

V. Teshchuk, V. Teshchuk, O. Ruskykh. On the treatment of acute disorders of cerebral circulation after coronavirus disease. – Article.

Summary. *Given the danger of a pandemic, which still reigns in Ukraine, there is a need to develop and improve the treatment of coronavirus disease (CVD) (COVID-19), and its consequences, including the rethinking of already familiar, well-studied drugs and their use in a new context. This determines the relevance of the development of new effective methods for the rehabilitation of patients with stroke after CVD. An in-depth understanding of the peculiarities of metabolic reorganization and the presence of an imbalance between excitatory and inhibitory neurotransmitter systems in patients with ACVD argue for the need to use in the rehabilitation system along with vasoactive, nootropic drugs that eliminate neurotransmitter imbalance by activating inhibitory systems. Since the cause of multiorgan damage and death in severe cases of CVD is the excessive and uncontrolled release of certain anti-inflammatory cytokines and chemokines, therefore, reducing this aggressiveness of the inflammatory response has the potential to reduce mortality and organ damage [1]. According to some authors [2], a drug that can counteract inflammation in CVD is edaravone (xavron), which is administered intravenously to treat stroke.*

Key words: *acute disorders of cerebral circulation, Xavron, coronavirus disease.*

УДК 615

В. Й. Тецу́к

*кандидат медичних наук, доцент,
заслужений лікар України, полковник медичної служби,
начальник ангіоневрологічного відділення
Клініка нейрохірургії і неврології
Військово-медичного клінічного центру Південного регіону України
м. Одеса, Україна*

В. В. Тецу́к

*кандидат медичних наук,
лікар-невролог
Мережа медичних клінік «Добробут»
м. Київ, Україна*

О. О. Руських

*студент VI курсу III медичного факультету
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

ПІСЛЯТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ АТО/ООС

Анотація. *Вже понад сім років триває російська збройна агресія проти України [1] (російсько-українська війна 2014–2021 рр.) – пряме та опосередковане застосування збройної сили Російською Федерацією (РФ) проти суверенітету та територіальної цілісності України. Розпочата РФ 20 лютого 2014 р., вона принесла багато горя на нашу рідну землю: це російська інтервенція Криму 2014 р., війна та розруха на сході України, загибель понад 16 000 громадян України (серед них понад 5000 військовослужбовців, котрі стали на захист своєї Вітчизни), десятки тисяч інвалідів... Лише 27 січня 2015 р. Верховна Рада України спромоглася визнати у своїй заяві-зверненні до міжнародних організацій Росію країною-агресором. У багатьох громадян України виникли так звані післятравматичні стресові розлади (ПТСР), котрі характеризуються розвитком стійких специфічних симптомів поряд із погіршенням функціонування та якості життя в людей, які пережили загрозові для життя події або надмірну травму. Пацієнти з ПТСР заповнили медичні заклади України із соматичними та психологічними симптомами. Цей гурт пацієнтів став однією з найактуальніших медичних та соціальних проблем нашої держави. ПТСР – це мультидисциплінарна проблема сучасної медицини, і вирішувати її потрібно якнайшвидше. У цій роботі*

представлений позитивний досвід застосування препарату «Ноофен» у пацієнтів із ПТСР в умовах ангіоневрологічного відділення (АНВ) клініки нейрохірургії і неврології Військово-медичного клінічного центру (ВМКЦ) Південного регіону України (ПРУ). Під впливом ноофену значно покращився загальний стан пацієнтів, значно зменшилися гіперкінетичні прояви та посилений фізіологічний тремор. Застосування ноофену є патогенетично зумовленим під час лікування ПТСР, вегетативних дисфункцій. Ноофен володіє вегетотропною, симпатиколітичною і адаптогенною дією, антипароксизмальним ефектом, що необхідно для оздоровлення української нації.

Ключові слова: післятравматичний стресовий розлад, ноофен, когнітивні розлади.

Післятравматичний стресовий розлад (далі –ПТСР) є природною емоційною реакцією на події, що глибоко вражають. Це нормальна реакція на ненормальну ситуацію. Нині дедалі більша кількість медичних фахівців ВМКЦ ПРУ визнає, що ПТСР може бути зумовленим не лише подіями з масивною загрозою життю та здоров'ю, але й так званими «нормальними» життєвими обставинами – важкою втратою, професійними невдачами та значними фізично-емоційними перевантаженнями на службі, особистими конфліктами, погрозами, переслідуванням, дискримінацією, труднощами у подружньому житті тощо. Синонімами ПТСР є післятравматичний синдром, «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «донбаський синдром» тощо. ПТСР – це важкий психічний стан, різновид тривожного розладу (неврозу), що виникає внаслідок поодинокі або повторних психотравмуючих ситуацій, як, наприклад, військові дії, важка фізична травма, сексуальне насильство або загроза смерті. ПТСР здебільшого супроводжувалися вегетативними розладами. Основним патогенетичним механізмом цих проявів був дисбаланс вегетативної регуляції, дисфункція симпатико-парасимпатичних взаємовідносин із перманентним або пароксизмальним перебігом, котрий мав генералізований, переважно системний характер. Порушувалися інтегративні взаємозв'язки між надсегментарними вегетативними структурами, що проявлялося у вигляді емоціональних, сенсомоторних, ендокрино-вісцеральних та інших розладів, і внаслідок цього явищами дезадаптації в сучасному українському суспільстві. Ці причини зумовлюють зростання кількості пацієнтів із ПТСР та зростання кількості звернень до лікарів різних фахів у різноманітних лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) України. Найбільш частими проявами ПТСР є соматичні, когнітивні, емоціональні, поведінкові, вегетативні. Серед вегетативних розладів (ВР) найчастіше ми помічали церебральну ангіодистонію (ЦАД), котра може суттєвим чином детермінувати центральні відділи регуляції вегетативного відділу нервової системи (далі – ВВНС). Одними з найбільш важливих клінічних проявів є моторні порушення, котрі свідчать на користь необхідності додаткової корекції рухових розладів при ПТСР. Акцентування уваги на елементах моторної системи в ангіоневрологів виправдане інформативністю, можливістю об'єктивізації низки функціональних розладів. Тремор (Т) часто є основним симптомом вегетативних дисфункцій рухової сфери [2], частою ознакою вегетативної дизрегуляції [3] та виразної лабільності ВВНС [4]. Важливим чинником медикаментозного впливу на СВД із моторними розладами є такий засіб, як «Ноофен», внаслідок центрального впливу на системну та церебральну динаміку, нейротрансмісію, вегетативну лабільність та нейрохімічний метаболізм [5–9].

Метою нашого дослідження було вивчення клінічної ефективності застосування «Ноофену» в комплексному лікуванні ПТСР.

Матеріали та методи.

У період з 2014 р. до 2021 р. нами було оглянуто понад 3000 учасників АТО-ООС, котрі страждали на ПТСР, із них понад 1000 безпосередньо в зоні АТО-ООС. З них виділено 118 військовослужбовців-учасників АТО-ООС, котрі проходили стаціонарне лікування та обстеження в умовах ВМКЦ ПРУ. Всі пацієнти чоловічої статі, їм було проведено комплексне обстеження: КТГМ; УЗДГ+ТКДГ; ЕЕГ; РЕГ; консультації відповідних фахівців: психіатр, психолог, офтальмолог, терапевт, невролог. Вік пацієнтів становив від 18 до 60 років. «Ноофен» застосовувався в дозі 0,25 по 1 пігулці 3 рази на добу, всередину. Курс лікування становив 30 днів.

У процесі обстеження цього гурту пацієнтів використовувалися клініко-анамнестичний (КАМ) та клініко-психопатологічний (КППМ) методи. Основою цих методів було застосування принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічного анамнезу:

- збір та оцінка даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінка скарг на здоров'я) з урахуванням травматичного впливу та діагностичних критеріїв МКХ-10 та DSM-V;
- збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей;
- оцінка з позиції безпеки і небезпеки, в тому числі поточного ризику для себе або інших: суїцидальні думки (план), засоби (наприклад зброя, надлишок ліків тощо), анамнез (наприклад, насильство

або спроби самогубства), поведінка (наприклад, агресія, імпульсивність), поточні стресори життя, попереднє лікування психічних розладів та адиктивної поведінки;

– здійснення диференційної діагностики (депресивні розлади, тривожні розлади, розлади адаптації, залежність від алкоголю та психоактивних речовин, хронічний біль, розлади особистості, затяжна реакція суму тощо);

– визначення коморбідності.

Контрольний гурт становили 30 військовослужбовців-учасників АТО, рівнозначних за клінічними та віковими проявами. Пацієнтам цього гурту «Ноофен» не включали в курс комплексного лікування. Для оцінки ефективності та впливу «Ноофену» на різноманітні системи організму досліджували комплекс електрофізіологічних та біохімічних показників, систему згортання крові. Визначали низку показників центральної та периферичної гемодинаміки. Такий комплекс обстежень відкривав патологічні закономірності, котрі виникали на висоті підйому артеріального тиску, а також визначав лікувальну ефективність методу.

Для оцінки ефективності лікування застосовувались методи контролю: шкала коми Glasgow, бальна оцінка за індексом 1) Barthell, 2) шкала MMSE, у разі потреби інші шкали. Ми використовували також психодіагностичний метод (ПДМ). Використовувалися такі засоби:

- 1) Госпітальна шкала тривоги і депресії;
- 2) Шкала депресії Гамільтона (HAM-D);
- 3) Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A);
- 4) Пітсбурзький опитувальник якості сну.

Результати та їх обговорення

У зоні АТО-ООС пацієнти поступали у 61 ВМГ з діагнозами: гостра реакція на стрес (F43.0); післятравматичний стресовий розлад (F43.1); розлади адаптації (F43.2) [10]. Кодування проводилось відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) [10]. Відповідно до Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-V ми виділяли:

- гострий стресовий розлад (308.3);
- післятравматичний стресовий розлад (309.81).

Відповідно до «Дослідницьких діагностичних критеріїв» МКХ-10 (ВООЗ, 1992):

– гостра реакція на стрес (F43.0) – це тимчасовий розлад, який розвивається в людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай стихає через кілька годин або днів;

– післятравматичний стресовий розлад (ПТСР) (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенні події чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже в будь-кого. Повністю з дослідження були виключені «аватари», котрі становили 10% пацієнтів у зоні АТО за даними [11]. Водночас і гострий стресовий розлад (ГСР) і ПТСР – розлади, котрі мали такі базові симптоми:

– повторне переживання – причепливі тривожні спогади про травматичну подію; кошмари; інтенсивні психологічні страждання або соматичні реакції, такі як підвищене потовиділення, прискорене серцебиття та паніка при нагадуванні про травматичну подію, СВД, виразний тремор пальців витягнутих, повік очей тощо;

– уникнення і емоційне заціпеніння – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних із подією; обмежені емоції; втрата інтересу до звичайної діяльності; відчуття відстороненості від інших;

– надмірне збудження – безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість, надмірний старт-рефлекс.

Крім того, ГСР включав в себе, за нашими спостереженнями: дисоціативні симптоми, такі як відчуження, емоційна глухість, дереалізація, деперсоналізація і дисоціативна амнезія. Основна відмінність між ГСР (308.3) і ПТСР (309.81) за DSM-V – це тривалість часового проміжку, що минув із моменту травматичної події.

ГСР ми діагностували у період від 2 днів до 1 місяця після травматичного інциденту, а ПТСР – не раніше ніж через місяць. ПТСР виникає після ГСР або латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6 міс або зрідка до кількох років. Перебіг ПТСР ми визначали як гострий, коли симптоми зберігалися до 3 місяців, та хронічний – у разі збереження симптомів більше 3 місяців. Якщо початок симптомів помічався через 6 місяців після травматичної події, розлад визначався як ПТСР із пізнім проявом. За ПТСР інколи спостерігався хвилеподібний перебіг. Здебільшого пацієнти одужували, але інколи

хвороба тривала протягом двох років після катастрофи і трансформувалася в хронічну зміну особистості (F62.0). Такі пацієнти в подальшому знаходились під спостереженням психіатра, за місцем проживання. Здебільшого в осіб чоловічої статі, за нашими спостереженнями, були встановлені супутні психіатричні діагнози, що обґрунтовує обов'язкову участь лікаря-психіатра в уточненні діагнозу та визначенні тактики ведення пацієнтів із ПТСР. Важливе значення має інтегрована медична допомога з комплексною соціальною реабілітацією пацієнтів із ПТСР, із залученням членів сім'ї (якщо вони соціально адекватні).

У всіх обстежуваних пацієнтів тією чи іншою мірою були помічені симптоми рухової збудливості, посиленій (переважно статопозний) фізіологічний тремор кінцівок, у 81 пацієнта (68,6%) помічалось постійне або періодичне тремтіння китиць, воно визначалось візуально і суб'єктивно не відчувалось. У момент «емоційних спалахів» тремор виникав у 100% обстежуваних пацієнтів. Віковий компонент достовірно не впливав на виразність та суб'єктивні відчуття тремтіння.

Окрім цього, у 97 (82,2%) пацієнтів помічався періодичний озноб, у 96 (81,35%) – утруднення дихання, «грудка в горлі» під час ковтання; запаморочення, переважно системного характеру, помічали 87 (83,7%) учасників АТО; підвищений артеріальний тиск (АТ) був помічений у 81 (68,6%) пацієнтів. Періодичні запаморочення помічали протягом останнього тижня у 76 (64,4%) обстежуваних військовослужбовців, стомлюваність та загальну слабкість – у 74 (62,7%), скреготіння зубами під час сну – у 69 (58,5%) обстежуваних, виразний цефалічний синдром – у 67 пацієнтів (56,8%), гіпергідроз – у 61 (51,7%); звертали увагу на нудоту 57 хворих (48,3%); перебої в ділянці серця помічали 49 військовослужбовців (41,5%); пароксизми втрати свідомості протягом останнього місяця помічав 41 пацієнт (34,7%); локальні судоми і міоклонуси помічалися в 6 хворих (5,1%). Не менш яскравою була і когнітивна симптоматика: 89 пацієнтів (75,4%) звинувачували у своїх бідах працівників військових комісаріатів, керівників підприємств, дружин, чиновників тощо. У 39 хворих (33,1%) помічалися зниження розумових здатностей, надмірна настороженість, посилення або зниження орієнтації в оточуючих обставинах, причепливі «образи», зниження пам'яті, все це супроводжувалося нічними «кошмарами». 33 учасники АТО (28,0%) скаржились на порушення абстрактного мислення, неможливість сконцентрувати увагу, труднощі з прийняттям рішень, вирішенням життєвих проблем.

Емоційні прояви позначалися тривожністю у 71 хворого (60,2%): підвищеною настороженістю – у 64 пацієнтів (54,2%); депресивними розладами – у 47 пацієнтів (39,8%); «емоційними спалахами» та явищами емоційного автоматизму – у 33 учасників АТО (28,0%); «страхом смерті», «приливами жару», станом пригніченості, сумом, відчуттям провини за свої вчинки. Неадекватні емоційні реакції, подразливість, роздратованість, втрата контролю помічалися у 19 військовослужбовців (16,1%).

У багатьох пацієнтів були поведінкові розлади: у вигляді періодичного вживання алкогольних напоїв у 19 (16,1%); антисоціальна поведінка з «емоційними спалахами» – в 13 учасників АТО (11,0%); зміни в сексуальній поведінці, зміни повсякденної активності та труднощі в спілкуванні з оточуючими – в 9 хворих (7,6%). 8 пацієнтів (6,8%) помічали мовні порушення, неможливість розслабитися, зниження апетиту, підозрілість, соціальну самоізоляцію, надмірне реагування на стимули, скаржилися на високий темп життя тощо.

Оцінюючи результати лікування пацієнтів із ПТСР, в комплексну терапію яких було включено ноофен, варто відмітити, що загалом 97 пацієнтів (82,2%) помічали покращення загального стану; 9 (7,6%) пацієнтів – незначне покращення загального стану; останні 12 (10,2%) пацієнтів ефекту від проведеної терапії не відчували, незважаючи на те, що в комплексне лікування цих пацієнтів були включені в разі потреби селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) – сертралін, пароксетину гідрохлорид, флуоксетин; інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (ІЗЗСН) – венлафаксин; атипічні антипсихотики (ААП)-кветіапін, респеридон, оланзапін; інгібітори моноамінооксидази (МАО); трициклічні антидепресанти (ТЦАД); вальпроати тощо. Для корекції моторних нейровегетативних розладів у комплексну терапію, окрім ноофену, включали серміон, нейротропін, мільгамму, режимні заходи, лікувальну фізичну культуру (ЛФК).

Допомога всім пацієнтам надавалася мультидисциплінарною командою за участю лікаря-психіатра, лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога, психолога, практичного психолога та інших відповідних фахівців. До цього процесу залучалися волонтери, ветерани-комбатанти, соціальні працівники, члени родин пацієнтів та представники громадських організацій. Під час лікування цього гурту пацієнтів ми не надавали перевагу фармакологічним засобам перед травмофокусованою терапією, а їх застосування розглядали, якщо пацієнт був не готовий, не бажав залучатися або не мав доступу до отримання лікування за допомогою травмофокусованої терапії, якщо такі особи мали додаткові проблеми з психічним здоров'ям, такі як депресія, або вони не досягли покращення внаслідок застосування травмофокусованої терапії. Всі вони отримували «Ноофен» у вищевказаному дозуванні. У разі використання інших фармакологічних засобів перевагу ми надавали селективним інгібіторам зворотного захоплення серотоніну. Лікування антидепресантами (АД)

розглядалося як доповнення до психотерапії та психокорекції у дорослих, в яких основні симптоми ПТСР є тяжкими і перешкоджають отриманню користі від психотерапевтичного та психокорекційного втручання. Лікарі-психіатри у своїх оцінках звертали увагу на наявність та виразність супутніх захворювань із метою врахування їх можливого впливу на процес і результати лікування. Слід зазначити, що багато пацієнтів з обстежуваного гурту знаходилися на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні (ГЕВ) ВМКЦ ПРУ. Заходи з реабілітації, що сприяли оптимальному професійному, сімейному і соціальному функціонуванню, регулярно призначали на перших етапах лікування і не відкладали до моменту, коли захворювання перейде в хронічний стан. Така реабілітація передбачала психоосвіту не тільки самої особи із ПТСР, а й членів її родини, а також максимальну можливу соціальну та професійну підтримку для збереження оптимальної трудової й освітньої продуктивності. У ВМКЦ ПР нам у цьому допомагала якісно підготовлена команда українських волонтерів під керівництвом Андрія Танцюри.

У процесі використання ноофену в комплексному лікуванні пацієнтів із ПТСР ми помічали покращення стану пацієнтів із переважанням симпатикотонічних проявів. У хворих з ейтонією в процесі застосування ноофену також помічалися покращення загального стану, зменшення амплітуди та інтенсивності «тремору домінантної руки». Водночас у пацієнтів із переважанням парасимпатичного компоненту покращення практично не було. Таким чином, в результаті проведеного комплексу клінічних спостережень у пацієнтів із ПТСР були виявлені моторні порушення у вигляді тремору (в тому числі «тремору домінантної руки»). Виявлені клінічні прояви в обстежених пацієнтів вказують на виразні впливи з боку ВВНС на наявність та характеристики тремору. Підвищення амплітуди, частоти та інтенсивності тремору дозволяє думати про відхилення та дезадаптаційні тенденції моторних компонентів внаслідок їх переходу від можливих функціональних порушень ЦВНС в органічні. За цього вони не відрізнялися суттєво від представників контрольного гурту. Враховуючи патогенетичну роль структур головного мозку в треморогенезі [7; 12–15], варто вважати, що на інтегральні показники тремору в обстежуваних впливав функціональний стан ВВНС, котрий залежав своєю чергою від особливостей нейротрансмісії, функціональної активності гіпоталамічних утворів, частини ретикулярної формації (РФ), екстрапірамідно-лімбічних зв'язків тощо, а також можливі зміни в ЦВНС, котрі переважно вражають фронтально-стріарні, церебелло-фронтальні шляхи, підкіркові нейронні кола [7; 12; 13]. Під впливом лікування виявлено зменшення симпатичних впливів на механізми рухової гіперактивності, треморогенезу (симпатиколітичний вплив ноофену). У пацієнтів, котрі добре адаптовані до зовнішніх впливів, помічено повну нормалізацію цих проявів (зникнення тремору у 22 (20,37%) обстежуваних нами пацієнтів із ПТСР вже після прийому ноофену протягом одного місяця в запропонованих нами дозуваннях). Максимальний позитивний ефект був досягнутий у пацієнтів із ПТСР, де переважав симпатичний компонент вегетативної іннервації. Отже, цим клінічним спостереженням підтверджений вегетотропний, переважно симпатиколітичний, а також адаптогенний ефект ноофену. Ми також помічали позитивний ефект ноофену в процесі лікування пацієнтів із ПТСР у випадках пароксизмального перебігу вегетативних дисфункцій. Вищезазначене варто розглядати як антипароксизмальний ефект під час лікування пацієнтів із ПТСР, який характерний для транквілізаторів. Позитивний клінічний ефект ноофену, можливо, пов'язаний із покращенням метаболізму, забезпеченістю нейромедіаторних процесів у структурах ЦВНС та ВВНС [7–9]. Відомо, що ноофен є стимулятором продукції дофаміну, котрий посилює дофамінергічну нейротрансмісію, за рахунок наявності в молекулі фізіологічного модулятора нейротрансмісії [7]. Вищезазначене в патогенетичному аспекті зумовлює застосування ноофену в пацієнтів із ПТСР, що зумовлені дофамінергічною недостатністю. Виявлені клінічні ефекти ноофену насамперед спрямовані на оптимізацію механізму «зворотного зв'язку» в кірково-підкіркових нейрональних проекціях [7–9], посилення активності палідо-стріарних, лімбіко-ретикулярних утворів і стовбурових структур, що в сукупності безпосередньо детермінує виникнення і підтримку тремору та інших гіперкінезів.

Окрім цього, ми помітили позитивну динаміку після прийому ноофену: у 81 пацієнтів із ПТСР (68,6%) вже не було періодичного ознобу; у 77 (65,25%) нормалізувалися процеси та механізми дихання, зникла «грудка в горлі» під час ковтання; зникнення запаморочення системного характеру помічали 53 учасників АТО (44,9%); нормалізація АТ була помічена у 67 патріотів (56,8%). Зменшення кількості періодичних запаморочень помічали протягом останнього місяця 49 обстежуваних військовослужбовців (41,5%), зменшення стомлюваності та загальної слабкості – 43 хворих (36,4%), усувалось скреготіння зубами під час сну – 37 обстежуваних (31,4%); цефалічного синдрому позбулися 42 пацієнти (35,6%); нормалізацію потовиділення ми помітили у 49 хворих (41,5%). Після прийому ноофену пацієнти не відчували протягом місяця в себе нудоти, перебоїв у діяльності серця, пароксизмів втрати свідомості, локальних судом і міоклонусів. Пацієнти помічали зникнення відчуттів повторних переживань травмуючої події у вигляді причепливих

дистресових спогадів та думок. Таким чином, застосування ноофену значно зменшувало кількість соматичних проявів та симптомів ПТСР в учасників АТО.

Парадокс ПТСР в учасників АТО полягає в тому, що, повернувшись після демобілізації додому, вони не знаходять собі місця в «цивільному» житті, де нехтуються і порушуються їхні права. Реакції цих людей високо адаптовані в бою і сприяють хорошій підготовці та надбанню досвіду. Під час російсько-української війни адаптивними властивостями організму військовослужбовця є підвищена збудливість, понаднастороженість, уміння володіти собою та контролювати свої емоції в разі виникнення непередбачуваних обставин, реакції у відповідь на повторні психотравмуючі події, а також уміння функціонувати в умовах недосипання. Застосування ноофену усувало в тій чи іншій мірі депресивні, тривожні, соціально тривожні та панічні розлади. Спостерігалось зниження кількості пацієнтів до 39 (33,1%), котрі звинувачували «когось в своїх бідах»; у 17 (14,4%) хворих помічались нормалізація сну. 13 (11,0%) учасників АТО зазначали покращення пам'яті, здатності до концентрування уваги, здатності до прийняття рішень у вирішенні життєвих проблем.

У перший день обстеження (до лікування) 36 пацієнтів (30,5%) із ПТСР набрали за шкалою MMSE 28–30 балів, тобто їхня інтелектуальна продуктивність знаходилася в межах норми. Когнітивні порушення легкого ступеня виразності (показник за шкалою MMSE становив 26–27 балів) спостерігалися у 41 обстежених основного гурту (34,7%). Когнітивні порушення помірного ступеня тяжкості, що не досягали ступеня деменції (показники за шкалою MMSE становили 24–25 балів), спостерігалися у 39 обстежених хворих (33,1%). Зниження інтелекту у вигляді деменції було виявлене у 14 хворих (11,9%) (показники за шкалою MMSE менше 24 балів). На 31-й день лікування інтелектуальна продуктивність за шкалою MMSE покращилася: у 69 пацієнтів (58,5%) інтелектуальна продуктивність знаходилася в межах норми; когнітивні порушення легкого ступеня тяжкості спостерігалися у 39 осіб (33,1%); когнітивні порушення помірного ступеня, що не досягали ступеня деменції, спостерігалися у 8 хворих (6,8%); у 4 пацієнтів (3,4%) помічались зниження інтелекту у вигляді деменції. Таким чином, за результатами методики MMSE у хворих із ПТСР у структурі порушень пізнавальних функцій переважали розлади вербальної пам'яті, лічильних функцій та перцептивно-гностичної сфери, які мали позитивну динаміку на фоні комплексної терапії з включенням препарату «Ноофен».

Тривожність після прийому ноофену помічали у 43 хворих (36,4%), підвищену настороженість – у 41 пацієнта (34,7%); депресивні розлади – у 23 пацієнтів (19,5%).

«Емоційні спалахи» та явища емоційного автоматизму були в 11 учасників АТО (9,3%); «страх смерті», «приливи жару», стан пригніченості, сум, відчуття провини за свої вчинки, неадекватні емоційні реакції, подразливість, роздратованість, втрату контролю над собою ми помічали у 7 військовослужбовців (5,9%).

Участь у бойових діях впливає на свідомість людини, піддаючи її серйозним якісним змінам. ПТСР сприяють формуванню специфічних сімейних відносин, особливих життєвих сценаріїв і можуть впливати на все подальше життя людини. Україну шокували самогубства учасників АТО та застосування ними різноманітних підричних механізмів за тих чи інших обставин. На відміну від гострої стресової реакції, ПТСР виникає не під час травмуючої події, а у віддалені терміни – після виходу людини зі стану надтяжкого стресу. Латентний період становить, як правило, 2–6 місяців із моменту отримання психологічної травми. Пацієнтам із ПТСР потрібні якнайшвидша соціальна адаптація, поліпшення працездатності. Безсумнівно, можна стверджувати, що таку здатність повертає застосування ноофену у вище згаданому дозуванні.

Висновки.

Бойові дії на сході України, що нині є справжньою війною, спровокували хвилю проблем психосоціальної адаптації, в якій післятравматичний стресовий розлад набув нових якісних і кількісних характеристик. У будь-яку мить бойові стреси можуть нагадати про себе різними проявами. Неврози виникають переважно в тих військовослужбовців, які побували на полі бою, жили в окопах, зазнали поранень, каліцтва, стали свідками загибелі бойових побратимів, були в полоні. Дуже часто самі учасники АТО не помічають у себе розладів психіки. Але якщо їм вчасно не допомогти, то війна для них не закінчиться ніколи. Тремор – об'єктивна ознака вегетативних дисфункцій, пов'язаних із порушенням судинної регуляції, це функціональна дезадаптація організму в стресових умовах. Ефективність ноофену в комплексному лікуванні ПТСР підтверджена позитивними клінічними результатами, він справляє коригуючий вплив на стан ВВНС і основні ланки тремтіння, що дає підставу говорити про патогенетичну необхідність застосування ноофену в лікуванні ПТСР.

Під впливом лікування значно покращився загальний клінічний стан пацієнтів із ПТСР, було усунено гіперкінетичний синдром, а також посилений фізіологічний тремор. На нашу думку, застосування ноофену є патогенетично зумовленим при ПТСР та коморбідних моторних розладах. Ноофен справляє вегетотропний, симпатиколітичний та адаптогенний впливи, а також антипароксизмальний ефект.

Очевидно, що ноофен впливає якісно на обмін серотоніну, що має величезне значення для регуляції настрою, зменшенні тривожності, покращенні апетиту і нормалізації сну та інших когнітивних функцій, незважаючи на те, що загальна кількість пацієнтів із ПТСР, котрі відповіли на лікування ноофеном, становить у середньому біля 60%, тільки кожен четвертий із пацієнтів досягає повної ремісії і знаходить своє місце в цьому житті. На нашу думку, ноофен варто включати в різноманітні протоколи та алгоритми в процесі лікування післятравматичних розладів із метою адаптації пацієнтів до високих темпів сучасного життя. Необхідно створити державну програму з «лікування та соціальної адаптації пацієнтів із ПТСР» вже зараз, тому що наслідки бездіяльності чиновників МОЗ України можуть бути досить неочікуваними, коли в цих постраждалих пацієнтів сформуються стійкі специфічні симптоми. ПТСР є однією з найактуальніших проблем навіть у США та інших розвинутих країнах. Думасмо, що варто звернути увагу на досвід вирішення цієї проблеми в інших країнах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Василенко В.А. Російсько-українська війна 2014 року: причини, перебіг та політико-правові оцінки. *Український тиждень*. 2014. № 42. С. 28–42.
2. Свид С. Особенности клиники и коррекция синдрома вегетативной дистонии у больных дисциркуляторной энцефалопатией : автореф. дис. ... к.мед.н. : Харьков, 1993. 25 с.
3. Справочник по клинической нейровегетологии / под ред. В.А. Берсеньева, Г.П. Губы, О.А. Пятака. Київ : Здоров'я, 1990. 238 с.
4. Петелин Л.С. Экстрапирамидные гиперкинезы. Москва : Медицина, 1970. 259 с.
5. Хайтович М.В. Порухення когнітивних функцій у дітей з вегетативними дисфункціями та їх корекція ноофеном. *Педіатрія, акушерство і гінекологія*. 2000. № 5. С. 25–29.
6. Волчанский Е.И. Первый опыт клинического изучения влияния фенибута и аминалона на системное артериальное давление у детей с сосудистыми дистониями. *Труды Волгоградского ГМИ*. 1979. Т. 31. Вып. 3. С. 11–14.
7. Влияние курсового лечения ноофеном на двигательную активность, когнитивные функции и психоэмоциональное состояние у больных болезнью Паркинсона / Карабань И.Н., Луханина Е.П., Мельник Н.А., Березецкая Н.М. *Укр. вісник психоневрол.* 2000. Т. 14, Вып. 1 (46). С. 46–50.
8. Тещук В.Й., Тещук В.В. Динаміка когнітивних змін у хворих із наслідками гострих порушень мозкового кровообігу. *Актуальні проблеми транспортної медицини*. 2013. № 3(33). С. 82–87.
9. Тещук В.Й., Тещук В.В. Досвід застосування ноофену у відновному лікуванні гострих порушень мозкового кровообігу в умовах ВМКЦ ПР. *Актуальні проблеми транспортної медицини*. 2014. № 1(35). С. 111–115.
10. Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ-10). Короткий адаптований варіант, заснований на Міжнародній статистичній класифікації хвороб і проблем, пов'язаних із здоров'ям, 10-го перегляду, прийнятої 43-ю Всесвітньою Асамблеєю Охорони Здоров'я (підготовлений в Центрі медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України). Київ : «ТРЕЛІАКС ЛТД». 1998. С. 46.
11. Тещук В.Й., Лавринцев О.Г., Тещук Н.В., Гамма М.О., Докійчук К.В., Добренко М.В. До питання про санітарні втрати терапевтичного профілю, за даними 61 ВМГ, під час проведення антитерористичної операції. *Бюлетень XIV чтений им. В.В. Подвысоцкого (27–28 мая 2015 г.)*. Одеса : «Фенікс», 2015. С. 190.
12. Курако Ю.Л. Тремор в клинической неврологии / Ю.Л. Курако, А.Н. Стоянов. Одеса : ОГМУ, 2000. 128 с.
13. Курако Ю.Л. Треморогенез: погляд на проблему / Ю.Л. Курако, А.С. Сон, О.М. Стоянов. *Інтегративна антропологія*. 2004. № 2. С. 51–54.
14. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. Москва : Медицинское информационное агентство, 2000. 752 с.
15. Вейн А.М. Синдром вегетативной дистонии. *Журнал невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова*. 1989. Т. 89, Вып. 10. С. 13–19.

В. И. Тещук, В. В. Тещук, А. О. Русских. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих – участников АТО/ООС. – Статья.

Аннотація. Уже более семи лет длится русская вооруженная агрессия против Украины [1] (российско-украинская война 2014–2021 гг.) – прямое и опосредованное применение вооруженной силы Российской Федерацией (РФ) против суверенитета и территориальной целостности Украины. Начатая РФ 20 февраля 2014 г., она принесла много горя на нашу родную землю: это русская интервенция Крыма 2014 г., война и разруха на востоке Украины, гибель более 16 000 граждан Украины (среди них более 5000 военнослужащих, вставшие на защиту своего Отечества), десятки тысяч инвалидов... Лишь 27 января 2015 г. Верховная Рада Украины смогла признать в своем заявлении-обращении к международным организациям Россию как страну-агрессора. У многих граждан Украины возникли так называемые посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), которые характеризуются развитием стойких специфических симптомов наряду с ухудшением функционирования и качества жизни у людей, переживших угрожающие жизни события или чрезмерную травму. Пациенты с ПТСР заполнили медицинские учреждения Украины с соматическими и психологическими симптомами. Эта группа пациентов стала одной из самых актуальных медицинских и социальных проблем нашего государства. ПТСР – это мультидисциплинарная проблема современной медицины и решать ее нужно как можно быстрее. В этой работе представлен положительный опыт применения

препарата «Ноофен» у пацієнтів с ПТСР в условиях ангионеврологического отделения (АНО) клиники нейрохирургии и неврологии Военно-медицинского клинического центра (ВМКЦ) Южного региона Украины (ЮРУ). Под влиянием Ноофена значительно улучшилось общее состояние пациентов, значительно уменьшились гиперкинетические проявления и усиленный физиологический тремор. Применение ноофена является патогенетически обусловленным при лечении ПТСР, вегетативных дисфункций. Ноофен обладает вегетотропным, симпатиколитическим и адаптогенным действием, антипароксизмальным эффектом, что необходимо для оздоровления украинской нации.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, ноофен, когнитивные расстройства.

V. Teshchuk, V. Teshchuk, O. Ruskykh. Post-traumatic stress disorder in military personnel – participants in the ATO/JFO. – Article.

Summary. The Russian armed aggression against Ukraine has been going on for more than seven years [1] (the Russian-Ukrainian war of 2014–2021) – the direct and indirect use of armed force by the Russian Federation (RF) against the sovereignty and territorial integrity of Ukraine, started by the Russian Federation on February 20, 2014. There is a lot of grief for our native land: this is the Russian intervention in Crimea in 2014, war and devastation in eastern Ukraine, the death of more than 16,000 Ukrainian citizens (among them more than 5,000 military personnel who stood up to defend their Fatherland), tens of thousands of disabled people... Only 27 January 2015 The Verkhovna Rada of Ukraine was able to recognize in its statement-appeal to international organizations Russia as an aggressor country. Many citizens of Ukraine have developed the so-called post-traumatic stress disorder (PTSD), which are characterized by the development of persistent specific symptoms along with a deterioration in functioning and quality of life in people who have experienced life-threatening events or excessive trauma. PTSD patients with somatic and psychological symptoms have taken over medical institutions of Ukraine. In the very near future, this group of patients will become most urgent medical and social problem of our country. PTSD is a multidisciplinary problem of modern medicine, and it should be solved as soon as possible. This paper presents the positive experience of using the drug “Noofen” in patients with PTSD in the angioneurological department (AND) of the Clinic of Neurosurgery and Neurology of the Military Medical Clinical Center (MMCC) of the Southern Region of Ukraine (SRU). Noofen improves significantly general state of patients, decreases substantially hyperkinetic manifestations and excessive physiological tremor. Use of Noofen is pathogenetically substantiated for treatment of PTSDs and vegetative dysfunctions. Noofen has vegetotropic, sympathicotropic, and adaptogenic action, as well as anti-paroxysmal effect, which are needed for health improvement of Ukrainian people.

Key words: post-traumatic stress disorders, noofen, cognitive disorders.

УДК 61

О. Л. Чулак

кандидат медичних наук,
доцент кафедри загальної стоматології
Одеський медичний інститут
Міжнародного гуманітарного університету
м. Одеса, Україна

Н. О. Козаренко

аспірантка III курсу
Одеський медичний інститут
Міжнародного гуманітарного університету
м. Одеса, Україна

ЗАСТОСУВАННЯ ОЛІЇ АМАРАНТУ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ДЕЯКИХ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ

Анотація. Застосування олії амаранту на першому етапі ранового процесу суттєво впливає на вміст легких білків у плазмі. Її протизапальні властивості зберігають кількісну характеристику тяжких білків плазми. Такі особливості білкового складу плазми позитивно впливають на функціональну активність нирок, мінімізуючи відхилення показників її від контрольних значень. Тобто олія амаранту позитивно впливає на стан функціональних систем організму в динаміці опікового процесу.

Ключові слова: опік, функція нирок, білки крові, олія амаранту.