

УДК 616.89-057:355.422]:159.923
DOI:10.24061/2413-0737/XXI.2.82.2.2017.57

Н.С. Карвацька, О.С. Юрценюк, С.Д. Савка, Т.Г. Карвацька, С.М. Русіна

КЛІНІЧНО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ НА ТЛІ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ В УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Резюме. Стаття присвячена вивченню клінічно-патогенетичних особливостей посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в учасників антитерористичної операції з урахуванням стану нервової системи (перенесеної закритої черепно-мозкової травми – ЗЧМТ).

Ключові слова: особливості посттравматичного стресового розладу (ПТСР), закрита черепно-мозкова травма.

Актуальність. Підвищення стресогенності середовища існування людини за рахунок тероризму, інформаційного перенавантаження, природних катаклізмів, війн висуває жорсткі вимоги до життєстійкості і ресурсів сучасної людини [3, 8, 9]. Ріст кількості тривожно-депресивних розладів, вигорання, синдрому хронічної втоми, посттравматичний стресовий розлад – це ті клінічні і субклінічні феномени, які сьогодні знижують якість життя людей [1, 2, 5, 10]. Вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) останнім часом стає дуже актуальним, оскільки постійно зростає число катастроф, війн, природних лих у світі, що призводить до численних жертв і руйнувань [4, 6, 7, 11]. Однак до теперішнього часу залишаються недостатньо вивченими проблеми ПТСР з урахуванням стану нервової системи.

Мета дослідження. Вивчити клінічно-психопатологічні особливості і патопсихологічні характеристики хворих на ПТСР з урахуванням стану нервової системи (перенесеної закритої черепно-мозкової травми – ЗЧМТ), розробити на цій підставі новий комплексний метод їх лікування з використанням сучасних методів психотерапії.

Матеріал і методи. На початку і наприкінці лікування проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження 40 військовослужбовців, постраждалих у ході проведення АТО, з діагнозом “Посттравматичний стресовий розлад” (F 43.1). Середній вік пацієнтів становив $35,84 \pm 3,18$ року, які з метою медико-психологічної реабілітації знаходились у Чернівецькій обласній психіатричній лікарні. Хворих на ПТСР розподілили на дві групи, по 20 осіб у кожній. До I групи ввійшли військовослужбовці із ПТСР без органічних уражень головного мозку. До II групи – військовослужбовці із ПТСР та ЗЧМТ в анамнезі (частіше – контузії).

Проведено клінічне, патопсихологічне і експериментально-психологічне, електроенцефалог-

рафічне дослідження всіх хворих із подальшою статистичною обробкою отриманих результатів. Показники особистісної та реактивної тривожності оцінювали за методикою Спілбергера. Рівень депресії визначали з використанням опитувальника депресивності Бека. Вивчення слухової пам'яті проводили за методикою 10 слів і піктограми, дослідження уваги – за методикою Шульте. Обробку даних здійснювали за методом варіаційної статистики з використанням критерію t Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. У I групі військовослужбовців із ПТСР визначили такі психопатологічні синдроми: астенічний – у 9 (45 %), тривожно-фобічний – у 5 (25 %), істероформний – у 2 (10 %), депресивний – у 9 (45 %), дисфоричний – у 4 (20 %), іпохондричний – у 3 (15 %), соматоформний – у 3 (15 %) та змішаний – в 1 (5 %) хворих.

У II групі військовослужбовців із ПТСР та ЗЧМТ в анамнезі (частіше – контузії) визначали такі психопатологічні синдроми: астенічний – у 13 (65 %), тривожно-фобічний – у 9 (45 %), істероформний – у 4 (20 %), депресивний – у 14 (70 %), дисфоричний – у 6 (30 %), іпохондричний – у 4 (20 %), соматоформний – у 3 (15 %) та змішаний – у 2 (10 %) хворих (табл. 1).

У клініці астенічного синдрому, що спостерігався у 32 (40,0 %) хворих I групи, переважали скарги на головний біль, швидку втомлюваність, загальну слабкість, кваліть, поганий сон переважно у вигляді порушення засинання. Під час розмови вони швидко виснажувались, потребували відпочинку.

При неврастеноподібному синдромі – 32 (40,0 %) пацієнти – переважали явища подразливої слабкості: дратівливість, непереносимість гучної мови, стуку, емоційна лабільність, плаксивість, порушення сну у вигляді поганого засинан-

Таблиця 1

Розподіл хворих за основним синдромом, n (%)

Групи досліджень	Астенічний синдром	Тривожно-фобічний синдром	Істероформний синдром	Депресивний синдром	Дисфоричний синдром
I група, n=20	9 (45,0 %)	5 (25 %)	2 (10 %)	9 (45 %)	4 (20%)
II група, n=20	13 (65 %)	9 (45 %)	4 (20 %)	14 (70%)	6 (30 %)

ня та неглибокого, поверхневого сну з частими пробудженнями, відчуттям сонливості протягом дня, головний біль внаслідок хвилювання. Рідко спостерігалися порушення апетиту. У 18,0 % пацієнтів виникали раптові лакрімальні реакції на подразники, які не мали суттєвого значення. Пацієнти цікавились у лікаря, чому в них так легко з'являються сльози на очах поза їх волею. На нашу думку, це може бути одною з перших ознак розвитку психоорганічного синдрому, так само, як і інші симптоми, виявлені у пацієнтів основної групи, – надмірна лабільність емоцій, слабкодушність, нестійкість уваги, з подальшим порушенням запам'ятовування, зниженням інтелектуальної активності, звуженням кола інтересів.

Ізольований тривожний синдром виявлено у 4 (5,0 %) обстежених. Він проявлявся внутрішньою напругою, немотивованою тривогою протягом 2-3 і більше тижнів, яку пацієнти характеризували як «немотивовану, внутрішню» і не пов'язували з перенесеною ЗЧМТ, порушенням сну. Порушення сну: засинання, частого пробудження серед ночі з тривожними і страхітливими сновидіннями.

За наявності на фоні тривожного стану виражених астеничних розладів діагностувався тривожно-астеничний синдром у 10 (12,5 %) осіб.

У 2 (2,5 %) пацієнтів спостерігався астено-субдепресивний синдром. У них на фоні підвищеної втомлюваності, втоми, загальної слабкості відзначався знижений настрій, невіра у вудження, знижена комунікабельність та ін.

Напливи спогадів про екстремальну ситуацію у свідомості хворого супроводжувалися тривогою, страхом або униканням у вигляді спроб заховатися від усього, що може нагадувати про трагічну подію. Нав'язливі спогади зазвичай виникали без зовнішніх стимулів, але їх переживання були настільки сильними, що пацієнт відчував їх як реальні. Ще більш виразніші реакції виникали у відповідь на зовнішні подразники, що нагадували про трагічну подію. Це спричиняло розлади сну, нічні жакливі сновидіння, дратівливість, зниження пам'яті та уваги. Спостерігався розвиток депресії, тривожних розладів. У деяких пацієнтів внаслідок поганого контакту з оточуючими стало складно співіснувати в родині. Підвищена дратівливість та періодичні немотивовані напади агресії погіршували стосунки з людьми. Звичайні обов'язки щодо домашньої роботи здавалися їм не підсилюваними. Переживання викликали відчуття провини, думки про самогубство.

Згідно з результатами дослідження, депресія при ПТСР після ЗЧМТ переважно поєднувалась із тривогою, страхом залишатися на самоті із собою, страхом смерті. Скарги на почуття тривоги супроводжувалися відчуттям серцебиття, нестачі повітря, несистематичними запамороченнями, епізодичним головним болем напруження, відчуттям дискомфорту в ділянці серця.

При узагальненні результатів клінічного й експериментального дослідження виражену депресію відзначено у 70% пацієнтів із ПТСР, які перенесли ЗЧМТ. Вона виникала зазвичай у від-

новний період через 3-6 міс. після травми. Найважливішим соціальним чинником, що впливав на виникнення посттравматичної депресії, виявився соціальний стан пацієнта: розвитку вираженої депресії сприяла самотність, за наявності родини вона не розвивалася або мала легший ступінь.

Окрім депресії, у багатьох пацієнтів виявлена тривожність. За шкалою Спілбергера-Ханіна реактивна тривожність становила 42,3 бала, а особистісна тривожність - 51,2 бала.

Кореляційний аналіз результатів, отриманих при використанні об'єктивних і суб'єктивних методів оцінки депресії та тривожності впацієнтів із ЗЧМТ, виявив достовірну кореляцію, що підтверджує правомірність використання суб'єктивних оціночних шкал.

Дані обстеження показали, що рівень тривожності, депресії і загальної психопатологічної симптоматики у II групі бійців за всіма шкалами виявився вищим, ніж у I групі.

Система лікувально-реабілітаційних заходів для хворих на ПТСР мала комплексний характер і містила медикаментозну та немедикаментозну терапію – психофармакотерапію, психотерапію і психологічну корекцію. Застосовували транквілізатори (адаптол, гідазепам, сибазон), антидепресанти (ципралекс, рексетин, флуоксен), ноотропи (луцетам, серміон, ноотропіл, аміналон, ноофен), вітаміни групи В, С, магне-В6.

Психофармакотерапія і групова психотерапія були найбільш вдалим терапевтичним підходом для лікування пацієнтів із ПТСР. Проведення психотерапевтичних бесід сприяло відновленню функціонального стану організму, зниженню психоемоційної напруги, рівня тривожності, підвищенню характеристик особистісного адаптаційного потенціалу, формуванню стереотипу поведінки для подальшої професійної діяльності та особистого життя, розвитку комунікативних здібностей.

При виборі лікувально-реабілітаційних заходів враховували вираженість психопатологічної симптоматики. При переважанні астеничної симптоматики основні зусилля спрямовували на нормалізацію сну, відпочинок, загальнозміцнюючу терапію, психотерапію – на формування упевненості в своїх силах, опрацювання травматичного досвіду. При переважанні депресивної симптоматики проводилася медикаментозна терапія і комплекс психотерапевтичних заходів.

Після проведеного лікування зменшилася кількість пацієнтів зі скаргами на дратівливість з 93,8 % до 15,6 %, на тривогу – з 71,9 % до 12,5 %, на головний біль – з 87,5 % до 18,7 %. У більшості хворих це супроводжувалося пом'якшенням акцентуованих рис характеру, зниженням рівня депресії та напруженості механізмів захисту, що дозволяє дійти висновку про те, що проведення психотерапії значно інтенсифікує процес лікування і здійснює позитивний вплив за рахунок усунення причин і урахування механізмів розвитку хвороби, що зумовлює зменшення або ліквідацію симптоматики. У той же час, у 19 % хворих

на ПТСР редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становила менше 50 %, що свідчить про незначний терапевтичний ефект.

Комплексне диференційоване лікування хворих на ПТСР із урахуванням стану нервової системи довело високу ефективність психотерапевтичних методів, оскільки вони мали вплив на афективну і когнітивну сферу, сприяють формуванню позитивного ставлення до терапії та редукції ідеаторних нав'язливостей у структурі афективних розладів депресивного регістру. Застосування психотерапії у складі комплексної психофармакотерапії дало можливість знижувати дози інших психотропних засобів, що сприяє не тільки оптимізації лікування, а також запобіганню виникненню небажаних ефектів. Проведення психореабілітаційних заходів дозволяє найбільш ефективно корегувати психічні порушення і відновлювати стабільний психічний стан людини, що необхідно як для безпеки самої людини, так і оточуючих її людей [2, 3, 10, 11, 12].

Психотерапії належить головне місце в корекції подібних порушень, але при виражених загостреннях ПТСР показано призначення антидепресантів і транквілізаторів, проте доцільно обмеження лікування в часі для запобігання залежності і хронізації.

Висновки

1. У клінічній картині посттравматичного стрессового розладу на тлі перенесеної закритої черепно-мозкової травми зростає частота психопатологічних проявів депресивного синдрому на 25 %, астеничного і тривожно-фобічного на 20 %, дисфоричного – на 10 %.

2. Комплексне застосування медикаментозних та психотерапевтичних заходів у системі надання медико-психологічної допомоги учасникам антитерористичної операції дозволяє оптимізувати лікування, а також запобігти виникненню небажаних ефектів.

Перспективи подальших досліджень. Вважається доцільно проводити подальше вивчення даної проблеми шляхом глибокого аналізу зв'язку клініко-анамнестичних даних з характером перебігу захворювання у хворих, що допоможе робити більш точні довготривалі прогнози щодо ефективності лікування даної патології з використанням методів медикаментозної і психотерапевтичної допомоги.

Література

1. Євдокімова О.О. Посттравматичні стресові розлади, гострі та віддалені, як наслідок участі у воєнних діях [Електронний ресурс] / О.О. Євдокімова, В.І. Заворотний // Право і Безпека. – 2014. – № 3. – С. 207-212.
2. Карвацька Н.С. Патогенетичні механізми розвитку посттравматичного стрессового розладу в учасників антитерористичної операції / Н.С. Карвацька, Р.І. Рудницький, Т.Г. Карвацька // Клін. та експерим. патол. – 2017. – Т. VI, № 1 (59). – С. 75-78.
3. Коваль І.А. Діагностика і диференційна діагностика гострого стрессового розладу та посттравматичного стрессового розладу в загальномедичній практиці [Електронний ресурс] / І.А. Коваль // Пробл. сучас. психол. – 2015. – Вип. 27. – С. 210-219.
4. Колесник В.Л. Посттравматичний стресовий розлад у жінок, що перенесли перинатальні втрати у пізні терміни вагітності [Електронний ресурс] / В.Л. Колесник: 36. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2014. – Вип. 1-2. – С. 168.
5. Матяш М.М. Депресивні розлади після закритої черепно-мозкової травми / М.М. Матяш // Лік. справа. Врач. дело. – 2013. – № 7. – С. 113-117.
6. Особливості перебігу посттравматичного стрессового розладу у демобілізованих учасників АТО, які перебувають на реабілітації в санаторно-курортних умовах [Електронний ресурс] / Б.В. Михайлов, О. І. Сердюк, О.О. Галаченко [та ін.] // Укр. вісн. психоневрол. – 2016. – Т. 24, вип. 2. – С. 69-73.
7. Мульована Л.І. Психологічний дебрифінг як метод групової психологічної корекції посттравматичних стресових розладів в учасників бойових дій [Електронний ресурс] / Л.І. Мульована // Пробл. соц. роботи: філософія, психологія, соціологія. – 2014. – № 1. – С. 64-69.
8. Стаднік І.В. Психологічні особливості переживання посттравматичного стрессового розладу (ПТСР) учасниками зони антитерористичної операції (АТО) [Електронний ресурс] / І.В. Стаднік, М.І. Мушкевич // Психологія: реальність і перспективи. – 2015. – Вип. 4. – С. 244-248.
9. Тарабрина Н.В. Основные итоги и перспективные направления исследований посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина // Психол. ж. – 2013. – № 24 (4). – С. 5-19.
10. Шевчук О.П. Особистісні предиктори трансформації травматичної пам'яті у посттравматичний стресовий розлад // О.П. Шевчук // Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, II(12), Issue. – 2014. – № 25. – С. 83-93.
11. Bisson J. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review) / J.Bisson, N.Roberts, M.Andrew // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013. – № 10. – P. 1002-1465.
12. Lee C. A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories / C. W. Lee, P. Cuijpers // J. of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry. – 2013. – № 44. – P. 231-239.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В УЧАСТНИКОВ АНТИТЕРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Н.С. Карвацкая, О.С. Юрценюк, С.Д. Савка, Т.Г. Карвацкая, С.Н. Русина

Резюме. Стаття посвящена изучению клинических и патогенетических особенностей посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в участников антитерористической операции с учетом состояния нервной системы (перенесенной закрытой черепно-мозговой травмы – ЗЧМТ).

Ключевые слова: особенности посттравматического стрессового расстройства, закрытая черепно-мозговая травма.

**CLINICALLY-PATHOGENETIC FEATURES OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)
AGAINST CLOSED CRANIOCEREBRAL INJURY IN PARTICIPANTS
OF THE ANTITERROR OPERATION**

N.S. Karvatska, O.S. Yurtseniuk, S.D. Savka, T.G. Karvatska, S.N. Rusina

Abstract: The article is devoted to studying clinical-pathogenetic features of posttraumatic stress disorder (PTSD) participants in the antiterrorist operation based on the state of the nervous system (postponed closed head injury – closed craniocerebral injury).

Key words: features of posttraumatic stress disorder (PTSD), closed head injury.

Higher State Educational Institution of Ukraine «Bukovinian State Medical University» (Chernivtsi)

Рецензент – проф. А.С. Борисюк

Buk. Med. Herald. – 2017. – Vol. 21, № 2 (82), part 2. – P. 53-56

Надійшла до редакції 16.05.2017 року

© Н.С. Карвацька, О.С. Юрценюк, С.Д. Савка, Т.Г. Карвацька, С.М. Русіна, 2017