

УДК 616.714+616.831]-001:612.176:355.1-058.65(477):616-08

DOI: 10.22141/2224-0713.3.97.2018.133678

Матяш М.М., Худенко Л.І.

Київський медичний університет УАНМ, м. Київ, Україна

Мультиmodalний підхід в лікуванні віддалених наслідків мінно-вибухової закритої черепно-мозкової травми та посттравматичного стресового розладу в учасників АТО

Резюме. Завдяки застосуванню комплексу реабілітаційних заходів із включенням медикаментозної терапії, методів групової психотерапії, рефлексотерапії у 108 пацієнтів, які страждали від наслідків перенесеної мінно-вибухової закритої черепно-мозкової травми та посттравматичного стресового розладу, відзначена позитивна динаміка показників неврологічного та психологічного статусу.

Ключові слова: мінно-вибухова закрыта черепно-мозкова травма; посттравматичний стресовий розлад; медикаментозна терапія; реабілітаційні заходи

Вступ

Контузійно-комоційний механізм дії сучасної високоенергетичної мінно-вибухової зброї, що використовується в бойових діях на Сході України, набагато зріс щодо своєї уражаючої сили. Енергія вибуху створює значний силовий тиск у радіусі дії вибухової хвилі, що викликає подразнення екстеро- й інтерорецепторів на значній поверхні тіла, призводить до виникнення складних політравм. Стійкі вогнища збуджень у центральній нервовій системі, які виникають внаслідок дії вибуху, призводять до ураження головного мозку, що проявляється як комозійно-контузійний синдром із подальшим розвитком мінно-вибухової закритої черепно-мозкової травми (МВ ЗЧМТ), ушкодженням середнього та внутрішнього вуха, органів серцево-легеневої системи, черевної порожнини та кісткових тканин.

У гострому стані пацієнти з такими пораненнями отримують невідкладну медичну допомогу на місці поранення, потім проходять лікування в медичних закладах другого рівня, надалі потрапляють у спеціалізовані військово-медичні центри. З початку воєнних дій у госпіталях ветеранів війни пройшли лікування та реабілітацію понад 14 000 учасників антитерористичної операції (АТО). У статистиці захворюваності ушкодження опорно-рухового апарату становить 52,7 % (контрактури суглобів, травми кісток, суглобів), ураження нервової системи — 33,2 % (невропатії, радикулопатії,

адаптації, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), соматоформні розлади); 85 % патологій супроводжувалось больовим синдромом. Індивідуальні особливості реагування пацієнта на біль впливають на переживання болю та обумовлюються ситуаційним психологічним станом, характером соматичних порушень, їх локалізацією, природою патогенного фактора, індивідуальним життєвим досвідом, культурологічними особливостями [13]. Патологічна дія хронічного болю спричинена відсутністю захисної й сигнальної функцій, тобто спостерігається втрата позитивної терапевтичної активізації пацієнта, спрямованої на загоєння ушкоджень, що виникли [3, 6].

Наслідки бойового стресу, отримані поранення та супутні соматичні захворювання, такі як захворювання бронхолегеневої системи, шлунково-кишкового тракту, розвиток полірадикулоневритів, викликані складними умовами перебування в зоні бойових дій. Необхідність увесь час носити тяжке професійне військове спорядження спричинює виникнення захворювань хребта, що призводить до хронічного больового синдрому. Причому невчасне діагностування та неадекватне купірування болю сприяють поглибленню психоемоційних ускладнень від переживання бойового стресу та призводять до виникнення ПТСР у бійців [15, 16]. А часта алкохолізація серед бійців ускладнює перебіг МВ ЗЧМТ, що і так не завжди вчасно діагностована.

Таблиця 1. Розподіл хворих за основним синдромом

Чисельність пацієнтів, n	Астенічний синдром, n (%)	Тривожно-фобічний синдром, n (%)	Істероформний синдром, n (%)	Депресивний синдром, n (%)
108	42 (38,9)	29 (26,7)	11 (10,3)	26 (24,1)

У дуже складній ситуації перебувають пацієнти, які перенесли ампутацію кінцівок. Якість їх життя в нашому сучасному суспільстві значно погіршується, а переживання фантомно-больового синдрому ще більше погіршує їх становище. Тому правильно підібрана медикаментозна терапія та методи рефлексотерапії дають можливість полегшити страждання шляхом купірування больового синдрому, а методи психотерапії комплексно впливають на психофізіологічний стан пацієнтів, що сприяє їх більш успішній соціоциальній адаптації.

Мета дослідження: вивчення динаміки неврологічних і психологічних особливостей у пацієнтів із МВ ЗЧМТ і ПТСР під впливом комплексних реабілітаційних заходів із використанням методів групової психотерапії, рефлексологічної та медикаментозної терапії.

Матеріали та методи

На базі центру функціональної неврології Київської обласної клінічної лікарні, Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни нами для обстеження та проведення лікування було відібрано 108 пацієнтів — учасників бойових дій із МВ ЗЧМТ і ПТСР (106 чоловіків та 2 жінки) віком від 20 до 42 років (середній вік — 32,5 року).

До та після лікування всім пацієнтам проводили клініко-неврологічне дослідження та психологічне тестування [5, 11], що включало: метод структурованого клінічного інтерв'ю, оцінку особливостей особистості за допомогою методики багатостороннього дослідження особистості, що являє собою адаптований і рестандартизований варіант Міннесотського багатозафазного особистісного опитувальника (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) в модифікації Ф.Б. Березіна і співавт. (1976); додаткову шкалу PTSD MMPI; дослідження рис вдачі за допомогою опитувальника акцентуації характеру Леонгарда — Шмішека; аналіз емоційного стану на основі тесту Люшера; використання шкали Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) і Hamilton Rating Scale For Anxiety (HAM-A)) для оцінки ступеня депресії і тривожності, шкали реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна; шкали депресії Бека; шкали для клінічної діагностики ПТСР; шкали оцінки тяжкості впливу травмуючої події; шкали оцінки самопочуття, активності та настрою (САН). Стан когнітивних функцій визначали за допомогою шкали оцінки психічного стану (Mini Mental Scale, MMS).

Результати та обговорення

Унаслідок проведеного психологічного дослідження пацієнтів із МВ ЗЧМТ і ПТСР виявлено основні невротичні розлади: астенічний симптомокомплекс — у 42 (38,9 %) пацієнтів; тривожно-фобічний — 29 (26,7 %); істероформний — 11 (10,3 %); депресивний — 26 (24,1 %) (табл. 1).

При астенічному типі ПТСР переважали симптоми, характерні для виснаження нервової системи з вегетативними, сенсомоторними та афективними дисфункціями, домінуванням відчуття погіршеної розумової діяльності та підвищеної втомлюваності, млявості. Низький фон настрою поєднувався з почуттям втрати задоволення від життя, переважанням думок про власну неповноцінність. Поведінка відрізнялася пасивністю. Для розладів сну характерна гіперсомнія з неможливістю піднятися з ліжка, відчуття сонливості протягом усього дня.

Для тривожно-фобічного типу ПТСР були властиві високі рівні немотивованої тривоги з болісними переживаннями, при яких найчастіше відзначали приступи, інколи до панічних станів, з характером нав'язливості. Зареєстровано невротичні фобії з типово невротичним станом, патологічно вираженими страхами конкретних предметів або ситуацій. Характерним є відчуття внутрішнього дискомфорту, дратівливості, напруженості. Розлади сну супроводжувались труднощами при засинанні, домінуванням у свідомості тривожних думок про свій стан, страхом перед болісними сновидіннями. Характерними були пароксизмальні стани з відчуттям нестачі повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом.

Для істероформного типу ПТСР характерно переважання порушення вегетативних, сенсорних і моторних функцій (конверсійна форма), селективна амнезія за типом умовної приємності та бажаності, підвищені рівні навіювання та самонавіювання на фоні афективно звуженої свідомості. Зміни форм поведінки, інколи до ступеня істеричної фуґи. Рідше виявлялись істероформні невротичні розлади у вигляді соматоформних розладів і приступів задихи, запаморочливих станів, не пов'язаних із серцево-судинною або легеневою патологією. У пацієнта реєстрували астазії/абазії, відчуття клубка в горлі, зрідка рухові розлади з подальшою м'язовою слабкістю та сонливістю.

При депресивному типі ПТСР встановлено невротичні розлади, які відображені неадекватною за силою та клінічними проявами депресією, що є наслідком психотравмуючих обставин із вираженою загальною загальмованістю, байдужістю до оточуючих. При депресивному типі ПТСР відсутні прояви вітальних компонентів, добові та сезонні коливання. Людина повністю зосереджена на психотравмуючій ситуації. Пацієнти скаржилися на дратівливість, почуття постійної втоми, розлади сну.

При узагальненні результатів клінічного й експериментального дослідження виражена депресія відзначена в 24,1 % пацієнтів, які перенесли МВ ЗЧМТ. Вона виникала зазвичай у відновний період, через 3–6 місяців після травми. Це відповідає даним літератури, згідно з якими частка пацієнтів із депресією серед осіб із ЗЧМТ становить 11–25 % [4, 8]. Переживання хроніч-

ного болю зазвичай поєднується з тривогою, депресією та призводить до погіршення стану пацієнтів. Між цими станами створюється взаємозв'язок, при якому один стан посилює інший. Емоційні порушення є одним із хронізуючих факторів щодо болювого синдрому. Відомо, що існує біологічна модель розуміння болю як відчуття, в основі якого лежить ушкодження тканин або органа, та когнітивно-поведінкова модель, при якій зазначаються не тільки сенсорні механізми виникнення болю, а й когнітивні, емоційні й поведінкові особистісні характеристики. Згідно з когнітивно-поведінковою моделлю, ці складові особистості визначають переносимість болю, болюву поведінку й здатність боротись із даною проблемою, що доводить важливість психотерапії при лікуванні болювого синдрому [10, 12].

Терапія болювих синдромів — одна з актуальних проблем у загальній медичній практиці [1, 2]. Добре відомо, що адекватна аналгезія дає можливість значно покращити якість життя пацієнта, забезпечує більш ранню активізацію, прискорення функціональної реабілітації, знижує частоту ускладнень (серцево-судинних, тромбоемболічних, інфекційних та ін.), сприяє скороченню терміну перебування пацієнта у стаціонарі. Завдяки вираженому аналгетичному ефекту традиційно системне введення опіоїдних аналгетиків розглядалося як основа знеболювання. У той же час дані препарати не є золотим стандартом лікування сильного болю. За оцінками фахівців, ефективність знеболювання при традиційному призначенні опіоїдів як монотерапії не перевищує 25–30 %. Проблема полягає в тому, що ефективна аналгетична доза часто близька до тієї, яка викликає депресію дихання. Використання опіоїдів також асоціюється з ризиком довготривалої та перебільшеної седації або психомоторного збудження, гипотензії, нудоти й блювання, шкірного свербежу, затримки сечовипускання, запору, алергічної реакції, реактивної герпетичної інфекції, розвитку залежності від препарату, розвитку гострої толерантності до опіоїдів. Значним недоліком препаратів цієї групи є необхідність їх ретельного обліку, наявність страху з боку пацієнтів та їх близьких перед прийомом опіоїдів, пов'язаного з можливістю розвитку опіоїдної залежності. Тому на сьогодні стандартом знеболювання при сильному болі та болі середньої інтенсивності визнана мультимодальна аналгезія, що включає призначення відразу декількох препаратів, які впливають на більшість ланцюгів у формуванні болювого відчуття: на рівень ноцицепторів, проведення імпульсу, болюві центри у центральній нервовій системі, антиноцицептивну систему.

Метою мультимодального підходу є оптимізація аналгезії через посилення знеболюючого ефекту, скорочення ризику небажаних явищ порівняно з монотерапією в більш високих дозах. З усіх неопіоїдних аналгетиків найбільш безпечним і одночасно ефективним вважається парацетамол у комбінації з нестероїдними протизапальними препаратами. Якщо цього недостатньо, рекомендується використати регіональну аналгезію. І тільки при сильно вираженому болі та/або неефективності ненаркотичних схем слід признача-

ти опіоїди. Існуючі внутрішньовенні лікарські форми парацетамолу перевершують пероральні та ректальні форми щодо безпеки і швидкості настання необхідного ефекту. Також у схеми знеболювання пацієнтів із травматичними ушкодженнями включають регіональну анестезію. Нейроаксіальна аналгезія — загальна назва групи методів знеболювання, що діють на спинний мозок і його корінці (інші назви — методи центральної блокади, спінальні методи знеболювання або центрально-сегментарна блокада).

Важливим при веденні пацієнтів, які перенесли ампутацію кінцівки, є профілактика й адекватна терапія фантомних болів. Для запобігання фантомним болям ще на етапі проведення оперативного втручання рекомендовано у стовбур нерва, що перетинається, вводити новокаїн. Потім такі пацієнти повинні отримувати коферменти, антиоксиданти, нуклеотиди. З метою лікування фантомних болів також призначають малі дози нейролептиків у комбінації з протитривожними препаратами. У низці випадків допустиме застосування нейролептаналгезії (фенталін + дроперидол).

У більшості пацієнтів (до 80 %), які отримували складні травматичні ушкодження, в майбутньому розвивається ПТСР, що потребує адекватної та своєчасної корекції [9, 18]. У комплексному підході до лікування наших пацієнтів із МВ ЗЧМТ і ПТСР були використані методи групової психотерапії в поєднанні з індивідуальною та сімейною психотерапією. При медикаментозному лікуванні брали до уваги наявність супутньої соматичної патології, різноманітність змін проявів і перебігу МВ ЗЧМТ і ПТСР, тому пацієнтам було проведено комплексну терапію лікарськими засобами (ноотропи, судинні препарати, знеболювальні, вентоніки, полівітаміни з мікроелементами). При необхідності застосовували протитривожні, снодійні препарати та антидепресанти [11, 14]. Через часту алкогольну залежність у учасників бойових дій проводилась медикаментозна корекція станів, обтяжених вживанням алкогольних напоїв. Також було використано рефлексотерапію (класична акупунктура, аурикулотерапія, електроакупунктура, лікувальні фізичні комплекси (ЛФК) та методи мануальної терапії).

Висновки

1. Індивідуальні особливості реагування особистості на біль впливають на його переживання та обумовлюються ситуаційним психологічним станом, характером соматичних порушень, їх локалізацією, природою патогенного фактора, індивідуальним життєвим досвідом, культурологічними особливостями.

2. Внаслідок проведеного психологічного дослідження 108 пацієнтів із МВ ЗЧМТ і ПТСР виявлено основні невротичні розлади: астеничний симптомокомплекс — у 42 (38,9 %) пацієнтів; тривожно-фобічний — 29 (26,7 %); істероформний — 11 (10,3 %); депресивний — 26 (24,1 %).

3. Переживання хронічного болю часто поєднуються з тривогою та депресією і призводять до погіршення стану пацієнтів. Емоційні порушення є одним із хронізуючих факторів щодо болювого синдрому. В комплексному підході до лікування пацієнтів із МВ ЗЧМТ і ПТСР були

використанні методи групової психотерапії у поєднанні з індивідуальною та сімейною психотерапією.

4. При лікуванні больового синдрому використовували неопіоїдний анагетик парацетамол у комбінації з нестероїдними протизапальними препаратами, комплексну терапію лікарськими засобами (ноотропи, судинні препарати, знеболювальні, вентоніки, полівітаміни з мікроелементами), протитривожні, снодійні препарати й антидепресанти. Також проводили рефлексотерапію (класична акупунктура, аурикулотерапія, електроакупунктура, ЛФК і методи мануальної терапії).

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Боль. Руководство для врачей и студентов / Под ред. Н.Н. Яхно. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 302 с.
2. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. В.Л. Голубева. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 330 с.
3. Вахнина Н.В. Хроническая пояснично-крестцовая боль: диагностика и лечение / Н.В. Вахнина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2010. — № 3. — С. 30-34.
4. Вознесенская Т.Г. Хроническая боль и депрессия / Т.Г. Вознесенская // Фарматека. — 2008. — № 6. — С. 10-15.
5. Диагностика та корекція психофізіологічних та психічних порушень здоров'я в післястресовий період: Методичний посібник / Укр. н.-д. ін-т соц. і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Укр. н.-д. ін-т медицини транспорту; уклад.: І.Я. Пінчук [та ін.]; за ред. І.Я. Пінчук та ін. — Одеса: Фенікс, 2015. — 109 с.
6. Данилов А.Б. Ноцицептивная и нейропатическая боль // Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. В.Л. Голубева. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — С. 33-43.
7. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма. — М.: Медицина, 2005. — 432 с.

8. Матяш М.М. Психотерапевтический аспект реабилитации больных на травматичную энцефалопатию // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. — 2011. — Вип. 20, кн. 2. — № 7. — С. 323-328.

9. Михайлов Б.В. Инвалидность как хроническая психотравмирующая ситуация / Б.В. Михайлов, С.М. Мороз // Архив психиатрии. — 2008. — Т. 14, № 2(53). — С. 4-8.

10. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. — М.: Эксмо, 2005. — 960 с.

11. Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій: методичні рекомендації / Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології МОЗ України та ін.; уклад.: Богомолец О.В., Пінчук І.Я., Друзь О.В., Хаустова О.О., Сичевський А.С. та ін. — К.: [б. в.], 2014. — 46 с.

12. Решетняк В.К. Механизмы патологической боли // В.К. Решетняк, М.Л. Кукушкин // Медицина неотложных состояний. — 2009. — № 2. — С. 34-39.

13. Хеселер М. Межкультурные аспекты работы с ветеранами войн // Исцеляющее искусство: международный журнал арт-терапии. — 2010. — Т. 13, № 3. — С. 40-59.

14. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Фoa Э.Б., Кина Т.М., Фридмана М.Дж.; пер. с англ.: Агаркова В.А., Питта С.А., Ворона О.А., Калмыкова Е.С. и др.; под ред. Тарабриной Н.В. — М.: Когито-Центр, 2005. — 467 с.

15. Thomas H.V., Stimpson N.J., Weightman A.L., Dunstan F., Lewis G. Systematic review of multi-symptom conditions in Gulf War veterans // Psychological Medicine — 200. — 36. — 735-747.

16. Engel C.C., Liu X., McCarthy B.D., Miller R.F., Ursano R. Relationship of physical symptoms to posttraumatic stress disorder among veterans seeking care for Gulf War-related health concerns // Psychosom. Med. — 2000. — 62(6). — 739-45.

17. Liedl A., Knaevelsrud C. Chronic pain and PTSD: the Perpetual Avoidance Model and its treatment implications // Torture. — 2008. — 18, 2. — 69-76.

Отримано 02.02.2018 ■

Матяш М.М., Худенко Л.И.

Киевский медицинский университет УАНМ, г. Киев, Украина

Мультиmodalный подход в лечении отдаленных последствий минно-взрывной закрытой черепно-мозговой травмы и посттравматического стрессового расстройства у участников АТО

Резюме. В результате применения комплекса реабилитационных мероприятий с включением медикаментозной терапии, методов групповой психотерапии, рефлексотерапии у 108 пациентов, страдавших от последствий перенесенной минно-взрывной закрытой черепно-мозговой травмы и посттравматического стрессового расстройства, отмечено

на позитивная динамика показателей неврологического и психологического статуса.

Ключевые слова: минно-взрывная закрытая черепно-мозговая травма; посттравматическое стрессовое расстройство; медикаментозная терапия; реабилитационные мероприятия

M.M. Matyash, L.I. Khudenko

Kyiv Medical University of UAFM, Kyiv, Ukraine

Multimodal approach in the treatment of remote consequences of mine blast closed craniocerebral injury and post-traumatic stress disorder in ATO participants

Abstract. As a result of using a set of rehabilitation measures involving drug therapy, methods of group therapy, reflexotherapy in 108 patients suffering from the consequences of mine blast closed craniocerebral injury and post-traumatic stress disorder,

there was a positive dynamics of neurological and psychological status.

Keywords: mine blast closed craniocerebral injury; post-traumatic stress disorder; drug therapy; rehabilitation measures