

В. Й. Тещук, Н. В. Тещук
**ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ
 У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ — УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

В. И. Тещук, Н. В. Тещук
**Подходы к лечению посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих —
 участников антитеррористической операции**

V. Y. Teshchuk, N. V. Teshchuk
**Approaches to treatment of post-traumatic stress disorders in military servicemen —
 anti-terrorist operation participants**

Після проведення антитерористичної операції (АТО) на території України у багатьох громадян України виникли так звані післятравматичні стресові розлади (ПТСР), які характеризуються розвитком стійких специфічних симптомів разом з погіршенням функціонування та якості життя у людей, які пережили загрозові для життя події або надмірну травму. Пацієнти з ПТСР з соматичними та психологічними симптомами заповнили медичні заклади України. Цей гурт пацієнтів найближчим часом стане самою актуальною медичною та соціальною проблемою нашої держави. ПТСР — це мультидисциплінарна проблема сучасної медицини і вирішувати її треба як найшвидше.

В цієї роботі поданий позитивний досвід застосування препарату Ноофен® у пацієнтів з ПТСР в умовах ангіоневрологічного відділення клініки нейрохірургії і неврології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону України. На думку авторів, під впливом Ноофену® значно покращився загальний стан пацієнтів, значно зменшились гіперкінетичні прояви та посилений фізіологічний тремор. Застосування Ноофену® є патогенетично обґрунтованим при лікуванні ПТСР, вегетативних дисфункцій. Ноофен® має вегетотропну, симпатиколітичну й адаптогенну дію, антипароксизмальний ефект, що так потрібно для оздоровлення українського народу.

Ключові слова: післятравматичний стресовий розлад, Ноофен, когнітивні розлади

После проведения антитеррористической операции (АТО) у многих граждан Украины возникли так называемые посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), которые характеризуются развитием стойких специфических симптомов вместе с ухудшением функционирования и качества жизни у людей, переживших угрожающие для их жизни события или чрезмерную травму. Пациенты с ПТСР с соматическими и психологическими симптомами заполнили медицинские учреждения Украины. Эта группа пациентов в ближайшее время станет самой актуальной медицинской и социальной проблемой нашего государства. ПТСР — это мультидисциплинарная проблема современной медицины и решать её необходимо в ближайшее время.

В работе представлен положительный опыт использования препарата Ноофен® у пациентов с ПТСР в условиях ангионеврологического отделения клиники нейрохирургии и неврологии Военно-медицинского клинического центра Южного региона Украины. По мнению авторов, под влиянием Ноофена® значительно улучшилось общее состояние пациентов, значительно уменьшились гиперкинетические проявления и усиленный физиологический тремор. Использование Ноофена® является патогенетически обоснованным при лечении ПТСР, вегетативных дисфункций. Ноофен® обладает вегетотропным, симпатиколитическим и адаптогенным действием, антипароксизмальным эффектом, что очень необходимо для оздоровления украинской нации.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, Ноофен®, когнитивные расстройства

After ATO (anti-terrorist operation) launch in the territory of Ukraine, many citizens of Ukraine have developed so called post-traumatic stress disorders (PTSD), which are characterized by development of persistent specific symptoms along with impairment of functioning and quality of life in people who experienced life-threatening events or significant 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 positive experience of Noofen® use in PTSD patients in the setting of angioneurology department of neurosurgery and neurology clinic of the Military-medical clinical centre of South region of Ukraine. In authors' opinion, 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, sympathicolytic, 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

Післятравматичний стресовий розлад (ПТСР) є природною емоційною реакцією на глибоко вражаючі події. Це — нормальна реакція на ненормальну ситуацію. Сьогодні усе більша кількість медичних фахівців Військово-медичного клінічного центру (ВМКЦ) Південного регіону України (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 перенавантаженнями на службі, особистими конфліктами, погрозами, переслідуванням, дискримінацією, труднощами у подружньому житті тощо. Перша письмова згадка про ПТСР датована IV-м ст. до н. е.; ПТСР — не нове

явище, як не новими є й намагання деяких людей применшити його значення чи взагалі заперечити його існування. Синонімами ПТСР є: післятравматичний синдром, «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «донбаський синдром» тощо. ПТСР — це важкий психічний стан, *різновид тривожного розладу (неврозу)*, що виникає в результаті поодинокі або повторних *психотравмуючих ситуацій*, як, наприклад, військові дії, важка фізична травма, сексуальне насильство або загроза смерті.

ПТСР в більшості випадків супроводжуються вегетативними розладами. Основним патогенетичним механізмом цих проявів є дисбаланс вегетативної регуляції, дисфункція симпатико-парасимпатичних взаємовідносин з перманентним або пароксизмальним перебігом, який має генералізований, переважно системний характер. За цього порушуються інтегративні взаємозв'язки

між надсегментарними вегетативними структурами, що проявляється у вигляді емоціональних, сенсомоторних, ендокринно-вісцеральних та інших розладів, і внаслідок цього — проявами дезадаптації в сучасному українському суспільстві. Ці причини зумовлюють збільшення кількості пацієнтів з ПТСР, та збільшення кількості звернень до лікарів різних фахів в різноманітних лікувально-профілактичних закладах України. Найбільш частими проявами ПТСР є соматичні, когнітивні, емоціональні, поведінкові, вегетативні. Серед вегетативних розладів найчастіше ми відмічали церебральну ангіодистонію, яка може суттєвим чином детермінувати центральні відділи регуляції вегетативного відділу нервової системи (ВВНС). Одними з найбільш важливих клінічних проявів є моторні порушення, які свідчать на користь обов'язковості додаткової корекції рухових розладів при ПТСР. Акцентування уваги на елементах моторної системи в ангіоневрологів виправдано інформативністю, можливістю об'єктивізації цілої низки функціональних розладів. Тремор часто є основним симптомом вегетативних дисфункцій рухової сфери [1], частою ознакою вегетативної дизрегуляції [2] та виразної лабільності ВВНС [3].

Важливим чинником медикаментозного впливу на синдром вегетативної дистонії з моторними розладами є такий засіб як Ноофен, внаслідок центрального впливу на системну та церебральну динаміку, нейротрансмісію, вегетативну лабільність, та нейрохімічний метаболізм [4—8].

Метою нашого дослідження було вивчення клінічної ефективності застосування препарату Ноофен® (виробництво АТ «Олайнфарм», Латвія) в комплексному лікуванні ПТСР.

Один з авторів — безпосередній учасник антитерористичної операції (АТО). В період з 2014 р. до 2016 р. нами було оглянуто понад 3 тис. учасників АТО, які страждали на ПТСР, з них понад 1000 — безпосередньо в зоні АТО.

Було виокремлено гурт з 138 військовослужбовців — учасників АТО, які проходили стаціонарне лікування та обстеження в умовах ВМКЦ ПРУ. Усі пацієнти — чоловічої статі, яким було проведено комплексне обстеження. Вік пацієнтів складав від 18 до 60 років. Основна група (108 пацієнтів) отримувала стандартне лікування відповідно до локальних протоколів: інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (ІЗЗСН) — венлафаксин; селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗС) — сертралін, пароксетин гідрохлорид, флуоксетин; інгібітори моноамінооксидази (МАО); трициклічні антидепресанти (ТЦАД), за потребою — атипіві антипсихотики (ААП) — кветіапін, рисперидон, оланзапін, протисудомні засоби (топірамат, вальпроєва кислота, ламотриджин, буспірон, тразодон), а також серміон, нейротропін, мільгамму, вітамінотерапію, режимні заходи, лікувальну фізичну культуру, з додаванням Ноофену® в дозі 0,25 по 1 капсулі 3 рази на добу, всередину. Контрольну групу складала 30 пацієнтів, які отримували стандартне лікування без додавання Ноофену®.

Основна і контрольна група були рівнозначними за клінічними та віковими проявами.

Повністю з дослідження були виключені «аватари», які склали 10 % пацієнтів в зоні АТО, за даними [10].

Курс лікування складав 30 діб.

У разі використання інших фармакологічних засобів перевагу ми надавали СІЗС. Лікування антидепресантами розглядали як доповнення до психотерапії та психокорекції в осіб, в яких основні симптоми ПТСР є тяжкими

і перешкоджають отримати користь від психотерапевтичного та психокорекційного втручання.

Під час обстеження в усіх пацієнтів використовували інструментальні методи дослідження: комп'ютерна томографія головного мозку (КТГМ), ультразвукова доплерографія (УЗДГ) + транскраніальна доплерографія (ТКДГ), електроенцефалографія (ЕЕГ), реоенцефалографія (РЕГ); клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний (оцінка симптомів, синдромів, оцінка відповіді на попередні лікувальні заходи, визначення мішеней психокорекції/психотерапії та ресурсів особистості) методи обстеження. Основою цих методів було застосування принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічного анамнезу.

Для оцінювання 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, що виникали на висоті підйому артеріального тиску, а також визначав лікувальну ефективність методу.

Для оцінювання ефективності лікування застосовували такі методи контролю: шкала коми Glasgow, оцінка когнітивних функцій за шкалою MMSE, аналіз активної життєдіяльності — бальна оцінка за індексом Barthell, оцінка тривожності та депресії за шкалами Гамільтон (HARS) та Госпітальною шкалою тривоги і депресії, для оцінки якості сну використовували Пітсбурзький опитувальник, для визначення мішеней психотерапії/психокорекції опитувальник якості життя (FS-36) та шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R).

Допомогою всім пацієнтам надавала мультидисциплінарна команда за участю невролога, психіатра, психотерапевта, психолога, офтальмолога та терапевта.

Алгоритм роботи включав:

— Збирання та оцінювання даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінювання скарг на здоров'я) з урахуванням травматичного впливу та діагностичних критеріїв МКХ-10 та DSM-5.

— Збирання анамнезу хвороби з оцінювання її динамічних особливостей, специфіки життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості. Враховували психотравматичні моменти життя пацієнта, особливості його розвитку у фізичному та психологічному аспекті, соматичні захворювання протягом життя. Ми звертали увагу на шкідливі звички; фармакоанамнез (зокрема зловживання неспиритними препаратами); наявність соціальної підтримки; психологічні та соціальні амортизаційні чинники.

— Оцінювання з позиції безпеки і небезпеки, зокрема 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 аддиктивної поведінки.

— Здійснення диференціальної діагностики (депресивні розлади, тривожні розлади, розлади адаптації, залежність від алкоголю та психоактивних речовин, хронічний біль, розлади особистості, зтяжна реакція суму тощо).

— Визначення коморбідності (з депресіями, біполярними розладами, розладами особистості, аддиктивними порушеннями, генералізованими тривожними та панічними розладами, а також соціальними фобіями).

Під час лікування пацієнтів ми не надавали перевагу фармакологічним засобам перед травмофокусованою терапією, а їх застосування розглядали в тому разі, коли пацієнт був не готовий чи 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 покращання внаслідок застосування травмофокусованої терапії.

Лікарі-психіатри у своїх оцінках звертали увагу на наявність та виразність супутніх захворювань з метою врахування їх можливого впливу на процес і результати лікування.

Треба зауважити, що багато пацієнтів з обстежуваного гурту перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні 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 психосвіту не тільки самої особи із ПТСР, а й членів її родини, а також максимальну можливу соціальну та професійну підтримку для збереження оптимальної трудової і освітньої продуктивності. До цього процесу залучали волонтерів, ветеранів-комбатантів, соціальних працівників, членів родин пацієнтів та представників громадських організацій.

В зоні АТО пацієнти надходили в 61 військово-медичний госпіталь з діагнозами: гостра реакція на стрес (F43.0); післятравматичний стресовий розлад (F43.1); розлади адаптації (F43.2) [9]. Кодування проводили відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) [10].

Відповідно до Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) ми виокремлювали:

— 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 у 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 ситуації, винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого.

В той же час і гострий стресовий розлад (ГСР), і ПТСР — розлади, які 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, синдром вегетативної дистонії, виразний тремор витягнутих пальців, повік очей тощо;

— *уникнення й емоційне заціпеніння* — уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з 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-5 — це тривалість часового проміжку, що минув з моменту травматичної події. ГСР ми діагностували у період від 2 днів до 1 міс 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 декількох років. Перебіг ПТСР ми визначали як **гострий**, коли симптоми зберігалися до 3 міс, та **хронічний** — при збереженні симптомів більше 3 місяців. У випадках, коли початок симптомів відмічався через 6 міс після травматичної події, розлад визначали як **ПТСР з пізнім проявом**. За ПТСР інколи спостерігався хвилеподібний перебіг.

У більшості випадків пацієнти одужували, але інколи хвороба тривала протягом двох років після катастрофи і трансформувалася в хронічну зміну особистості (F62.0). Такі пацієнти в подальшому перебували під спостереженням психіатра за місцем проживання. В більшості випадків у 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 з ПТСР. Важливе значення має інтегрована медична допомога з комплексною соціальною реабілітацією пацієнтів із ПТСР, із залученням членів сім'ї (в тих випадках, коли вони були соціально адекватні).

В усіх обстежуваних пацієнтів тою чи іншою мірою були відмічені симптоми рухової збудливості, посилений (переважно статопозний) фізіологічний тремор кінцівок, у 81 пацієнта (75 %) відмічалось постійне або періодичне тремтіння китиць, воно визначалось візуально і суб'єктивно не відчувалось. В момент «емоційних спалахів» тремор виникав в усіх (100 %) обстежуваних пацієнтів. Віковий компонент достовірно не впливав на виразність та суб'єктивні відчуття тремтіння. Окрім цього у 99 (91,6 %) пацієнтів відмічався періодичний озноб, у 94 (87 %) — утруднення дихання, «грудка у горлі» при ковтанні; запаморочення (переважно системного характеру) відмічали 88 (81,5 %) учасників АТО; підвищений артеріальний тиск (АТ) був у 83 (76,85 %) пацієнтів. Періодичні запаморочення відмічали на протязі останнього тижня — 75 (69,4 %) обстежуваних військовослужбовців; стомленість та загальну слабкість — 73 (67,6 %), скреготіння зубами під час сну — 69 (63,9 %) обстежуваних; виразний цефалгічний синдром відмічався у 64 пацієнтів (59,3 %); гіпергідроз — у 62 (57,4 %); звертали увагу на нудоту 58 хворих (53,7 %); перебої в ділянці серця відмічали 49 (45,4 %) військовослужбовців; пароксизми втрати свідомості на протязі останнього місяця відмічали 43 пацієнти (39,8 %); локальні судоми і міоклонуси спостерігалися у 4 (3,7 %) хворих. Не менш яскравою була і когнітивна симптоматика: 86 пацієнтів (79,6 %) звинувачували у своїх бідах працівників військових комісаріатів, керівників підприємств, дружин, чиновників тощо. У 34 (31,5 %) хворих відмічалось зниження розумових здатностей, надмірна настороженість, посилення або зниження орієнтації в навколишніх обставинах; причепливі «образи», зниження пам'яті, все це супроводжувалося нічними «кошмарами». 32 (29,6 %) учасники АТО скаржились на порушення абстрактного мислення,

неможливість сконцентрувати увагу, труднощі з прийняттям рішень, труднощі у вирішенні життєвих проблем.

Емоційні прояви були виражені тривожністю у 68 (63 %) хворих; підвищеною настороженістю — у 63 (58,3 %) пацієнтів; депресивними розладами — у 43 (39,8 %) пацієнтів; «емоційними спалахами» та явищами емоційного автоматизму — у 32 (29,6 %) учасників АТО; «страхом смерті», «приливами жару», станом пригніченості, сумом, відчуттям провини за свої вчинки. Неадекватні емоційні реакції, подразливість, роздратованість, втрата контролю спостерігалися у 17 (15,7 %) військовослужбовців. У багатьох пацієнтів відмічалися поведінкові розлади у вигляді періодичного вживання алкогольних напоїв у 14 (13 %); проявлялися антисоціальною поведінкою з «емоційними спалахами» — у 11 (10,2 %) учасників АТО; проявлялися також змінами в сексуальній поведінці, змінами посвяченості активності та труднощами в спілкуванні з оточуючими в 9 (8,3 %) хворих. 8 (7,4 %) пацієнтів відмічали мовні порушення, неможливість розслабитися, зниження апетиту, підозрілість, соціальну самоізоляцію, надмірне реагування на стимули, скаржилися на високий темп життя тощо.

В результаті проведеного комплексу клінічних спостережень у пацієнтів з ПТСР були виявлені моторні порушення у вигляді тремору (зокрема «тремору домінуючої руки»). Виявлені клінічні прояви в обстежуваних 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 [6, 11—14], слід вважати, що на інтегральні показники тремору в обстежуваних впливав функціональний стан ВВНС, який залежав, в свою чергу, від особливостей нейротрансмісії, функціональної активності гіпоталамічних утворів, частини ретикулярної формації, екстрапірамідно-лімбічних зв'язків тощо, а також можливі зміни в ЦВНС, які переважно вражають фронтально-стріарні, церебелло-фронтальні шляхи, підкіркові нейронні кола [6, 11, 12].

Під впливом проведеного лікування виявлено зменшення симпатичних впливів на механізми рухової гіпер-

активності, треморогенезу (симпатиколітичний вплив Ноофену). В пацієнтів, які добре адаптовані до зовнішніх впливів, відмічено повну нормалізацію цих проявів — зникнення тремору у 22 (20,37 %) обстежуваних нами пацієнтів з ПТСР вже після прийому Ноофену на протязі одного місяця в запропонованих нами дозуваннях. Максимальний позитивний ефект був досягнутий у пацієнтів з ПТСР, де переважав симпатичний компонент вегетативної іннервації. А відтак, за цього клінічного спостереження підтверджений вегетотропний, переважно симпатиколітичний, а також адаптогенний ефекти Ноофену®. Ми також відмічали позитивний ефект Ноофену® при лікуванні пацієнтів з ПТСР у разі пароксизмального перебігу вегетативних дисфункцій. Вищезгадане можна розглядати як антипароксизмальний ефект під час лікування пацієнтів з ПТСР, який характерний для транквілізаторів. Позитивний клінічний ефект Ноофену®, можливо, пов'язаний з покращанням метаболізму, забезпеченістю нейромедіаторних процесів в структурах ЦВНС та ВВНС [6—8]. Відомо, що Ноофен® є стимулятором продукції дофаміну, який посилює дофамінергічну нейротрансмісію, за рахунок наявності в молекулі фізіологічного модулятора нейротрансмісії [6]. Вищезазначене в патогенетичному аспекті обґрунтовує застосування Ноофену® у пацієнтів з ПТСР, які зумовлені дофамінергічною недостатністю.

Оцінюючи результати лікування пацієнтів з ПТСР, в комплексну терапію яких був включений Ноофен®, треба наголосити, що 87 (80,6 %) пацієнтів відмічали покращання загального стану; 9 (8,3 %) пацієнтів — незначне покращання загального стану; останні 12 (11,1 %) пацієнтів ефекту від проведеної терапії не відмічали, незважаючи на те, що в комплексне лікування цих пацієнтів були включені за потребою СІЗЗС, ІЗЗСН, атипичні антипсихотики, інгібітори МАО, трициклічні антидепресанти.

Під час використання Ноофену® в комплексному лікуванні пацієнтів з ПТСР ми відмічали покращання стану пацієнтів з переважанням симпатикотонічних проявів (табл. 1). У хворих з ейтонією при застосуванні Ноофену® також спостерігалось покращання загального стану, зменшення амплітуди та інтенсивності «тремору домінуючої руки». В той же час у пацієнтів з переважанням парасимпатичного компонента покращання практично не було.

Таблиця 1. Динаміка основних скарг пацієнтів з ПТСР

Показник	Основний гурт (n = 108)		Гурт порівняння (n = 30)	
	до лікування	через 1 міс	до лікування	через 1 міс
Частота головного болю	64,2 ± 6,3	25,7 ± 3,4	63,2 ± 5,9	39,4 ± 4,9
Інтенсивність головного болю за шкалою ВАШ	5,6 ± 2,1	4,9 ± 1,3	5,4 ± 2,3	4,9 ± 1,4
Похитування	68,1 ± 3,9	39,7 ± 4,3	69,2 ± 4,9	48,4 ± 7,1
Відчуття «грудки у горлі» при ковтанні	91,71 ± 1,5	22,33 ± 1,5	90,32 ± 1,4	61,43 ± 1,7
Тремор пальців витягнутих рук	81,0 ± 2,4	59,4 ± 1,9	80,0 ± 1,3	66,4 ± 1,7
Запаморочення	71,4 ± 4,7	44,3 ± 6,1	71,7 ± 4,8	49,3 ± 6,2
Втомлюваність	69,7 ± 5,2	31,4 ± 5,6	68,6 ± 4,9	39,7 ± 6,1
Метеолабільність	79,3 ± 5,4	58,7 ± 4,9	78,3 ± 4,3	63,7 ± 5,2
Кардіалгії	34,9 ± 4,3	29,1 ± 3,8	35,1 ± 3,9	33,7 ± 4,3
Серцебиття	49,4 ± 3,7	44,2 ± 2,9	48,7 ± 4,3	44,1 ± 3,2
Роздратованість	68,3 ± 3,9	63,9 ± 3,7	67,9 ± 6,2	62,8 ± 4,9
Потемніння в очах	39,4 ± 4,7	31,7 ± 3,9	42,4 ± 6,3	36,3 ± 4,2

Виявлені клінічні ефекти Ноофену®, в першу чергу, спрямовані на оптимізацію механізму зворотного зв'язку в кірково-підкіркових нейрональних проєкціях [6—8], посилення активності паллідо-стріарних, лімбіко-ретикулярних комплексів і стовбурових структур, що в сукупності безпосередньо детермінує виникнення і підтримку тремору та інших гіперкінезів.

Окрім цього, ми відмітили позитивну динаміку після прийому Ноофену®: у 61 пацієнта (61,6 % від кількості хворих до лікування) з ПТСР вже не відмічався періодичний озноб; у 72 (76,6 %) — нормалізувалися процеси та механізми дихання, зникла «грудка в горлі» при ковтанні; зникнення запаморочень системного характеру відмічали 48 (54,54 %) учасників АТО; нормалізація АТ була відбулася у 57 (68,7 %) пацієнтів. Зменшення кількості періодичних запаморочень відмічали на протязі останнього місяця 44 (58,7 %) обстежуваних військовослужбовців; зменшення стомлюваності та загальної слабкості відмічали 38 (52,05 %) хворих, усувалось скреготіння зубами під час сну у 32 (46,4 %) обстежуваних; цефалгічного синдрому позбулися 39 (60,94 %) пацієнтів; нормалізацію потовиділення ми відмітили у 46 (74,2 %) хворих. Після прийому Ноофену® пацієнти не відмічали на протязі місяця в себе нудоти, перебоїв в діяльності серця, пароксизмів втрати свідомості, локальних судом і міоклонусів. Пацієнти відмічали 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 військових дій адаптивними властивостями організму військовослужбовця є підвищена збудливість, понаднастороженість, уміння володіти собою та контролювати свої емоції при виникненні непередбачуваних обставин; реакції у відповідь на повторні психотравмуючі події, а також уміння функціонувати в умовах недосипання. Застосування Ноофену® усувало тою чи іншою мірою депресивні, тривожні, соціально-тривожні та панічні розлади. Спостерігалось зниження кількості пацієнтів до 38 (44,2 % від кількості хворих до лікування), які звинувачували «когось в своїх бідах»; у 17 (50,0 %) хворих відмічалася нормалізація сну.

Суб'єктивне оцінювання якості нічного сну проводили відповідно до рекомендацій Пітсбурзького опитувальника якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index) До лікування 31,5 ± 3,63 % обстежуваних з основного гурту та 30,0 ± 1,78 % обстежуваних з гурту порівняння

наголошували наявність різноманітних порушень сну, через 1 місяць лікування ці показники зменшилися до 25,0 ± 1,03 % та 26,7 ± 0,67 % відповідно.

У перший день обстеження (до лікування) 36 пацієнтів (33,33 %) із ПТСР набрали за шкалою MMSE 28—30 балів, тобто їхня інтелектуальна продуктивність була в межах норми. Когнітивні порушення легкого ступеня виразності (показник за шкалою MMSE становив 26—27 балів) спостерігалися у 37 (34,26 %) обстежуваних основного гурту. Когнітивні порушення помірного ступеня тяжкості, що не досягали ступеня деменції (показники за шкалою MMSE становили 24—25 балів), спостерігалися у 33 (30,55 %) обстежуваних хворих. Зниження інтелекту у вигляді деменції було виявлене у 12 (11,11 %) хворих (показники за шкалою MMSE менше ніж 24 бали).

На 31-й день лікування інтелектуальна продуктивність за шкалою MMSE покращилася: у 63 (58,33 %) пацієнтів інтелектуальна продуктивність була в межах норми; когнітивні порушення легкого ступеня тяжкості спостерігалися у 36 (33,3 %) осіб; когнітивні порушення помірного ступеня, що не досягали ступеня деменції, спостерігалися у 6 (5,55 %) хворих; та у 3 (2,78 %) пацієнтів відмічалось 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®. 13 (40,6 %) учасників АТО відмічали покращання пам'яті, здатності до концентрування уваги, здатності до прийняття рішень у вирішенні життєвих проблем.

Динаміка когнітивних порушень за шкалою MMSE (середній бал) виглядала таким чином: до лікування 28,33 ± 1,79 бали — основний гурт та 28,61 ± 1,53 бали — гурт порівняння, після лікування — 28,66 ± 1,6 та 28,72 ± 3,04 бали відповідно.

Тривожність після прийому Ноофену® відмічали 46 хворих (67,65 % від кількості хворих до лікування); підвищену настороженість — 49 (77,8 %) пацієнтів; депресивні розлади відмічені нами у 33 (76,7 %) пацієнтів. Динаміку показників тривоги і депресії відповідно до Госпітальної шкали тривоги і депресії, шкали депресії Гамільтон (HAM-D) та шкали тривоги Гамільтон (HAM-A) подано в табл. 2.

«Емоційні спалахи» та явища емоційного автоматизму у 16 учасників АТО (50,0 % від кількості хворих до лікування); «страх смерті», «приливи жару», стан пригніченості, сум, відчуття провини за свої вчинки, неадекватні емоційні реакції, подразливість, роздратованість, втрату контролю над собою ми відмічали у 9 військовослужбовців (52,9 % від кількості хворих до лікування).

Таблиця 2. Динаміка показників за Госпітальною шкалою тривоги і депресії та шкалами Гамільтон (HAM-D та HAM-A)

Показник	Основний гурт (n = 108)		Гурт порівняння (n = 30)	
	до лікування	через 1 міс	до лікування	через 1 міс
<i>Госпітальна шкали тривоги і депресії</i>				
Тривожність	17,66 ± 0,497	14,88 ± 0,66	17,5 ± 0,5	16,73 ± 0,392
Депресія	11,63 ± 0,466	9,5 ± 0,5	11,5 ± 0,5	10,7 ± 0,42
<i>Шкали Гамільтон</i>				
HAM-D	20,09 ± 0,438	18,07 ± 0,995	20,17 ± 0,89	20,0 ± 0,67
HAM-A	27,57 ± 2,78	24,89 ± 1,03	28,0 ± 1,33	26,0 ± 0,67

Для перевірки адекватності та валідності української версії опитувальника якості життя FS-36 проведено обстеження 30 здорових осіб (контрольний гурт); 108 пацієнтів з ПТСР (основний гурт), які отримували в комплексному лікуванні Ноофен®, та 30 пацієнтів з ПТСР (гурт порівняння), які не отримували Ноофен®. Обстежувані гурти не відрізнялися за статеві-віковим складом ($p > 0,05$). Перед порівнянням варіаційні ряди перевіряли на нормальність розподілу. В більшості випадків встановлено, що розподіл показників якості життя

(ЯЖ) в обстежуваних гуртах відрізнявся від нормального, криві розподілу мали виражений ліво- і правобічний характер, тому порівняння показників ЯЖ проводили по середнім (M) з урахуванням середньої похибки (m). Українська версія опитувальника FS-36 показала високу інформативність та чутливість при порівнянні здорових осіб та пацієнтів з ПТСР (табл. 3). Проведена процедура адаптації міжнародного опитувальника FS-36 дає можливість використовувати його під час вивчення параметрів ЯЖ пацієнтів з різними патологічними станами.

Таблиця 3. Динаміка показників якості життя за опитувальником SF-36 ($M \pm m$, у. о.)

Статистичні показники	Гурти обстеження	Здорові особи Контрольний гурт ($n = 30$)	Пацієнти з ПТСР			
			Основний гурт ($n = 108$)		Гурт порівняння ($n = 30$)	
			до лікування	через 1 місяць	до лікування	через 1 місяць
Фізична активність		84,8 ± 5,0	45,4 ± 6,9	51,3 ± 3,4	46,3 ± 5,1	48,4 ± 4,8
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності		65,9 ± 6,6	28,2 ± 5,1	32,6 ± 4,9	29,2 ± 5,7	31,2 ± 4,3
Фізичний біль		69,2 ± 6,4	64,3 ± 1,7	66,2 ± 2,1	65,3 ± 1,9	66,3 ± 3,2
Життєздатність		53,8 ± 4,9	29,6 ± 6,5	33,7 ± 5,9	29,7 ± 6,1	33,1 ± 6,3
Соціальна активність		69,6 ± 6,4	41,2 ± 6,1	46,7 ± 5,6	42,1 ± 5,9	44,3 ± 4,7
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності		60,6 ± 5,9	35,8 ± 6,7	39,4 ± 6,1	35,9 ± 6,1	38,4 ± 6,6
Психічне здоров'я		59,3 ± 6,1	48,3 ± 6,8	52,3 ± 5,9	49,6 ± 6,9	51,4 ± 5,3
Загальне здоров'я		43,5 ± 6,9	28,4 ± 6,4	31,3 ± 6,1	29,3 ± 4,3	30,2 ± 5,3
Здоров'я в порівнянні з тим, що було рік тому		44,7 ± 6,9	24,6 ± 6,4	27,2 ± 6,1	24,5 ± 5,9	27,1 ± 5,1
Узагальнюючі показники						
Фізичний статус		73,3 ± 6,1	45,1 ± 6,8	49,3 ± 6,7	45,3 ± 6,9	47,3 ± 6,8
Психічний статус		68,1 ± 6,7	42,7 ± 6,1	48,1 ± 5,9	42,8 ± 6,9	44,8 ± 6,9
Загальний статус		49,7 ± 6,9	29,1 ± 6,6	32,9 ± 6,5	30,7 ± 6,6	31,9 ± 6,6

Таблиця 4. Динаміка оцінки впливу травматичної події за шкалою IES-R

Показник	Основний гурт ($n = 108$)		Гурт порівняння ($n = 30$)	
	до лікування	через 1 міс	до лікування	через 1 міс
Оцінка, бали	52,68 ± 5,16	43,96 ± 3,19	50,33 ± 2,44	46,67 ± 1,11

Таблиця 5. Динаміка активності життєдіяльності (індекс Barthell)

Показник	Основний гурт ($n = 108$)		Гурт порівняння ($n = 30$)	
	до лікування	через 1 міс	до лікування	через 1 міс
Індекс Barthell, бали	60,69 ± 1,99	73,19 ± 3,68	67,16 ± 2,45	70,83 ± 1,39

Побічних ефектів під час застосування Ноофену® ми не відмічали.

Участь у бойових діях впливає на свідомість людини, піддаючи її серйозним якісним змінам. ПТСР сприяють формуванню специфічних сімейних стосунків, особливих життєвих сценаріїв і можуть впливати на все подальше життя людини. Україну потрясли ряд самогубств учасників АТО та застосування ними різноманітних підривних 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 складає, як правило, 2—6 місяців з моменту отримання психологічної травми.

Пацієнтам з ПТСР потрібна якнайшвидша соціальна адаптація, покращання працездатності, можна стверджувати, що таку здатність повертає застосування Ноофену® у вищезгаданому дозуванні.

Бойові дії на Сході України 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 у полоні. Дуже часто самі учасники АТО не помічають у себе розладів психіки. Але якщо їм вчасно не допомогти, то військовій події для них не закінчаться ніколи.

ПТСР — важкий та хронічний тривожний розлад, який характеризується порушеннями функціонування, частими суїцидальними думками та високими показниками коморбідності. Враховуючи наш досвід при лікуванні ПТСР, Ноофен® слід розглядати як медикаментозний засіб першої лінії терапії цієї групи розладів, який впливає одночасно на різні ланки формування ПТСР.

Тремор — об'єктивна ознака вегетативних дисфункцій, пов'язаних з порушенням судинної регуляції —

це функціональна дезадаптація організму в стресових умовах. Ефективність Ноофену® в комплексному лікуванні ПТСР підтверджено позитивними клінічними результатами, він здійснює коригувальний вплив на стан ВВНС і основні ланки тремтіння, що дає підставу говорити про патогенетичну потребу застосування Ноофену® під час лікування ПТСР.

Під впливом лікування значно покращився загальний клінічний стан пацієнтів з ПТСР, було усунуто гіперкінетичний синдром, а також посилений фізіологічний тремор. На нашу думку, застосування Ноофену® є патогенетично обґрунтованим при ПТСР та коморбідних моторних розладах. Ноофен® спричинює вегетотропний, симпатиколітичний та адаптогенний впливи, а також антипароксизмальний ефект.

Очевидно, що Ноофен® впливає якісно на обмін серотоніну, що має величезне значення в регуляції настрою, зменшенні тривожності, покращанні апетиту і нормалізації сну. Незважаючи на те, що загальна кількість пацієнтів з ПТСР, які відповіли на лікування Ноофену®, складає в середньому близько 60 %, тільки кожен четвертий з пацієнтів досягає повної ремісії, і знаходить своє місце в цьому житті. На нашу думку, Ноофен® треба включати в протоколи та алгоритми лікування післятравматичних розладів у різних категорій пацієнтів: демобілізованих воїнів і у громадянського населення — переселенців із зони АТО, з метою адаптації до високих темпів сучасного життя. Треба створити державну програму щодо «лікування та соціальної адаптації пацієнтів з ПТСР» вже зараз, тому що наслідки бездіяльності чиновників МОЗ України можуть бути досить неочікуваними, коли у цих постраждалих пацієнтів сформуються стійкі специфічні симптоми. ПТСР є однією з самих актуальних проблем навіть у США та інших розвинених країнах. Вважаємо, що варто звернути увагу на досвід вирішення цієї проблеми в інших країнах.

Список літератури

1. Свид С. Особенности клиники и коррекция синдрома вегетативной дистонии у больных дисциркуляторной энцефалопатией : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук. Харьков, 1993. 25 с.
2. Справочник по клинической нейровегетологии / под ред. В. А. Берсеньева, Г. П. Губы, О. А. Пятака. Киев : Здоров'я, 1990. 238 с.
3. Петелин Л. С. Экстрапирамидные гиперкинезы. Москва : Медицина, 1970. 259 с.

4. Хайтович М. В. Порухення когнітивних функцій у дітей з вегетативними дисфункціями та їх корекція ноофеном // Педиатрія, акушерство і гінекологія. 2000. № 5. С. 25—29.

5. 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.

6. 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. // Український вісник психоневрології. 2000. Т. 14, вип. 1 (46). С. 46—50.

7. 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.

8. Тещук В. Й., Тещук В. В. Досвід застосування ноофену у відновному лікуванні гострих порушень мозкового кровообігу в умовах ВМКЦ ПР // Там само. 2014. № 1 (35). С. 111—115.

9. Міжнародна статистична класифікація хвороб : Короткий адаптований варіант для використання в Україні / переклад ; за загал. ред. А. М. Сердюка ; Центр медичної статистики МОЗ України. Київ ; Кіровоград : «Трелакс ЛТД», 1998. С. 46.

10. До питання про санітарні втрати терапевтичного профілю, за даними 61 ВМГ, під час проведення антитерористичної операції / Тещук В. Й., Лавринцев О. Г., Тещук Н. В. [та ін.]. // Бюлетень XIV чтений им. В. В. Подвысоцкого : [матер. науч. конф. 27—28 мая 2015 г.]. Одесса : «Фенікс», 2015. С. 190.

11. Курако Ю. Л., Стоянов О. М. Тремор в клинической неврологии. Одесса : ОГМУ, 2000. 128 с.

12. Курако Ю. Л., Сон А. С., Стоянов А. Н. Треморогенез: погляд на проблему // Інтегративна антропологія. 2004. № 2. С. 51—54.

13. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / под ред. А. М. Вейна. Москва : Медицинское информационное агентство, 2000. 752 с.

14. Вейн А. М. Синдром вегетативной дистонии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1989. Т. 89, вып. 10. С. 13—19.

Надійшла до редакції 20.09.2016 р.

ТЕЩУК Віктор Йосипович, кандидат медичних наук, доцент; начальник ангіоневрологічного відділення клініки нейрохірургії і неврології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону України, м. Одеса, Україна

ТЕЩУК Назарій Вікторович, лікар-інтерн невролог Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна

TESHCHUK Viktor, MD, PhD, Associate Professor, Head of angio-neurology Department of neurosurgery and neurology clinic of the Military-medical clinical centre of South region of Ukraine, Odesa, Ukraine

TESHCHUK Nazarii, Physician-intern, neurologist of Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine