

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
КИЕВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

На правах рукописи

ГРИНЦОВ Михаил Иванович

**ОСНОВНЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У
ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ И У ЛИЦ
МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, НЕ ПРИЗВАННЫХ НА ВОЕННУЮ
СЛУЖБУ**

14.01.15 Нервные болезни

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

К И Е В
1996

616.8

ЛННБ України ім.В.Стефаника



00760805 (Q)

Диссертация представляет собой рукопись

Работа выполнена на кафедре нервных болезней Пензенского института усовершенствования врачей и в Одесском окружном военном госпитале
Научный консультант д.м.н., профессор И.И.Кухтевич

Официальные оппоненты:

д.м.н., профессор Е.Л.Мачерет
д.м.н., профессор
С.М.Винничук
д.м.н. А.М.Полюхов

Ведущее научное учреждение - Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии.

Защита диссертации состоится "19" 03 1997 г.

в " " часов на заседании специализированного Совета

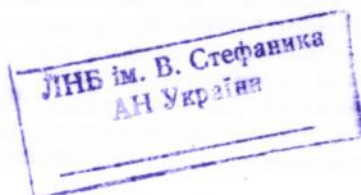
Д 01.12.02 Киевского государственного института усовершенствования врачей (254112, г.Киев-112, ул.Дорогожицкая,9).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института по адресу: г.Киев-112, ул. Дорогожицкая, 9.

Автореферат разослан "25" 12 1996 г:

Ученый секретарь
специализированного Совета
кандидат медицинских наук, доцент

А.И.Романенко



ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования.

Несмотря на довольно жесткий медицинский контроль за состоянием нервно-психического здоровья у части из призванных в вооруженные силы при прохождении военной службы диагностируются нервно-психические заболевания (НПЗ). Различные исследователи указывают различные причины их возникновения. Так, В.Н.Подкаменный (1990) акцентирует внимание на экспертных ошибках врачей призывных военно-медицинских комиссий. М.Л.Быховский и А.А.Вишневский (1969) также убеждены, что самым слабым звеном в распознавании болезней является врач, вследствие чего лечебно-оздоровительная работа среди призывников проводится на недостаточном уровне. Ю.М.Орлов (1980) и Л.Ф.Шеховцов (1985) указывают на такие факторы, как "психогении" и "стрессы". И.А.Кудрявцев и Ю.А.Королев (1992) считают, что в основе нервно-психической дезадаптации у военнослужащих лежит кумуляция психогенных травм, которые накапливаются до критической массы. Нетрудно заметить, что под определением "кумуляция психогенных травм" ясно просматриваются "в неуставные взаимоотношения" в воинских коллективах. Такая формула объяснения причин нервно-психических заболеваний у военнослужащих срочной службы удобна, но она не объясняет следующего: почему эта "критическая масса психогений" у военнослужащих при прохождении ими военной службы то появляется, то исчезает волнообразно? Почему в одни годы их наблюдается много, а в другие годы их почти нет? Выявленные НПЗ у военнослужащих срочной службы в большинстве случаев квалифицируются как следствие психогений. Сопутствующая неврологическая симптоматика должным образом не анализируется и не оценивается. Критической массой психогений невозможно также объяснить и волнообразность прироста и спада неврологических заболеваний у военнослужащих срочной службы.

Аналогичная ситуация прослеживается и при изучении нервно-психического здоровья студентов (Н.В.Вострокнутова, 1982; Н.Н.Авдеева, В.Н.Арбузов, 1989; Г.В.Санникова, 1986; Э.К.Нарейко, 1986; Г.В.Косенко, В.П.Борисов, И.Ф.Ранхен, 1987; Burnett D., 1987; Gieseck M., 1987 и др.).

При всей значимости психогенных факторов в возникновении первичной декомпенсации ранее перенесенных НПЗ четко прослеживается недооценка роли экологических факторов. Ю.И.Полищук (1990) отмечает, что признав факт существенного роста НПЗ, глобальный экологический кризис и неизменность человеческого генома, мы, тем не менее, не желаем видеть между этими явлениями причинно-следственные взаимоотношения. Догматизировав роль наследственности в возникновении НПЗ мы стали не в состоянии замечать очевидное: НПЗ в значительной мере обусловлены факторами экологии.

Данные ВОЗ свидетельствуют о ежегодном двухпроцентном приросте травматических поражений головного мозга (ТПГМ). В каждом четвертом случае черепно-мозговой травмы (ЧМТ) мозговые оболочки реагируют воспалением. Среди перенесших ЧМТ в 20-30 % случаев в первые 3-5 лет наступает декомпенсация нервно-психических функций.

Аллергизация населения и появление устойчивых к антибиотикам штаммов нейромикробов приводит к росту церебральных арахноидитов. Ввиду отсутствия патогномичных клинических признаков каждый четвертый случай церебральных арахноидитов не диагностируется (Е.Л.Мачерет, И.З.Самосюк, Л.Г.Гаркуша, 1985). В то же время Ю.Л.Курако и В.В.Букина (1989) считают, что за такими диагнозами как неврозы, психопатии, вегетососудистые дистонии часто кроются органические поражения головного мозга и его оболочек.

Ввиду нестабильности части клинических синдромов оценка их бывает различной. МКБ-9 в зависимости от ведущего клинического синдрома дает возможность относить заболевание в рубрики Y или Y1 разделов. Следствием этого является раздельное изучение сходных клинических событий невропатологами и психиатрами.

Биоритмология экзогенно-органических нервно-психических заболеваний (ЭОНПЗ) остается неизученной.

Проведенные нами исследования показали, что из 3272 военнослужащих, уволенных из вооруженных сил с 1980 по 1991гг. по поводу НПЗ у 46,09% заболевания диагностированы в сроки прохождения военной службы "до 3-х месяцев", что квалифицируется как "возврат" из войск. Остальные военнослужащие срочной службы уволены в более поздние сроки прохождения военной службы. "Возврат" из войск признается дефектом экспертизы НПЗ на этапе призыва в вооруженные силы. Объяснение столь большого количества уволенных из вооруженных сил по причине неудовлетворительного состояния военно-врачебной экспертизы на этапе призыва представляется нам сомнительным. Создавшаяся ситуация диктует необходимость многостороннего исследования проблемы НПЗ у военнослужащих срочной службы. Встает вопрос и о создании прикладных прогностических моделей вероятной декомпенсации НПЗ при прохождении ими военной службы.

Военнослужащие срочной службы рассматриваются как оборонный потенциал государства, который должен обеспечиваться абсолютно здоровыми в нервно-психическом отношении лицами. Актуальность изучения НПЗ у военнослужащих срочной службы и определяется степенью важности решаемых ими задач по обеспечению безопасности государства.

Возрастная группа Пензенской субпопуляции молодого возраста (18-30 лет) составляет 15,6% от всего населения области. Это возраст самой высокой физической выносливости, профессиональной продуктивности, службы в вооруженных силах. На эту возрастную группу приходится 65,3% интоксикационных поражений нервно-психической сферы, 16,9% последствий нейротравм, 15,7% последствий недифференцированных органических поражений головного мозга (НОПГМ), 23,8% последствий инфекционных поражений головного мозга (НИ), 40,4% госпитализированных по поводу психопатий, 25,0% по поводу реактивных психозов, 17,8% по поводу неврозов.

Сложности военной экспертизы этой возрастной группы объясняются частым сочетанием у обследуемых психопатологической и неврологической симптоматики часто в смягченной резидуальной форме. Фактически речь идет о пограничных состояниях, которые требуют углубленных знаний двух смежных, но разделившихся дисциплин - неврологии и психиатрии. Именно на "стыке" двух дисциплин возникает целый ряд сложностей военной экспертизы нервно-психического здоровья призывников и военнослужащих срочной службы. Это отмечает и английский исследователь Rogers D.(1987), который сделал парадоксальный вывод о том, что 80% всех последствий органических заболеваний головного мозга лечат не невропатологи, а психиатры, и в то же время 80% психиатров Европы не в состоянии мало-мальски грамотно оценить неврологический статус больного. По видимому, аналогичная ситуация наблюдается и в отечественной психиатрии.

Целью настоящего исследования является изучение структуры, закономерностей возникновения, первичной декомпенсации, формирования, течения и прогнозирования первичной декомпенсации НПЗ у военнослужащих срочной службы и лиц молодого возраста, не призванных на военную службу, а также улучшения экспертизы нервно-психического здоровья на этапе призыва и на этапе прохождения военной службы.

Задачи исследования состоят в следующем:

1. изучить структуру НПЗ у военнослужащих срочной службы, уволенных из вооруженных сил на первом и втором году прохождения военной службы;
2. изучить структуру НПЗ на этапе призыва в вооруженные силы;
3. изучить основные причины возникновения НПЗ у военнослужащих при прохождении ими военной службы;
4. изучить силу влияния основных факторов, вызывающих декомпенсацию НПЗ в период прохождения военной службы с 1980 по 1991 гг.:
 - а) состояние основных видов инфекционной заболеваемости с 1980 по 1991 гг. и их влияние на возникновение НПЗ у военнослужащих срочной службы;
 - б) состояние солнечной активности с 1980 по 1991 гг. и ее влияние на возникновение НПЗ у военнослужащих;
 - в) изучить силу влияния наиболее значимых социально-психологических факторов на частоту возникновения НПЗ у военнослужащих срочной службы;
5. изучить особенности клиники ЭОНПЗ у военнослужащих, уволенных из вооруженных сил в сроки до 3-х месяцев прохождения военной службы и в сроки свыше 3-х месяцев службы;
6. изучить особенности клиники ЭОНПЗ у лиц молодого возраста, не призванных в вооруженные силы по причине выявленных у них НПЗ;
7. изучить основные типы психопатологического и неврологического реагирования в возрасте призыва в вооруженные силы и в смежных возрастных периодах;
8. изучить основные трудности и причины ошибочных экспертных заключений на этапе призыва и на этапе прохождения военной службы;
9. изучить состояние проблемы прогнозирования декомпенсации основных ЭОНПЗ и создать прикладной прогноз их первичной декомпенсации при прохождении военной службы.

На защиту вынесены следующие положения:

1. В большом количестве случаев перенесенные в детском, подростковом и юношеском возрасте ЭОНПЗ протекают на субклиническом уровне, быстро наступают их полноценная клиническая компенсация и социальная адаптация, что затрудняет их диагностику. На отдаленном этапе в период прохождения военной службы наступает их первичная декомпенсация, клиника которой может быть несравненно ярче начального этапа заболевания. Декомпенсация в период прохождения военной службы наступает волнообразно, периодически.

2. Основными факторами первичной декомпенсации являются:

- а) эпидемии гриппа;
- б) всплески солнечной активности, которые приравняются по своим клиническим последствиям к особо опасным природным явлениям;
- в) социально-политические и социально-психологические потрясения в обществе конца 80-х годов;

Психогенным (неуставным взаимоотношениям в воинских коллективах) несобоснованно придается преувеличенное значение. Роль перенесенных и нераспознанных ЭОНПЗ недооценивается. Это ведет к ошибочным экспертным заключениям, неверной лечебной тактике и профилактическим мероприятиям, а также к несобоснованным организационным мероприятиям.

3. Первичная декомпенсация НПЗ в период прохождения военной службы в одних случаях проявляется ведущими психопатологическими нарушениями, в других - ведущими неврологическими, в-третьих в равной мере и теми и другими. Упрощенный подход их клинической оценки приводит к тому, что в одних случаях заболевание относят в неврологические рубрики, а в других психиатрические. Следствием этого есть раздельное их изучение невропатологами и психиатрами.

4. Первичная декомпенсация отдаленных последствий травматических поражений головного мозга (ОП ТПГМ) в период прохождения военной службы в

части случаев проявляется посттравматическими церебральными арахноидитами, при которых ведущей симптоматикой может быть психопатологическая, что необоснованно истолковывается как результат психогений. Различные по этиологии ЭОНПЗ на отдаленном этапе первичной декомпенсацией проявляются сходными психопатологическими и неврологическими синдромами - основными типами реагирования.

5. Подразделение возникновения первичной декомпенсации НПЗ у военнослужащих при прохождении ими военной службы на сроки "до 3-х месяцев" и на сроки "свыше 3-х месяцев" противоречит механизмам патогенеза части ЭОНПЗ, принципам психоневрологии течения и должно быть пересмотрено. Подобное деление сроков возникновения НПЗ у военнослужащих необоснованно дает права на льготы одним и лишает их других.

6. В настоящее время представляется возможным с достаточной степенью точности определять в каких случаях заболевание у военнослужащего возникло давно, задолго до призыва в вооруженные силы, но первичная декомпенсация у которого возникла в период прохождения военной службы, а когда заболевание впервые возникло недавно, в период прохождения военной службы. Права на льготы должны предоставляться не в случаях наступления первичной декомпенсации НПЗ у военнослужащих в период прохождения ими военной службы, а в случаях их первичного возникновения в период прохождения военной службы.

7. Разработанная клиника ЭОНПЗ у военнослужащих позволит уменьшить количество ошибочных экспертных заключений на этапе призыва и на этапе прохождения военной службы.

8. Прикладной прогноз первичной декомпенсации основных НПЗ у военнослужащих срочной службы должен строиться с учетом прогнозируемой заболеваемости гриппом, прогнозируемых переменных солнечной активности, а также с учетом социально-психологических факторов в обществе.

9. Состояние преподавания ЭОНПЗ в высшей школе нуждается в приведении программ по ЭОНПЗ в соответствие их занимаемому удельному весу в структуре патологии этой возрастной группы и их социальной значимости. Целесообразно выделить специальный курс психоневрологии молодого возраста.

Научная новизна.

- Изучена структура первичной декомпенсации НПЗ у военнослужащих срочной службы, клинические особенности основных ЭОНПЗ, а также проведено их изучение у лиц молодого возраста, не призванных на военную службу по той же причине.
- Установлены основные факторы первичной декомпенсации НПЗ у военнослужащих срочной службы в различные годы цикла солнечной активности.
- Изучены объективные трудности военной экспертизы и основные причины ошибочных экспертных заключений на этапе призыва и на этапе прохождения военной службы.
- Впервые изучены биоритмологические закономерности наступления первичной декомпенсации НПЗ у военнослужащих в 11-ти летний период солнечной активности в масштабах всего военного округа.
- Изучены основные типы психопатологического и неврологического реагирования в возрасте призыва на военную службу и в смежных возрастных периодах.
- Создан прикладной прогноз первичной декомпенсации основных НПЗ у военнослужащих до 2007 г., созданы программы и их математическое обеспечение.
- Исследование является одним из первых, проведенных по международной программе ГЛОБЭК-80.

- Разработаны меры профилактики первичной декомпенсации основных ЭОНПЗ у военнослужащих срочной службы применительно к основным факторам декомпенсации в различные годы цикла солнечной активности.
- Создан новый вариант Положения о медицинском освидетельствовании в вооруженных силах.

Теоретическая значимость проведенных исследований заключается в том, что изучение факторов первичной декомпенсации основных НПЗ у военнослужащих срочной службы и их клинических особенностей дает возможность, на основе предложенной концепции прогноза, разрабатывать прикладные прогностические модели первичной декомпенсации НПЗ и меры их профилактики.

Практическая значимость исследования заключается в следующем:

- а) в установлении основных факторов первичной декомпенсации НПЗ у военнослужащих срочной службы и силы их влияния в различные годы цикла солнечной активности;
- б) в установлении биоритмологических закономерностей основных НПЗ у военнослужащих срочной службы;
- в) в изучении клинических особенностей первичной декомпенсации основных экзогенно-органических нервно-психических заболеваний;
- д) в изучении причин ошибочных экспертных заключений на этапе призыва в вооруженные силы и на этапе прохождения военной службы;
- е) в создании прикладного прогноза их первичной декомпенсации до 2007 г. и разработке мер профилактики.

Апробация результатов исследования.

Основные положения диссертации доложены на заседании областного общества невропатологов и психиатров (г.Одесса, 1993; г.Пенза, 1994, 1995г.г.), на заседаниях кафедры нервных болезней Пензенского института усовершенствования врачей (1995г.).

Публикации результатов исследования.

По теме диссертации опубликовано ____ статей.

Внедрение в практику. Методы диагностики и экспертизы НПЗ у призывников и военнослужащих срочной службы осуществляются в Одесском окружном военном госпитале, в Пензенском гарнизонном военном госпитале, в лечебных учреждениях г. Пензы и области.

Лично соискатель:

- принимал участие в медицинских комиссиях по осмотру юношей допризывного возраста в качестве невропатолога и психиатра, в последующем их оздоровлении;
- принимал участие в медицинских комиссиях по осмотру призывников в качестве невропатолога и психиатра;
- проводил диагностику, лечение и экспертизу военнослужащих в отделениях Одесского окружного военного госпиталя;
- изучены величина и структура НПЗ у военнослужащих срочной службы, клинические особенности первичной их декомпенсации;
- изучены основные типы психопатологического и неврологического реагирования в возрасте призыва в вооруженные силы и в смежных возрастных периодах;
- изучены биоритмологические особенности первичной декомпенсации основных НПЗ у военнослужащих срочной службы;
- изучены причины ошибочных экспертных заключений на различных этапах экспертизы;

- создан прикладной прогноз первичной декомпенсации до 2007 г., разработаны меры профилактики НПЗ у военнослужащих;
- создан проект нового Положения о медицинском освидетельствовании в вооруженных силах;
- программы для ЭВМ по прогнозу, их адаптация к клиническим событиям и математический аппарат их обеспечения разработаны совместно на кафедре высшей математики Пензенского технического университета - зав. кафедрой д.м.н., профессор Б.Г.Хмелевский.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА РАБОТЫ.

Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы и приложений.

Во введении обоснована актуальность исследования, сформулированы цели и задачи исследования, положения, которые выносятся на защиту, оценка научной новизны, личного вклада соискателя.

В первой главе (аналитический обзор литературы) дан анализ состояния проблемы ЭОНПЗ у лиц молодого и сопредельных возрастных периодов, состояние проблемы военной экспертизы и прогнозирования НПЗ.

Во второй главе представлен анализ применявшихся методов исследования и общая характеристика материала исследований.

В третьей главе представлен анализ структуры НПЗ у военнослужащих срочной службы и у лиц молодого возраста не призванных на военную службу. Проведен анализ структуры ЭОНПЗ (ОП ТПГМ, ОП инфекционных поражений головного мозга, недифференцированных органических поражений головного мозга). Изучены основные факторы декомпенсации НПЗ в период прохождения военной службы, а также причины ошибочных экспертных заключений на этапе призыва и на этапе прохождения военной службы. Результаты КТ исследований головного мозга и его оболочек, а также результаты нейрорентгенологических исследований.

В четвертой главе представлены результаты исследований основных типов патологического реагирования (психопатологического и неврологического) в возрасте призыва и в смежных возрастных периодах.

Пятая глава посвящена вопросам прогнозирования НПЗ у военнослужащих срочной службы. Приведен прикладной прогноз первичной декомпенсации до 2007 г. и меры профилактики НПЗ.

В заключении обобщены полученные результаты, проведена оценка их теоретической новизны и практической значимости, представлены выводы и практические рекомендации проведенных исследований.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Материал и методы исследований. Объектом исследований явились военнослужащие срочной службы, призванные в вооруженные силы Одесского военного округа с квалификацией "годен без ограничений" и уволенные из войск по причине нервно психических заболеваний, выявленных в период прохождения военной службы. Изучено всего 3272 случая увольнений из вооруженных сил. Лично соискателем изучено 254 военнослужащих срочной службы, находившихся на обследовании и лечении в отделениях Одесского военного округа. Временной интервал исследования - с 1980 по 1991 гг. - полный солнечный цикл. Кроме того изучена группа лиц молодого возраста, не призванных на военную службу - 2778, а также группа лиц обоих полов различных возрастных периодов для изучения основных

типов психопатологического и неврологического реагирования - 7259 больных стационаров. Изучались данные только госпитальной статистики.

Проведенное клинико-эпидемиологическое исследование соответствует нормативам ВОЗ, предъявляемым к "естественному эксперименту" и международной программе ГЛОБЭКС-80.

Одним из основных методов исследования является клинико-эпидемиологический метод, который включает изучение распространенности НПЗ у военнослужащих срочной службы, а также у лиц молодого возраста не призванных на военную службу по причине выявленных у них НПЗ (метод когорт). Проводилось изучение анамнеза, преморбидных особенностей личности, неврологического и психопатологического статуса, данных нейрорентгенологических, КТ исследований, заключений смежных специалистов - отоларинголога, офтальмолога и др.

Биоритмологический метод предусматривает синхронное с шагом по времени изучение уровней солнечной активности с 1980 по 1991 гг., динамику инфекционной заболеваемости (грипп) за тот же временной промежуток и клинических событий у изучаемого контингента.

Статистическая обработка материала включала выяснение достоверности различий сравниваемых клинических событий, синхронный с шагом по времени спектральный анализ периодограмм солнечной активности и клинических событий у военнослужащих срочной службы, а также двухмерное линейное предсказание для выработки прикладных прогностических моделей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Структура НПЗ на этапе призыва в вооруженные силы и на этапе прохождения военной службы в различные сроки в период с 1980 по 1991 гг. (см. таблицу 1). Из приведенных данных следует, что наибольшее количество военнослужащих, уволено из вооруженных сил с 1980 по 1991 гг. составляют лица, у которых диагностированы различные формы *психопатий*. Эксплозивные формы психопатий занимают основной удельный вес, который в различные годы колеблется от 80 до 90% всех случаев. В структуре нервно-психической патологии уволенных из войск в сроки до 3-х месяцев, что квалифицируется как "возврат", психопатии составляют 39,51%. Количество увольнений из войск по поводу психопатий до конца прохождения военной службы увеличивается до 42,03 % в структуре патологии. Психопатии на этапе призыва распознаются также в большом количестве случаев и в структуре НПЗ этапа призыва составляют 16,97%.

Биоритмологические особенности первичного распознавания психопатий заключаются в том, что в различные годы цикла солнечной активности диагностируется их разное количество. Наибольшее количество психопатий приходится на 1991 г. Это год пика социально-политических и социально-психологических потрясений в обществе - распад СССР и Советской Армии. Кроме того увеличение количества психопатий у военнослужащих срочной службы зарегистрировано в 1980, 1984 и 1990 гг. Это годы эпидемий гриппа и годы максимумов солнечной активности. Наименьшее количество уволенных из войск по поводу психопатий приходится на годы минимальной солнечной активности, на годы наименьшей заболеваемости гриппом и на годы социально-психологической стабильности в обществе. Сила влияния социально-политических и социально-психологических потрясений в обществе на частоту декомпенсации психопатий у военнослужащих срочной службы вдвое больше, чем сила влияния максимумов солнечной активности и эпидемий гриппа вместе взятых.

Таблица 1.

Структура нервно-психической патологии на этапе призыва в вооруженные силы (n=368) и у военнослужащих срочной службы в период с 1980 по 1991 г.г. (n=3272), в %/‰.

№ № Ст	Нозологические группы	Отсев на этапе призыва	увольнение в сроки	
			до 3-х месяцев в	свыше 3-х месяцев
1	Умственная отсталость	49,34	25,65	25,93
2	Эпилепсия	2,34	1,13	1,64
3	Маниакально-депрессивный психоз	0,00	0,07	0,07
4	Шизофренические психозы	0,00	0,47	0,47
5	ОП недифференцированных органических поражений гол. Мозга	2,08	4,26	6,55
6	ОП нейроинфекционных поражений гол. мозга	0,78	2,13	2,92
7	Психопатии	16,97	39,51	42,03
8	Неврозы	16,44	2,60	1,30
9	ОП ТПГМ	1,82	7,66	7,46
	Травматические церебральные арахноидиты	0,00	0,93	3,16
10	Вегето-сосудистые дистонии	0,00	0,60	0,40
15	Травмы нервных стволов	0,00	0,47	0,47
59	Энурез	0,26	7,99	4,69
	Наркомании	0,00	6,53	4,07
	Всего	99,99	45,88	54,11

Примечание: в графах "до 3-х месяцев" и "свыше 3-х месяцев" процент вычислен по отношению к ним суммарно.

Умственная отсталость. Различные формы умственной отсталости (олигофрений), диагностируемых на этапе призыва, занимают ведущее место. В структуре патологии этапа призыва эта разнородная нозологическая группа составляет 49,34%. В первые три месяца прохождения военной службы - "возврат", различные формы умственной отсталости составляют 25,65% в структуре патологии, а до конца прохождения военной службы распознается еще 25,93% различных форм умственной отсталости. Анализ биоритмологических особенностей первичной декомпенсации функции интеллекта дает ответ на вопрос: почему по мере увеличения продолжительности военной службы их количество не уменьшается, а увеличивается? Анализ периодограмм заболеваемости гриппом 1980 по 1991 г.г. и периодограмм увольнений из войск военнослужащих срочной службы, у которых диагностированы различные формы умственной отсталости показывает, что они между собой когерентны. Вспышки эпидемий гриппа вызывают синфазное увеличение количества случаев умственно отсталых. В годы минимальной заболеваемости гриппом отмечается самое меньшее количество уволенных из войск по поводу различных форм умственной отсталости. Социально-психологические потрясения в обществе и всплески солнечной не вызывали увеличения случаев умственной отсталости среди военнослужащих.

Таблица 2.

Динамика увольнений из вооруженных сил по НПЗ на фоне заболеваемости гриппом и переменных солнечной активности с 1980 по 1991 гг.

Годы	Заболеваемость гриппом о/оооо	Солнечная активность		% увольнений по поводу НПЗ
		в числах Вольфа	ультрафиолетовый поток	
1980	2355,0	154,6	178,6	9,58
1981	6028,0	140,4	182,3	7,32
1982	1680,2	116,0	157,4	4,62
1983	1064,0	66,6	107,9	5,11
1984	7502,2	45,9	90,8	10,64
1985	6020,2	17,9	63,7	5,97
1986	2920,9	14,4	66,6	5,08
1987	712,0	29,4	76,8	6,67
1988	8777,1	100,2	127,0	8,58
1989	2611,3	157,6	192,7	6,37
1990	4500,8	142,6	101,0	9,19
1991	5328,7	145,7		21,76
				99,99

Группа ЭОНПЗ. Из этой группы наиболее часто происходит увольнение военнослужащих срочной службы по поводу ОП ТПГМ. В структуре "возврата" ОП ТПГМ составляют 7,66%. И столько же военнослужащих увольняется из войск к концу прохождения военной службы - 7,46%. На этапе призыва ОП ТПГМ диагностируются значительно реже. В структуре патологии этапа призыва они составляют всего 1,82%.

Спектр нервно-психических нарушений ОП ТПГМ на этапе прохождения военной службы следующий:

- | | | |
|---|--|--------|
| 1 | астено-невротические синдромы | 19,24% |
| 2 | психопатические синдромы | 13,54% |
| 3 | вегето-сосудистые | 13,24% |
| 4 | синдромы ведущих аффективно-волевых нарушений | 7,57% |
| 5 | с ведущими корковыми двигательными нарушениями | 8,51% |
| 6 | с ведущим синдромом внутричерепной гипертензии | 4,37% |
| 7 | с ведущим синдромом снижения интеллекта | 5,67% |
| 8 | эпилептические синдромы | 5,36% |
| 9 | травматические церебральные арахноидиты | 22,08% |

Спектр синдромов у лиц той же возрастной и нозологической группы не признанных в вооруженные силы отличается следующим:

- гораздо реже диагностируется органическая патология;
- как правило не диагностируются церебральные арахноидиты;
- вдвое чаще диагностируются неврозоподобные и психопатоподобные синдромы;
- диагностируются депрессивные синдромы и депрессивно-бредовые в 3,94% и 5,12% случаев соответственно.

Биоритмологические особенности ОП ТПГМ заключаются в следующем: большое количество ОП ТПГМ у военнослужащих срочной службы диагностировано в 1980 г. - 13,3%; в 1984 г. - 12,6%; в 1991 г. диагностировано их наибольшее количество 25,9% всех уволенных из войск прошедшего цикла солнечной активно-

сти. Спектр синдромов этой нозологической группы в 1990 и 1991 г.г. смещен в сторону психопатических и неврозоподобных нарушений, которые отреагировали на социально-психологические потрясения того периода - пик перестройки распад СССР и Советской Армии. Вторым значимым фактором первичной декомпенсации ОП ТПГМ являются эпидемии гриппа, периодограммы которых когерентны периодограммам первичной декомпенсации последствий травматических поражений головного мозга.

Наименьшее количество уволенных военнослужащих срочной службы из вооруженных сил приходится на годы с минимальной заболеваемостью гриппом, на годы спокойного солнца и на годы социального благополучия в обществе.

Посттравматические церебральные арахноидиты как отдаленные последствия ТПГМ. На этапе призыва, как правило, они не распознаются. В течении первых трех месяцев прохождения военной службы в структуре патологии "возврата" церебральные арахноидиты составляют 0,93%, а до конца прохождения военной службы их количество увеличивается до 3,16% в структуре патологии. Как ОП ТПГМ церебральные арахноидиты нами выявлены в 22,08% случаев. Наши данные согласуются с данными исследований последствий ТПГМ, проведенные целым рядом исследователей. Данные И.П.Авижанене и соавт.,(1972) -34,6%; В.И.Толстоноговой и соавт.,(1978)-22,3%; Н.М.Маджидова и соавт.,(1978) -25,3%; Б.Х.Арифджанова (1978) -28,6%.

Выявленные клинические формы церебральных арахноидитов следующие:

1	астено-невротическая с диффузной неврологической симптоматикой	18,18%
2	с ведущим психопатическим синдромом	14,66%
3	с ведущими вегето-сосудистыми нарушениями	13,63%
4	с ведущим судорожным синдромом	12,12%
5	с ведущими сенестоипохондрическими проявлениями и диффузной неврологической симптоматикой	10,60%
6	с ведущим синдромом снижения интеллекта	10,60%
7	с эмоционально-волевыми нарушениями	10,60%
8	оптико-хиазмальные арахноидиты	9,09%
9	с ведущими вестибулокохлеарными нарушениями	4,54%

75,0% всех случаев церебральных арахноидитов у военнослужащих срочной службы с 1980 по 1991 г.г. зарегистрировано в 1984 г. Это год одной из самых мощных эпидемий гриппа прошедшего цикла солнечной активности. Церебральные арахноидиты на эпидемию гриппа 1981 и 1988 г.г. отреагировали значительно меньше. Эпидемия гриппа 1988 г. по отношению к церебральным арахноидитам оказалась самой шадящей. Штамм вируса гриппа 1984 г., полагаем, был особо "тропным" к мозговым оболочкам. Всплески солнечной активности не сказались на увеличении церебральных арахноидитов у военнослужащих.

Церебральный арахноидит - хроническое заболевание нервной системы, протекающее волнообразно с периодами обострений, причиной которых является ряд факторов, важнейшие из которых иммунологические. В основе патогенеза церебральных арахноидитов лежит двух стадийность процесса. Первая стадия сенсibilизации. В результате травматических и иных поражений головного мозга и его оболочек возникает иммунная реакция на антигены тканей мозга и его оболочки. Вторая стадия разрешающая. Она может следовать за стадией сенсibilизации, а может быть и отсроченной - спустя месяцы и годы, когда любая причина, поражающая мозг и его оболочки, индуцирует иммунный конфликт. Разрешающая стадия может протекать гораздо ярче в клиническом выражении по сравнению с первой стадией и часто приходится на годы прохождения военной службы.

Принципиальным в наших исследованиях стоял следующий вопрос: каким считать выявленный оболочечный процесс - только что возникшим, или давнишним? Или же заболевание имело место давно, но на момент призыва имелась полноценная клиническая компенсация, а в период прохождения военной службы наступила первичная его декомпенсация, или же заболевание возникло в период прохождения военной службы? В зависимости от ответа на эти вопросы решались правовые вопросы экспертизы.

Критериями давнишних воспалительных процессов головного мозга и его оболочек могут служить следующие нейрорентгенологические признаки:

1. негладкость внутреннего контура внутренней пластинки костей мозгового черепа. Этот признак лучше всего виден в своде черепа;

2. незакрытие швов черепа к определенному возрасту. Если имели место спечно-атрофические процессы, то происходит преждевременное (не по возрасту) закрытие швов. Сагиттальный шов должен быть закрыт к 35-ти летнему возрасту. Если он закрыт раньше, мы вправе предположить, что у больного имел место воспалительный процесс мозговых оболочек. Венечный шов должен быть закрыт к 25-ти летнему возрасту. Если он закрыт у призывника 18 лет, значит имел место воспалительный процесс мозговых оболочек. Механизм преждевременного закрытия шва следующий: твердая мозговая оболочка внедряется в щель шва, выходит наружу и соединяется с перикраниумом. Шов закрывается потому, что происходит ossификация твердой мозговой оболочки, внедрившейся в щель шва, и он остается рентгенологически невидимым. Причины, которые способствуют внедрению твердой мозговой оболочки в щель шва есть воспалительные процессы, внутричерепная гипертензия. При внутричерепной гипотензии шов также закрывается, так как ему нет нужды быть открытым, ибо исчезла причина, так как исчезла функция открытого шва.

3. исчезновение должествующих пальцевых вдавлений. Если церебральный арахноидит сопровождается гидроцефалией, то исчезают пальцевые вдавления. Исчезают они не раньше шести, восьми или двенадцати месяцев от начала воспалительного процесса. При "свежих" церебральных арахноидитах, сопровождающихся внутричерепной гидроцефалией, пальцевые вдавления не успевают исчезнуть, так как остеокласты твердой мозговой оболочки не успевают перестроиться под требуемый новый объем головного мозга.

4. усиление пальцевых вдавлений. При выраженных спечно-атрофических процессах головного мозга и его оболочек сильно изменена поверхность головного мозга, которая подтягивается к костям черепа вплотную. В этих случаях пальцевые вдавления не исчезают, а наоборот - усиливаются. Это видно лучше всего в лобных костях. На КТ этого можно не увидеть.

В норме щель костного шва не должна превышать толщины швейной нитки 10-го размера при условии, что снимок черепа был проведен на расстоянии одного метра. Если снимок черепа был произведен с более близкого расстояния, то происходит чисто оптическое увеличение размеров и структур костей черепа.

5. открытые швы. Признаками давнишних оболочечных процессов являются и не по возрасту открытые швы.

6. увеличение количества венозных выпускников (эмиссариев) и увеличение их размеров также является признаком давнишних перенесенных воспалительных оболочечных процессов.

Настоящие нейрорентгенологические признаки зачастую являются единственными критериями давнишних воспалительных оболочечных процессов мозговых оболочек. И если такие нейрорентгенологические изменения мы находим у призывников, то мы вправе предположить, что в анамнезе имелись воспалительные процессы мозговых оболочек, несмотря на то, что заболевание впервые диагно-

стировано лишь в период прохождения военной службы. Если при наличии клиники церебрального арахноидита мы не находим нейрорентгенологических признаков поражения мозговых оболочек, мы вправе предположить, что мы выявили "свежий" воспалительный оболочечный процесс, давность которого не превышает шести - восьми месяцев.

КТ признаки церебральных арахноидитов следующие:

1. наличие локального или диффузного расширения желудочков головного мозга;
2. расширение борозд головного мозга, размеров Сильвиевой ямки;
3. общая атрофия или локальные очаги атрофии вещества головного мозга;
4. признаки внутричерепной гипертензии, внутренней и внешней гидроцефалии;
5. спаечные и кистозно-спаечные процессы.

Отдаленные последствия инфекционных поражений головного мозга на этапе призыва распознаются нечасто и в структуре "отсева" составляют всего 0,78%. В первые три месяца прохождения военной службы их количество в структуре "возврата" всех НПЗ составляет уже 2,13%, а до конца военной службы их количество увеличивается до 2,92% в структуре уволенных из войск НПЗ.

Спектр синдромов ОП НИ, диагностированных в период прохождения военной службы следующий:

1	группа астено-невротических синдромов	27,27%
2	вегето-сосудистые синдромы	11,55%
3	синдромы снижения интеллекта (психоорганические)	3,03%
4	нейроэндокринные (гипоталамические)	1,51%
5	эмоционально-волевых нарушений	1,51%
6	галлюцинаторные	1,51%
7	церебральные арахноидиты различной локализации	51,62%

У лиц той же возрастной и нозологической группы на этапе призыва спектр синдромов следующий:

1	практически не диагностируются церебральные арахноидиты	
2	недостаточно выявляются другие органические изменения со стороны ЦНС	
3	невротические синдромы выявляются в	26,06%
4	вегето-сосудистые в	10,52%
5	психопатические синдромы в	10,52%
6	гораздо чаще выявляются депрессивные синдромы	31,50%
7	эпилептические в	5,20%
8	со снижением интеллекта в	5,20%

Биоритмологические особенности ОП НИ заключаются в следующем: наибольшее их количество зарегистрировано в 1980г. - 19,6%; в 1981г. - 18,1%; в 1984г. - 9,0%; в 1991г. - 13,3%. Это годы эпидемий гриппа и годы всплесков солнечной активности. Наименьшее количество ОП НИ зарегистрировано в годы минимальной заболеваемости гриппом (1981, 1983, 1986 и 1987г.г.), а также в годы минимума солнечной активности - 1985-1987гг. Социально-психологические потрясения в обществе не сказались на увеличении количества уволенных военнослужащих срочной службы по поводу отдаленных последствий перенесенных нейроинфекций.

Отдаленные последствия недифференцированных по этиологии органических поражений головного мозга. В структуре НПЗ этапа призыва они составляют 2,08%. В первые три месяца прохождения военной службы количество их увеличивается до 4,26% в структуре НПЗ "возврата", а до конца прохождения военной службы их количество еще увеличивается - до 6,55%. Наблюдается естественный процесс - по

мере взросления происходит все большее количество выявляемой патологии недифференцированных органических поражений головного мозга.

Спектр нервно-психических нарушений этой нозологической недифференцированной группы военнослужащих срочной службы следующий:

1	синдромы эмоционально-волевых нарушений занимают наибольший удельный вес в структуре	46,34%
2	психопатические синдромы составляют	26,82%
3	синдромы со снижением интеллекта	12,18%
4	астено-невротические составляют	4,87%
5	вегето-сосудистые составляют	2,43%
6	нейроэндокринные (гипоталамические)	2,43%
7	судорожные	2,43%
8	с двигательными корковыми нарушениями	2,43%

На этапе призыва:

1	в пять раз чаще диагностируются синдромы со снижением интеллекта (психоорганические)	
2	галлюцинаторные составляют	4,70%
3	депрессивные составляют	1,36%
4	психопатические составляют	1,36%
5	эмоционально-волевых нарушений	1,36%
6	депрессивно-бредовые составляют	2,05%
7	психосенсорные составляют	0,68%

Наибольшее количество случаев увольнений из войск по поводу недифференцированных органических поражений головного мозга приходится на 1980г. - 14,4% и 1984г. - 13,3% от всего количества случаев увольнений прошедшего цикла солнечной активности. 1980г. - год первого всплеска солнечной активности, в год 1984-й - год одной из мощных эпидемий гриппа, тропной к мозговым оболочкам. К концу 80-х годов количество увольнений из войск по поводу недифференцированных по этиологии органических поражений головного мозга уменьшается существенно. Мы склонны объяснять это улучшением нозологической диагностики. Социально-психологические потрясения в обществе не сказались на увеличении количества увольнений из войск по поводу недифференцированных органических поражений головного мозга.

Эпилепсия. На этапе призыва эпилепсия и судорожные синдромы распознаются хорошо. В структуре НПЗ этапе призыва эпилепсия (эпилептические синдромы) составляет 2,34%. В первые три месяца прохождения военной службы у военнослужащих выявляется еще 1,13% случаев (в структуре "возврата"), а до конца прохождения военной службы их количество незначительно, но все же увеличивается до 1,64% в структуре НПЗ уволенных из войск. Мы считаем, что это также является естественным процессом.

Наибольшее количество случаев эпилепсии и судорожных синдромов у военнослужащих срочной службы зарегистрировано в 1981г. - 30,4% всех случаев увольнений из войск прошедшего цикла солнечной активности. На 1984 г. приходится 17,3%, а на 1991г. - 13,0% случаев. 1981г. - год эпидемии гриппа. Эта эпидемия вызвала наибольшее количество судорожных синдромов за весь 11-ти летний цикл солнечной активности (а эпидемия гриппа 1984 г. была тропной к церебральным арахноидитам, но без доминирования их судорожными проявлениями). Наименьшее количество уволенных из войск по поводу эпилепсии и судорожных синдромов приходится на годы с наименьшей заболеваемостью гриппом и на годы спокойного солнца. В годы спокойного солнца по военному округу не зарегистрировано ни одного случая эпилепсии и церебральных арахноидитов. Социально-

психологические потрясения в обществе не сказались увеличением количества случаев первичной декомпенсации эпилепсии и судорожных синдромов.

Неврозы. На этапе призыва в вооруженные силы неврозы распознаются довольно хорошо и в структуре НПЗ "отсева" на этапе призыва они составляют 16,44%. При прохождении военной службы в первые три месяца их выявляется еще 2,60% (в структуре НПЗ "возврата"), а до конца прохождения военной службы их количество уменьшается до 1,30% в структуре НПЗ увольнений из войск.

Наибольшее их количество выявлено в 1991г. - 30,6% от всего количества случаев, уволенных из военного округа прошедшего цикла солнечной активности. На 1981г. приходится 11,2% случаев, на 1988г. - 8,0%. Эпидемии гриппа и всплески солнечной активности сказываются увеличением случаев первичной декомпенсации неврозов у военнослужащих, но самым мощным декомпенсирующим фактором являются социально-политические и социально-психологические потрясения в обществе.

Вегето-сосудистые дистонии. Наибольшее количество вегето-сосудистых дистоний (в основном по гипертоническому типу) приходится на 1987г. - 25,0% и на 1991г. - 37,5% от всего количества случаев увольнений военнослужащих срочной службы из войск прошедшего цикла солнечной активности. 1987г. - год завершения минимума солнечной активности и начала ее повышения. Вегето-сосудистый тип отреагировал увеличением количества случаев первичной декомпенсации раньше, чем другие типы реакций (нозологические гриппы). 1991г. - это год пика социально-психологических потрясений в обществе. В другие годы вегето-сосудистые дистонии в структуре иных нозологических единиц не являлись ведущим синдромом, но практически все нервно-психические заболевания содержат в себе вегето-сосудистую компоненту той или иной степени выраженности.

Наименьшее количество уволенных из войск по поводу вегето-сосудистых дистоний приходится на годы спокойного солнца, на годы социально-психологического благополучия в обществе.

Энурез. На этапе призыва энурез диагностируется хорошо. Однако в первые три месяца прохождения военной службы в структуре "возврата" энурез составляет 7,99%, а до конца прохождения военной службы выявляется еще 4,69% (в структуре НПЗ увольнений из войск). Наибольшее количество увольнений приходится на 1988-1991 г.г. Это годы социально-психологических потрясений в обществе. Эпидемии гриппа не сказались увеличением случаев увольнений из войск по поводу энуреза.

Наркомания. 66,2% всех случаев увольнений из войск приходится на 1989-1991гг. Это годы социально-психологических потрясений в обществе.

Небольшое количество уволенных из войск по поводу эндогенных психозов не дает возможности сделать достоверные выводы об их биоритмологических закономерностях у военнослужащих срочной службы.

В результате проведенных исследований выявлено, что несмотря на различия нозологические, у призывников и военнослужащих срочной службы выявляются сходные или одинаковые *типы патологических реакций*. Как известно, организм человека располагает ограниченным набором ответных реакций на множество болезнетворных воздействий (В.А.Абрамов, С.Л.Пуцай, Н.И.Кутько, 1991). Необходимость клинко-эпидемиологического изучения этой проблемы подчеркивают А.С.Тиганов и Л.К.Хохлов (1984). В настоящем изучении важность изучения типов патологического реагирования продиктована тем, что необходимо было уточнить: с какой частотой накапливаются патологические типы в наибольшей мере, в каком возрастном периоде организм юноши наиболее уязвим к факторам внешней среды? С этой целью проведено сравнительное возрастное-половое изучение основных, наиболее часто встречающихся патологических типов реагирования.

Наиболее распространенным является *гиперстенический* тип реагирования. Этот тип реагирования "сцеплен" с мужским полом - 70,6% всех гиперстенических реакций приходится на долю лиц мужского пола. Из них на возрастной период приходится наибольшее количество - 32,7%. Это период призыва в вооруженные силы и период прохождения военной службы. В дальнейшем, по мере взросления, количество гиперстенических реакций идет на убыль. У лиц женского пола пик накопления гиперстенических реакций приходится на возраст 36-40 лет (n=1233).

Гипостенический тип реагирования "сцеплен" с женским полом - 70,8% всех случаев (n=162). Пик их накопления у лиц женского пола приходится на возраст 36-40 лет. У лиц мужского пола пик их накопления приходится на возрастной период 16-20 лет - 25,0% всех случаев.

Психопатический тип реагирования также является одним из наиболее распространенных и "сцеплен" с мужским полом - 82,3% всех случаев и возрастным периодом 16-25 лет - 47,3% всех случаев. Это период призыва и прохождения службы. У лиц женского пола пик накопления психопатических реакций приходится на возрастной период 36-40 лет - 36,5% всех случаев, диагностированных у лиц женского пола. По мере взросления отмечается уменьшение частоты встречаемости психопатических синдромов - явление депсихопатизации или компенсации (n=2698).

Истерический тип реакций "сцеплен" с женским полом - 88,8% всех синдромов. Пик их возрастного накопления приходится на возрастной период 31-35 лет. У лиц мужского пола этот тип патологического реагирования приходится на 16-20 лет. (n=345).

Депрессивный тип реакций "сцеплен" с женским полом - 82,4% всех случаев. Пик их возрастного накопления приходится на 36-40 лет - 46,3% всех случаев. Пик возрастного накопления депрессивных синдромов у лиц мужского пола приходится на возрастной период 31-35 лет (n=216).

Делириозный тип реакций "сцеплен" с мужским полом - 80,0% всех случаев и возрастным периодом 26-30 лет. Пик накопления их у лиц женского пола также приходится на возрастной период 26-30 лет. (n=120).

Онейроидно-кататонический тип реакций "сцеплен" с женским полом - 77,1% всех случаев и возрастным периодом 16-30 лет. При ЭОНПЗ этот тип реакций на 88,8% случаев встречается у лиц женского пола. Пик накопления этого типа реакций у лиц мужского пола приходится на возраст 16-30 лет - 52,4% всех случаев. (n=112).

Бредовый тип реакций при ЭОНПЗ: при ОТ ТПГМ в 80,0% случаев "сцеплен" с мужским полом и возрастным периодом 56-60 лет. При ОП НИ этот тип реакций "сцеплен" с женским полом - 92,3% и возрастным периодом 26-30 лет (n=297).

Вегето-сосудистый тип реакций встречается практически при всех НПЗ. Пик их накопления у лиц мужского пола приходится на возраст 16-20 лет. В рамках неврозов на долю лиц женского пола приходится 64,7% всех случаев. Пик их возрастного накопления у лиц женского пола приходится на возраст 30-40 лет. (n=133).

Сенесто-ипохондрический тип реакций при ЭОНПЗ в равной мере встречается у лиц обоих полов. Пик их возрастного накопления приходится у лиц мужского пола на 31-35 лет. По мере взросления частота встречаемости сенесто-ипохондрических синдромов у лиц мужского пола уменьшается, у лиц женского пола - увеличивается после 35-летнего возраста (n=178).

Церебральные арахноидиты как тип реагирования. Мозговые оболочки на инфекционные и токсические поражения реагируют воспалением. Это их тип реагирования. В каждом четвертом случае ЧМТ мозговой оболочки также реагируют воспалением. Нами проведено изучение 364 случаев КТ исследования головного

мозга и его оболочек у лиц различного пола и различных возрастных периодов. Выявлено, что пик накопления церебральных арахноидитов у лиц мужского пола приходится: на возрастной период 10-15 лет -14,5%, на возрастной период 16-20 лет-18,7%, на возрастной период 21-30 лет -20,0%. В последующие возрастные периоды отмечается их уменьшение. Пик возрастного накопления церебральных арахноидитов, у лиц женского пола, приходится на возраст 36-40 лет.

Таким образом, тип патологического реагирования в одних случаях "сцеплен" с полом, в других-с нозологией, в третьих - с возрастным периодом. На возрастной период юношей 16-20 лет приходится пик накопления:

- 1 - гиперстенических типов реагирования;
- 2 - гипостенических;
- 3 - вегето-сосудистых;
- 4 - психопатических;
- 5 - истерических;
- 6 - церебральных арахноидитов.

Это возраст призыва в вооруженные силы и период прохождения военной службы. Полученные данные свидетельствуют о том, что организм юноши в возрасте 16-20 лет обладает пониженной устойчивостью к воздействию факторов внешней среды. Эти данные дают основание ставить вопрос о пересмотре сроков призыва в вооруженные силы и сроков прохождения военной службы на два года позже, когда организм юноши вступает в возрастной период более устойчивый к воздействию факторов внешней среды.

Причины ошибок диагностики. Трудности военной экспертизы. Сложившаяся практика военно-врачебной экспертизы (Приказ МО СССР N 260 от 09.09.1987г.) подразделяет увольнения из вооруженных сил на сроки прохождения военной службы "до 3-х месяцев" и на сроки "свыше 3-х месяцев". Цель такого временного деления продиктована правовой необходимостью: возникла потребность разграничения тех НПЗ, которые возникли в период прохождения военной службы от тех, которые возникли давно, до призыва, но по тем или иным причинам не были распознаны на этапе призыва. Их "водоразделом" принят срок службы в 3 месяца. Насколько такое временное деление не соответствует закономерностям патогенеза некоторых НПЗ может свидетельствовать следующий факт. Из 844 военнослужащих, уволенных из войск военного округа за 11-летний период с 1980 г. по 1991г. по поводу умственной отсталости (различных форм олигофрений) 385 уволено в сроки прохождения военной службы до 3-х месяцев. Остальные - в более поздние сроки прохождения военной службы. Периодограммы всех выявленных случаев умственной отсталости (как в сроки прохождения военной службы "до 3-х" месяцев, так и "свыше 3-х" месяцев) когерентны периодограммам заболеваемости гриппом за предшествующий цикл солнечной активности. Аналогичная ситуация наблюдается и при других НПЗ. Это свидетельствует о том, что "водораздел" в 3 месяца прохождения военной службы не может быть надежным критерием "старых" и "вновь" возникших заболеваний у военнослужащих. Обострение ранее перенесенного органического заболевания головного мозга у военнослужащего может возникнуть и на втором году прохождения военной службы.

Анализ увольнений из войск в период с 1980 по 1991гг. показывает, что при таких заболеваниях, как неврозы, энурез и наркомании первичная декомпенсация наступает в основном в сроки до 3-х месяцев прохождения военной службы. При таких заболеваниях, как психопатии, ОП ТПГМ, при церебральных арахноидитах, при органических заболеваниях головного мозга с ведущим синдромом снижения интеллекта, эпилепсии и судорожных синдромах первичная декомпенсация наступает чаще в сроки прохождения военной службы свыше 6-ти месяцев прохождения службы. При ОП НИ, вегето-сосудистых дистониях первичная декомпенсация

наступает в равной мере как в сроки "до 3-х месяцев" так и после "срока 3-х месяцев" прохождения военной службы.

Использование критериев нейрорентгенологической диагностики заболеваний головного мозга и его оболочек показывает, что и в сроки "до 3-х месяцев" службы и выше 3-х месяцев выявляются давнишние воспалительные оболочечные процессы. Первичная декомпенсация ранее перенесенного заболевания головного мозга и его оболочек может наступить и на втором году прохождения военной службы.

В зависимости от ведущего клинического синдрома (психопатологического, неврологического), часть из которых, как известно, бывает нестабильными, мещающимися, заболевание может быть отнесено в рубрики У или У1 разрядов МКБ-9 - т.е. в разделы психических или неврологических заболеваний. С учетом механизмов "опережения или запаздывания" психопатологической или неврологической симптоматики в течении короткого периода времени один ведущий синдром может быть вытеснен другим ведущим синдромом. Эти моменты зачастую вызывают трудности формулировок диагнозов и могут быть источниками ошибочных экспертных заключений (Е.Л.Мачерет, И.З.Самосюк, Л.Г.Гаркуша, 1986). Подобные и другие недостатки МКБ-9 отмечают А.С.Тиганов и Л.К.Хохлов,(1984г.) и сводят они к следующему:

1- в МКБ-9 включены далеко не все синдромы, которыми характеризуются нервно-психические заболевания экзогенно-органической природы;

2- в МКБ-9 практически не учитывается форма течения болезни и стадия ее развития. МКБ-9 создана под стабильные клинические события. Она не учитывает психоневрологию течения. Об этом говорит А.В.Снежневский (1960-1975 г.г.).

3- ряд рубрик МКБ-9 объединяет состояния, выделенные по различным принципам: то по этиологии, то по тяжести состояния, то по глубине поражения нервно-психических функций;

4- некоторые дефиниции МКБ-9 настолько малоинформативные, что они не раскрывают клинических особенностей больного. МКБ-9 дает возможность различения клинических событий;

Экспертам известно, что используя явление нестабильности некоторых клинических синдромов, а также достаточно широкие возможности в выборе формулировок клинических диагнозов, представляется возможным проводить "перекачку" одних клинических событий в другие рубрики. Это встречается не столь часто, и, чаще, непреднамеренно. Однако "влияние школы" здесь имеется, а раздельное изучение сходных клинических событий невропатологами и психиатрами может приводить к ошибочным выводам.

На эти моменты и обратил внимание Rogers D. (1986), который сформулировал парадокс, заключающийся в том, что 80% всех последствий органических поражений головного мозга лечат не невропатологи, а психиатры, и в то же время 80% психиатров Европы не в состоянии мало-мальски грамотно оценить неврологический статус больного. В подчеркнутом им парадоксе кроется источник множества ошибочных экспертных заключений. Это проблема методологии подготовки врачей практического здравоохранения.

Не изученность клинических особенностей первичной декомпенсации ЭОНПЗ у военнослужащих срочной службы и их биоритмологических закономерностей дает право врачам-экспертам проводить анализ увольнений из войск на основании методов, не учитывающих колебательные процессы нервно-психической заболеваемости, что ведет к ошибочным экспертным заключениям.

Клинический патоморфоз является эквивалентом законов биологической изменчивости, которые неизвестны (Ч.Дарвин, Эйген, 1988г.). Явление непредсказуемого патоморфоза есть явление генетического порядка. Клиническое разнообразие подчиняется определенным количественным и качественным соотношениям.

Универсальное, генетически обусловленное и клинически проявляющееся соотношение линейности и каскадности клинических событий, предсказуемости и клинически непредсказуемого патоморфоза, соответствует пропорции "золотого сечения". Процент пересмотра экспертных заключений на призывников, которые призваны на военную службу и повторно изучены экспертными комиссиями военных округов, соответствует "пропорции золотого сечения" и это следует считать нормальным явлением клинической диагностики нервно-психических заболеваний (ПриВО, 1994г).

Прогноз первичной декомпенсации основных нервно-психических заболеваний у военнослужащих срочной службы. Методика долгосрочного прогноза.

Разработка прогностических моделей возможна при учете выявления объективных, существенных и повторяющихся в определенных условиях связей и устойчивых соотношениях между экологическими, социально-психологическими и клиническими событиями. Создание прогностических моделей допускает использование законов биологии, социальных законов, законов статистики, структуры, экологии и др., - т.е. всех переплетений движения материи (Е.И.Чазов, Г.И.Царегородцев, 1966). Когда и с какой вероятностью может повториться то или иное клиническое событие покажет анализ сцепленности клинических и иных событий за полный 11-летний цикл солнечной активности.

Нами установлено, что одни клинические события отреагировали на всплески солнечной активности и являются "солнце зависимыми", другие отреагировали на вспышки эпидемий гриппа и могут быть квалифицированы как "грипп зависимые", а третьи отреагировали на социально-психологические потрясения в обществе. Отмечено также явление интерференции влияния основных факторов первичной декомпенсации НПЗ у военнослужащих срочной службы. Динамика переменных солнечной активности предсказуема. Динамика заболеваемости гриппом также предсказуема. Выявленные корреляционные взаимоотношения между тремя основными факторами первичной декомпенсации НПЗ прошедшего цикла солнечной активности являются ключом к их прогнозу на предстоящий 11-ти летний цикл солнечной активности.

Адаптированный метод двумерного линейного предсказания (С.М.Марпл - младший, 1990), а также определение силы влияния основных экологических факторов и социально-психологических потрясений на первичную декомпенсацию основных НПЗ у военнослужащих срочной службы позволили создать прикладной прогноз их первичной декомпенсации до 2007 года.

Создан адаптированный математический аппарат и прикладные программы предсказания на ЭВМ. Подтверждено предположение, что для долгосрочного прогноза целесообразно использовать не максимально большое количество экологических и иных событий, которые могут иметь свойства "шума", а только основные, обладающие наибольшей силой влияния, имевшие место с 1980 по 1991 гг.

Прогноз первичной декомпенсации основных нервно-психических заболеваний у военнослужащих срочной службы до 2007 г.:

1992г.-год начала снижения уровней солнечной активности, год снижения заболеваемости гриппом. В этом году будет отмечаться резкое снижение случаев первичной декомпенсации большинства ЭОНПЗ у военнослужащих срочной службы. Вероятно сохранение высокой стабильной первичной декомпенсации эпилепсией и судорожными синдромами.

1993г.-год дальнейшего снижения солнечной активности, стабильной низкой заболеваемости гриппом. Ожидается низкий уровень первичной декомпенсации практически всех НПЗ у военнослужащих.

1994г. - год стабильного снижения первичной декомпенсации НПЗ у военнослужащих срочной службы. Эпидемия гриппа ожидается в конце года

или вначале 1995г. Ожидается увеличение первичной декомпенсации клинических событий с ведущим синдромом снижения интеллекта, ОП ТПГМ, ОП НИ.

1995г. - год ожидаемой вспышки эпидемии гриппа. Предполагается рост первичной декомпенсации ЭОНПЗ.

1996 и 1997 гг. - годы минимальной солнечной активности. Если эпидемия гриппа в 1995г. не вспыхнула, то в эти годы малая вероятность ее возникновения. Однако не исключено появление "шадающей" эпидемии гриппа. Первичная декомпенсация ЭОНПЗ у военнослужащих будет минимальной. Предполагается, что эти годы будут самыми благоприятными предстоящего 11-летнего цикла солнечной активности. *

1998 и 1989гг. - годы начала подъема уровней солнечной активности. Первыми на этот подъем должны "отреагировать" вегето-сосудистые дистонии, как самостоятельная нозологическая единица и вегето-сосудистые синдромы в рамках неврозов, ОТ ТПГМ.

2000г. - год достижения максимума солнечной активности. Ожидается вспышка эпидемии гриппа. Прирост случаев первичной декомпенсации неврозов, психопатий. Много наркоманов. Высокий социально-психологический накал в обществе. Увеличение количества первичной декомпенсации эпилепсии и судорожных синдромов.

2001 и 2002 гг. - годы высокой (максимальной) солнечной активности. Сохраняется социально-психологическое напряжение. Стабильно высокой остается заболеваемость эпилепсией и судорожными синдромами, психопатиями, неврозами. Много наркоманов.

2003г. - год окончания максимума солнечной активности и переход ее в фазу снижения. Уровень первичной декомпенсации ЭОНПЗ остается высоким.

2004 и 2005 гг. - годы снижения солнечной активности. Годы снижения первичной декомпенсации большинства ЭОНПЗ. Ожидается вспышка эпидемии гриппа, которая будет тропной к мозговым оболочкам. Рост церебральных арахноидитов. Рост случаев первичной декомпенсации функции интеллекта.

2006 и 2007 гг. - годы спокойного солнца. Минимальная первичная декомпенсация большинства нервно-психических заболеваний у военнослужащих срочной службы. Ожидается окончание социально-психологического напряжения в обществе.

* в прогностке Чеченская кампания квалифицируется как событие аномальное. Заглохнет она в 1996 или 1997гг.

Профилактика нервно-психических заболеваний у военнослужащих срочной службы. Социально-политические и социально-психологические потрясения в обществе на 80% являются следствием всплесков солнечной активности и на 20% обусловлены иными причинами. Всплески солнечной активности есть особо опасные природные явления. В годы ожидаемых всплесков солнечной активности целесообразно предусмотреть целый ряд моментов:

1- усилить состав военно-медицинских призывных комиссий опытными и здоровыми специалистами;

2- снизить ежедневную нагрузку и темпы проведения медицинского освидетельствования призывников;

3- призыв в вооруженные силы проводить в ближайшие от мест рождения призывников военные округа;

4- обращать особое внимание на возможность возникновения конфликтов в воинских коллективах по ничтожным поводам;

5- уменьшать физические и интеллектуальные нагрузки на военнослужащих. Реже и с особой осторожностью проводить учения с особо сложными военными технологиями;

6- при незначительных отклонениях нервно-психического здоровья военнослужащих проводить полноценное обследование и лечение;

7- критерии увольнений из войск по нервно-психическим заболеваниям в годы повышенной солнечной активности должны быть изменены: увольнять из войск при незначительных нервно-психических отклонениях.

Бессимптомные формы гриппа встречаются от 35 до 80% лабораторно подтвержденных случаев. Этим объясняется, почему не у всех военнослужащих, уволенных из войск по поводу НПЗ в эпидемию гриппа имелись признаки гриппа. Необходимые условия эффективной профилактики гриппа у военнослужащих следующие:

1- территориальный принцип иммунизации: защитить основную массу населения можно только иммунопрофилактикой всех на определенной территории (город, район, область);

2- массовость охвата прививками. Подавить эпидемию гриппа можно в том случае, если профилактикой гриппа охвачено не меньше 70% населения. Организованные коллективы, в том числе и воинские должны быть охвачены профилактикой на 80-90%;

3- военнослужащие срочной службы относятся к категории повышенного социально-экономического и оборонного значения.

ВЫВОДЫ

1. Нередко в детском, подростковом или юношеском возрасте нервно-психические заболевания протекают на субклиническом уровне, заканчиваются быстрой клинической компенсацией и социальной адаптацией и являются трудными для своевременной диагностики. Первичная декомпенсация перенесенных заболеваний может наступать через несколько лет в следующем возрастном периоде пониженной устойчивости к воздействию факторов внешней среды. Нервно-психические заболевания в этом периоде протекают, как правило, значительно ярче в клиническом выражении и трудными для диагностики не являются.

2. На этапе призыва чаще распознаются неврозы, психопатии, а также случаи нервно-психических заболеваний с ведущим синдромом снижения интеллекта. Распознавание экзогенно-органических нервно-психических заболеваний на этапе призыва проводится недостаточно ввиду их полноценной клинической компенсации и социальной адаптации. Первичная декомпенсация нервно-психических заболеваний часто происходит в различные сроки прохождения военной службы. Военно-медицинской экспертизой первичная декомпенсация ранее перенесенных экзогенно-органических нервно-психических заболеваний в половине случаев квалифицируется как вновь возникшие самостоятельные заболевания.

3. Наиболее значимыми этиологическими факторами, вызывающими первичную декомпенсацию основных нервно-психических заболеваний у военнослужащих в период прохождения срочной службы являются:

- а) эпидемии гриппа;
- б) всплески солнечной активности, приравняемые к особо опасным природным явлениям;

- с) социально-политические и социально-психологические потрясения в обществе.

Сила влияния этих трех основных факторов на различные нервно-психические функции неодинакова:

- а) эпидемии гриппа наибольшее декомпенсирующее влияние оказывают на отдаленные последствия перенесенных нейронинфекционных заболеваний головного мозга, на церебральные арахноидиты, на последствия травматических поражений головного мозга, на клинические события с ведущим синдромом снижения интеллекта, психопатии;
- б) всплески солнечной активности наибольшее декомпенсирующее влияние оказывают на эпилепсию и судорожные синдромы, вегето-сосудистые дистонии, на недифференцированные по этиологии экзогенно-органические нервно-психические заболевания;
- с) социально-психологические потрясения в обществе наибольшее декомпенсирующее влияние оказывают на психопатии, неврозы, наркомании.

4. Спектр нервно-психических нарушений в годы социально-психологических потрясений, в годы эпидемий гриппа и в годы максимумов солнечной активности существенно отличается от спектра нервно-психических нарушений в годы спокойного солнца, в годы минимальной заболеваемости гриппом и в годы социально-политического и социально-психологического благополучия в обществе. Клиническая характеристика нервно-психических заболеваний должна проводиться с обязательным указанием года цикла солнечной активности.

5. Первичная декомпенсация экзогенно-органических нервно-психических заболеваний у военнослужащих при прохождении ими военной службы может проявляться следующими основными вариантами:

- а) с ведущей неврологической симптоматикой;
- б) с ведущей психопатологической симптоматикой;
- с) вариантом, в котором неврологическая и психопатологическая симптоматика выражены в равной мере.

Ввиду нестабильности ряда клинических синдромов степень их выраженности на различных этапах заболевания может существенно меняться, что дает основание относить их то в неврологические, то в психиатрические рубрики. Раздельное их изучение может приводить к неверным выводам.

6. Основу системы долгосрочного прогнозирования первичной декомпенсации основных нервно-психических заболеваний у военнослужащих срочной службы положены выявленные их биоритмологические закономерности возникновения у военнослужащих, степень их сцепленности с прогнозируемыми эпидемиями гриппа, с прогнозируемыми всплесками солнечной активности и с социально-психологическими потрясениями в обществе.

7. Создание прикладных прогностических моделей с абсолютной надежностью и предсказуемостью невозможно из-за наличия объективных законов непредсказуемо изменяющегося мира. Прогностические модели с 70%-й точностью предсказания следует признавать удовлетворительными и приемлемыми для клинической практики. Предвидеть конкретный момент и клинические особенности первичной декомпенсации у военнослужащего срочной службы задача весьма трудная.

8. Ошибки клинической диагностики нервно-психических заболеваний у призывников и военнослужащих срочной службы обусловлены рядом объективных и субъективных факторов, заложенных на различных уровнях, а также предопределены клиническими и общепсихологическими особенностями протекания нервно-психических заболеваний в молодом возрасте:

- и) Организационно-методический уровень:

- a) несоответствие МКБ-9 выявляемому клиническому разнообразию нервно-психической патологии, возможность разнотечения ее разделов;
- b) необоснованность некоторых положений Приказа МО СССР # 260 от 09.09.1987г.
- c) недостатки программ и методик последипломной подготовки невропатологов и психиатров - парадокс Rogers D.
- ii) Клинический уровень:
 - a) не изученность клинических особенностей первичной декомпенсации основных НПЗ у военнослужащих срочной службы;
 - b) возникновение первичной декомпенсации в каскадном режиме;
 - c) отсутствие надежных критериев разграничения обострения давнишних патологических процессов от вновь возникших.
- iii) Общебиологический уровень:
 - a) объективная невозможность дать точные и однозначные характеристики ряду клинических синдромов из-за наличия явления их нестабильности;
 - b) наличие непредсказуемого клинического патоморфоза; "закованность" клинических событий в неповторимый момент времени;
 - c) соответствие упорядоченности и хаоса(энтропии), предсказуемости и непредсказуемости клинических событий, их линейности и каскадности фундаментальному явлению - пропорции "золотого сечения".

9. Профилактика нервно-психических заболеваний у военнослужащих срочной службы в различные годы цикла солнечной активности должна иметь свои особенности и должна быть направлена на предупреждение социально-политических и социально-психологических потрясений в обществе и в воинских коллективах, на эффективную профилактику гриппа в воинских коллективах, а в годы всплесков солнечной активности должен быть предусмотрен особый комплекс мероприятий, направленных на снижение пределов физических и интеллектуальных нагрузок, на особый режим работы и проведения учений с особо опасными военными технологиями.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. С целью уменьшения частоты первичной декомпенсации нервно-психических заболеваний у военнослужащих срочной службы целесообразно сменить сроки прохождения военной службы на два года позже, когда организм юноши вступает в возрастной период более устойчивый к воздействию факторов внешней среды.

2. С целью достижения сопоставимости результатов научных исследований необходимо указывать конкретные сроки клинических наблюдений каждого 11-ти летнего цикла солнечной активности, так как время публикации чаще всего не соответствует году описываемого клинического события.

3. Для разграничения степени давности оболочечных воспалительных процессов предложены нейрорентгенологические критерии разграничения давнишних воспалительных процессов, от воспалительных процессов, которые имели место недавно.

4. Программа и методики последипломной подготовки невропатологов и психиатров должны быть приведены в соответствие с занимаемым удельным весом экзогенно-органическими нервно-психическими заболеваниями в структуре патологии лиц молодого возраста, в соответствии с их социальной значимостью. Целесообразно введение отдельного курса психоневрологии молодого возраста, так как раздельное их изучение "чистыми" невропатологами и "чистыми" психиатрами не способствует интегративному пониманию этого раздела.

5. Предложена программа для ЭВМ для долгосрочного предсказания первичной декомпенсации основных нервно-психических заболеваний у военнослужащих срочной службы.

6. Предложен проект Положения о медицинском освидетельствовании в вооруженных силах.

Положение о медицинском освидетельствовании в вооруженных силах (на мирное и военное время).

Проект.

Ста- тьи	Наименование болезней и физиче- ских недостатков	Степень выраженности дефекта
1	2	3
1	Олигофрении (врожденные формы слабоумия)	с легкими нарушениями интеллекта
	Дементные синдромы при дифференцированных органич. поражениях головного мозга	с умеренно выраженными нарушениями интеллекта
	Дементные синдромы при недифференцированных органических поражениях головного мозга	с выраженными нарушениями интеллекта
2	Последствия острой травмы головного, спинного мозга и нервных стволов	с легкими нарушениями функций
	А - с ведущей неврологической симптоматикой	с умеренно выраженными нарушениями функций
	Б - с ведущей психопатологической симптоматикой	с выраженными нарушениями функций

1	2	3
3	Отдаленные последствия травм головного, спинного мозга и нервных стволов А - с ведущей неврологической симптоматикой Б - с ведущей психопатологической симптоматикой	с легкими нарушениями функций с умеренно выраженными нарушениями функций с выраженными нарушениями функций
4	Последствия острых инфекционных поражений головного, спинного мозга и нервных стволов А - с ведущей неврологической симптоматикой Б - с ведущей психопатологической симптоматикой	с легкими нарушениями функций с умеренно выраженными нарушениями функций с выраженными нарушениями функций
5	Отдаленные последствия инфекционных поражений головного, спинного мозга и нервных стволов А - с ведущей неврологической симптоматикой Б - с ведущей психопатологической симптоматикой	с легкими нарушениями функций с умеренно выраженными нарушениями функций с выраженными нарушениями функций
6	Эпилепсия. Эпилептические синдромы при дифференцированных органических поражениях головного мозга Эпилептические синдромы при недифференцированных органических поражениях головного мозга	с редкими припадками с частыми припадками
7	Сосудистые поражения головного и спинного мозга Вегетососудистые дистонии	с легкими нарушениями функций с выраженными нарушениями функций
8	Психопатии. Психопатические синдромы при дифференцированных органич. поражениях головного мозга Психопатические синдромы при недифференцированных органич. поражениях головного мозга	с легкими личностными нарушениями с выраженными личностными нарушениями.

1	2	3
9	Неврозы с легким нарушением Невротические синдромы в результате дифференцированных органических поражений головного мозга Невротические синдромы в результате недифференцированных органических поражений головного мозга Невротические синдромы в результате хронических соматических поражений	с легкими нарушениями функций с выраженными нарушениями функций
10	Реактивные состояния	кратковременные затяжные
11	Энурез	указать частоту
12	Аномалии развития НС	указать что именно
13	МДП. Циклотимия.	указать форму, частоту рецидивов
14	Шизофрения. Другие психозы	указать вид, форму
15	Наркомании	указать вид
16	Не дифференцируемые нервно-психические заболевания	указать вид

Квалификация заключения:

1. Заболевание получено давно, до призыва в вооруженные силы. Декомпенсация заболевания впервые наступила в период прохождения военной службы.
2. Заболевание впервые получено в период прохождения военной службы, но не связано с выполнением служебных обязанностей.
3. Заболевание получено в период прохождения военной службы и связано с выполнением служебных обязанностей.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ.

1. О системе прогнозирования социально-трудовой абилитации выпускников вспомогательных школ-интернатов, страдающих умственной отсталостью. Журн. "Здравоохранение", Кишинев, 1986, 4, с.19-22. /В соавторстве с Ю.А.Антроповым/.
2. Факторы декомпенсации нервно-психических функций у военнослужащих. /Тез. докладов международной конференции "Экология и градостроительство", г. Пенза, 20-22 мая 1995г./ г.Пенза, 1995г., с.32-33.
3. Методика прогнозирования нервно-психической заболеваемости. /Тез. докладов международной конференции "Экология и градостроительство", г. Пенза, 20-22 мая 1995г./, г.Пенза, 1995 г., с.44-45.
4. К проблеме онкологического фона территорий./Тез. докладов международной конференции "Экология и градостроительство", г.Пенза, 20-22 мая 1995 г./, г.Пенза, 1995г., с 18-19. /В соавторстве с О.Н.Смирновым/.
5. Основные факторы первичной декомпенсации нервно-психических заболеваний у военнослужащих срочной службы. /Тез. докладов 1-го Украинского конгресса невропатологов, г.Харьков, 1996г. / г.Харьков, 1996г. с.96-97.

6. Церебральные арахноидиты у военнослужащих срочной службы. /Тез. докладов 1-го Украинского конгресса невропатологов... г.Харьков/г.Харьков, 1996, с.123-124., /В соавторстве с Г.И.Мартыновой/.
7. К проблеме диагностических ошибок./Тез. докладов онкологов Пензенского областного онкодиспансера, 1995г./ 28 июня 1995 г. г.Пенза, с. 14-16.
8. Динамика нервно-психической заболеваемости за 11-ти летний период./Тез. докладов онкологов Пензенского областного онкодиспансера, 1995г./ 28 июня 1995 г., г.Пенза, с. 34-36.
9. Лечение и реабилитационные мероприятия при минимальной мозговой дисфункции./Тез. докладов региональной конференции "Профилактика и лечение нервных и психических заболеваний", г. Пенза, 1987г./ 28-29 мая 1987 г. г.Пенза, с.24-25.
10. О соотношении лечения, этиологии, возраста и обучения в компенсаторных процессах пубертатного периода у умственно отсталых. /Тез. докладов научно-практич. конф. "Новые методы диагностики и лечения нервно-психических заболеваний" г.Пенза/ 27 мая 1988 г., г.Пенза, с. 26-27. /В соавторстве с А.Ю. Антроповым/.
11. Комплексное лечение как профилактика декомпенсации у умственно отсталых детей и подростков в пубертатном периоде./Тез. докладов научно-практич. конф. "Новые методы диагностики и лечения нервно-психических заболеваний", г.Пенза/ 27 мая 1988 г., г.Пенза, с. 33-34.
12. Структура кратковременных патологических форм реагирования в зависимости от возраста и пола./Тез. докладов научно-практич. конф. "Критические состояния и их лечение при нервно-психических заболеваниях и алкоголизме", г.Пенза/ 29 мая 1989г.,г.Пенза, с. 8-9.
13. Возрастно-половая структура ипохондрического невроза./Тез. докладов научно-практич. конф. "Критические состояния и их лечение при нервно-психических заболеваниях и алкоголизме", г.Пенза/ 29 мая 1989г., г.Пенза, с. 20-21.
14. О возрастзависимости структуры алкогольных психозов. /Тез. докладов научно-практич. конф."Профилактика и лечение нервно-психических заболеваний", г.Пенза/ 28-29 мая 1987 г. г.Пенза, с.24-25. /В соавторстве с Е.В.Волковой/.
15. Синдромологическая структура и возраст зависимость ситуационных патологических реакций. /Тез. докладов научно-практич. конф. "Проблемы патологии личности", г.Пенза/ 25 мая 1990 г., с.25-26.
16. К половой и возрастной зависимости психопатических синдромов при экзогенных и сосудистых психозах./Тез. докл. научно-практич. конф. "Проблемы патологии личности...", г.Пенза, 1990г./ 25 мая 1990 г., с. 31-32 /В соавторстве с Ю.А.Антроповым/.
17. О возрастзависимости ипохондрического типа реагирования при различных нозологических единицах./Тез. докладов научно-практич. конф. "Психические заболевания, лечение и профилактика", г.Полтава, 1990г./ 25 июня 1990 г., г. Полтава, с.17-18. /В соавторстве с Ю.А.Антроповым/.
18. К ранней диагностике соматогенно обусловленных психопатологических расстройств./тез. докл. научно-практич. конф. "Профилактика и лечение нервно-психических заболеваний", г.Пенза, 1991 г./ 29 мая 1991 г., г.Пенза, с. 38-39.
19. Возрастно-половые особенности некоторых видов патологического развития личности./Тез. докладов научно-практич. конф. "Профилактика и лечение нервно-психических заболеваний" г.Пенза, 1991г./ 29 мая 1991 г., г. Пенза, с. 23-24.

20. Структура нервно-психической патологии на этапе призыва (По данным областного сборного пункта, г.Пенза, 1994 г.). ВИНТИ, г.Москва, 1996г., 18 с., регистрационный № 8 25280
21. Структура нервно-психической патологии у военнослужащих срочной службы на этапе "возврата" из войск. (По данным ОВО с 1980 по 1991 г.г.). ВИНТИ, г.Москва, 1996, 12с., регистрационный № 8 25281
22. Структура нервно-психической патологии у военнослужащих срочной службы, уволенных из войск с 1980 по 1991 гг. (По данным ОВО с 1980 по 1991 г.г.). ВИНТИ, г.Москва, 1996г. 18 с. , регистрационный № 8 25282
23. Некоторые нейроинфекционные заболевания и солнечная активность с 1980 по 1991 г.г. ВИНТИ, г.Москва, 1996 г. 10с. , регистрационный № 8 25282

АННОТАЦІЯ

Гришцов Михайло Іванович. Назва дисертації: "Основні нервово-психічні захворювання у військовослужбовців термінової служби та в осіб молодого віку, які не призовані до військової служби".

Дисертація на здобуття вченого ступеню доктора медичних наук. Спеціальність: "Нервові хвороби". 14.01.15. Вид дисертації- рукопис. Київський інститут вдосконалення лікарів.

Метою дослідження є вивчення структури, закономірностей виникнення, формування та прогнозування первинної декомпенсації основних нервово-психічних захворювань у військовослужбовців термінової служби, та у осіб молодого віку, які не призовані до військової служби.

Встановлено, що основні нервово-психічні захворювання протікають хвилеподібно. Під час проходження служби часто спостерігається їх загострення. Найбільш вагомими причинними факторами їх загострень є епідемії грипу, максимуми сонячної активності та соціально-психологічні потрясіння в суспільстві. Сила впливу цих трьох факторів первинної декомпенсації нервово-психічних розладів в різні роки сонячної активності неодинакова. Спектр нервово-психічних розладів в роки максимумів сонячної активності, в роки епідемії грипу та в роки соціально-психологічної нестабільності суттєво відрізняється від спектру порушень в роки спокійного сонця, найменшої захворюваності на грип та в роки соціального спокою. Первинна декомпенсація нервово-психічних захворювань у військовослужбовців протікає за трьома варіантами: з провідною неврологічною симптоматикою, з провідною психопатологічною та в рівній мірі тою та другою.

Розроблено систему прогнозування декомпенсації нервово-психічних захворювань у військовослужбовців до 2007 року. Розроблено міри профілактики нервово-психічних порушень у військовослужбовців термінової служби з урахуванням основних причинних факторів їх декомпенсації.

Ключові слова: військовослужбовці, молодий вік, церебральні арахноідіти, нервово-психічні захворювання.

SYNOPSIS

Grintsov Michail Ivanovich. The title of the thesis (Dissertation) is: "Main neural-psychoic Diseases of military Men (on) urgent Service and of young Persons which were not coiled up". The thesis is submitted for a doctors degree in medicine. Kiev state Institute for advanced medical training of Physicians. Specialised field 14.01.15. "Neural Diseases". Form of Thesis is Manuscript. 1996y.

The object of the Research is the study of Structure, Nature, Formation, Tendency and forecasting of decompensation of main Neural-Psychic Diseases of military Men and young Persons, and also improvement of medical examination of Neural-Psychic Health at the Stage of calling up and passing military Service. It is established that main Neural-Psychic Diseases of military Men proceed wary (indulantly). While passing military Service their attacks are observed. Mainly significant etiological Factors of these attacks are Influenza epidemics, Rise of Levels of Sun Activity and also socio-psychological Shocks in the Society. The Streught of Influenza of these three main Factors of decompensation Neural-Psychic Diseases varies in different years. The Spectrum of Neural-Psychic Breach in the Years of Influenza Epidemics, maximum of Sun Activity, Calm (Peaceful) Sun Activity and at Low Influenza morbidity. Decompensation of exogenously-organic Neural-Psychic Diseases proceeds in three warrants (Versions): with leading Psychopathologic Symptomatology with leading Neurological Symptomatology and to the same extent of Manifestation both in the first and in the second Symptomatology. The System of Neural-Psychic Diseases of military Men of urgent Service by Dynamics of Influenza Morbidity, by forecasting of variable Quantities of Sun Activity till 2007 is already worsed out. Measures of profilaxis of Neural-Psychic Diseases of military Men of urgent Service Considering main Factors of their decompensation are offered.

Подписано в печать « 21 » X 1996год
Формат бумаги 60x84/16. Объем 2 печ. листа. Заказ №
Отпечатано в типографии «Пензенская правда» г.Пенза, ул.К.Маркса 16.

тираж 100экз.

44/3000

AB 36.669