

БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СТРЕСС-АССОЦИИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ У КОМБАТАНТОВ



ИЧИТОВКИНА Е. Г.,

д.м.н., доцент, врач-психиатр-психотерапевт ФКУЗ «Центральная поликлиника № 2 Министерства внутренних дел Российской Федерации», профессор кафедры психиатрии и клинической психологии ФБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»

Минздрава России, полковник вн. службы в отставке, elena.ichitovckina@yandex.ru



САКОВИЧ П. В.,

начальник психиатрического отделения ФКУЗ «Центральная поликлиника № 2 Министерства внутренних дел Российской Федерации», научный сотрудник кафедры психиатрии и клинической психологии ФБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Мин-

здрава России, sakovich25@mail.ru

Установлено, что потенциальными, непрямими маркерами наличия стресс-ассоциированных расстройств у участников боевых действий могут служить высокий уровень вечернего кортизола и CDT, а также наличие этилглюкуронида и бензодиазепинов в результатах предварительного химико-токсикологического исследования.

Ключевые слова: комбатанты, посттравматическое стрессовое расстройство, стресс-ассоциированные расстройства, биологические факторы риска.

BIOLOGICAL MARKERS OF THE RISK OF FORMATION OF STRESS ASSOCIATED DISORDERS IN COMBATANTS

Ichitovkina E., Sakovich P.

It has been established that high evening cortisol and CDT level as well as presence of ethylglucuronide and benzodiazepines in the preliminary chemical and toxicological testing results can serve as potential indirect markers of the stress associated disorders in combatants.

Key words: combatants, post-traumatic stress disorder, stress associated disorders, biological risk factors.

Введение

Охрана психического здоровья участников боевых действий является ключевым направлением социальной политики государства. Органами государственной власти ставятся задачи по разработке научно-обоснованных организационных подходов к мониторингу и коррекции работоспособности и состояния психического здоровья участников боевых действий [3]. Комбатанты не склонны обращаться к специалистам психиатрического направления, поэтому важно активно выявлять нарушения в психическом функционировании у этой группы людей на ранних этапах их развития [1]. Порядок проведения целевых психопрофилактических обследований личного состава после участия в боевых действиях реализуется в силовых структурах России в течение 30 лет. При этом все психодиагностические мероприятия основаны на клинических симптомах и психологической диагностике. Многоосевой подход к диагностическому скринингу с учетом биопсихосоциальных факторов боевой психической травмы в России не используется [4]. На основании современных исследований в области военной психиатрии и научных открытий становится ясной важность анализа взаимосвязей между стрессом, обусловленным боевыми действиями, социальными факторами и уникальными биологическими особенностями каждого человека [2].

Цель исследования

Выявление биологических маркеров риска формирования стресс-ассоциированных расстройств у комбатантов.

Материалы и методы

В 2022–2023 гг. обследовано 176 мужчин-сотрудников, вернувшихся после пребывания в зоне боевых действий до 90 сут.

1-я группа – 93 чел. со стресс-ассоциированными психическими расстройствами (средний возраст – 28,4±2,2 года, стаж службы – 2,9±1,4 года), обратившихся на амбулаторный прием к врачу-психиатру в психиатрическое отделение ведомственной поликлиники и проходивших амбулаторное лечение.

2-я группа – 83 чел. (средний возраст – 29,2±2,1 года, стаж службы – 3,1±1,2 года), не имеющих психических расстройств по результатам профилактического обследования.

В обеих группах проводилось клиническое психопатологическое обследование. Диагностика заболевания осуществлялась в соответствии с критериями класса V МКБ-10, адаптированной для использования в Российской Федерации («Психические расстройства и расстройства поведения» [F00–F99]).

Также были проведены следующие клинические лабораторные исследования:

- химико-токсикологическое исследование (ХТИ) – для выявления метаболитов психоактивных веществ: бензодиазепинов, этилглюкуронида (пороговые значения содержания и минимальные концентрации бензодиазепинов – 50 нг/мл, этилглюкуронида – 500 нг/мл);

- биохимический анализ крови – исследовались следующие параметры: активность аланинаминотрансферазы (АЛТ), активность аспаргатаминотрансферазы (АСТ), активность гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП), содержание карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT), содержание общего билирубина, уровень тестостерона в плазме крови (методом иммуноферментного анализа с использованием стандартных наборов ИФА-БЕСТ [Россия]), уровень кортизола;

- инструментальное исследование: измерение артериального давления.

Статистический анализ данных проведен с использованием программы SPSS 20.0. Описательная статистика – средние значения (M) и медианные значения (m). Для определения различий между группами применялся непараметрический критерий Манна–Уитни.

Результаты и обсуждение

Сравнительный анализ биохимических и токсикологических показателей двух групп комбатантов показал, что в большинстве показателей нет статистически значимых различий, кроме ГГТП, которая значимо (при $p < 0,005$) выше у комбатантов 1-й группы со стресс-ассоциированными расстройствами. У комбатантов этой группы существенно выше уровень CDT (при $p < 0,00001$) и вечернего кортизола (при $p < 0,00001$).

Высокий уровень вечернего кортизола у комбатантов может указывать на наличие стресс-ассоциированного стрессового расстройства с нарушением цикла «сон-бодрствование».

Повышенный уровень CDT у комбатантов говорит о частом употреблении алкоголя и может указывать на ряд психических состояний, связанных с их военным опытом и условиями службы.

Уровень тестостерона и утреннего кортизола статистически значимых различий не имел. Установлено, что у комбатантов 1-й группы со стресс-ассоциированными рас-

стройствами показатели уровней этилглюкуронида и бензодиазепинов значимо выше (при $p < 0,0001$), чем у здоровых лиц.

Между двумя группами наблюдаются статистически значимые различия в диастолическом артериальном давлении (АД): в 1-й группе значительно более высокое диастолическое АД по сравнению со 2-й группой.

Не наблюдается статистически значимых различий в систолическом АД между группами. Высокое диастолическое давление может быть связано с разбалансировкой вегетативной нервной системы из-за стрессового воздействия и повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, что требует дальнейшего исследования.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о наличии различий в биохимических, гормональных, токсикологических параметрах, а также между комбатантами, страдающими стресс-ассоциированными расстройствами, и психически здоровыми комбатантами.

Потенциальными непрямыми маркерами наличия стресс-ассоциированных расстройств у участников боевых действий могут служить высокий уровень вечернего кортизола и CDT, наличие этилглюкуронида и бензодиазепинов, выявленных при проведении предварительного химико-токсикологического исследования.

Генетическая теория стресс-ассоциированных расстройств предполагает существование генетической предрасположенности к возникновению данных патологических и пограничных состояний.

Например, гены, связанные с функционированием серотониновой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем в мозге, могут влиять на реакции на стресс и на способность к регуляции эмоций, поэтому пациенты с определенными генетическими вариантами могут быть более уязвимыми для возникновения и развития стресс-ассоциированных патологических и пограничных состояний. Поэтому высокий уровень вечернего кортизола может не только служить потенциальным непрямым маркером, но и указывать на определенную генетическую предрасположенность к возникновению стресс-ассоциированных расстройств. И это требует дальнейших исследований.

Литература

1. Каравеева Т.А., Васильева А.В., Радионов Д.С. Коморбидность посттравматического стрессового расстройства и злоупотребления психоактивными веществами: проблемы диагностики, этиопатогенеза и подходов к психотерапии // Вопросы наркологии. – 2022. – № 9–10 (212). – С. 75–95.
2. Петрова Н.Н., Бутوما Б.Г., Дорофейкова М.В. Потенциальные биомаркеры посттравматического стрессового расстройства. Психиатрия. 2021. Т. 19. № 3. С. 90–99.
3. Пахомова С.А., Барыльник Ю.Б., Мурьяев В.Ю., Атапина Е.А., Быхкова П.П., Афутина С.В., Абрисимова Ю.С. Посттравматическое стрессовое расстройство (обзор литературы) // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2023. – № 1. – С. 20–30.
4. Рассоха А.А., Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Динамика формирования психических расстройств у комбатантов МВД России // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2022. – № 2. – С. 52–59. ■

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СРК-ПОДОБНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ



МИРОНОВА Е.Д., к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), *yek.mironova1995@yandex.ru*



ОСАДЧУК М.А., академик АВН России, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической терапии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), заслуженный деятель науки Российской Федерации, *osadchuk.mikhail@yandex.ru*



ЧЕРНОВ М.Т., главный врач Университетской клинической больницы № 4 ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), заслуженный врач Российской Федерации, *clinic@1msmu.ru*

Дивертикулярная болезнь толстой кишки (ДБТК) по-прежнему остается ведущей проблемой среди гастроэнтерологических заболеваний во всем мире. Увеличение продолжительности жизни человека является основополагающей причиной роста распространенности ДБТК среди населения. Так, дивертикулы в кишечнике обнаруживают примерно у 10% граждан в возрасте до 40 лет и у более чем у 70% людей в возрасте старше 80 лет вне зависимости от гендерной принадлежности. Патогенез заболевания до сих пор остается проблемой со многими неизвестными или малоизученными механизмами развития. Однако не остается сомнений, что данная патология является результатом сложных взаимодействий между анатомической структурой толстой кишки и ее перистальтикой, вызванных пищевыми привычками и генетическими факторами, зачастую на фоне метаболического синдрома и его компонентов, инициирующих развитие неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Как правило, клинические проявления ДБТК укладываются в рамки хронических желудочно-кишечных симптомов – таких, как желудочная (тошнота, горечь во рту, тяжесть в верхней половине живота после приема пищи) и кишечная (абдоминальная боль, вздутие живота, метеоризм) диспепсии, которые обычно рассматриваются в рамках

функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) или НАЖБП под маской желудочной диспепсии. Многие патогенетические взаимосвязи дают основание предполагать, что существует ряд общих патогенетических механизмов данных заболеваний – таких, как дисфункция кишечной микробиоты, нарушение липидного баланса, моторики кишечника и рессогласованность в системе оси мозг–кишечник, которые приводят к микровоспалению как в слизистой кишечника, так и в печени. Метаболические нарушения при НАЖБП могут оказывать влияние на изменение продукции полипептидного гормона мотилина, который является важным регулятором моторики ЖКТ и опосредует фазу III межпищеварительного мигрирующего моторного комплекса (ММС) в желудке человека через специфический рецептор мотилина (MLN-R). ММС, индуцированная мотилином, способствует поддержанию нормальных функций ЖКТ и передает сигнал голода от желудка к мозгу.

Литература

1. *Munie S.T., Nalamati S.P.M. Epidemiology and Pathophysiology of Diverticular Disease // Clin Colon Rectal Surg. – 2018; 31(4): 209–213. doi: 10.1055/s-0037-1607464*
2. *Parks T.G. Natural history of diverticular disease of the colon // Clin Gastroenterol. – 1975; 4(1):53–69.*
3. *Lonardo A., Ballestri S., Marchesini G., Angulo P., Loria P. Nonalcoholic fatty liver disease: a precursor of the metabolic syndrome // Dig Liver Dis. – 2015; 47(3):181–190. doi: 10.1016/j.dld.2014.09.020*

Таким образом, целью настоящего исследования стало определение клинико-инструментальных особенностей течения ДБТК при ее сочетании с СРК-подобным синдромом и НАЖБП.

В настоящее исследование включено 50 чел. с ДБТК и 50 чел. с ДБТК, сочетанной с НАЖБП. Группу контроля составят 30 практически здоровых пациентов. Постановка диагноза ДБТК осуществлялась на основании клинических рекомендаций по ДБТК, разработанных Российской гастроэнтерологической ассоциацией и Ассоциацией колопроктологов России (2021 г.). Классификационные критерии НАЖБП базировались на основании Клинических рекомендаций Российского общества по изучению печени 2022 г.

Больные и здоровые обследованы по единой программе, включающей клинические (анамнез и объективный статус), инструментальные (эзофагогастроудоденоскопия, колоноскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости), лабораторные (клинический анализ крови, определение в крови печеночных ферментов – АЛАТ, АСАТ, щелочной фосфатазы, показатели липидного профиля и кала на кальпротектин) и иммуногистохимические методы.

Полученные данные свидетельствуют, что у больных с ДБТК при сочетании с НАЖБП более выражены проявления функциональных расстройств кишечника, симптомы желудочной диспепсии и изменения в продукции мотилина. Наличие желудочной диспепсии, не укладывающейся в рамки функциональной диспепсии и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, дает основание для продолжения углубленного обследования больных с целью верификации НАЖБП, о чём будет сообщено через некоторое время.