

Гриф: навчальний
Прим. № 1

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
практичного заняття

З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
"ВІЙСЬКОВА ТЕРАПІЯ"

Тема 4. Бойова психічна травма та її наслідки.

для студентів вищих медичних навчальних закладів
III-IV рівнів акредитації

Напрямок навчання: 1101 " Медицина "

Спеціальність: "Лікувальна справа" 7.110101,

"Педіатрія" 7.110104,

"Медико-профілактична справа" 7.110105

Освітньо-кваліфікаційний рівень: «Спеціаліст»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник кафедри військової терапії
д.мед.н., професор, полковник медичної
служби

Г.В. Осьодло

“ ___ ” _____ 2014 р.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
практичного заняття

З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
"ВІЙСЬКОВА ТЕРАПІЯ"

Тема 4. Бойова психічна травма та її наслідки.

для студентів вищих медичних навчальних закладів
III-IV рівнів акредитації

Напрямок навчання: 1101 " Медицина "

Спеціальність: "Лікувальна справа" 7.110101,

"Педіатрія" 7.110104,

"Медико-профілактична справа" 7.110105

Освітньо-кваліфікаційний рівень: «Спеціаліст»

Розглянуто та схвалено
Протокол засідання кафедри
08.10.2014 № 2

Доповнено та скореговано
Протокол засідання кафедри
№

1. Мета заняття: удосконалити у слухачів знання з етіології, патогенезу, класифікації, клініки, діагностики, лікування хворих на бойову психічну травму.

2. Навчально-цільові завдання: В результаті вивчення учбового матеріалу за даною темою слухачі повинні *знати*:

- етіологію, патогенез, класифікацію, клініку, діагностику бойової психічної травми;
- основні принципи надання невідкладної допомоги, сучасні принципи лікування хворих на бойову психічну травму, основні групи препаратів, що використовуються при лікуванні даної патології.

Вміти:

- діагностувати бойову психічну травму;
- надавати першу лікарську та кваліфіковану терапевтичну допомогу на етапах медичної евакуації.

Бути ознайомленими:

- з особливостями клінічних проявів бойової психічної травми.

3. Виховна мета заняття: сформувати у слухачів алгоритм впевнених дій і чіткої організації медичної допомоги при невідкладних станах у хворих із бойовою психічною травмою.

4. Навчальний час: 2 год. (90 хвилин).

5. Місце проведення заняття: психіатричне відділення.

6. Навчально-матеріальне забезпечення:

Література для самостійної роботи:

Обов'язкова:

1. Психіатрія особливого періоду: навчальний посібник [для лікарів та психологів] / Рум'янцев Ю.В., Сиропятов О.Г., Иванцова Г.В., Осьодло Г.В. – К.: УВМА, 2014. – 193 с.

2. Аддиктологія в практиці воєнного врача / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, О.В. Друзь, Г.В. Иванцова, А.Р. Чайковский // Пособие [для врачей]. – Львов: «Растр-7», 2013. – 206 с.

3. Лікування та реабілітація комбатантів-мироотворців із посттравматичним стресовим розладом / О.Г. Сиропятов, О.К. Напрєєнко, Н.О. Дзеружинська, О.А. Красюк, Г.В. Осьодло, Н.Ю. Петрина, Ю.М. Астапов // Кер-во [для лікарів та психологів]. – К.: УВМА, 2012. – 69 с.

Додаткова:

1. Сыропятов О.Г. Медико-психологические аспекты специальных операций / О.Г. Сыропятов, Ю.Н. Астапов, И.Ф. Гончаренко. – К.: О.Т. Ростунов, 2013. – 40 с.

2. Сыропятов О.Г. Психология допроса военнопленных / О.Г. Сыропятов. – К.: О.Т. Ростунов, 2013. – 156 с.

3. Шамрей В.К., Марченко А.А. Военная психиатрия // Психиатрия: национальное руководство/под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С.193–218.

Наочне приладдя:

- 1) Методична розробка.
- 2) Схеми, таблиці.

7. Типова структура заняття та розрахунок навчального часу:

| № з/п | Навчальні питання | Навчальний час, хв. |
|-------|---|---------------------|
| 1 | Вступ | 10 |
| 2 | Контроль початкового рівня знань слухачів | 10 |
| 3 | Самостійна робота слухачів під керівництвом викладача | 50 |
| 4 | Поточний контроль рівня знань слухачів | 10 |
| 5 | Закінчення | 10 |
| Разом | | 90 |

Зміст та методика проведення заняття:

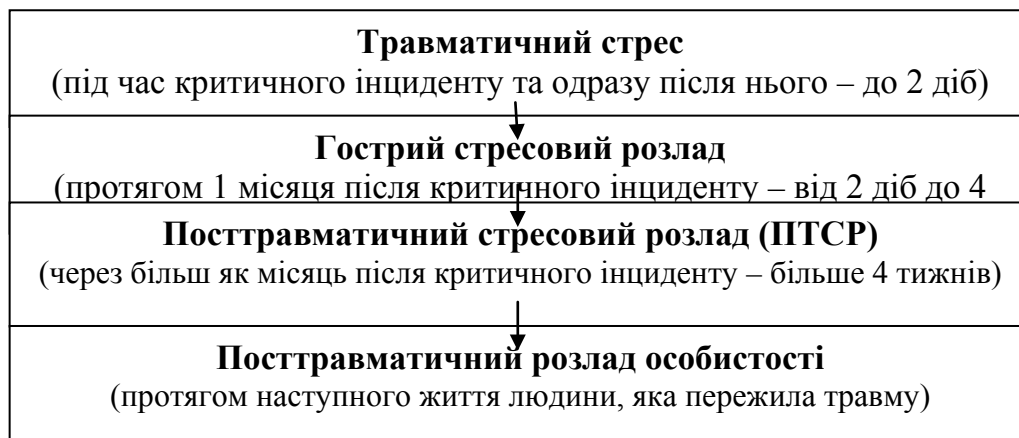
1. Вступ

Клінічна сутність поняття «Бойова психічна травма»

Бойова психічна травма (БПТ) займає значне місце в структурі бойових уражень. Вона в 3-4 рази збільшує психічну захворюваність в армії і на 10-50% послаблює боєздатність збройних сил.

Бойова психічна травма розглядається як патологічний стан ЦНС, особливості патогенезу та феноменології якого визначає специфічність зовнішніх етіологічних причин та внутрішніх умов, що змінюються під їх впливом.

Послідовність розвитку та тривалість клінічних форм БПТ



Клінічні прояви бойової психічної травми

Гостра реакція на бойовий стрес. Перебування в районі бойових дій супроводжується комплексним впливом ряду таких факторів:

- чітко усвідомлене відчуття загрози для життя, так званий біологічний страх смерті, поранення, болю, інвалідності;
- стрес, який ні з чим не можна порівняти, що виникає у безпосереднього учасника бойових дій; поряд з цим проявляється психоемоційний стрес, пов'язаний зі смертю товаришів по зброї або з необхідністю вбивати;
- вплив специфічних факторів бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпів дії, раптовість, невизначеність, новизна);
- негоди та позбавлення – відсутність повноцінного сну, дефіцит води та харчів;
- незвичні для учасника бойових дій кліматичні умови та рельєф місцевості, гіпоксія, спека, підвищена інсоляція та ін.

Бойовий стрес розвивається згідно певних закономірностей. У прогнозованій ситуації людина відповідає послідовними вчинками, що формують поведінку. При подіях, що загрожують життю, негайну реакцію людини, в першу чергу, визначають інстинкти (збереження, продовження роду), фізичні та психічні особливості особистості. Описані два варіанти гострої реакції та стрес.

Перший варіант і найбільш частий – це **психомоторне збудження**, що проявляється зайвими, швидкими, іноді недоцільними рухами. У таких випадках звужується об'єм уваги, що проявляється погіршенням утримання у полі довольної цілеспрямованої діяльності значної кількості уявлень і здатності оперувати ними. Спостерігається погіршення концентрації уваги. Окрім того, має місце погіршення відтворення інформації, яка була отримана у постстресовий період, що пов'язане з розладами короткотермінової пам'яті. Темп мови прискорюється, голос стає голосним, маломодульованим. Часто повторюються одні й ті ж фрази, іноді мова носить характер монологу. Судження поверхневі, іноді позбавлені значеннєвого навантаження. Військовослужбовцям із гострим психомоторним збудженням важко знаходитись у одному положенні: вони то лежать, то встають, то безцільно пересуваються. Окрім того, у таких осіб спостерігаються вегетативні розлади – тахікардія, підвищення артеріального тиску, що не супроводжуються погіршенням стану або головним болем, гіперемія обличчя, надмірне

потовиділення, іноді виникає відчуття спраги або голоду. Одночасно з цим можуть виникати поліурія та пронос.

Критерієм переходу психологічної реакції на стрес у психопатологічну, що потребує медичного (психіатричного) втручання, при гиперкінетичному варіанті гострої реакції на стрес є дезорганізація поведінки з неадекватними і небезпечними для життя вчинками, обманом сприйняття, різким психомоторним збудженням. У таких випадках клінічна картина описується класичною психіатрією як «реактивний психоз».

При другій, більш тяжкій формі гострої реакції на стрес, відбувається **уповільнення психічної та моторної активності**. Одночасно з цим мають місце деперсоналізаційно-дереалізаційні розлади, що проявляються відчуттям відчуженості власної особистості та реального світу. Оточуючі предмети сприймаються як змінені, а в ряді випадків – як нереальні, «неживі». Змінюється і сприйняття звуків. Голоси людей втрачають свої характеристики (індивідуальність, специфічність). Виникає відчуття зміни відстані між різними оточуючими предметами – метаморфозії. При гіподинамічному варіанті гострої стресової реакції комбатанти проявляють розгубленість, ігнорують команди та звернену до них мову, скарг не мають, відповідають на всі запитання тихим мало модульованим голосом. При патологічних варіантах гіподинамічної реакції на стрес людина лежить із закритими очима, не реагує на оточення. Всі реакції організму сповільнені, зіниця в'яло реагує на світло, дихання сповільнене, безшумне, поверхневе.

Після редукації гострої реакції на стрес, коли реальна загроза зникає, настає перехідний період, перебіг і тривалість якого залежать від типу перенесеної бойової ситуації. У перехідному періоді комбатант скарг не пред'являє і за допомогою не звертається. У цей період спостерігаються розлади сну, зміна харчової поведінки, зменшується вага тіла, збільшується частота пульсу та дихання, що не пов'язані із фізичним навантаженням, підвищується артеріальний тиск. Має місце, не помічене об'єктивно, внутрішнє емоційне напруження. Спостерігаються раніше нехарактерні особистості нерішучість і бажання перекладати прийняття відповідальних рішень на інших осіб. При вірогідному повторенні стресової ситуації підсилюються вегетативні зміни, змінюється і особистість в бік деривації моралі, загострюються психосоматози та іпохондрична фіксація на неприємних відчуттях. Оскільки континуальний стрес викликає більш глибокі зміни у вигляді психосоматичних розладів і загрожує розвитком ПТСР, термін перебування у місії ООН при розвитку психічних розладів у комбатанта – миротворця обмежується 30-ма днями. Перехідний період в залежності від тяжкості та тривалості континуального стресу може тривати від 15 до 30 діб. У подальшому у деяких випадках розвивається ПТСР. До числа факторів, що полегшують захист від ПТСР, відносять здатність комбатанта до емоційного самоконтролю, наявність хорошої самооцінки, здатність до своєчасної інтеграції травматичного досвіду інших в своє життя, а також наявність хорошої соціальної підтримки. Наявність у миротворців зазначених соціально-психологічних якостей захищає їх від глибоких і незворотніх змін психіки, пов'язаних з бойовим стресом.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Вперше ПТСР був описаний у США на основі тривалого вивчення психічного стану американських солдатів-ветеранів В'єтнамської війни. У 1980 р. поняття «посттравматичний стресовий розлад» було прийняте, як чітка та обґрунтована діагностична категорія. ПТСР можна визначити як стан, що розвивається у людини, яка зазнала інтенсивного психоемоційного стресу, що здатний бути травматичним для будь-якої особистості. Виділення ПТСР, як окремої нозологічної групи, має значення для прогнозування її розвитку в учасників бойових дій і для розробки необхідних в таких випадках спеціальних профілактичних і реабілітаційних програм.

До важливих факторів ризику розвитку ПТСР відносять особливості особистості, включаючи риси дисоціальної поведінки, а також розвиток алкогольної та наркотичної залежності. Це зменшує адаптивність особистості до подолання травматичних стресових переживань. Наявність в анамнезі психологічних травм (наприклад, фізичного насилля в дитинстві, нещасних випадків у минулому) може збільшити ризик того, що після чергової травматичної події виникне ПТСР. Певний ризик має і нещасливе дитинство та психічна патологія у членів сім'ї. Необхідно також враховувати й вік хворого. Тяжче дається подолання

екстремальних ситуацій молоді та людям похилого віку. До факторів, що полегшують захист від ПТСР, відносять здатність хворого до емоційного самоконтролю, наявність хорошої самооцінки, здатність до своєчасного інтегрування травматичного досвіду інших в своє життя, а також наявність хорошої соціальної підтримки. Якщо розглядати контингент учасників бойових дій, то ПТСР – синдром віддалених у часі від перебування у травматичній ситуації специфічних реакцій з нашаровуванням вторинних стресів – спостерігається серед практично здорових ветеранів війни в Афганістані в 18,6%; хронічно хворих – у 41,7%; інвалідів – у 56,2%.

Етіологія та патогенез ПТСР. Етіологічним фактором психосоматичної патології в учасників війни є бойовий стрес. Згідно сучасних уявлень, стрес являє собою сукупність стереотипних, філогенетично запрограмованих реакцій організму при впливі на нього екстремальних факторів.

Теоретичними моделями ПТСР є наступні концепції:

- 1) Психофізіологічна модель: А-НА-енграми-когнітивні розлади.
- 2) Психодинамічна модель: Его-стрес, тригерний механізм, актуалізуючий дитячі конфлікти.
- 3) Когнітивна модель: руйнування базових уявлень про світ та себе, напливи сенсорних вражень.
- 4) Інформаційна модель: емоційна реакція-заперечення-вторгнення-переробка-завершення.

Реакції, що виникають в організмі, є адаптивними. Вони можуть розглядатися під різними кутами зору на системному, органному, клітинному рівнях; з позиції психолога, патофізіолога, біохіміка. Загальноприйнято, що адаптивні реакції організму під впливом екстремальних факторів завжди надмірні, тому стрес-реакція супроводжується не тільки пристосувальними, але й патологічними змінами. Як правило, вплив екстремального фактору обмежений в часі. У цьому плані стрес перебування в районі бойових дій, як виключення, тривалий, пролонгований.

Внаслідок постійної активності зв'язки між елементами нових функціональних систем через деякий час стають міцнішими та закріплюються пластичними процесами. Утворюються нові функціональні (для екстремальних) і патологічні (для звичних) умов існування системи, які можуть зберігатися тривалий час. Окрім того, надмірні реакції адаптації викликають полісистемні пошкодження в організмі.

На даний час встановлено, що накопичені стресові впливи викликають множинні зміни у вигляді пошкодження клітин головного мозку, особливо нейронів лімбічної системи. Відомо, що шестигодинний щоденний стрес протягом 21 доби викликає зменшення довжини та кількості розгалуджень апікальних дендритів клітин лімбічного комплексу. Це дозволяє зробити припущення про виникнення значних патогенетичних змін в нервовій системі учасників бойових дій, які знаходяться в екстремальних умовах не 21 добу, а 12-24 місяці.

Тривала та виражена стрес-реакція супроводжується стійкою та значною деполаризацією нейронів лімбіко-ретикулярного комплексу. Даний механізм призводить до утворення в лімбіко-ретикулярній системі генератора патологічно підсиленого збудження (ГППЗ). Обов'язковою умовою створення та діяльності ГППЗ є недостатність гальмівних процесів у популяції його нейронів, що пов'язана з тривалим і відносним напруженням пептидергічних систем.

Формування ГППЗ відіграє роль універсального патогенетичного механізму розвитку патологічного процесу в нервовій системі, що реалізується через утворення патологічних систем. Клінічні ознаки патологічної системи визначаються ступенем задіяння в її архітектоніку структур ЦНС і проявляються різноманітними психовегетативними симптомами.

Останнім часом розроблені нові концептуальні моделі для пояснення патогенезу ПТСР.

Значною популярністю користується *an information-processing model* (модель інформаційної переробки), запропонована Horowitz. Він вважає, що при екстремальній події виникає масивна інформація з екстеро- та інтерорецепторів. У результаті виникає інформаційне перевантаження. Людина переживає афекти, образи та ідеї, які не можуть бути інтегровані з самою собою. Оскільки особа, що зазнала впливу екстремальної ситуації, не може опрацювати всю надмірну інформацію, вона «іде зі свідомості» і залишається у неопрацьованій формі. Уникання та емоційний дефіцит виступають в ролі захисних маневрів для того, щоб утримати

травматичну інформацію у підсвідомості. Нав'язливий психічний матеріал впливає на свідомість до тих пір, поки травматична інформація повністю не відпрацюється.

Green B. L., Wilson J. P., Lind J. D. запропонували психосоціальну модель ПТСР. Вона базується на інформаційній моделі та намагається пояснити, чому при впливі стресора в одних осіб розвивається ПТСР, а в інших не розвивається, розглядаючи системно взаємодію стресора, нормальної реакції на нього, індивідуальної характеристики, соціального оточення, в якому переживається травма.

Згідно Wilson et al., особистість відчуває психічне навантаження до тих пір, поки травма не буде успішно інтегрована. Психічне навантаження визначається як стан, при якому природа, інтенсивність і значення травматичного досвіду не можуть бути зрозумілі в термінах існуючої концептуальної схеми реальності. Причина — недостатність Его-захисних, адаптивних механізмів щодо стресора, що призводить до нездатності опрацювати, пережити набутий досвід. Якщо людина знаходиться в сприятливих умовах, вірогідність справитися з травмою зростає, і навпаки.

Особливостями індивідуальності, впливаючими на посттравматичну когнітивну переробку, є: сила Его, ефективність механізмів адаптації, наявність психопатології, що існувала до впливу травми, особливості поведінки, психосоціальний статус, набутий до травми досвід, демографічні фактори (вік, освіта). До факторів соціального оточення відносяться: соціальна підтримка, підтримка з боку сім'ї, відношення суспільства до війни, особливості культури, додаткові стресори.

Можливі два види реалізації стресового розладу: зростаюча дестабілізація та патологічний результат у вигляді ПТСР або іншої патології (психози, патологія характеру). При цьому Wilson відмічає, що навіть при стабілізації діагностуються симптоми, які пов'язані з травмою (надлишкова пильність, нічні жахи, зміна в характері).

Правомірність даної моделі підтверджують багато досліджень. Виявлено кореляційний зв'язок ступеня травми з тяжкістю ПТСР, відсутністю соціальної підтримки та ступенем прояву ПТСР, разом з тим зазначено відсутність зв'язку між приморбідними особистісними факторами і розвитком ПТСР. Тому основними факторами ПТСР є тяжкість стресу та ступінь психосоціальної ізоляції під час реадaptaції.

Т. М. Keane та співавтори запропонували найбільш сучасну біхевіористичну редакцію поняття ПТСР (a behavioral formulation). Вони вважають, що для виникнення та підтримки ПТСР необхідні два фактори: 1) напрацювання класичного умовного рефлексу, коли реакція на страх засвоюється через асоціації; 2) напрацювання інструментального умовного рефлексу у вигляді закріплення такої поведінки, при якій уникають ситуації, що провокує тривожність.

Умовні подразники є пусковим сигналом. Це можуть бути думки, люди, життєві ситуації. Чим більше стимул схожий з умовним, тим сильніша буде відповідна реакція. Травматичний досвід є неприємним. У відповідності з принципами негативного підкріплення поведінка, що призводить до зниження рівня негативного відчуття, підкріплюється. Розлади поведінки, такі як гнів, агресія, алкоголізм, є біхевіористичними патернами, які підкріплюються завдяки їх здатності щодо зменшення неприємних відчуттів.

Автори cognitive appraisal model (моделі когнітивної оцінки) особливу увагу приділяють важливості допущення, що робить кожний із нас у цьому світі. Травматична подія — вплив, що порушує наше уявлення про себе та світ. У рамках даної концепції ПТСР розглядається як дезадаптивна відповідь на розлад основних базових уявлень. Основними уявленнями згідно R. Janoff-Bulman, є: 1) уявлення про власну уразливість; 2) сприйняття світу як зрозумілого; 3) уявлення про себе у позитивному світі. У Epstein можна зустріти подібні моменти: 1) світ — доброзичливий, є джерелом радості; 2) світ — управляємий; 3) уявлення про себе як гідну людину.

Таким чином, модель когнітивної оцінки підкреслює важливість уявлень про світ і про себе. Травма руйнує базові уявлення і якщо деякі форми посттравматичної відповіді розглядаються як нормальні, ПТСР — дезадаптивна відповідь на розлад базових уявлень.

A. de l Penna запропонував psychophysiological model (психофізіологічну модель), згідно якої в основі ПТСР лежить модульована мозком, компенсована на збільшений рівень інформації,

відповідь в особистостей, що характеризуються низьким рівнем інформаційного потоку в ЦНС. Автор стверджує, що парасимпатотоніки мають більш високий ризик розвитку ПТСР. Такі індивідууми відчувають низький рівень інформаційного потоку в ЦНС в порівнянні з симпатотоніками. Очевидно, парасимпатотоніки привикають швидше до сенсорної інформації. Результат – спроба мозку збільшити свій власний інформаційний потік для підсилення перцептивного та поведінкового функціонування. У бойових умовах парасимпатотоніки здатні краще протистояти невизначеності і збільшенню потоку інформації. Замість відчуттів нудьги, тобто інформаційного голоду, вони відчувають оптимальний рівень психофізіологічного функціонування. Коли ж бойова ситуація відсутня, інформаційний потік в ЦНС зменшується до низького рівня. Отже, в звичних умовах парасимпатотоніки відчувають сенсорну деривацію, серйозну нудьгу та депресію. Якщо компенсаторне збільшення інформаційного потоку в ЦНС закріплюється, то це й призводить до виникнення симптомів ПТСР: жахів, безсоння, гіперпильності, імпульсивної поведінки.

В останні роки ряд вчених сфокусували свою увагу на нейробіології ПТСР. Бойовий стрес приводить до активації симпатoadреналової (САС) та гіпоталамо-гіпофіз-надниркової (ГГНС) систем. Завдання синергічної дії даних систем полягає в забезпеченні енергією мозку та м'язів, активації уваги та пам'яті. При цьому спостерігається: збільшення рівня катехоламінів плазми, зниження рівня мозкового норадреналіну, збільшення продукції 3-метоксі-4-гідроксфенілглікола, зменшення рівнів серотоніну та дофаміну в мозку, збільшення рівня ацетілхоліну, анальгезія, що викликана ендогенними опіоїдними пептидами та іншими медіаторами антиноцицептивних систем.

Гіперактивність норадренергічних нейронів при тривалому стресі закріплюється у вигляді сформованої патологічної системи, гіперчутливої до стресорних факторів, що пов'язані з війною. Гіперактивність норадренергічної системи може бути обумовлена повторним переживанням травматичних подій. Коли виникає стан надмірного збудження, то виникає реактивація механізмів пам'яті, пов'язаних з війною.

Van der Kolk В. А. та співавтори зазначають важливу роль опіоїдної системи в патогенезі ПТСР. Опіоїдні пептиди з їх психоактивними властивостями (транквілізуюча дія, зменшення агресії, зменшення відчуття неадекватності, антидепресивна дія) модулюють виразність стресу. Повторне переживання травми призводить до збільшення продукції опіоїдних пептидів і приносить відчуття контролю. Коли переживання закінчуються, людина проходить через картину відміни екзогенних опіоїдів.

Критерії діагностики ПТСР. Згідно МКХ-10 посттравматичний стресовий розлад може виникати після травмуючих подій, що виходять за межі нормального людського досвіду. Пацієнтами можуть виступати як жертви травм, так і їх свідки. В МКХ-10 ПТСР шифрується в рубриці F43 («Реакція на тяжкий стрес і розлади адаптації») під кодом F43.1. Ці діагностичні критерії ПТСР відповідають критеріям по DSM-V, які більш деталізовані та дозволяють диференціювати тип розладу.

Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу згідно DSM-IV-TR:

А. Особа зіткнулася з травматичною подією, де мали місце обидва чинники, що наведені нижче:

1. Особа стала учасником, свідком або зіткнулася з подією або подіями, що пов'язані з реальною загибеллю або загрозою загибелі, або з тяжким пораненням, або ж із загрозою фізичній недоторканості самої особи чи інших.

2. Реакція особи включала у собі сильний переляк, безпорадність або жах.

Примітка: У дітей, навпаки, це може проявлятися дезорганізованою або збудженою поведінкою.

В. Травматична подія нав'язливо переживається повторно одним або кількома з наступних шляхів:

1. Багаторазові та нав'язливі стресові спогади про подію, включаючи бачення образів, думки або почуття.

Примітка: У малих дітей може спостерігатися тенденція до багаторазового повторення гри, у якій помітні тематика або аспекти травми.

2. Багаторазові стресові сни про подію.

Примітка: У дітей це можуть бути страшні сни зі змістом, який важко зрозуміти.

3. Дії або почуття, немов травматична подія повторюється (включаючи відчуття повторного переживання вражень, ілюзії, галюцинації, а також дисоціативні яскраві спогади про окремі епізоди, які можуть виникати під час пробудження або у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння).

Примітка: У малих дітей можуть спостерігатися повторення дій, що мали місце під час отримання травми.

4. Потужне психологічне виснаження у разі появи внутрішніх або зовнішніх асоціацій, що символізують або нагадують певний аспект травматичної події.

5. Психологічна реактивність у разі появи внутрішніх або зовнішніх асоціацій, що символізують або нагадують певний аспект травматичної події.

С. Наполегливе уникання стимулів, що асоціюються з травмою або ж заціпеніння загальних реакцій (яке не спостерігалось до травми), що дається взнаки одним (або кількома) з наступних шляхів:

1. Зусилля уникати думок, почуттів або розмов, що асоціюються з травмою.

2. Зусилля уникати діяльності, місць або людей, які пробуджують спогади про травму.

3. Нездатність пригадати важливі аспекти травми.

4. Помітне зниження інтересу до значущих видів діяльності або до участі у них.

5. Відчуття відсторонення або відчуження від інших.

6. Обмеження здатності проявляти почуття до інших (наприклад, нездатність кохати).

7. Відчуття короткого майбутнього (наприклад, відсутність очікувань щодо кар'єри, шлюбу, власних дітей або ж звичайної тривалості власного життя).

Д. Нав'язливі симптоми зростаючого збудження (яке не спостерігалось до травми), що дається взнаки одним (або кількома) з наступних шляхів:

1. Труднощі при засинанні або часті пробудження.

2. Дратівливість або спалахи гніву.

3. Низька здатність концентрації.

4. Надто висока пересторога.

5. Лякливі реакції.

Е. Тривалість розладів (симптоми за критеріями В, С, D) більше 1 місяця. Виділяють такий перебіг ПТСР, як:

– *гострий*, якщо симптоми зберігаються менше 3 місяців.

– *хронічний*, якщо симптоми зберігаються 3 місяці і більше.

– *продовгований у часі*, якщо симптоми виникають через 6 місяців після завершення впливу стресора.

У незначної частини випадків ПТСР має хронічний перебіг протягом багатьох років, що може призвести в подальшому до хронічної зміни особистості (МКБ-10: F62.0).

Ф. Розлади спричиняють клінічно значуще виснаження або зниження функцій, що пов'язані з соціальними, виробничими або іншими аспектами діяльності.

Для *DSM-IV* було запропоновано діагностичну класифікацію «*DESNOS*». Вона дозволяє виявити більш загальні симптоми, які часто спостерігаються в осіб, що пережили потужну психологічну травму.

Підкатегорії «DESNOS»

I. Зміни у регулюванні прихильностей та імпульсів.

A. Регулювання прихильностей.

B. Модуляції стану гніву.

C. Сексуальна поведінка з мотивами самоприниження.

D. Стурбованість через суїцидальні мотиви.

E. Ускладнення при модуляції.

F. Надто висока схильність до ризику.

II. Зміни в увазі або свідомості.

A. Амнезія.

В. Короткі дисоціативні епізоди та деперсоналізація.

III. Соматика.

А. Система травлення.

В. Хронічний біль.

С. Симптоми розладів серцево-дихальної системи.

Д. Симптоми мовних розладів.

Е. Симптоми сексуальних розладів.

IV. Зміни у самосприйнятті.

А. Безпорадність.

В. Постійне відчуття шкоди.

С. Провина за відповідальність.

Д. Сором.

Е. Ніхто не розуміє.

Ф. Мінімізація.

V. Зміни у сприйнятті нападника.

А. Прийняття перекручених переконань.

В. Ідеалізація нападника.

С. Стурбованість.

VI. Зміни у стосунках з іншими.

А. Нездатність вірити.

В. Повторна віктимізація.

С. Віктимізація інших.

VII. Зміни в системі значень.

А. Безпорадність.

В. Втрата переконань, які раніше були стійкими.

Клінічна картина ПТСР. Лікаря важливо розуміти, що хворий на ПТСР не обов'язково звертається зі скаргами на нижче зазначену симптоматику, а якщо це і відбувається, то він не пов'язує симптоматику з попередньою травматичною подією.

При підозрі на ПТСР лікарю слід тактовно зі співчуттям розпитати хворого про травматичні події, які трапилися в минулому. На початку розмови про травматичну ситуацію хворий може дати афективну реакцію, яка може проявлятися плачем, що свідчить про глибоке внутрішнє відчуття сорому. Особа збуджена, уникає контакту очима, проявляє ворожість. Клінічна картина включає в себе:

– Розлади сну. Кожного хворого, який звертається з приводу цього розладу, необхідно розпитати про жахливі сновидіння. Оскільки для таких снів при ПТСР характерні фотографічно чіткі зображення дійсно пережитих подій, то це захворювання слід запідозрити у будь-якої людини, яка описує живі або правдоподібні нічні жахи. Хворі можуть просинатися зі значним збудженням та потовиділенням, можуть викрикувати якісь звуки, стискаючи або нападаючи на своїх партнерів по ліжку.

– Соціальне уникання, дистанціонування та відчуження від інших, включаючи близьких членів сім'ї. При невідповідності попередньому складу особистості, такого роду поведінка повинна наводити на підозру про наявність ПТСР.

– Зміна поведінки, експлозивні спалахи, дратівливість або схильність до фізичного насилля над іншими людьми.

– Зловживання алкоголем або наркотиками, особливо для «зняття гостроти» хворобливих переживань, спогадів або відчуттів.

– Антисоціальна поведінка або протиправні дії. При відсутності такої поведінки у підлітковому віці, слід думати про діагноз ПТСР.

– Депресія, суїцидальні думки або спроби до самогубства.

– Високий рівень тривожної напруги або психологічної нестійкості.

– Неспецифічні соматичні скарги (наприклад, головний біль). В осіб з ПТСР часто діагностуються соматичні та психосоматичні розлади у вигляді хронічного м'язового

напруження, підвищеної втоми, м'язево-суглобового, головного, артроподібного болю, виразки шлунку, болю в області серця, респіраторного симптому, колік та ін.

У залежності від домінуючої симптоматики виділяють такі варіанти ПТСР: 1) тривожний, 2) астеноподібний; 3) дисфоричний; 4) соматоформний.

Тривожний тип ПТСР характеризується високим рівнем соматичної та психічної немотивованої тривоги на гіпотимно забарвленому афективному фоні з переживанням, не рідше декількох разів на добу, мимовільних, з відтінком нав'язливості уявлень, що відображають психотравмуючу ситуацію. Характерне дисфоричне забарвлення настрою з почуттям внутрішнього дискомфорту, роздратованості, напруги. Розлади сну характеризуються труднощами при засинанні з домінуванням у свідомості тривожних думок про свій стан, занепокоєння за якість та тривалість сну, страх перед нестерпними сновидіннями (епізоди бойових дій, насилля, часто розправа з самими хворими). Хворі часто навмисно зволікають зі сном та засинають вранці. Характерні пароксизмальні вечірньо-нічні стани з відчуттям нестачі повітря, серцебиттям, профузним потовиділенням, ознобом або приливами жару. Хворі самостійно звертаються за допомогою та, незважаючи на бажання уникнути ситуацій, що нагадують про психотравму, прагнуть до спілкування, цілеспрямованої діяльності, отримуючи полегшення від активності.

Астенічний тип ПТСР відрізняється домінуванням почуття в'ялості та слабкості. Фон настрою занижений, відчувається байдужість до подій, які цікавили раніше, байдужість до проблем сім'ї та службових питань. Поведінка відрізняється пасивністю, характерні переживання втрати почуття задоволення від життя. У свідомості домінують думки про свою неспроможність. Протягом тижня декілька разів виникають мимовільні уявлення епізодів психотравмуючої ситуації. Однак на відміну від тривожного типу, в даних випадках уявлення не характеризуються яскравістю, детальністю, емоційною забарвленістю та визначаються хворими як картини з відтінком нав'язливості, що виникли у свідомості. Розлади сну характеризуються гіперсомнією з неможливістю піднятися з ліжка, нестерпною дрімотою, іноді протягом дня. Хворі рідко приховують свої переживання і, як правило, самостійно звертаються за допомогою.

Дисфоричний тип ПТСР характеризується постійним переживанням внутрішнього незадоволення, роздратування, аж до спалаху злості та люті, на фоні пригніченого настрою. Хворі відмічають високий рівень агресивності, бажання вилити на оточуючих своє роздратування та запальність. У свідомості домінують уявлення агресивного змісту у вигляді покарання уявних кривдників, бійки, суперечок із застосуванням фізичної сили, що лякає хворих та змушує зводити свої контакти до мінімуму. Часто не можуть стримуватися, а на зауваження оточуючих відповідають шаленими реакціями, про які потім шкодують. Поряд з цим виникають мимовільні уявлення психотравмуючих ситуацій сценподібного характеру, нерідкі сцени насилля з активною участю самих хворих. Зовні хворі похмурі, міміка з відтінком незадоволення та роздратування, поведінка відрізняється відстороненням. Типова для хворого поведінка уникнення, замкнутості, малослівності. Активно скарг не пред'являють і потрапляють в поле зору спеціалістів у зв'язку з поведінковими розладами, що реєструються близькими та колегами.

Соматоформний тип ПТСР відрізняється масивними соматоформними розладами з переважною локалізацією тілесних відчуттів в кардіологічній (54%), гастроентерологічній (36%) та церебральній (20%) анатомічних областях, що поєднуються з психовегетативними пароксизмами. Власне симптоми ПТСР виникають у таких хворих через 6 місяців після психотравмуючої ситуації, що дозволяє визначити ці випадки як відстрочений варіант ПТСР. Для хворих не характерне формування поведінки уникання та немає типових панічних атак, але присутні вегето-судинні з відтінком пароксизмальності розлади, що не супроводжуються страхом смерті або побоюваннями втратити глузд. Симптоми емоційного заціпеніння та феномени «флеш-бек» зустрічаються досить рідко та не носять важкого емоційного характеру. Депресивний афект представлений недиференційною гіпотимією з вираженими тривожно-фобічними включеннями. Ідеаторний компонент симптомокомплексу представлений іпохондричною фіксацією на тілесних сенсаціях та пароксизмальних приступах з вираженою тривогою очікування їх виникнення, а не симптомами гіперзбудження та переживаннями психотравмуючої ситуації.

Первинні ознаки ПТСР. У всіх ветеранів тривалий час після війни спостерігалися первинні симптоми ПТСР. Вплив екстремального стресора призводить до маніфестації ПТСР у вигляді трьох констеляцій: інтрузії, уникання та надмірної активності.

Інтрузія. Травматичні події постійно переживаються однією з наступних форм:

- 1) періодичні нав'язливі дистресні спогади травматичних подій;
- 2) жахливі сновидіння, що постійно повторюються;
- 3) неочікувані відчуття того, що травматична подія знову й знову переживається (відчуття застрягання у пам'яті та переживання травматичних подій, ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди), що виникають як в активному так і сп'янілому стані;
- 4) інтенсивний психологічний дистрес під впливом подій, що символізують або подібні до аспектів травматичних подій (наприклад, річниця травми).

Уникання. Постійне уникання стимулів, що пов'язані з травмою; виникнення емоційного дефіциту, відчуття байдужності до інших людей, що проявляється наступними розладами:

- 1) навмисне підсилення уникань думок та відчуттів, що пов'язані з травмою;
- 2) спроби уникати будь-яких дій або ситуацій, що здатні стимулювати спогади про травму;
- 3) нездатність згадати важливий аспект травми (психічна амнезія);
- 4) зменшення інтересу до раніше значимих для даної людини видів активності;
- 5) відчуття відсторонення від оточуючих;
- 6) зниження здатності до співчуття і душевної близькості з іншими людьми;
- 7) відчуття «скороченого майбутнього» (невпевненість у майбутній кар'єрі, створенні сім'ї або тривалості життя).

Гіперактивність, що проявляється, по крайній мірі, двома з наступних моментів:

- 1) труднощі при засинанні або поверхневий сон;
- 2) підвищена дратівливість або спалах гніву;
- 3) погіршення концентрації уваги;
- 4) надмірна насторожливість;
- 5) надмірна реакція на неочікувані подразники;
- 6) підвищений рівень фізіологічної реактивності на події, які символізують або нагадують аспекти травматичної події.

Повторне переживання травми. Виділяють декілька форм. Для діагнозу ПТСР достатньо однієї з них. Найчастіший (у 80%) варіант повторного переживання травми – *повторні нічні жахи*, які в перші 2–4 роки після війни тривожили всіх ветеранів. Для снів ветеранів характерні відчуття безпорадності, самотності у потенціальній фатальній ситуації, переслідування ворогами з пострілами та спробами вбити, відчуття відсутності зброї для захисту. Подібного роду сни часто є частиною загальних сновидінь про війну. У більшості випадків нічні жахи є проблемою пацієнтів із наслідками контузії головного мозку. Під час спілкування з батьками, дружинами ветеранів встановлено, що часто під час жахливих сновидінь вони здійснюють під час сну рухи різної інтенсивності.

Другим за ступенем виразності проявом повторних переживань був *психологічний дистрес* під впливом подій, що символізували або були подібні з різними аспектами травматичної події, включаючи річницю війни. Дані прояви різного ступеня виразності виникали майже у 70% обстежуваних. Багато епізодів були тригерами, що нагадували бойовий досвід і викликали неприємні асоціації (вертоліт, що пролітає над головою; інформація про війну; робота фотостимулятора при реєстрації ЕЕГ, що асоціювалася з чергою із автомата). Ветерани мають підвищену чутливість до стимулів, що пов'язані з війною, внаслідок свого попереднього досвіду і ці стимули можуть активувати симптоми ПТСР і дистрес.

Періодичні *спогади про воєнні дії* (ще одна з форм інтрузії) діагностуються більше, ніж у 50% комбатантів. Найчастіше спостерігаються сум з приводу втрати у комбінації з гострим емоційним болем, повторне програвання проблемних аспектів травматичних подій.

Відмічають, що, незважаючи на дискомфорт, повторне переживання травми має адаптивне значення. Вказано, що спроби щодо уникання неприємних повторних переживань травми призводять до патологічного розвитку.

Емоційне вигорання та уникання стимулів, пов'язаних з травмою. Другою важливою клінічною рисою ПТСР є «емоційне вигорання», «емоційна гіпостезія». Більшість обстежуваних ветеранів відмічали зниження або втрату інтересу до будь-якої активності, яка «раніше подобалась», відчуття відчуження (відсторонення) від інших людей, нездатність радіти, любити, відсторонення від соціального життя. Емоційні проблеми відображаються і на сімейному житті. Подружжя обстежуваних описують їх як холодних, безтурботних, нечутливих людей. Звертають на себе увагу проблеми в особистому житті у значній кількості ветеранів — більшість із них не можуть одружитися, серед тих, хто мав сім'ю до армії і зразу ж після війни, спостерігається значна кількість розлучень.

У ветеранів також виявлені відчуття нетривалості майбутнього життя (розлад тимчасової перспективи) у вигляді песимізму (майбутнє безперспективне, майбутнього немає), очікування короткої тривалості життя, очікування нещастя у майбутньому.

Симптоми підвищеного збудження проявляються, перш за все, *розладами сну*, що пов'язані або не пов'язані з нічними жахами. Виділяють наступні варіанти розладів сну у комбатантів: інсомнії (порушення засинання, поверхневий сон, раннє пробудження, відсутність відчуття відпочинку після сну); парасомнії (рухові, психічні – нічні жахи).

Підвищена дратівливість, гнів, жага до насилля є типовими проявами ще однієї констеляції симптомів підвищеного збудження. У 95% випадків спостерігається виражене зменшення стійкості уваги. Підвищену насторожливість мають 80% ветеранів. Дані симптоми є також відображенням підвищеного збудження.

Вторинні симптоми ПТСР. До вторинних симптомів ПТСР, що спостерігаються у комбатантів багато років, відносять: астенію, обсесивно-компульсивні та дисоціативні розлади, депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм, вживання психоактивних речовин і наркотиків, соматичні проблеми, розлади відчуття часу, розлади Еґо-функціонування.

Для астеничного симптомокомплексу характерні виражені збудливість і дратівливість на фоні підвищених втоми та виснаження, емоційна слабкість, погіршення настрою, образливість.

Обсесивно-фобічний симптомокомплекс проявляється відчуттями тривоги і страху, нав'язливими спогадами психотравмуючої події.

При дисоціативних розладах – істеричному симптомокомплексі спостерігаються підвищене навіювання і самонавіювання, бажання звернути на себе увагу, демонстративний характер поведінки.

Для депресивного симптомокомплексу характерні відчуття песимізму та знижений настрій.

Для експлозивного симптомокомплексу характерні підвищена дратівливість, спалахливість, злість та агресивність.

Психоорганічний симптомокомплекс, як правило, розвивається у постраждалих внаслідок черепно-мозкової травми (астенія, дисфорія, розлади пам'яті, емоцій, сну). Можливі короткотермінові дереалізаційні та деліріозно-онейроїдні розлади.

2. Контроль початкового рівня знань слухачів.

Використовуються питання для контролю (див. додаток).

3. Самостійна робота під керівництвом викладача.

Робота проводиться у психіатричному відділенні. Слухачі отримують хворих для курації, знайомляться з історіями хвороби. Особлива увага звертається на оцінку скарг, анамнезу, фізикальних даних, результатів лабораторних та інструментальних досліджень, призначене лікування.

4. Поточний контроль роботи та знань слухачів.

Використовуються питання для поточного контролю (див. додаток).

5. Закінчення.

Викладач вказує на помилки та недоліки, підводить підсумки заняття.

Автор: д.мед.н., професор Сиропятов О.Г.

(підпис автора)

ФАРМАКОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕВТОМИ ТА ВІДНОВЛЕННЯ БОЄЗДАТНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Для підтримання боєздатності, прискорення процесів відновлення після значних навантажень, при гострій та хронічній втомі, перевтомі, хворобливому стані у комбатантів застосовують різні фармакологічні засоби. Особлива увага приділяється фармакологічним препаратам рослинного походження. У кожному конкретному випадку лікар вирішує питання про використання тих або інших відновлювальних засобів.

Вітаміни. На даний час застосовують, як правило, комплексні вітамінні препарати. Серед полівітамінів найбільш розповсюджені наступні.

Ундевіт – застосовують при швидко-силових навантаженнях по 2 драже 2 рази на день протягом 10 днів, потім – по 1 драже 2 рази на день протягом 20 днів, при навантаженнях на витривалість по 2 драже 2 рази на день (курс прийому – 15 днів).

Аеровіт – застосовують по 1 драже 1 раз на день (курс прийому – 30 днів).

Глутамевіт – містить 10 різних вітамінів, глютамінову кислоту, іони кальцію, фосфору, заліза, міді та калію у вигляді солей. Доза: по 1 таблетці 3 рази на день в період значних фізичних навантажень, в умовах жаркого клімату.

Комплевіт – містить мікроелементи, солі, полівітаміни. Доза: по 1 таблетці 3 рази на день.

Оліговіт – містить мікроелементи, солі. Доза: по 1 драже 3 рази на день.

Декамевіт – покращує захисні функції організму, має тонізуючу дію. Застосовують при значних фізичних навантаженнях, розладах сну, неврозах. Доза: по 1 таблетці 2 рази на день.

Полівітаплекс – містить 10 вітамінів. Застосовують при втомі та перевтомі, для профілактики вітамінної недостатності. Доза: по 1 драже 3-4 рази на день.

Комплекс вітамінів В – приймають в умовах жаркого клімату, при значному потовиділенні та вітамінній недостатності. Доза: по 1 ампулі або по 1 таблетці 2 рази на день.

Віваптол – містить вітаміни С, А, РР, Е, вітамінні групи В, мікроелементи. Доза: по 1 капсулі 2 рази на день.

Тетравіт – приймають після інтенсивних фізичних навантажень, в умовах жаркого клімату. Доза: по 1 таблетці 2-3 рази на день.

Аскорутін – включає аскорбінову кислоту – 0,05 г, рутин – 0,025 г, глюкозу – 0,2 г. Вітамін Р, що входить до складу препарату, відносять до біологічно активних поліфенолів; разом з вітаміном С вони зміцнюють стінки судин і регулюють їх проникність. Вітамін Р більш ефективно діє у присутності аскорбінової кислоти, а саме у процесах біологічного окислювання та відновлення, має антимікробну дію. Препарат приймають при фізичних навантаженнях по 1 таблетці 3 рази на день.

Евіна – комплекс вітамінів Є та С. Приймають по 1-2 капсули 3 рази на день.

Ціанокобаламін і фолієва кислота – препарат, який стимулює кровотворення, приймає участь у синтезі амінокислот і нуклеїнових кислот, в утворенні та обміні холіну. Застосовують при анемії та інших захворюваннях, вітамінній недостатності, захворюваннях печінки по 1 таблетці 2-3 рази на день.

Окрім комплексних вітамінних препаратів приймають окремі вітаміни.

Аскорбінова кислота (вітамін С) – є ефективним засобом стимулювання окислювальних процесів, покращення витривалості та відновлення працездатності, профілактичним засобом при гострих захворюваннях верхніх дихальних шляхів, фурункульозі, отруєннях. Вона входить до складу харчових сумішей, які приймаються під час маршу, бойових дій в горах. Препарат приймають всередину в таблетках по 0,5 г 3 рази на день. При короткотривалих інтенсивних навантаженнях рекомендують приймати 150–200 мг аскорбінової кислоти.

Недостатність вітаміну С спостерігається в зимовий період і ранньою весною, що обумовлено низьким вмістом вітаміну у продуктах цих сезонів, і проявляється простудними захворюваннями, значного перевтомою.

Токоферолу ацетат (вітамін Є) – регулює окислювальні процеси, сприяє накопиченню АТФ у м'язах, покращує працездатність, особливо в умовах гіпоксії. При гострій втомі

приймають по 1 чайній ложці 5% або 10% масляного розчину для внутрішньом'язового введення – по 1 ампулі протягом 10–15 днів, при звичайних навантаженнях – по 15–50 мг 2 рази на день протягом 5–10 днів. Недостатність вітаміну проявляється розладами периферичного кровотворення, м'язовою слабкістю, руйнуванням еритроцитів.

Мористерол – комплекс рослинних стеринів (р-ситостерин, компестерин, стигмастерин) і натуральних токоферолів, що виділені із соєвого масла. Біологічна дія – нормалізація ліпідного обміну, стабілізація клітинних мембран, участь в регуляції імуногенезу. Доза: по 1 капсулі 2 рази на день (курс прийому – 15–20 днів).

Кальцію пангамат (вітамін B₁₅) – покращує стійкість організму до гіпоксії, засвоєння кисню клітинами, збільшує синтез глікогену в м'язах, печінці, міокарді, а також креатінфосфату у м'язах і міокарді, особливо при м'язовій діяльності. Застосовують для прискорення відновлення працездатності після значних фізичних навантажень при вираженому кисневому дефіциті, перенапруженні міокарду, больовому печінковому синдромі, під час бойових дій у гірській місцевості. Приймають вітамін B₁₅ по 150–200 мг в день за 4–6 днів до змагань і в наступні дні перерубування у гірській місцевості.

Пиридоксальфосфат – коферментна форма вітаміну B₆ (пиридоксину) – сприятливо впливає на вміст холестерину та ліпідів, збільшує кількість глікогену у печінці та покращує її знешкоджуючу дію, зменшує інтоксикацію від іонізуючого опромінення, попереджає виникнення деяких вестибулярних розладів.

Препарат застосовують при хронічному гепатиті, пошкодженнях периферичної нервової системи, а також в якості профілактичного засобу при венстибулярно-сенсорних розладах по 1 таблетці 3 рази на день після їжі. При недостатності вітаміну B₆ спостерігається дратівливість, погіршення апетиту, лущення шкіри, кон'юнктивіт, порушається ресинтез АТФ.

Протигіпоксичні засоби. На думку В. М. Виноградова та співавторів (1968), специфічні речовини з протигіпоксичними властивостями повинні відповідати трьом основним вимогам: 1) покращення резистентності організму до гострої гіпоксії, у тому числі межевої; 2) суттєво не змінювати діяльність ЦНС, серцево-судинної та інших систем; 3) не знижувати фізичну та розумову працездатність організму при звичному забезпеченні його киснем і сприяти її збереженню в умовах гіпоксії.

Цим вимогам відповідають такі речовини, як: цитохром-с, глютамінова, аскорбінова, аспарагінова, фолієва, пантотенова кислоти, гутімін та ін. Препарати позитивно впливають на організм при розвитку кисневої недостатності. Під їх впливом покращується загальне самопочуття, зменшується інтенсивність симптомів гіпоксії, покращується фізична працездатність.

Бемитіл – сприяє прискоренню відновлення і покращення працездатності. Приймають по 0,25 г протягом 2–3 тижнів або по 0,5 г протягом 10 днів.

Глютамінова кислота (глютамат натрію) – стимулює окислювальні процеси. Приймають по 1–2 таблетки після виходу із зони бойових дій.

Гутімін – збільшує інтенсивність гліколізу (А. Е. Александрова, 1972), економить витрату глікогену під час фізичних навантажень, обмежує накопичення надмірного лактату (Ю. Г. Бобков та співавт., 1972). Приймають по 1–2 таблетки після інтенсивних фізичних навантажень.

Цитамак (цитохром-С) – переносить електрони, діє при гіпоксії. Вводять внутрішньом'язово по 1 ампулі як засіб відновлення, особливо при високому показнику лактату, а також перед початком бойових дій. Можлива алергічна реакція.

Препарати, що впливають на енергетичні та метаболічні процеси

Цернілтон – містить мікроелементи та вітаміни, які мають загальнозміцнюючу дію, покращують стійкість організму до інфекцій та запалення. Приймають при частих рецидивах застудних захворювань, запальних процесах (бронхіти, простатити, уретрити та ін.), як профілактичний засіб, а також при зміні часового поясу. Доза: по 2–4 таблетки на день.

Пікамілон – є похідним ніотинової та γ-аміномасляної кислот. Знімає психоемоційне збудження, втому, покращує впевненість у собі та настрої, створює враження «ясної голови», має антистресову дію, знімає бойовий дистрес, прискорює процеси відновлення, покращує сон. Доза: по 1–2 таблетки 2 рази на день.

Аспаркам – містить калію аспарагінат, магнію аспарагінат. Усуває електролітний дисбаланс в організмі, сприяє проникненню іонів калію та магнію в середину клітини, має протиаритмічну дію, зменшує збудливість міокарду. Приймають для профілактики перевтоми (перенапруження). Доза: по 1–2 таблетки 3 рази на день.

Ноотропіл – покращує метаболізм мозкових клітин. Приймають для зняття втоми, після струсу та контузій. Доза: по 1 капсулі 3 рази на день (курс прийому – 10–12 днів).

Бурштинова кислота – покращує обмінні процеси. Доза: по 1–2 таблетки після виходу із зони бойових дій.

Сафінор – приймають у період інтенсивних навантажень у бійців спеціальних підрозділів, при втомі, змінах ЕКГ. Доза: по 1 таблетці 3 рази на день (курс прийому – 10–15 днів).

Карнітину хлорид – анаболічний засіб негормональної природи. Сприяє покращенню апетиту, збільшенню ваги тіла, нормалізації основного обміну. Приймають при захворюваннях і станах, які супроводжуються поганим апетитом, зменшенням ваги тіла, фізичним виснаженням, і при травматичній енцефалопатії. Доза: 1–2 чайні ложки 2–3 рази на день.

Кобамамід – є природною коферментною формою вітаміну В₁₂, що покращує активність різних метаболічних процесів, є необхідним для багатьох ферментних реакцій, що забезпечують життєдіяльність організму, відіграє велику роль у засвоєнні та біосинтезі білка, обміні амінокислот, вуглеводів і ліпідів, а також інших процесів. Приймають при анеміях, захворюваннях периферичної нервової системи, астеничних станах. Доза: по 1 таблетці 3–4 рази на день. Часто препарат приймають разом з карнітином, запиваючи кип'яченою водою с холосасом (або розчином шипшини з вітаміном С).

Бенфотиамін – має фармакологічну дію близьку до тіаміну та кокарбоксілази. Приймають при гіповітамінозі групи В, астеноневротичному синдромі, вегетосудинній дистонії, захворюваннях печінки, змінах на ЕКГ (розлад реполяризації та ін.). Доза: по 1 таблетці 3 рази на день після їжі.

Фосфаден – приймають при перенапруженні серця. Доза: до 100 мг на добу протягом 7–10 днів у комбінації з рибоксином. При передозуванні нерідко виникає відчуття «забою» м'язів. У такому випадку потрібно зменшити дозу, зробити гіпертермічну ванну і масаж на ніч.

Компламін – покращує кровообіг у капілярах, у результаті чого покращується забезпечення клітин киснем, прискорюються окислювальні процеси у тканинах. Приймають при травматичних пошкодженнях мозку (струс, забій), мігрені, забої м'язів, аноксії тканин. Доза: 1 драже 2–3 рази на день.

Пантокрин – рідкий спиртовий екстракт із пантів марала, плямистого оленя. Приймають у якості тонізуючого засобу при перевтомі, неврастенії, астеничних станах, слабкості серцевого м'язу, гіпотонії. Доза: по 30–40 крапель до їди 2–3 рази на день або підшкірно по 1 мл на день (курс прийому – 10–12 днів). При високому кров'яному тиску препарат приймати не можна.

Рибоксин – приймає безпосередню участь у обміні глюкози, активує ензими піровиноградної кислоти, що забезпечує нормальний процес дихання; підсилює дію оротату калію, особливо при марші, що потребує витривалості. Приймають при гострому та хронічному перенапруженні серця, порушеннях серцевого ритму, інтенсивних фізичних навантаженнях та ін. Доза: по 1 таблетці 4–6 раз на день, у залежності від виду спорту та ваги спортсмена (курс прийому – 10–20 днів).

Аденозинтрифосфорна кислота – утворюється при реакціях окислення і в процесі гліколізу. Особливо важливе значення має для скоротливої діяльності скелетних та серцевого м'язів. Під впливом АТФ збільшується коронарний та мозковий кровообіг. Доза: внутрішньом'язево по 1 мл 1% розчину щоденно (курс прийому – 20 ін'єкцій).

Калію оротат – має антидистрофічну дію, тому може призначатися з профілактичною метою при значних фізичних навантаженнях. Приймають при гострому та хронічному перенапруженні серця, захворюваннях печінки та жовчовивідних шляхів, розладах серцевого ритму. Доза: 0,5 г 2–3 рази на день. При тривалому прийомі спостерігаються алергічні реакції.

Кокарбоксілаза – бере участь у регулюванні вуглеводного обміну, зменшує ацидоз, нормалізує ритм серцевих скорочень. Приймають при перенапруженні міокарду після значних фізичних навантажень, розладах серцевого ритму, недостатності коронарного кровообігу. Доза:

внутрішньому язеву по 0,05–0,1 г щоденно (часто разом з АТФ при перенапруженні серця – 0,1–1 г). Курс прийому – 10–15 днів.

Панангін – покращує проникнення іонів калію та магнію всередину клітини і тим самим усуває їх дефіцит. Приймають при порушенні ритму серця, синдромі перенапруження міокарду. Доза: по 1 драже 2–3 рази на день (курс прийому – 10–15 днів).

Глютамінова кислота – бере участь в обмінних та окислювальних процесах у клітинах мозку, покращує стійкість організму до гіпоксії, покращує відновлювальні процеси при фізичних навантаженнях, покращує роботу серця. Приймають при значних фізичних і психічних навантаженнях. Доза: по 1 таблетці 2–3 рази на день після їжі (курс прийому – 10–15 днів).

Аміналон (гаммалон) – бере участь в обмінних процесах головного мозку. Приймають при черепно-мозкових травмах, головному болю, безсонні, запамороченні, пов'язаному з підвищеним артеріальним тиском. Доза: по 1–2 таблетки 3–4 рази на день. Курс прийому при травмах 200–300 таблеток. З метою відновлення працездатності доза зменшується до 2–3 таблеток на день (курс прийому – 10–15 днів).

Гінкго-білоби екстракт (білобіл, білобіл форте, гінкгокапс) – покращує кровоплин і метаболізм в ЦНС, попереджує погіршення розумової діяльності, покращує кровопостачання кінцівок, зменшуючи відчуття холоду, поколювання, оніміння й болю. Показаний при погіршенні пам'яті, розумових здібностей, замкнутості і неспокої, головокружіннях, шумі у вухах, порушеннях сну. Доза: по 1 капс (40 мг) 3 рази на день, після їжі, курсом 1–3 місяці.

Віта-мелатонін — показаний для профілактики і терапії розладів циркадного ритму в результаті швидкого переміщення між часовими поясами землі; приймають при порушеннях сну, безсонні по 1–2 таблетки (3–6 мг) за 30 хв до сну до нормалізації ритму сну й бадьорості.

Кальцію гліцерофосфат – впливає на обмін речовин, покращує анаболічні процеси. Приймають при інтенсивних тренуваннях, перетренованості, відновленні після значних фізичних навантажень, перевтомі та виснаженні нервової системи. Доза: по 0,1–0,3 г 2–3 рази на день (часто у комбінації з препаратами заліза).

Ферроплекс – включає аскорбінову кислоту, сульфат заліза. Приймають при інтенсивних тренуваннях, анемії та ін. Доза: по 2 драже 3 рази на день після їжі.

Ліпоцеребрин – містить фосфорно-ліпідні речовини мозкової тканини великої рогатої худоби. Приймають під час інтенсивних фізичних навантажень, перевтомі, виснаженні, гіпотонії. Доза: по 1 таблетці 3 рази на день (курс прийому – 10–15 днів).

Фосфрен приймають при перевтомі, малокрів'ї, неврастенії, під час бойових дій у гірській місцевості. Доза: по 1–2 таблетки 2 рази на день (курс прийому – 2 тижні).

Фітін – містить фосфор і суміш солей кальцію та магнію різних інозитфосфорних кислот, 36 % органічно зв'язаної фосфорної кислоти. Приймають під час інтенсивних фізичних навантажень, при перетренованості, функціональних розладах нервової системи, судинній гіпотонії. Доза: 0,25–0,5 г на день (курс прийому – 10–15 днів).

Препарати, які застосовують при больовому печінковому синдромі. Печінковий синдром – часте явище при спортивних заняттях, особливо видами спорту циклічного характеру. Ряд авторів (А. С. Логинов, 1969; З. А. Бондарь, 1970; Popper, Schaffner, 1967 та ін..) вбачають причину цього синдрому у порушенні внутрішньопечінкового кровообігу, інші (В. П. Безуглий, 1965; И. М. Шулипенко, 1975) – у кисневій недостатності, що негативно впливає на структуру та функції клітин печінки. При больовому печінковому синдромі рекомендують наступні препарати.

Кукурудзяні рильця (рідкий екстракт) – приймають по 30–40 крапель 3 рази на день.

Холосас – сироп, що приготовлений із згущеного водного екстракту плодів шипшини та цукру. Має жовчогінну дію. Доза: по 1 чайній ложці 3 рази на день до їжі.

Чай жовчогінний – приймають при хронічному холециститі: 2 столові ложки суміші заварюють трьома склянками окропу, настоюють 30 хвилин, проціджують і п'ють по 1/2 склянки 3 рази на день за 20 хвилин до їжі.

Метіонін – регулює функцію печінки, прискорює відновлювальні процеси після значних фізичних навантажень. Доза: по 0,5 г 3 рази на день за годину до їжі (курс прийому – 10–30 днів). Після 10 днів прийому рекомендується перерва на 10 днів.

Зіксорин – підсилює утворення глюкуроїду, сприяючи виведенню з організму ендогенних метаболітів і ксенобіотиків, що виділяються у формі глюкуроїду; збільшує кількість жовчі. Доза: однократно 2–4 капсули після інтенсивних фізичних навантажень.

Глутаргін (аргініну глутамат) – володіє гепатопротекторними та детоксичними властивостями. Доза: 2–3 таблетки 3 рази на день (до 3-х тижнів).

Есенціалє (Енерлів) – включає есенціальні фосфоліпіди, які є основними елементами у структурі клітинної оболонки та клітинних органел. Із-за недостатності фосфоліпідів порушується жировий обмін, що призводить до жирового переродження печінки. Приймають при гострому та хронічному гепатиті, жировій хворобі печінки. Доза: по 1–2 капсули 3–4 рази на день під час їжі або по 5–10 мл внутрішньовенно на аутокрові 1 раз на добу.

Легалон – включає рослинний компонент силімарин. Діє як стабілізатор клітинної мембрани і цим захищає печінку від шкідливих впливів. Приймають при гострому гепатиті, хронічних дифузних захворюваннях печінки. Доза: по 1 драже 3–4 рази на день.

Карсил (Дарсил, Гепарсил) – містить, як і легалон, силімарин. Приймають при хронічному запаленні печінки, синдромі після гепатиту, в якості профілактичного засобу. Доза: по 1 драже 3 рази на день.

Фестал – регулює травлення. Приймають при розладах гастроінтестинальних залоз, дифузних захворюваннях печінки, біліарній патології, порушенні процесів травлення. Доза: 1–2 драже під час їжі.

Транквілізатори та седативні засоби. При значних фізичних і нервово-психічних навантаженнях у комбатантів можуть виникнути невротичні стани тривожного очікування, іпохондричні реакції, реакції перенасичення, які потребують лікарської допомоги. Сучасна медицина має засоби, які регулюють і нормалізують психічну діяльність військовослужбовців. При виборі таких засобів необхідно надавати перевагу тим, які не викликають розслаблення (релаксації) м'язів, не впливають на якість професійної діяльності. При неадекватному призначенні ряду препаратів можуть спостерігатися загальмованість, сонливість, погіршення уваги, порушення правильної оцінки ситуації, зниження тону м'язів. Наприклад, седуксен і еленіум викликають розслаблення м'язів, феназепам – погіршує увагу.

Седуксен (діазепам) викликає гіпокаліємію і може погіршити загальний стан (К.Л. Матковський та співавт., 1985), тому застосовувати його у комбатантів, які мають значні фізичні навантаження, недоцільно.

Мебікар – заспокійливий засіб. Доза: по 1 таблетці 2 рази на день. При появі свербіння шкіри препарат слід відмінити.

Нозепам – заспокійливий, снодійний та протисудомний засіб. Доза: по 1 таблетці 2 рази на день (останній прийом за 40–60 хвилин до сну). У бойових умовах нозепам приймати не рекомендується, так як він викликає сонливість, слабкість м'язів та ін.

Амізил – заспокоює ЦНС, підсилює ефект снодійних, анальгезуючих засобів, є слабким транквілізатором. Приймають при астеничних і невротичних реакціях, синдромі тривожного очікування, занепокоєнні, передменструальному напруженні у жінок. Доза: по 0,001 г 2 рази на день (курс прийому – 10–12 днів).

Тауремізін – приймають при розумовій та фізичній втомі, синдромі бойового перевтомлення. Доза: по 5 мг або 30 крапель 0,5% розчину 3 рази на день (курс прийому – 10–15 днів).

Ехінопсину нітрат — приймають при фізичній та нервово-психічній перевтомі, синдромі перетренування, вегетативній дистонії, що супроводжується головним болем, розладом сну. Доза: по 10–20 крапель 2 рази на день до прийому їжі (курс прийому – 2 тижні).

Гліцин (гліцисед) — заміна амінокислота, що виступає нейромедіатором гальмівного типу і регулятором метаболічних процесів у ЦНС, має нейропротекторну, антистресову, седативну дію, покращує метаболічні процеси, нормалізує сон. Доза: по 1 таблетці (10 мг) 2–3 рази на день, курсом 2–4 тижні.

НАЙБІЛЬШ РОЗПОВСЮДЖЕНІ ФАРМАКОЛОГІЧНІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬ ДЛЯ ТЕРАПІЇ ГОСТРОЇ СТРЕСОВОЇ РЕАКЦІЇ

| Фармакологічна група та лікарський засіб | Орієнтовні дози |
|--|--|
| 1 | 2 |
| Анксиолітики | |
| Алпразолам | внутрішньо, разова доза – 0,25-0,5 мг, середня добова доза – 1-2 мг, максимальна – 4-6 мг/доба |
| Клоназепам | внутрішньо, малі дози – 0,5-2 мг, середні – 4-8 мг, високі – 8-16 мг, максимальна добова доза – 20 мг |
| Діазепам | внутрішньо, разова доза – 5-10 мг (максимально – 2-мг), середня добова доза – 15-30 мг (максимально – 60 мг); в/м, в/в, (повільно – 0,5 мл протягом 30 сек.), середня разова доза – 10 мг (максимально – 30 мг), середня добова доза – 30-40 мг |
| Феназепам | внутрішньо, разова доза – 0,5-1 мг, середня добова – 2-3 мг, максимальна – 6-8 мг/доба |
| Медазепам | внутрішньо, разова доза 10-20 мг, середня добова 20-30 мг, максимальна – 60-70 мг/доба |
| Тофізопам | внутрішньо, разова доза 50-100 мг, середня добова 150-300 мг за 2-3 прийоми |
| Гідазепам | внутрішньо, по 20-50 мг 3 рази на добу, поступово збільшуючи дозу; середня добова 60-200 мг |
| Лоразепам | внутрішньо, початкова доза 2 мг/доба за 2-3 прийоми, при необхідності дозу збільшують до 6 мг на добу |
| Оксазепам | внутрішньо, разова доза 5-10 мг, середня добова 30-50 мг, максимальна (у стаціонарі) – 120 мг/доба |
| Снодійні засоби | |
| Золпідем | Внутрішньо, 5-10 мг одноразово за 20-30 хвилин до сну |
| Зопіклон | Внутрішньо, 7,5 мг на ніч, при неефективності до 15 мг |
| Нітразепам | Внутрішньо, 5-10 мг, за 30-40 хвилин до сну |
| Мідазолам | Внутрішньо, 7,5-15 мг на ніч |
| Темазепам | Внутрішньо, 10-20 мг за 30 хвилин до сну |
| Флунітразепам | Внутрішньо, від 0,5 до 2 мг на ніч |
| Флуразепам | Внутрішньо, 15-30 мг перед сном |
| Антидепресанти | |
| Міансерін | внутрішньо, початкова доза -30 мг (переважно на ніч), середня добова 30-90 мг |
| Тразодон | внутрішньо, від 75-150 мг/доба у 3 прийоми до 300-500 мг, максимальна – 600 мг/доба |

| 1 | 2 |
|---------------------|--|
| Тіанептін | Внутрішньо, по 12,5 мг 2-3 рази на добу |
| Пірліндон | внутрішньо, початкова доза 50-75 мг/доба, середня добова 150-300 мг, максимальна – 400 мг/доба |
| Піпофезін | внутрішньо, разова доза 25-50 мг, середня добова 100-200 мг за 2-3 прийоми |
| Кломіпрамін | Внутрішньо, по 25-50 мг 3 рази на добу; |
| | парентерально, від 25-50 мг/доба до 100-150 мг/доба |
| Іміпрамін | внутрішньо, початкова доза 25-50 мг/доба, середня добова 150-250 мг (у стаціонарі – до 300 мг/доба); |
| | в/м, початкова доза – 25-50 мг/доба, може збільшуватися на 25 мг до 150 мг/доба (на 3 прийоми). Після досягнення ефекту переходять на попередній прийом |
| Амітриптілін | внутрішньо, початкова доза 12,5-50 мг/доба, середня добова 150-250 мг одноразово на ніч або в 2-3 прийоми |
| | в/м, в/в крапельно, початкова доза 20-40 мг/доба. При хорошому перенесенні дозу можна щоденно збільшувати на 20-40 мг до 100-150 мг/доба. Через 7-10 діб при досягненні ефекту поступово переходять до перорального прийому, замінюючи щоденно 20 мг препарату в ін'єкційній формі на 50 мг – в пероральний. |
| Мапротілін | внутрішньо, 25-75 мг/доба в 1-3 прийоми, максимально – 150 мг/доба; |
| | в/м, в/в, крапельно (протягом 1,5-2 годин) в добовій дозі 25-100 мг |
| Нейролептики | |
| Тіорідазін | внутрішньо, 150-600 мг/доба (в декілька прийомів), максимальна добова доза – 800 мг (тільки в умовах стаціонару), курс лікування - не більше 4 тижнів; |
| | в якості додаткового засобу – 75-200 мг/доба |
| Алімемазін | внутрішньо, добова доза від 5-10 до 60-80 мг (в 3 -4 прийоми), при необхідності – до 200-400 мг/доба, середня добова 40-50 мг; |
| | парентерально (крапельно), початкова доза –25 мг/доба з наступним збільшенням до 75-100 мг/доба |
| Хлорпротіксен | Внутрішньо, 100-600 мг перед сном |
| Нормотіміки | |
| Карбамазепін | внутрішньо, починаючи з 100-200 мг/доба, постійно збільшуючи дозу до 600-800 мг/доба |

НАЙБІЛЬШ РОЗПОВСЮДЖЕНІ ФАРМАКОЛОГІЧНІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПТСР ТА РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ

| Фармакологічна група та лікарський засіб | Орієнтовні дози |
|--|--|
| 1 | 2 |
| Антидепресанти | |
| Амітриптілін | внутрішньо, початкова доза – 12,5-50 мг/доба, середня добова – 150-250 мг одноразово на ніч або в 2-3 прийоми; |
| | в/м, в/в крапельно, початкова доза 20-40 мг/доба. При хорошому перенесенні дозу можна щоденно збільшувати на 20-40 мг до 100-150 мг/доба. Через 7-10 діб при досягненні ефекту поступово переходять на пероральний прийом, замінюючи щоденно 20 мг препарату в ін'єкційній формі на 50 мг – в пероральний. |
| Іміпрамін | внутрішньо, початкова доза – 25-50 мг/доба, середня добова – 150-250 мг (у стаціонарі – до 300 мг/доба); |
| | в/м, початкова доза – 25-50 мг/доба, може збільшуватись на 25 мг/доба до 150 мг/доба (в 3 прийоми). При досягненні ефекту переходять на пероральний прийом |
| Кломіпрамін | Внутрішньо, по 25-50 мг 3 рази на добу; |
| | парентерально, від 25-50 мг/доба до 100-150 мг/доба |
| Пароксетін | внутрішньо, початкова доза – 10 мг/доба, при недостатньому ефекті дозу збільшують на 10 мг/доба з інтервалом не менше 1 тижня до 40 мг/доба; максимальна доза – 50 мг/доба |
| Сертралін | внутрішньо, початкова доза – 25 мг/доба, через 1 тиждень дозу збільшують до 50 мг/доба, при необхідності дозу можна збільшувати поступово (по 50 мг/доба) протягом декількох тижнів до максимальної – 200 мг/доба |

| 1 | 2 |
|---------------------|--|
| Ціталопрам | внутрішньо, початкова доза – 20 мг/доба одноразово, максимально – 60 мг/доба |
| Флуоксетін | внутрішньо, початкова доза – 20 мг вранці; при відсутності ефекту дозу можна через декілька тижнів збільшити. Дозу більше 20 мг/доба приймають у 2 прийоми (ранком та ввечері); максимальна добова доза – 80 мг. |
| Флувоксамін | внутрішньо, середня доза – 100-200 мг/доба одноразово, максимально – 400 мг/доба. |
| Нейролептики | |
| Хлорпротиксен | Внутрішньо, 100-600 мг перед сном |
| Тіорідазін | внутрішньо, 150-600 мг/доба (в декілька прийомів), максимальна добова доза – 800 мг (тільки в умовах стаціонару), курс – більше 4 тижнів; |
| | в якості додаткового препарату – 75-200 мг/доба |
| Алімемазін | внутрішньо, добова доза – від 5-10 до 60-80 мг(в 3-4 прийоми), при необхідності – до 200-400 мг/доба; середня добова доза – 40-50 мг. |
| | в/в (крапельно), початкова доза – 25 мг/доба з наступним збільшенням до 75-100 мг/доба. |
| Галоперідол | внутрішньо, по 1,5-3 мг/доба в 2-3 прийоми з поступовим збільшенням дози (при необхідності) до 10-15 мг/доба; підтримуюча доза – 0,5-5 мг/доба; |
| | в/м, по 5-10 мг 2-3 рази в день протягом декількох днів, максимально – 40 мг/доба |
| Рісперідон | внутрішньо, початкова доза – по 1 мг 2 рази в день з щоденним збільшенням на 1 мг до досягнення ефекту; середня добова доза – 4-6 мг. |

Невідкладна допомога при психічних розладах

Галюцинаторно-маревне збудження

Критерії діагностики:

Діапазон клінічних проявів маревних переживань і розладів сприйняття може бути досить широким.

1. Марення може мати різний зміст (переслідування, провини, ревнощів, величі та ін.).
2. Розлади сприйняття проявляються слуховими, зоровими та іншими галюцинаціями.
3. Хворі відчувають страх, тривогу, розгубленість, іноді виконують галюцинаторні накази й потенційно здатні до насильства.
4. Нерідко вони злісні, напружені, не йдуть на контакт, часто розмовляють із «галюцинаторними голосами» або до чогось прислуховуються.
5. При різкому порушенні хворі під впливом марення й галюцинацій нападають на ув'язнених переслідувачів або тікають, рятуючись від них.

| Алгоритм допомоги | |
|-------------------|---|
| Взаємодопомога | <ol style="list-style-type: none"> 1. Зберігати спокій, не поспішати, діяти обережно, без різких рухів. 2. Сховати предмети, якими хворий може нанести пошкодження. 3. Нейтралізувати збуджуючі фактори. 4. Не залишати хворого одного, призвати на допомогу членів сім'ї, друзів. 5. Дозволити хворому виговоритись, не сперечатись, не критикувати. 6. Викликати лікаря (фельдшера), автомобіль швидкої медичної допомоги. |
| ПМДЛД | <ol style="list-style-type: none"> 1. Виконати етап перший. 2. Знерухомити хворого (при необхідності): <ul style="list-style-type: none"> - проводити лише після виконання попередніх заходів, - накласти шкіряні (нейлонові) ремені з прокладкою для фіксації рук і ніг, - забезпечити достатню кількість медперсоналу, - під час процедури підтримувати постійний контакт із хворим, заспокоювати його. 3. Визначати життєво важливі показники (АТ, пульс) кожні 5 хв. 4. Ввести 2,5% розчин хлорпромазину 2 мл в/м. |
| ПЛД | <ol style="list-style-type: none"> 1. Виконати етап перший та другий. 2. При сильному порушенні, схильності до агресії, злості в/в ввести 4 мл 2,5% розчину хлорпромазину на 10-20 мл 5% розчину глюкози, контроль АТ. |
| Транспортування | |
| | При відносній стабілізації життєвих функцій продовжувати заходи, викладені вище, та негайно госпіталізувати до найближчого психіатричного стаціонару. |

Збудження депресивне (ажитація)

Виникає у хворих з депресією при різкому посиленні депресивних переживань.

Критерії діагностики:

1. Катастрофічне наростання почуття нестерпної туги, безвихідності, розпачу.
2. Пацієнти метушаться, кричать, стогнуть, виють, ридають.
3. Активно проявляються суїцидальні тенденції.

| Алгоритм допомоги | |
|-------------------|--|
| Взаємодопомога | <ol style="list-style-type: none">1. Зберігати спокій, не поспішати, діяти обережно, без різких рухів.2. Сховати предмети, якими хворий може нанести пошкодження.3. Нейтралізувати збуджуючі фактори.4. Не залишати хворого одного, призвати на допомогу членів родини, друзів.5. Дозволити хворому виговоритись, не сперечатись, не критикувати.6. Викликати лікаря (фельдшера), автомобіль швидкої медичної допомоги. |
| ПМДЛД | <ol style="list-style-type: none">1. Виконати етап перший.2. Ввести 2,0 мл 2,5% розчину хлорпромазину в/м.3. Контроль АТ. |
| ПЛД | <ol style="list-style-type: none">1. Виконати етап перший та другий.2. Ввести 2-4 мл 0,5% розчину діазепаму на 20 мл 0,9% розчину натрію хлориду в/в. |
| Транспортування | |
| | При відносній стабілізації життєвих функцій продовжувати викладені вище заходи та негайно госпіталізувати до найближчого психіатричного стаціонару. |

Збудження маніакальне

Критерії діагностики:

1. Підвищений фон настрою.
2. Мовні і психомоторні збудження.
3. Значна дратівливість, ворожість до оточуючих.
4. Пацієнти можуть висловлювати ідеї переслідування. Мова хворих швидка, сумбурна від численних ідей, фрази часто не закінчені, вони перескакують із однієї теми на іншу.

| Алгоритм допомоги. | |
|--------------------|---|
| Взаємодопомога | <ol style="list-style-type: none">1. Зберігати спокій, не поспішати, діяти обережно, без різких рухів.2. Сховати предмети, якими хворий може нанести пошкодження.3. Нейтралізувати збуджуючі фактори.4. Не залишати хворого одного, призвати на допомогу членів сім'ї, друзів.5. Дозволити хворому виговоритись, не сперечатись, не критикувати.6. Викликати лікаря (фельдшера), автомобіль швидкої медичної допомоги. |
| ПМДЛД | <ol style="list-style-type: none">1. Виконати етап перший.2. Ввести 2,0 мл 2,5% розчину хлорпромазину в/м.3. Контроль АТ. |
| ПЛД | <ol style="list-style-type: none">1. Виконати етап перший та другий.2. Ввести 2-4 мл 0,5% розчину діазепаму на 20 мл 0,9% розчину натрію хлориду в/в. |
| Транспортування | |
| | При відносній стабілізації життєвих функцій продовжити викладені вище заходи та негайно госпіталізувати до найближчого психіатричного стаціонару. |

ПОПЕРЕДНЯ ОЦІНКА РІВНЯ ЗНАНЬ З ПСИХІАТРІЇ

1. Хворий скаржиться на неприємні відчуття, які виникають у різних частинах тіла і внутрішніх органах, а інколи «дуже обтяжливі відчуття стягування, скручування, перевертання». Не може описати свої хворобливі відчуття. Неодноразово звертався за допомогою до лікарів, проходив обстеження і лікування в терапевтичній клініці. Результат був неефективний. Направлений на консультацію до психіатра. Назвіть описаний психопатологічний синдром:

- А) Іпохондричний;
- Б) Невротичний;
- В) Паранояльний;
- Г) Сенестопатичний*.

2. Хворий скаржиться на вкрай неприємний стан переживання відчуження власних відчуттів, нездатність переживати емоції. Навколишні предмети сприймаються ним як несправжні, люди здаються двомірними і плоскими фігурками. Хворому важко описати свій стан, він не відчуває себе таким, що реально існує. Назвіть описаний синдром:

- А) Деперсоналізації-дереалізації*;
- Б) Дисморфобії;
- В) Кандінського-Клерамбо;
- Г) Маніхейське марення.

3. У пацієнта сумний вираз обличчя, мислення сповільнене. Переважають думки про власну неповноцінність, безнадійність, песимістичних прогнозів на майбутнє. Відзначає пригнічений настрій, млявість, відсутність енергії. Апетит знижений, звична їжа – «як трава». Сон порушений з ранніми ранковими пробудженнями. Настрій і активність міняється протягом доби. Ввечері стан покращується. Який стан описаний:

- А) Апатія;
- Б) Астенія;
- В) Депресія*;
- Г) Дисфорія.

4. Емоційний стан пацієнта – суміш туги, тривоги, депресії і страху з безпричинною гнівливістю та злістю, що розвивається періодично без зв'язку із зовнішніми обставинами і ситуацією. Виражається наростаючою пригніченою озлобленістю, похмурою депресивністю, буркотливою незадоволеністю, параксизмальними спалахами гніву і злістю з руйнівними та агресивними діями. Який стан описаний:

- А) Ажитована депресія;
- Б) Гнівлива манія;
- В) Дисфорія*;
- Г) Дистимія.

5. Хворий активний, рухливий, метушливий. Чинить опір обстеженню. Говорить швидко, голосно. Вислови спонтанні, непослідовні. Який стан описаний?

- А) Делірій;
- Б) Психомоторне збудження*;
- В) Кататонічне збудження;
- Г) Аменція.

6. Хворий доставлений в районну лікарню з театру військових дій. Зовнішній огляд не виявив травм і пошкоджень. Пацієнт нерухомий, лежить у незручній позі, поглядом спостерігає за оточуючими, на питання не відповідає, міміка і пантоміміка відображає напружений афект, страждання і відчай. При зверненні до нього мовчить, але обличчя та шия вкриваються

червоними плямами, при спробі обстежувати чинить опір. Питання, що стосуються участі його у бойових діях, викликають бурхливу вегетативну і емоційну реакцію. Який стан описаний?

- А) Гостра реакція на стрес. Психогенний ступор*;
- Б) Кататонічний синдром;
- В) Параноїдний синдром;
- Г) Специфічний розлад особистості.

7. Пацієнт доставлений з діагнозом пневмонія з театру військових дій. На тлі високої температури (41°C) у хворого розвинулося психомоторне збудження – він намагався бігати по відділенню, вважав, що по стінах тече вода, за вікнами стріляють. Викрикував військові команди, оточуючих називав іменами своїх товаришів по службі. Кричав, що «гранати і патрони закінчилися». Після введення седативних препаратів заснув. Вранці зберігалися спогади про пережитий стан. Назвіть психопатологічний синдром.

- А) Деліріозний синдром*;
- Б) Гостра реакція на стрес;
- В) Галюцинаторно-параноїдний синдром;
- Г) Маніакальний синдром.

8. Хворий тримається відчужено, жестикулює, розмовляє, свариться без наявності співбесідника. При цілеспрямованому розпитуванні з'ясувалося, що чує голоси чоловіків, які звертаються до нього, залякують, насміхаються, віддають накази. Правильно називає особисті відомості, розуміє, що знаходиться в психіатричній клініці, орієнтований у часі. Назвіть психопатологічний синдром.

- А) Синдром вербального галюцинозу*;
- Б) Деліріозний синдром;
- В) Маніакальний синдром;
- Г) Військовий невроз.

9. Хворий у віці 25 років доставлений бригадою швидкої допомоги у зв'язку з неадекватно агресивною поведінкою. При розпитуванні повідомляє, що його «опромінюють новим видом випромінювання, бажаючи змусити виконувати завдання злочинної організації». Хворий говорить, що «голос» керівника усередині голови. «Голос» вимагає беззаперечного підпорядкування, вказує на «ворогів нації» і загрожує смертю в разі «відступництва». Думки пацієнта корекції не піддаються, при спробі переконання та альтернативних думок стає підозрілишим, злісним, стискає кулаки, жмурить очі, замовкає. Вважає себе психічно здоровим, а його госпіталізація «влаштована ворогами». Визначте психопатологічний синдром:

- А) Розлад особистості. Синдром надцінних ідей;
- Б) Галюцинаторно-параноїдний синдром*;
- В) Психічним розладом не страждає, знаходиться під дією психотропної зброї;
- Г) Деліріозний синдром.

10. Хворий 17 років звернувся до терапевта зі скаргами на погане самопочуття, озноб, нежить, болі в м'язах і суглобах, нудоту і пронос. Просить виписати йому знеболюючі та заспокійливі ліки («мені краще допомагають трамадол, солпадеїн і діазепам»). Тримається розбещено, знервований, грубий, без відчуття дистанції. Маревних ідей, обманів сприйняття не виявлено. При огляді: зіниці розширені, реакція на світло млява. На шкірі передпліч сліди ін'єкцій. Слизова оболонка зіву блідо-рожева, чиста, в легенях дихання везикулярне, тахікардія – 100 уд за 1 хв. Про який діагноз слід подумати в першу чергу?

- А) Гостре респіраторне захворювання;
- Б) Харчова токсикоінфекція;
- В) Розлад особистості;
- Г) Стан відміни опіоїдів*.

11. Із службової характеристики військовослужбовця, призваного по мобілізації: «постійно намагається зацікавити оточуючих вигаданими історіями, в яких фігурують знайомства з відомими людьми, завжди прагне знаходитися в центрі уваги, порушує форму одягу яскравими елементами – носить червону шийну хустку. Безсоромний, брехливий, манірний, театральний, демонстративний. Свої службові обов'язки не виконує, прагне перекласти відповідальність і тяготи військової служби на інших військовослужбовців». З яким попереднім діагнозом військовослужбовця слід направити на консультацію до психіатра?

- А) Адаптаційний розлад;
- Б) Демонстративний (істеричний) розлад особистості*;
- В) Шизофренія;
- Г) Циклотимія.

12. Що характерно для соматовегетативної тріади Протопопова?

- А) Тахікардія, мідріаз, діарея;
- Б) Тахікардія, мідріаз, закріп*;
- В) Тахікардія, міоз, закріп;
- Г) Брадикардія, міоз, діарея.

ЗАВЕРШАЛЬНА ОЦІНКА РІВНЯ ЗНАНЬ З ПСИХІАТРІЇ

1. Яке визначення краще відображає поняття «Бойова психічна травма» (БПТ):

- А) БПТ – «реакція на стрес на полі бою».
- Б) БПТ – «синонім поняття посттравматичний стресовий розлад».
- В) БПТ – «синонім поняття військовий невроз».
- Г) БПТ – «Бойова психічна травма розглядається як патологічний стан ЦНС, особливості патогенезу і феноменології якого визначає специфічність зовнішніх етіологічних причин і внутрішніх умов, що змінюються під їх дією. Використання терміну пов'язане з неможливістю зведення етіології бойових стресових розладів до якого-небудь одного чинника (психогенного, фізіогенного, соматогенного) і одночасно з необхідністю об'єднання в загальну клініко-динамічну групу різних по вираженості і зовнішньому оформленню варіантів - від порівняно легких передпатологічних реакцій до набутих змін особистості з приєднанням незворотніх органічних процесів»*.

2. Які ознаки загального адаптаційного синдрому є зайвими в представленому списку:

- А) Стадія «тривоги» (мобілізації).
- Б) Стадія резистентності.
- В) Стадія виснаження.
- Г) Стадія психозу*.

3. Яка ознака адаптаційного синдрому може свідчити про початок дезадаптації у військовослужбовця в бойовій обстановці:

- А) Зміна в мотиваційній сфері – підвищення сили, якості і вмісту мотивації.
- Б) Зниження порогів відчуття, активація мислення, збільшення швидкості мислення.
- В) Емоційне піднесення, надія на сприятливий результат бойових дій, підвищення витривалості, зниження больової чутливості.
- Г) Відчуття втоми, порушення уваги, ослаблення волі або навпаки невинуватна екзальтація*.

4. У МКХ-10 (F43) перелічені наступні діагностичні категорії, пов'язані зі стресом.

Оберіть невірну відповідь:

- А) Гостра стресова реакція.
- Б) Посттравматичний стресовий розлад.
- В) Адаптаційні розлади.
- Г) Специфічний розлад особистості*.

5. Передумовами стійкості до стресу є все перераховане, крім:

- А) Висока емоційно-вольова стійкість.
- Б) Психологічна резистентність.
- В) Індивідуальні процеси опановування стресу (копінг).
- Г) Наркотичне або алкогольне сп'яніння під час дії стресу*.

6. Успішними стратегіями опановування стресу (копінгу) є всі перераховані, окрім:

- А) Безпосередні активні вчинки індивідуума з метою зменшення або усунення небезпеки (напад або втеча).
- Б) Непряма або розумова форма – без прямої дії, наприклад, витіснення («Це мене не стосується»), переоцінка («Це не так вже небезпечно»), пригнічення, перемикання на іншу форму активності, зміна напрямку афекту з метою його нейтралізації і так далі, що пов'язане з неможливістю прямої дії через внутрішнє чи зовнішнє гальмування.
- В) Опановування без афекту, коли реальна загроза особистості не передбачається.
- Г) Регресія – повернення до легковажних, дитячих моделей поведінки*.

7. Пацієнтка К. 32 роки, під час прогулянки з 6-річним сином біля річки, який поскоковзнувся і впав у воду. Врятувати хлопчика не вдалося. Після того, як пацієнтка побачила

тіло сина, настав мутизм, вона судорожно притискувала руки до грудей. Не кліпаючи дивилася в простір і стереотипно повторювала його ім'я. Запевняла оточуючих, що він пішов і скоро повернеться. «Розмовляла» з ним. Бігала по берегу річки і кликала його, щось балакала, відмовлялася покинути місце трагедії після того, як тіло сина відвезли. Бригадою швидкої допомоги госпіталізована в психіатричну клініку. У клініці відмовлялася лягати в ліжко, чекала повернення сина, намагалася вийти з палати до входних дверей відділення. Який стан описаний у пацієнтки?

- А) Гостра стресова реакція*.
- Б) Адаптаційний розлад.
- В) Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).
- Г) Синдром Ганзера.

8. Для посттравматичного стресового розладу (ПТСР) характерні всі перераховані ознаки, окрім:

- А) ПТСР виникає в результаті мінно-вибухової травми*.
- Б) Хворий піддався дії стресової ситуації, короткострокової або тривалої, виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка здатна викликати загальний дистрес у будь-якої людини.
- В) Хворий постійно заново переживає дію стресору в нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або снах, що повторюються.
- Г) Прояви симптомів ПТСР виникають не пізніше, ніж через 6 місяців після стресової події.

9. Лікування ПТСР включає наступні етапи, окрім:

- А) Дослідження думок і відчуттів про психотравмуючу подію.
- Б) Зміна відчуття провини та недовіри.
- В) Вивчення методів подолання симптоматики і життєвих проблем, що виникли в результаті ПТСР.
- Г) Вивчення змінених станів свідомості*.

10. Для лікування ПТСР використовуються наступні препарати, окрім:

- А) Антидепресанти (переважно СІЗЗС).
- Б) Бета-адреноблокатори.
- В) Седативні препарати.
- Г) Типові нейролептики (аміназін, галоперидол та ін.)*.

11. Хворий А. Спадковість психічними захворюваннями не обтяжена. Ранній розвиток без особливостей. Зростав рухливим, активним хлопчиком. У преморбіді жива, активна, добродушна людина. Освіта середня спеціальна – автослюсар. Одружений, має сина. З 24 років вживає алкоголь. Випивка носила ситуаційний характер, тип сп'яніння ейфоричний. З 29 років став пити запоями по 5-7 днів, зазвичай в осінній період. Запій починався з тривожного стану, безпричинної туги, безсоння. В той же час спостерігалися і «світлі проміжки» з повним утриманням від алкоголю. У нарколога або психіатра не лікувався. Призваний по мобілізації. Брав участь в бойових діях на південному сході країни. Під час перебування у театрі військових дій відчував періоди поганого настрою, у зв'язку з чим, вживав алкоголь. Під час перебування у відпустці у вересні 2014 року звернувся до психіатра за ініціативою дружини з приводу пригніченого настрою, безсоння і надмірного вживання алкоголю. Госпіталізований у клініку психіатрії ГВМКЦ.

Психічний стан: виглядає старшим за свої роки, вираз обличчя сумний, плечі опущені, сутулиться. Повністю орієнтований, доступний контакту. Мова логічна, послідовна, але відповіді тихі, короткі. Пред'являє скарги на погане загальне самопочуття, розбитість, відсутність апетиту, зниження працездатності і життєвого тону. Нічого не хоче робити. Відчуває тугу, відчуття нестерпної напруги, страх, очікування чогось поганого, повна відсутність інтересів і бажань. Стан змінюється протягом доби – гірше вранці і покращується

ввечері. Інколи безпідставно виникає туга, порушення сну у вигляді труднощів засинання і нічних пробуджень, в сновидіннях присутні події війни й інших пережитих протягом життя неприємних ситуацій. У відділенні вибірково товариський. Розладів сприйняття, маревних ідей немає. Пам'ять, увага не порушені. Інтелект відповідає здобутій освіті.

Оберіть правильну відповідь діагнозу:

А) Посттравматичний стресовий розлад.

Б) Депресивний епізод. Ларвована депресія, наркоманічний варіант*.

В) Психічні і поведінкові розлади, викликані вживанням алкоголю. Психотичний розлад з переважанням депресивної симптоматики.

12. Хворий Б., 28 років. Поступив із зони бойових дій в психіатричну клініку регіонального ВМЦ в стані гострого збудження. У загальній палаті не стримується. Знаходиться в безперервному русі, швидко бігає з кута в кут, намагається з розгону ударитися головою у двері, дряпає собі обличчя і шию, б'є кулаком в груди. Вираз обличчя переляканий, очі широко розкриті, часом мружиться або закриває догори. Повіки дрібно тремтять. Часто обличчя спотворює страждальна гримаса. Він викрикує окремі фрази і слова, виголошує їх уривчасто, скоромовкою, безперервно міняючи інтонацію голосу: то говорить ледве чутним шепітом, то починає несамовито кричати, пронизливо вищити. Часом він скандує слова або автоматично виголошує затвердені з дитинства римовані вирази. Його висловлювання відносяться до ситуації війни, виражають страх, образу, обурення і побоювання: «За що?... Угу.и.ага..(виє) не хочу вмирати. .Толіка вбилию...гади..(раптово схоплюється, стукає кулаками в двері). Дайте жити... Дайте жити (б'є себе руками). Ні смерті!... Ні смерті!... За що? За що?». Ридає, заламує руки, рве на собі волосся. Очі повні жаху і страху, обличчя перекошене. На деякий час вгамовується, потім знову стає збудженим з уривчастими висловами. «Мої брати. Все!.. Кінець! За що?... Вб'ють. Риють. уже риють. Кінець. Амінь!... (нецензурно свариться). Давайте жити!» і тому подібне. Який стан описаний?

Проведіть диференційний діагноз.

А) Кататонічна шизофренія.

Б) Гостра стресова реакція. Реактивний психоз з гострою мовною плутаниною*.

В) Адаптаційний розлад.

Г) Маніакальний епізод.