

Ключові слова: маркери вірусних гепатитів, гепатит В, гепатит С, метод імуноферментного аналізу.

The frequency of occurrence of immunological markers of parenteral viral hepatitis pathogens among different populations

O.V. YNACKA, O.V. STAS, I.G. KOSTENKO, S.V. LATISHENKO

Summary. *One of the most urgent and complex challenges for health in general and hepatology in particular remains the problem of the spread and treatment of chronic viral hepatitis B and C. Evaluation of viral hepatitis B and C markers by enzyme-linked immunosorbent assay was performed in 18735 patients, namely: military personnel, military contract, retirees, civilians (except pregnant women and children). Markers of viral hepatitis B (surface antigen of hepatitis B virus) were present in 2.8% of the blood samples; markers of viral hepatitis C (total antibodies to the antigen of the hepatitis C virus) were found in 4.9% of the samples.*

Keywords: *markers of viral hepatitis, hepatitis B, hepatitis C, enzyme-linked immunosorbent assay.*

УДК 616.329–002:616.24–002]–036

Розповсюдженість гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби і структура її стравохідних та позастравохідних проявів у хворих на негоспітальну пневмонію військовослужбовців

Ю.П. ЯКУБЕНКО, І.М. ОСІЙК

Резюме. *Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) може проявлятися типовими і атиповими симптомами, у тому числі респіраторними. Обстежено 49 військовослужбовців з негоспітальною пневмонією. В 65,3% випадків негоспітальна пневмонія у них поєднувалася з ГЕРХ. Показано, що інструментальна оцінка верхніх відділів травного тракту є важливою у діагностиці ГЕРХ, у тому числі і у хворих з відсутніми епідеміологічними кількісними ознаками захворювання. У військовослужбовців з встановленим діагнозом ГЕРХ вивчали структуру її стравохідних і позастравохідних проявів.*

Ключові слова: *негоспітальна пневмонія, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, стравохідні прояви, позастравохідні прояви, військовослужбовці.*

Протягом останнього десятиліття зріс інтерес до дослідження поєднаної патології органів дихання і травлення, і в зв'язку з цим предметом особливого вивчення стала гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба

(ГЕРХ). Наявність ГЕРХ у хворих пульмонологічного профілю зустрічається приблизно в три рази частіше, ніж в загальній популяції. З урахуванням зростання ГЕРХ у всьому світі можна припустити, що цей факт, певною мірою, збільшує і захворюваність органів дихання, а проблема коморбідного співіснування цих хвороб вимагає подальшого вивчення [3, 10].

Справжній рівень захворюваності на ГЕРХ дослідити складно. Як відомо, ГЕРХ, що визначається як наявність симптомів чи пошкоджень, пов'язаних з рефлюксом шлункового вмісту в стравохід, може маніфестувати як стравохідними так і позастравохідними проявами. Розрізняють наступні екстраезофагальні прояви цього захворювання: бронхолегеневі, оториноларингологічні, кардіологічні і стоматологічні. Гастроєзофагеально-рефлюксно-асоційовані бронхолегеневі порушення знаходяться на першому місці в цьому переліку. Вони найглибше вивчені, краще відомі практичним лікарям і набули за останні роки визначну доказову базу. На думку ряду авторів, наявність гастроєзофагеального рефлюксу може сприяти формуванню бронхіальної астми, розвитку пневмонії, хронічного бронхіту, бронхообструктивного синдрому [8, 10, 11]. Широке розповсюдження та наявність позастравохідних масок ГЕРХ зумовили перехід її з розряду «гастроентерологічної» до «інтернальної» патології та актуальність проблеми не лише для гастроентерологів, а й для лікарів суміжних спеціальностей [1, 5, 12, 13].

Клінічна діагностика ГЕРХ ґрунтується на появі печії, проте ГЕРХ не можна заперечити й тоді, коли цього симптому немає [4]. М.В. Fennerty відзначив відсутність печії при ерозивному езофагіті в 22% випадків [6]. Слід пам'ятати, що, у ряді випадків, позастравохідні прояви можуть виходити на перший план в клінічній картині. Більше того, в 25% випадків ГЕРХ протікає з позастравохідними симптомами [6, 14–16]. Діагноз ГЕРХ є клінічним. Навіть за нормальних показників інструментальних досліджень ГЕРХ заперечити не можна [2, 4].

Хвороби органів дихання в структурі захворюваності військовослужбовців стабільно займають перше місце. Негоспітальна пневмонія (НП) є одним з поширених захворювань серед військовослужбовців, особливо строкової служби. У структурі захворюваності військовослужбовців хвороби органів травлення, а серед них кислотозалежні захворювання, впродовж багатьох років займають друге місце з тенденцією до зростання показників по цьому класу. Проведені дослідження свідчать про високу розповсюдженість симптомів ГЕРХ серед військовослужбовців (у 42% респондентів) [7, 9].

Беручи до уваги високу поширеність НП та ГЕРХ у військовослужбовців, логічно припустити про можливість їх поєданого перебігу. **Мета роботи** – встановити розповсюдженість ГЕРХ та структуру її стравохідних та позастравохідних проявів у хворих на НП військовослужбовців.

Матеріали та методи

На базі пульмонологічного та загальноотерапевтичного відділень Військово-медичного клінічного центру Західного регіону (м. Львів) проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження 49 військовослужбовців в віці 18–57 років, хворих на НП. Всі пацієнти були чоловічої статі. НП в усіх хворих мала нетяжкий перебіг.

Обстеження включало опитування за допомогою спеціально розробленої анкети на основі відомого опитувальника «GERD Screener». Тривалість періоду, протягом якого респондентів просили пригадати свої відчуття, відповідала одному року, який передував опитуванню. Респондентів просили відповісти на запитання щодо симптомів захворювання (печія, відрижка, біль за грудиною і в епігастрії тощо), вказати частоту їх виникнення (менше одного разу на місяць, один раз на місяць, один раз на тиждень, декілька разів на тиждень, щодня). В опитувальнику містились запитання, спрямовані на встановлення можливих позастравохідних проявів захворювання: першіння в горлі, захриплість голосу, сухий кашель при відсутності простудного захворювання, відчуття грудки за грудиною, «комка» в горлі, кашель, пов'язаний з прийомом їжі і/або печією, відчуття нестачі повітря і кашель в нічний час доби, утруднене ковтання, біль в ділянці серця, відчуття порушення серцевого ритму, пов'язані з прийомом їжі або печією. Крім цього, респондентів просили вибрати із запропонованих чинників ті, які, на їх думку, спричиняли виникнення печії, відрижки, болю за грудиною чи в епігастрії або запропонувати свій варіант причини появи вказаних симптомів.

У дослідження не залучали осіб, які страждали раніше на виразкову хворобу шлунка чи дванадцятипалої кишки або на момент проведення анкетування отримували лікування від зазначених патологій. Симптоми, які виникали один раз на тиждень або частіше, вважали частими; симптоми, що турбували респондента не частіше ніж один раз на місяць оцінювали як рідкі. Респондентів із частою та щоденною печією або регургітацією розглядали як осіб з епідеміологічними кількісними ознаками ГЕРХ.

Усім пацієнтам проводили езофагогастроуденофіброскопія (ЕФГДС) з одночасною індикацією хелікобактерної інфекції (Hr) за допомогою швидко-го урсазного тесту, топографічну рН-метрія стравоходу та шлунку.

Діагноз ГЕРХ встановлювали на основі анамнестичних даних та/чи інструментальних досліджень (ЕФГДС). Ендоскопічні зміни слизової оболонки стравоходу у пацієнтів з НП вивчали за класифікацією Savary-Miller (1978) із модифікацією Carrison et al. (1996), однак при відсутності ерозивних змін слизової оболонки стравоходу, але наявності епідеміологічно кількісних ознак ГЕРХ, поділ пацієнтів на групи здійснювали згідно з класифікацією Ю.В. Васильєва (2004), оскільки у першій міжпародій

класифікації відсутня рубрика «Неерозивна ендоскопічно позитивна ГЕРХ». Структуру ГЕРХ аналізували як співвідношення неерозивної (НЕРХ) і ерозивної рефлюксної хвороби (ЕРХ). Серед НЕРХ окремо виділяли ендоскопічно позитивну неерозивну ГЕРХ (ЕПН ГЕРХ) – за наявності лише дифузних катаральних змін (гіперемія) і відсутності вогнищевих чи виразкових пошкоджень слизової оболонки стравоходу та ендоскопічно негативну ГЕРХ (ЕН ГЕРХ) – при відсутності патологічних змін слизової оболонки стравоходу та наявності клінічних проявів, характерних для ГЕРХ. У хворих на НП з встановленим діагнозом ГЕРХ вивчали структуру її стравохідних та позастравохідних проявів.

Результати та їх обговорення

За даними опитування і ЕФГДС, ГЕРХ була виявлена у 32 (65,3%) пацієнтів з НП. У 14 (28,6%) хворих діагностована ЕРХ (у всіх осіб згідно з класифікацією Savary-Miller із модифікацією Carrison et al. було встановлено І ступінь рефлюкс-езофагіту), з них у 3 (6,1%) хворих з частою печією, у 11 (22,4%) – з рідкою; у 18 (36,7%) – НЕРХ. Серед осіб з НЕРХ у 7 (14,3%) встановлено ЕН ГЕРХ, що відповідає першій стадії ГЕРХ за класифікацією Ю.В. Васильєва (2004), у всіх з них печія була частою; у 11 (22,4%) встановлено ЕПН ГЕРХ, що відповідає другій стадії ГЕРХ, з них у 1 (2,0%) хворого з частою печією, у 9 (18,4%) – з рідкою, у 1 (2,0%) з відсутністю печії.

Найсуттєвішим чинником виникнення ГЕРХ у військовослужбовців є недостатність кардії, наявність якої достовірно переважала у хворих з НП та ГЕРХ порівняно з хворими на НП які не мали ГЕРХ (78,1% та 29,4% відповідно, $p < 0,001$). Проте достовірної різниці між хворими з ЕРХ та НЕРХ по частоті виявлення недостатності кардії не відмічено, ендоскопічні ознаки останньої мали місце у 85,7% пацієнтів з ЕРХ, та у 72,2% – з НЕРХ ($p > 0,05$); однак у групі хворих з НЕРХ частота недостатності кардії була знову достовірно вищою при ЕПН ГЕРХ (у 10 (55,6%) пацієнтів з ЕПН ГЕРХ та в 3 (16,6%) з ЕН ГЕРХ, $p < 0,05$). Крім того 66,7% пацієнтів з НЕРХ та 78,5% з ЕРХ були курцями (достовірної різниці показників між цими групами не виявлено, $p > 0,05$). Іпфіковагість Нр виявлена у 30 (61,2%) осіб з усіх обстежених, з них у групах із ЕРХ та НЕРХ у 8 (16,3%) та 12 (24,5%) осіб відповідно (показники між цими групами достовірно не відрізнялись, $p > 0,05$).

Структура стравохідних та позастравохідних проявів у обстежених хворих з встановленою ГЕРХ представлена у таблиці 1.

Таблиця 1

**Поширеність типових та атипівих клінічних проявів
гастрозофагеальної рефлексної хвороби у військовослужбовців
з легоспітальною пневмонією**

Симптоми	Постійно		Часто		Іноді		Ніколи	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Печія	1	3,1	10	31,3	20	62,5	1	3,1
Відрижка кислим, повітрям	1	3,1	6	18,8	11	34,4	14	43,8
Біль за грудиною	0	0,0	2	6,3	6	18,8	24	75,0
Біль в епігастрії	0	0,0	4	12,5	5	15,6	23	71,9
Першіння в горлі	0	0,0	3	9,4	10	31,3	19	59,4
Захриплість голосу	0	0,0	6	18,8	11	34,4	15	46,9
Сухий кашель	0	0,0	4	12,5	11	34,4	16	50,0
Відчуття грудки за грудиною, «комка» в горлі	0	0,0	3	9,4	9	28,1	20	62,5
Кашель пов'язаний з прийомом їжі і/або печією	0	0,0	1	3,1	7	21,9	24	75,0
Відчуття пестачі повітря і кашель в нічний час доби	1	3,1	1	3,1	5	15,6	25	78,1
Хропіння під час сну	2	6,3	7	21,9	7	21,9	16	50,0
Печіштя язика	1	3,1	1	3,1	3	9,4	27	84,4
Утруднене ковтання	0	0,0	1	3,1	3	9,4	28	87,5
Біль в ділянці серця	0	0,0	3	9,4	11	34,4	18	56,3
Відчуття порушення серцевого ритму	0	0,0	2	6,3	2	6,3	28	87,5

Як свідчать дані дослідження, печія у обстежених осіб зустрічалась всього у 31 (96,9%) респондентів (у пацієнтів з ЕРХ у 14 (43,8%), з НЕРХ у 17 (53,1%), достовірної різниці показників між цими групами не виявлено, $p > 0,05$). При цьому у 20 (62,5%) обстежених вона турбувала рідко (з ЕРХ та НЕРХ у 11 (34,4%) та у 9 (28,1%) пацієнтів відповідно, ці показники достовірної різниці не мали, $p > 0,05$), у 10 (31,3%) – часто (у пацієнтів з ЕРХ та НЕРХ в 3 (9,4%) та в 7 (21,9%) відповідно, достовірної різниці показників між цими групами не виявлено, $p > 0,05$), і в 1 (3,1%) з НЕРХ – щоденно. Відрижка кислим вмістом та повітрям зрідка зустрічалась у 11 (34,4%) опитуваних (у пацієнтів з ЕРХ у 6 (18,8%), з НЕРХ у 5

(15,6%), без достовірної різниці, $p > 0,05$), а в 6 (18,8%) з НЕРХ – щотижнево та в 1 (3,1%) з ЕРХ – щоденно. В цілому, найбільш тишові симптоми ГЕРХ (печія та/чи відрижка кислим вмістом) з частотою 1 раз на тиждень та частіше у обстежених респондентів зустрічалась в 31,3% випадків.

Оториноларингологічні та респіраторні позастравохідні маски (відчуття першіння в горлі, захриплість голосу, сухий кашель за відсутності простудних захворювань, кашель, пов'язаний з прийомом їжі і/або печією, відчуття нестачі повітря і кашель в нічний час доби) демонстрували переважно пацієнти з НЕРХ, достовірної різниці в зустрічαιемості цих масок між групами з ГЕРХ та без ГЕРХ не виявлено (ці симптоми спостерігались всього у 31,3% хворих з НП та ГЕРХ, та в 23,5% хворих з НП, які не мали ГЕРХ, $p > 0,05$). На часту захриплість голосу скаржились 6 (18,8%) осіб (пацієнти з ЕРХ та НЕРХ – 1 (3,1%) та 5 (15,6%) відповідно, достовірної різниці між цими показниками не виявлено, $p > 0,05$); відчуття грудки за грудиною, «комка» в горлі відмічали 3 (9,4%) осіб (всі хворі з НЕРХ), сухий кашель, пов'язаний з прийомом їжі і/або печією та відчуття нестачі повітря і кашель в нічний час доби – по 1 (3,1%) особі (всі хворі з НЕРХ).

Щодо атипових клінічних проявів ГЕРХ, часті кардіальні скарги (біль в ділянці серця, відчуття порушення серцевого ритму пов'язані з прийомом їжі і/або печією) пред'являли 3 (9,4%) та 2 (6,3%) обстежених відповідно. У всіх цих хворих мала місце НЕРХ.

Більше третини із загальної кількості анкетованих 13 (40,6%) відмічали у себе наявність стоматологічних проблем (пацієнти з ЕРХ та НЕРХ – 4 (12,5%) та 9 (28,1%) відповідно, достовірної різниці між цими показниками не виявлено, $p > 0,05$).

Результати анкетування також свідчать про високу частоту метеоризму серед респондентів, які підтверджують дані досліджень щодо негативного впливу здуття живота на виникнення і прогресування ГЕРХ. Так, 26 (81,2%) осіб періодично турбує здуття живота на відміну від 10 (58,8%) пацієнтів з НП, які не мали ГЕРХ (різниця достовірна $p < 0,05$). Серед пацієнтів з діагностованою ГЕРХ метеоризм з частотою менше трьох разів на місяць зустрічався у 22 (68,8%) (у хворих з ЕРХ у 10 (31,2%), з НЕРХ у 12 (37,5%), достовірної різниці між цими показниками не виявлено, $p > 0,05$); більше трьох разів на місяць – у 3 (9,4%) – (пацієнти з ЕРХ та НЕРХ – 1 (3,1%) та 2 (6,3%) відповідно, також без достовірної різниці між цими показниками, $p > 0,05$); три рази на тиждень – 1 (3,1%) опитаний (хворий з НЕРХ).

Аналіз чинників ризику виникнення печії та відрижки на підставі даних анкетування показав, що найчастіше (у 25,6% респондентів) їх появу зумовлювали прийом гострої, смаженої їжі та газованих напоїв, в 23,3% опитаних – прийом жирної їжі. По 11,6% опитаних печію та відрижку

відмічали після переїдання та їди всухом'ятку, 10,5% – після фізичних навантажень, 7% – при тривалих перервах між прийомами їжі, по 4,7% – після вживання кави та куріння, 1,2% – після вживання алкоголю.

Висновки

НП у військовослужбовців в 65,3% випадків поєднується з ГЕРХ.

Аналіз клінічної картипи ГЕРХ показав, що хворі, які поступають у відділення з приводу НП, як правило не акцентують увагу на гастроентерологічних проблемах, які не мають, на їх погляд, відношення до НП.

Інструментальна оцінка верхніх відділів травного тракту є важливою в діагностиці ГЕРХ, в тому числі і у хворих з відсутністю епідеміологічних кількісних ознак ГЕРХ.

У хворих на НП військовослужбовців, у яких діагностовано ГЕРХ, достовірно частіше зустрічались недостатність кардії та скарги на метеоризм. В структурі ГЕРХ при НП серед пацієнтів з ЕРХ та НЕРХ у поширеності типових та атипичних симптомів ГЕРХ достовірної різниці не виявлено.

Література

1. Бабак О.Я. Новые стандарты ведения больших гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / О.Я. Бабак // Здоровье Украины. – 2006. – № 23 – 24.
2. Билхарц Л.И. Осложнения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Л.И. Билхарц // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1998. – № 5, Т. 8. – С. 69 – 76.
3. Воротникова Н.А. Бронхо-обструктивный синдром и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: течение, диагностика и тактика лечения у детей : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09 / Наталья Анатольевна Воротникова. – Саратов, 2006. – 194 с.
4. Колісник С.П. Гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба: актуальні питання сучасної діагностики, лікування та профілактики: огляд / С.П. Колісник, В.М. Чорнобровий // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – №1. – С. 93 – 97.
5. Маев И.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, Г.Л. Юренев, С.Г. Бурков // Тер. архив. – 2007. – № 3. – С. 57–66.
6. Масловский Л.В. Терапевтические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Л.В. Масловский, О.Н. Минушкин // Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии. – 2008. – № 1. – С. 2 – 7.
7. Осьодло Г.В. Епідеміологічні та клінічні аспекти гастроэзофагеальной рефлюксной хвороби у різних категорій військовослужбовців / Г.В. Осьодло, Ю.А. Шукін // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2010. – № 27. – С. 170–176.
8. Рощина Т.В. Супраэзофагеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Т.В. Рощина // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. – № 1. – С. 27–30.

9. Рум'янцев Ю.В. Кислотозалежні захворювання у військовослужбовців: частота, структура та особливості поєднаної патології / Ю.В. Рум'янцев, Г.В. Осьоло, М.А. Калашніков // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 5. – С. 65–68.

10. Саблин О.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ее внепищеводные проявления: клинико-диагностическое значение двигательных дисфункций верхних отделов пищеварительного тракта : дис. ... д-ра мед. наук / О.А. Саблин. – СПб., 2004. – 341 с.

11. Трухманов А.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клинические варианты, прогноз, лечение : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.05 «Внутренние болезни»/ Трухманов А.С.; Моск. мед. академия им. И.М. Сеченова. – М., 2008. – 32 с.

12. Фадеешко Г.Д. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: как их распознать? / Г.Д. Фадеешко // Сучасна гастроентерологія. – 2004. – № 3. – С. 12–17.

13. Филимонов А.В. О связи хронической микроаспирации и гастроэзофагеального рефлюкса у детей с респираторной патологией / А.В. Филимонов, А.В. Можейко // Педиатрия. – 1990. – № 3. – С. 20–23.

14. El-Serag H.B. Comorbid occurrence of laryngeal or pulmonary disease with esophagitis in United States military veterans / H.B. El-Serag, A. Sonnenberg // Gastroenterology. – 1997. – № 113. – P. 755–760.

15. Hogan W.J. Spectrum of supraesophageal complication of gastroesophageal reflux disease / W.J. Hogan // Am. J. Med. – 1997. – № 103. – P. 77–83.

16. Vakil N. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus / N. Vakil et al. // Amer. J. Gastroenterol. – 2006. – № 88. – P. 1900–1920.

Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и структура ее пищеводных и внепищеводных проявлений у больных внебольничной пневмонией военнослужащих

Ю.П. ЯКУБЕНКО, И.Н. ОСИИК

Резюме. *Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) может проявляться типичными атипичными симптомами, в том числе и респираторными. Обследовано 49 военнослужащих с внебольничной пневмонией. В 65,3% случаев внебольничная пневмония у них сочеталась с ГЭРБ. Показано, что инструментальная оценка верхних отделов пищеварительного тракта является важной в диагностике ГЭРБ, в том числе и у больных с отсутствующими эпидемиологическими количественными признаками заболевания. У военнослужащих с внебольничной пневмонией с установленным диагнозом ГЭРБ изучалась структура ее пищеводных и внепищеводных проявлений.*

Ключевые слова: *негоспитальная пневмония, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищеводные проявления, внепищеводные проявления, военнослужащие.*

Prevalence of gastroesophageal reflux disease and structure of its esophageal and extraesophageal signs among servicemen with community-acquired pneumonia

YU.P. YAKUBENKO., I.M. OSIYIK

Summary. *Gastroesophageal reflux disease (GERD) may be presented by typical and atypical symptoms, including respiratory ones. We examined 49 servicemen with community-acquired pneumonia. Community-acquired pneumonia was combined with GERD in 65.3% of the cases. It is shown that an instrumental estimation of upper gastrointestinal is important in diagnostics of GERD, in particular in patients with absence of epidemiological quantitative signs of GERD. The structure of GERD esophageal and extraesophageal signs was studied for servicemen with community-acquired pneumonia and concomitant GERD.*

Keywords: *community-acquired pneumonia, gastroesophageal reflux disease, esophageal signs, extraesophageal signs, servicemen.*

УДК 616.89-07:355.40

Посттравматичний стресовий розлад та його прояви в учасників військових конфліктів

Ю.П. ЯКУБЕНКО, О.К. ФОРМАНЧУК, О.І. РОДЗОНЯК

Резюме. *У статті викладено основні психічні захворювання людей, що перебували та приймали участь у локальних востіх конфліктах в Україні. Висвітлено основні причини виникнення посттравматичних стресових розладів, класифікацію, діагностику, принципи лікування.*

Ключові слова: *посттравматичний стресовий розлад, психофізіологічні реакції, екстремальні ситуації, воєнні дії.*

За останні десятиліття необхідність надання психіатричної та медико-психологічної допомоги постраждалим під час стихійних лих, катастроф, військових дій, а також мікросоціальних конфліктів сприяло розвитку вчення про реактивні стани і соціогенні оцінки. Це спонукало до введення діагностичних і синдромальних оцінок в різні класифікації психічних захворювань, які раніше не використовували. До них належать: посттравматичні стресові розлади, соціально-стресові розлади, радіаційна фобія, бойова втомленість, «в'єтнамський», «афганський» і «чеченський» синдроми, а також преморбідні невротичні прояви, реакції на гострий стрес, розлади адаптації, стрес бойової обстановки тощо. Перелічені порушення