены лабильность, с тенденцией к истощению, процесса запоминания, неустойчивость, некоторое снижение концентрации внимания, высокий уровень реактивной и личност-

ной тревожности, наличие эмоционального стресса, субдепрессивное состояние (шкала Зунга), тенденция к преувеличению тяжести состояния (тест СМЛ).

СКТ: умеренное расширение подболоочечных пространств головного мозга в лобных областях с двух сторон.

При осмотре невропатолога констатировано наличие ХСМН 1-2 ст. с упорной цефалгией на фоне церебрального атеросклероза 1ст., вертеброгенной компрессии позвоночных артерий, вторичных черепно-мозговых травм.

При осмотре ЛОР-врача констатировано наличие сросшегося перелома скуловой кости справа со смещением, сросшегося перелома в области угла нижней челюсти слева, сросшегося перелома костей носа, посттравматического артроза височно-нижнечелюстного сустава слева.

Поскольку клинические проявления ПТСР у данной больной возникли сразу после перенесенного катастрофического события (однако, не были тогда диагностированы, так как П. не обращалась к психиатрам), а в период настоящей госпитализации психическое состояние характеризуется наличием тревожно-фобической симптоматики, эпизодов повторных переживаний травмы с острыми состояниями паники и страха, эмоциональной притупленности, стремления к отгороженности, избеганию ситуаций, напоминающих о пережитой травме, диагностировано посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1). Дисциркуляторная энцефалопатия расценена как сопутствующее заболевание.

В соответствии с неврологическими диагнозами обследованные распределились следующим образом: вегето-сосудистая дистония – 2 чел. (4,0%), дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) – 34 чел. (68,0%) (в т.ч., ДЭП 1 ст. – 13 чел. (26,0%), ДЭП 1-2 ст. – 7 чел. (14,0%), ДЭП 2 ст. – 13 чел. (26,0%), ДЭП 3 ст. – 1 чел. (2,0%)), резидуальная энцефалопатия – 3 чел. (6,0%), энцефалопатия сложного генеза – 2 чел. (4,0%), остеохондроз – 19 чел. (38,0%); у 7 чел. (14,0%)

какая-либо неврологическая патология выявлена не была.

При терапевтическом осмотре у обследованных было установлено наличие следующих заболеваний: вегето-сосудистая дистония – 2 чел. (4,0%), гипертоническая болезнь (ГБ) – 22 чел. (44,0%) (в т.ч., ГБ 1 ст. – 2 чел. (4,0%), ГБ 2 ст. – 15 чел. (30,0%), ГБ 3 ст. – 5 чел. (10,0%)), ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 28 чел. (56,0%), хронический тиреоидит – 4 чел. (8,0%), гиперфункция щитовидной железы – 1 чел. (2,0%), диффузная и узловая формы зоба – 6 чел. (12,0%), сахарный диабет – 5 чел. (10,0%), хронический бронхит – 2 чел. (4,0%), бронхиальная астма – 1 чел. (2,0%), хронический гепатит – 10 чел. (20,0%), хронический холецистит – 13 чел. (26,0%), хронический панкреатит – 3 чел. (6,0%), язвенная болезнь 12-перстной кишки – 5 чел. (10,0%), хронический гастродуоденит – 8 чел. (16,0%), хронический гастрит – 2 чел. (4,0%), хронический колит – 1 чел. (2,0%); у 12 чел. (24,0%) при терапевтическом осмотре какая-либо патология выявлена не была.

Таким образом, у 78,0% обследованных была диагностирована энцефалопатия, почти у половины – ГБ, более чем у половины – ИБС, что подтверждает наличие «органического фона», соматогений как факторов, влияющих на тяжесть психического состояния большинства данных лиц и, вероятно, – на показатели, связанные с их госпитализациями в РКПБ-МПЦ.

Статистически оценивались следующие количественные показатели, связанные с госпитализациями в РКПБ-МПЦ: длительность заболевания, стационарного лечения в РКПБ-МПЦ, установленной инвалидности, существующей в настоящее время группы инвалидности; общее количество (кратность) и среднее ежегодное количество (частота) госпитализаций в РКПБ-МПЦ до и после начала боевых действий в Донбассе. Количественные показатели, характеризующие обследованных, представлены в табл. 1.

Таблица 1

#### Количественные показатели, характеризующие обследованных

| Показатель                                                                         | Среднее значение | Минимальное значение | Максимальное значение | Стандартное отклонение (SD) | Стандартная ошибка |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------|
| Возраст (полных лет)                                                               | 53,0             | 41,0                 | 64,0                  | 6,6                         | 1,3                |
| Длительность заболевания (полных лет)                                              | 7,0              | 0,0                  | 33,0                  | 8,4                         | 1,3                |
| Кратность поступления в РКПБ-МПЦ г.Донецка после начала боевых действий в Донбассе | 2,0              | 1,0                  | 4,0                   | 1,0                         | 0,2                |

Как следует из табл. 1, количественные показатели, характеризующие обследованных, варьируют в широком диапазоне. Это относится как к возрасту больных, так и к характеристикам их госпитализаций. Тем не менее, установлено, что частота поступлений была достоверно ( $p=0,000028$ ) выше после начала боевых действий в Донбассе (различия в кратности поступлений не оценивались из-за индивидуальности показателя длительности заболевания). Данная закономерность может, вероятно, быть расценена как подтверждение влияния нынешних военных событий на возникновение и течение непсихотических

психических расстройств у исследованного нами контингента больных с преобладанием длительно протекающей, хронической патологии, в том числе, – церебрально-органического генеза.

Для уточнения связи тяжести инвалидности (от её отсутствия до 2-й группы), кратности и частоты госпитализаций до и после начала боевых действий в Донбассе с другими показателями, характеризующими исследованных, проведен корреляционный анализ (определены значения коэффициента корреляции рангов Спирмена  $s$ ). Все достоверные ( $p<0,05$ ) результаты данного анализа приведены в табл.2.

Таблица 2

**Значения коэффициентов корреляции рангов Спирмена с исследованных случаев госпитализаций**

| Показатель (симптом)                                 | Среднее значение | Стандартное отклонение (SD) | Стандартная ошибка |
|------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------|--------------------|
| Сниженное настроение                                 | 0,769            | 0,430                       | 0,084              |
| Тревога                                              | 0,769            | 0,430                       | 0,084              |
| Нарушение сна                                        | 0,769            | 0,430                       | 0,084              |
| Рассеянность (неустойчивость) внимания               | 0,731            | 0,452                       | 0,089              |
| Истощаемость (утомляемость)                          | 0,654            | 0,485                       | 0,095              |
| Раздражительность                                    | 0,615            | 0,496                       | 0,097              |
| Слабость                                             | 0,538            | 0,508                       | 0,100              |
| Замедленность (торпидность, снижение темпа) мышления | 0,500            | 0,510                       | 0,100              |
| Апатия                                               | 0,423            | 0,504                       | 0,099              |
| Страх                                                | 0,423            | 0,504                       | 0,099              |
| Снижение аппетита                                    | 0,346            | 0,485                       | 0,095              |
| Снижение памяти                                      | 0,308            | 0,471                       | 0,092              |
| Плаксивость                                          | 0,269            | 0,452                       | 0,088              |
| Вспыльчивость (конфликтность)                        | 0,231            | 0,430                       | 0,084              |
| Ипохондричность                                      | 0,231            | 0,430                       | 0,084              |
| Двигательная заторможенность (снижение активности)   | 0,192            | 0,402                       | 0,079              |
| «Ком» в горле                                        | 0,192            | 0,430                       | 0,079              |
| Демонстративность                                    | 0,154            | 0,368                       | 0,072              |
| Ангедония                                            | 0,115            | 0,326                       | 0,064              |
| Паника (в структуре панических атак)                 | 0,038            | 0,196                       | 0,038              |

Из табл. 2 следует, что частота госпитализаций после начала боевых действий коррелирует с их кратностью до (умеренная связь) и после (сильная связь) данных событий, а частота до их начала вообще с кратностью достоверно не связана, находясь в обратной зависимости от длительности стацлечения, инвалидности, текущей группы инвалидности (средняя связь). Вероятно, это объясняется большей корреляцией тяжести инвалидности с кратностью до войны (средняя связь), чем с кратностью после войны (слабая связь), а также корреляцией данного показателя с длительностью заболевания (средняя связь) и стацлечения (умеренная связь) – общей (противоположной) зависимостью с частотой госпитализаций до войны, отсутствующей после неё. Обращает на себя внимание средняя связь кратности поступлений до и после начала

боевых действий. Следовательно, госпитализации в большей степени могли быть связаны с решением экспертных вопросов до начала войны, а после него – нет.

Таким образом, в Республиканскую клиническую психоневрологическую больницу – медико-психологический центр г. Донецка как базовое лечебно-профилактическое учреждение системы оказания специализированной помощи при непсихотических психических расстройствах в течение всего периода военных действий в Донбассе госпитализируются больные, проживающие как в ДНР, так и на остальной территории Донбасса, в том числе, инвалиды, участники ЛПА на ЧАЭС. Изученные на материале данной выборки госпитализации демонстрируют их связь с решением экспертных вопросов до начала войны. Указанная связь отсутствует пос-

ле начала боевых действий. Полученные данные, вероятно, отличаются от того, что характеризует ситуацию в ЧР, где существует высокая заинтересованность населения в получении инвалидности по психическому заболеванию, сопутствующих ей выплат и социальных льгот, на фоне низкого качества лечебной помощи и отсутствия реабилитационных процессов [3]. Поскольку необходимая специализированная помощь предоставлялась РКПБ-МПЦ без ограничений, вышеуказанное также отличается от данных, полученных при обследовании населения в других регионах, где проходили военные действия.

Выводы.

1. Изученные случаи госпитализаций в РКПБ-МПЦ характеризует преобладание непсихотических психических расстройств личностного регистра и органического характера. Невротические расстройства и расстройства адаптации отмечены лишь у пятой части всех обследованных. Посттравматическое стрессовое расстройство у обследованных отсутствовало.

2. Более половины госпитализированных обследованных с наличием непсихотических психических расстройств являлись инвалидами, в основном, – в связи с ЛПА на ЧАЭС.

3. В 12,0% случаев отмечена связь возникновения заболевания (ухудшения состояния) с проведением боевых действий в Донбассе, что может свидетельствовать об отсутствии у ос-

новной части данного контингента больных субъективно осознаваемой значимости психогенных факторов, связанных с ведением боевых действий, для динамики их психического расстройства.

4. У большинства обследованных была диагностирована энцефалопатия, у значительной их части – ГБ и ИБС, что подтверждает наличие «органического фона», соматогений как факторов, влияющих на тяжесть психического состояния большинства данных лиц и, вероятно, – на показатели, связанные с их госпитализациями в РКПБ-МПЦ.

5. Частота госпитализаций обследованных была достоверно ( $p < 0,001$ ) выше после начала боевых действий, чем до них, что может быть расценено как объективное подтверждение роли психогенных факторов войны в Донбассе.

6. Госпитализации обследованных до начала войны могли в большей степени быть связанными с решением экспертных вопросов. Частота госпитализаций после начала указанных событий с показателями инвалидизации достоверно не связана.

7. Полученные данные о госпитализациях в РКПБ-МПЦ контрастируют с высокой заинтересованностью в получении инвалидности по психическому заболеванию, сопутствующих ей выплат и социальных льгот в ЧР, низким качеством лечебной помощи, оказывавшейся там и в других регионах, где проходили военные действия.

*Титиевский С.В.<sup>1</sup>, Бабюк И.А.<sup>1</sup>, Воеводина В.С.<sup>2</sup>, Волобуев В.В.<sup>2</sup>, Побережная Н.В.<sup>1</sup>*

## **СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНБАССЕ**

<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, <sup>2</sup>Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, госпитализация, психиатрия военного времени, война в Донбассе

С целью статистической оценки госпитализаций в период ведения боевых действий в Донбассе изучены 50 медицинских карт стационарных больных с наличием непсихотических психических расстройств, находившихся на лечении в Республиканской клинической психоневрологической больнице – медико-психологическом центре г. Донецка в декабре 2015 г. – феврале 2016 г. Отмечено преобладание непсихотических психических расстройств личностного регистра и органического характера, соматогений, с наличием инвалидизации. Частота госпитализаций была достоверно ( $p = 0,000028$ ) выше после начала боевых действий. Госпитализации до начала войны могли быть в большей степени связанными с решением экспертных вопросов. Частота госпитализаций после начала указанных событий с показателями инвалидизации достоверно не связана. Полученные данные контрастируют с высокой заинтересованностью в получении инвалидности по психическому заболеванию, сопутствующих ей выплат и социальных льгот в Чеченской республике, низким качеством лечебной помощи, оказываемой там и в других регионах, где проходили военные действия. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 1 (35). — С. 21-27).

## **STATISTICAL EVALUATION OF HOSPITALIZATIONS IN NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS DURING FIGHTING IN DONBASS**

<sup>1</sup>Donetsk National Medical University named after M. Gorky, <sup>2</sup>Republic Clinical Psychoneurological Hospital – Medico-Psychological Centre, Donetsk

**Keywords:** non-psychotic mental disorders, hospitalization, psychiatry of wartime, the war in Donbass

With the purpose of statistical evaluation of hospitalizations during the conduct of hostilities in the Donbass the medical records of 50 hospitalized patients with the presence of non-psychotic mental disorders who were treated in December 2015 – February 2016 at the Republican Clinical Psychoneurological Hospital – Medico-Psychological Centre in Donetsk have studied. It was noted the predominance of non-psychotic mental disorders which refer to personality register and have organic nature, of somatogenic factors, with the presence of disability. Hospitalization rates were significantly ( $p = 0.000028$ ) higher after the outbreak of hostilities. Hospitalizations before the war could be more related to resolving of expert questions. The hospitalization rates after the start of the events were not significantly correlated with the disability indicators. The findings contrast with the high interest in obtaining disability group for mental illness, its attendant payments and social benefits in the Chechen Republic, the poor quality of medical care provided there and in other regions where military actions took place. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 1 (35). — P. 21-27).

### *Литература*

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие / Ю.А. Александровский. — М.: Медицина, 2000. — 496с.
2. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство / В.М. Волошин. — М.: Анахарсис, 2005. — 200с.
3. Идрисов К.А. Психическое здоровье населения и организация помощи лицам с непсихотическими психическими расстройствами в условиях длительной чрезвычайной ситуации (клинико-эпидемиологическое исследование на материале последствий военных действий в Чеченской Республике) : автореф. дис... д-ра мед.наук: 14.01.16 / Идрисов К.А. — Москва: ФГУ МНИИП, 2010. — 45с.
4. Коханов В.П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / В.П. Коханов, В.Н. Краснов. — М.: Практическая медицина, 2008. — 448с.
5. Цыганков Б.Д. Психические нарушения у беженцев и их медико-психологическая коррекция: руководство для врачей / Б.Д. Цыганков, А.И. Былим. — Кисловодск, 1998. — 135с.
6. Cardozo B.L. Mental health, social functioning, and feeling of satisfaction and revenge of Kosovo Albanian society after the war in Kosovo / B.L. Cardozo, R. Kaiser, C.A. Gotway, F. Agani // J. Trauma Stress. — 2003. — Vol. 16. — P. 351-360.
7. Cardozo B.L., Shaikh I., Wolfe M.I., Gerber M.L., Anderson M. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan / B.L. Cardozo, O.O. Bilukha, C.A. Crawford [et al.] // J. Am. Medical Assoc. — 2004. — Vol. 292. — P. 575-584.
8. deJong K. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings / K. deJong, I.H. Komproe, M. van Ommeren [et al.] // J. Am. Medical Assoc. — 2001. — Vol. 286. — P. 555-562.
9. deJong K. Psychological trauma of the civil war in Sri Lanka / K. deJong, M. Mulhern, N. Ford [et al.] // The Lancet. — 2002. — Vol. 359. — P. 1517-1518.
10. deJong K. The trauma of war in Sierra Leone / K. deJong, M. Mulhern, N. Ford [et al.] // The Lancet. — 2000. — Vol. 355. — P. 2067-2068.
11. Scholte W.F., Olff M., Ventevogel P., deVries G.J., Jansveld E., Cardozo B.L., Crawford C.A. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan / W.F. Scholte, M. Olff, P. Ventevogel [et al.] // J. Am. Medical Assoc. — 2004. — Vol. 292. — P. 585-593.

Поступила в редакцию 5.09.2016