

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

не є «новими» нозологіями. Раніше їх описували феноменологічно і спеціально не узагальнювали і не виокремлювали. Це було обумовлено головним чином відсутністю готовності суспільства до сприйняття соціальних причин, які погіршують психічне здоров'я, та усвідомленням необхідності проведення профілактичних і реабілітаційних заходів. Нині ці стани досліджують систематично як емпірично, так і за допомогою метааналізу [1] та описуються диференційованіше.

Екстремальні ситуації, пов'язані з локальними воєнними конфліктами в Україні, можуть спричинити у їх учасників комплекс психічних порушень – посттравматичний стресовий розлад (ПСТР). Цей комплекс виникає внаслідок перебування в екстремальних ситуаціях (катастрофи, бойові дії, тортури тощо) і характеризується повторними епізодами переживання обставин цієї ситуації, зниженням рівня емоційного реагування і дисфоричним збудженням [2]. ПСТР визнаний хворобливим розладом Всесвітньою Організацією Охорони здоров'я ще в 1980 р. і включений в Міжнародну статистичну класифікацію хвороб – МКХ-10 [3].

На формування психофізіологічних реакцій впливає характер і масштаб війни, стратегія і тактика її ведення, застосування виду зброї, військово-політична обстановка, екологічні чинники театру воєнних дій. Частота психічних порушень корелює з кількістю убитих і поранених. Вона зростає при відступах, невдачах, під час затяжкої позиційної війни. Велике значення мають навченість військ, система їх поповнення і ротации, бойовий дух, згуртованість, інформаційна та матеріальна забезпеченість. Істотний вплив мають психосоціальні умови: змістовний контекст війни, державна і громадська підтримка учасників бойових дій, наявність у них зрозумілих мотивацій, упевненості в своїй зброї, в керівництві, в ефективності медичної допомоги. Чинниками, що підсилюють емоційну напругу є відсутність лінії фронту і районів спокійного тилу, постійна загроза нападу або підризу на міні, труднощі в розрізненні мирних жителів і бойовиків тощо.

Для загальної картини ПСТР середній показник спадкової схильності до розвитку ажитации (неспокою) впродовж життя коливається в межах (7–12)% [4]. Ризик розвитку ПСТР під час воєнних дій/битви серед населення становить 6%, серед ветеранів – 40–60%, а серед військовополонених 60–80% [5]. За даними J.R.T. Davidson [6], поширеність ПСТР в людей, які пережили екстремальні події, коливається від 3,6 до 75%. Епідеміологічні дослідження, проведені в США серед ветеранів в'єтнамської війни, виявили ПСТР у 30% осіб, а парціальні і субклінічні його прояви – ще в 22% учасників війни. Крім цього, в дослідженні Kessler et al. [7] було показано, що ПСТР є станом з високим коморбідним фоном. У таких хворих ймовірність наявності іншого психічного захворювання (депресії, тривожних

розладів або соматизаційних розладів) у 2–4 рази вища порівняно з пост-раждалими без ПСР.

Наведемо нейробіологічні пояснення розвитку ПСР [8]. Життя людини може супроводжуватися ситуаціями, які становлять життєву загрозу або провокують екстремальний стрес і регулюються не корою головного мозку, а лімбічною системою. При цьому організм реагує автоматично боротьбою (виділяється норадреналін) або втечею (виділяється кортизол) для оптимізації цих природних реакцій [9]. Якщо жодна з цих реакцій неможлива, то нейрофізіологічна рівновага повністю порушується і людина стає нездатною до адекватного реагування або кортикального упорядкування пережитого. Організм залишається в незавершеній стресовій реакції. Такий стан є першопричиною основного симптому ПСР – **значно підвищеної дратівливості**, яка частково у відповідь на пусковий стимул може утримуватися протягом десятиліть.

Крім цього відбуваються певні ментальні проєси: нерідко сильні сенсорні враження, зокрема візуальні (напр., понівечені трупи), слухові (напр., свист кулі), нюхові (напр., запах паленого м'яса), смакові (напр., смак крові), кінестетичні (напр., доторкання до мертвого тіла), через недостатні кортикальні оформлення або інтеграцію у так звану експліцитну (декларативну) пам'ять (мовні спогади, хронологічне і біографічне впорядкування відповідно до часу і взаємозв'язку). Замість цього сенсорні враження фрагментовано зберігаються у так званій імпліцитній (прихованій) пам'яті (не інтегровано, в образах, враженнях, у тілесній пам'яті) і тому неконтрольовано у будь-який час можуть оживати. Цим вони створюють другий основний симптом ПСР – **реально діючі пригадування** (флешбек, інтрузії), які переживаються в реальному часі, спричиняючи сильний страх і сором, та інколи невірно діагностуються як галюцинації і соматоформні розлади та розлади соматизації. Отже такі наслідки, як соціальне уникнення та зловживання субстанцією, часто постають як вторинні симптоми, що базуються на соромі, і слугують для приглушення чи нібито обмеження сенсорних симптомів. Щоб цього уникнути, потерпілий може вдаватися до унікальної поведінки в розумінні пригнічення (страх перед внутрішнім станом напрути чи заціпеніння, намагання уникнути будь-яких зовнішніх пускових стимулів), що стає третім основним симптомом.

Феномен дисоціації (розщеплення, роздрібнення, дезінтеграції) виникає спочатку навіть як механізм подолання скрутної ситуації. Однак надмірне і тривале використання його в цьому механізмі може зовсім зруйнувати загальну структуру особистості, спровокувавши комплексну дисоціацію. Ця небезпека тим більша, чим раніше починається послідовна травматизація, чим менше можливостей для мовного оформлення та інтеграції в зону Брока, тобто, чим більше мовчазності, тим більша небезпека комплексної дисоціації.

У виникненні психічних розладів у військовослужбовців провідну роль надають змінам у підсвідомій сфері. Найпоширенішими типами негативного реагування за умов бою є неусвідомлювані реакції страху і тривоги, які лежать в основі переважної більшості психічних порушень – невротичних, депресивних, психосоматичних розладів, суїцидів, алкогольних і наркотичних залежностей. Зміни в підсвідомій сфері при бойовому стресі спричиняють грубі деформації системи змістовних фільтрів, за допомогою яких особистість сприймає реальність і формує внутрішню психічну реальність. При цьому індивід відображає навколишній світ у своїй психічній реальності спотворено і неадекватно. Він стає вибірково неуважним, напружено стриманим або навпаки переохолоджено, надає непропорційно велике значення тим чи іншим аспектам реальності. Результатом такої неправильної трапелляції будуть симптоми ПСР.

Крім того, зростання підсвідомої напруженості до результатів дії стрес-чинників бойової обстановки, призводить до зростання потенційної ненадійності військового фахівця, оскільки найважливішим елементом боєздатності є психологічна і психофізіологічна стійкість, яка забезпечує витривалість до скстремальної напруги, здатність до ефективних дій за умов мінливих обставин. Ідентифікація бійця з групою означає здатність прийняти групові норми і правила, співпереживання і взаємодопомогу членам групи, віру в те, що інші члени групи також прийдуть на допомогу в критичній ситуації. Тому поведінка людини в бою багато в чому визначається його: ілюзією всемогутності, яку дає усвідомлення приналежності до групи, вірою в лідера, вірою в те, що у разі потреби товариш прийде на допомогу.

За даними позитронної смісійної томографії і магнітної резонансної томографії, були уточнені топографічні нейроанатомічні структури та їх специфічні функції, які реалізують розвиток психічної травми [10, 11, 12]: з одного боку – лімбічна система (організації мотиваційних, вісцеральних і емоційних реакцій організму) із мигдалеподібним тілом (упорядкування значимості подразників), гіпокамп (просторова пам'ять) і таламус (місце включення сенсорної інформації), а з іншого боку, перш за все фронтальна кора, яка відповідає за інтерпретацію та інтеграцію, а також зона Брока – мовний центр у лівій фронтальній корі [13]. Інформація та подразники, які поступають у мозок, передаються у таламус, а звідти – в мигдалеподібне тіло. Залежно від характеру подразника мигдалеподібне тіло активізує нейрохімічні процеси будь-якої реакції організму (боротьба, втеча, спокій тощо).

ПСР розвивається після гострої реакції на стрес, яка характеризується розгубленістю, страхом, психомоторним збудженням чи ступором, панічними реакціями, звуженням свідомості, мстичними порушеннями, а

також порушеннями, які відображають характер екстремального впливу. Інколи виникають гострі психотичні стани з дезорієнтацією, сценородібними зоровими і слуховими галюцинаціями, зміст яких відображає пережиті події.

Підгострі порушення психіки характеризуються дереалізаційними і деперсоналізаційними розладами; тривожно-депресивними станами з почуттям страху за своє життя, плаксивістю, жадливими сновидіннями; депресивними реакціями з конверсійними розладами; реакціями ейфорійного типу з багатомовністю, з різкою недооцінкою тяжкості свого соматичного стану; обсессивно-фобічними розладами (образні спогади про момент травмування, що лякають). Тривалість таких станів становить від кількох тижнів до кількох місяців. Особливо стійкими є депресивні, обсессивно-фобічні розлади і порушення сну. Саме ці розлади формують клінічну картину раннього етапу розвитку ПСР.

ПСР може виникати й після виходу потерпілого із стресової ситуації, поєднуючи дві групи клінічних проявів: триваючих напливів у свідомості хворого екстремальної ситуації з супутніми афективними реакціями (тривога, страх) і намагання уникнути того, що може нагадувати про трагічну подію. Нав'язливі спогади виникають без будь-яких зовнішніх стимулів і супроводжуються сильними переживаннями минулих реальних подій. Ще вираженіші реакції випливають у відповідь на зовнішні подразники, які нагадують про стресовий фактор.

Хворі стають замкненими, відчуженими, іноді злісними, насилу контактують з оточуючими, їм тяжко ужитися в сім'ї та з іншими людьми. Вони дратівливі, часом агресивні, причому спалахи злості та агресії можуть здаватися абсолютно немотивованими. Звичайні вимоги сімейного побуту і на виробництві виявляються для них нездійсненними. У зв'язку з цим хворі можуть втратити як роботу, так і сім'ю. Схильність до зловживання алкоголем і наркотиками посилює соціальну дезадаптацію. Хворі легко втягуються в кримінальне середовище або поповнюють армію бездомних. Загалом клінічна картина ПСР представлена поєднанням психопатоподібних (асоціальних, експлозивних, істеричних) розладів поведінки, які посилюються алкоголізацією, вживанням наркотиків, та тяжкої псевдоподібною симптоматики.

На віддаленішому етапі можливі стани з порушенням сну, почуттям відчаю, безвихідного положення, вкрай песимістичною оцінкою ситуації в країні, отождоженням цієї ситуації з власною долею і пов'язаними з цим суїцидальними думками. Цей стан може бути настільки тяжким, що призводить до втрати працездатності. Однак при відновленій працездатності та формально задовільній соціальній адаптації зберігаються редуковані прояви хронічного ПСР: епізодичні порушення сну з жадливими сновидіннями,

афективна лабільність. Хворі намагаються повністю переорієнтувати свої інтереси на приватне життя, а також не пов'язувати свої розлади з перенесеною психічною травмою, відмовляються від спілкування з лікарями.

Під час бойових дій вплив психогенних, екзогенних, соматогенних чинників, високий темп і багаторазова повторюваність однорідних впливів зумовлюють специфічність клінічної картини, яка в багатьох випадках одночасно містить риси, які характерні для психогенної (болісні переживання бойових вражень), ендормних захворювань (емоційна маловиразність, байдужість, безпредметна дифузна тривога, підозрілість, ворожість) і реакцій ексгенного типу (когнітивна дисфункція, апроксексія, гіпомімія, скутість, різка виснаженість, легкість виникнення брутальних експлозивних спалахів і транзиторних дисоціативних станів).

Безпосередньо в бою переважають явища симпатикотонії: пудота, блювання, озноб, тахікардія, підвищення артеріального тиску, мідріаз, блідість, тремор, пронос, зміни шкірної чутливості, рефлексів тощо. Гострі реактивні стани виявляються рідко. Частіше виникають протраговані розлади, маніфестація яких не збігається за часом з дією бойового стресу. При цьому клінічні прояви гострих стресових розладів позбавлені індивідуальних відмінностей і є швидкоштинні. Переважають сенсомоторні і сомато-вегетативні порушення. У тяжких випадках розвиваються афективно-шокові реакції (ступор, фуґа, гапзерівський синдром).

Для бойових стресових розладів початкового періоду бойових дій характерні емоційна лабільність і гіперестезія, різкі коливання настрою, різноманітні вегетативно-судинні симптоми. На цьому фоні можуть розвиватися тривожно-обсесивні і астено-депресивні, рідше – істеричні нсвротичні реакції. Нерідкі поведінкові порушення: залишення розташування частини, суїцидальні спроби, членоушкодження, зловживання психоактивними речовинами. Стресові розлади у військовослужбовців з тривожно-астенічними рисами характеру, нерідко затягуються.

Порушення засинання, часті пробудження, нав'язливі нічні кошмари, розбитість вранці – характерні практично для всіх в бойових умовах. Ці сигнали внутрішнього неблагополуччя ще більше ускладнюють процеси відновлення після тяжких бойових паваптажень. У бойових умовах відбуваються грубі порушення структури сну. Сповільнюється засинання. Кількість нічних пробуджень збільшується до кількох десятків разів. Вранці характерне пробудження у фазі повільного сну, що призводить до почуття розбитості, дезорієнтування, що супроводжується вираженою тахікардією.

Довготривалішими і патогеннішими виявляються наслідки хронічного бойового стресу. У клінічній картині психічних розладів чітко проявляється дефіцитна симптоматика з актуалізацією глибинної ефективності, погіршенням міжособистісної взаємодії, зниженням критичності, деструк-

цією колишніх цінностей і стратегій подолання стресу. Поглиблюється регрес поведінки: збільшується частота патохарактерологічних реакцій афективно-експлозивного типу, завершених самогубств та активноруйнівних насильницьких дій. Фіксуються набуті форми реагування на загрозові або асоціативно пов'язані з пережитим зовнішні стимули.

Під час воєн і збройних конфліктів поряд із зростанням агресивності і посиленням депресивних проявів завжди відбувається збільшення частоти саморуйнування поведінки, одним з її різновидів є адиктивна (згубна) поведінка – ситуаційна психічна залежність відносно психоактивних речовин ще до того, як від них формується фізична залежність. Психоактивні речовини виконують роль своєрідного стрес-протектора, який купірує тривогу, однак швидко призводить до духовного та фізичного саморуйнування особистості.

Діагностика ПСР повинна враховувати критерії Американської асоціації психіатрів – DSM-IV-TR [14] і ґрунтуватися на анамнестичних даних (обов'язкова наявність в анамнезі тяжкої травмуючої події) і наявності не менше двох із шести стійких симптомів, які відображають підвищений рівень збудливості і виникли після травми: порушення сну, підвищеної дратівливості або спалахів гніву, труднощі зосередження уваги, підвищеної обережності, підвищеної лякливості, виражених фізіологічних реакцій у разі згадки про пережиту стресову ситуацію або супутні обставини, тривалістю не менше одного місяця з моменту їх першої появи. Вказані критерії успішно застосовуються для діагностики ПСР, однак триває перевірка їх валідності та надійності.

Принциповим за DSM-IV [15] є введення поняття «гострий стресовий розлад», який виникає в період від 48 год до 28 днів після екстремального впливу і повинен базуватися, як мінімум, на трьох ознаках з наступної групи дисоціативних симптомів: суб'єктивне відчуття заціпеніння, відчуження і відсутності емоційності; звуження міри усвідомлення навколишнього, дереалізація, деперсоналізація; дисоціативна (психогенна) амнезія. Вказано також на можливість самостійного існування гострого стресового розладу і його перехід в ПСР, в якому розрізняють 3 види:

- гострий ПСР, симптоми якого виникають протягом 6 міс. після травми, хоча їх тривалість менше цього терміну;
- хронічний, з тривалістю симптомів понад 6 міс.;
- відстрочений, коли симптоми виникають більше ніж за 6 міс. після травми.

Послідовність екстремальної допомоги у разі ПСР передбачає [16]:

- екстремально-психологічну превенцію (для всіх);
- першу психічну допомогу на місці (для всіх) за допомогою непрофесіоналів, професійних помічників психологів (поліції, пожежників, рятувальників, лікарів швидкої допомоги);

- психосоціальна екстремальна допомога на місці за допомогою психосоціальних екстремальних служб;
- допомога після терапії через психосоціальні екстремальні служби і екстремальних психологів;
- травматерапія – лікування за допомогою екстремальних психологів чи травматерапевтів

Лікування людей з ПСР доцільно проводити в спеціалізованих відділеннях та центрах, система яких в нашій країні поки не налагоджена, полягає в експозиційній та медикаментозній терапії. Комплексне лікування хворих ПСР передбачає їх активне включення в систему соціально-реабілітаційних заходів.

Література

1. van Etten M.L. Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis [Text] / M.L. van Etten, S. Taylor // Clin. Psychol. Psychotherapy. – 1998. – Vol. 5. – P. 126–144.
2. Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie der AWMF und Quellentext. [Text] / G. Flatten [et al.]. – Auflage–Stuttgart, New York: Schattauer, 2004.
3. Міжнародна статистична класифікація хвороб : короткий адаптований варіант, заснований на Міжнародній статистичній класифікації хвороб і проблем із здоров'ям, 10-го перегляду, прийнятої 43-ю Всесвітньою Асамблеєю Охорони Здоров'я [Текст] / Під заг. ред. Сердюка А.М. – Кіровоград : ПОЛІМЕД-Сервіс. – 307 с.
4. Ehlers A. Posttraumatische Belastungsstörung. Fortschritte in der Psychotherapie. Manuale for die Praxis [Text] / A. Ehlers. – Band 8. – Göttingen: Hogrefe, 1999. – 99 p.
5. Trujillo K, 2002. Цит. за Beiglbock W. Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung [Text] / W. Beiglbock, S. Fesclmayr, E. Honemann. 2. Auflage. – Wien, New York : Springer, 2006. – 596 p.
6. Davidson J.R.T. Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder [Text] // In: Kaplan H.I., Sadock B.J. (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI, 6th edn. – Baltimore: Williams & Wilkins, A Waverly Company, 1995. – P. 1227–1236.
7. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey [Text] / Kessler R.C. [et al.] // Arch. Gen. Psych. – 1995. – Vol. 52. – P. 1048–1060.
8. Мюнкер-Крамєр Є. Гостра стресова реакція. Посттравматичний стресовий розлад / Є. Мюнкер-Крамєр. – 2010. <http://www.emdr.com.ua/articles/>.
9. Selye H. Stress in health and disease [Text] / H. Selye. – Reading. Mass. : Butterworth's, 1976. – 1256 с.
10. Yehuda R. Current status of cortisol findings in PTSD [Text] / R. Yehuda // Psychiatric Clin. North. Am. – 2001. – Vol. 25, (2). – P. 341–368.
11. van der Kolk B.A. The Neurobiology of Childhood Trauma and Abuse [Text] / B.A. van der Kolk // Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. – 2003. – Vol. 12 (2). – P. 293–317.

12. Nijenhuis E.R. Somatoform dissociation, reported abuse, and animal defence-like reactions [Text] / E.R. Nijenhuis, O.K. Kruger, K. Steele // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 38 (9). – P. 678–686.

13. van der Kolk B.A. Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories [Text] / B.A. van der Kolk // Psychiatr. Ann. – 2005. Vol. 35 (5). – P. 401–408.

14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Text] / American Psychiatric Association. Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR. – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000. – 995 p.

15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV [Internet]. 4th ed. – 1994. – Washington (DC): American Psychiatric Association. – 866 p. <http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-iv.pdf>

16. Lasogga F. Hilfen für Helfer [Text] / F. Lasogga, H. Karutz. – 2005. – Edewecht: Stumpf & Kossendey-Verlag. <http://www.skverlag.de>.

Посттравматическое стрессовое расстройство и его проявления у участников военных конфликтов

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

Резюме. *В статье изложены основные психические заболевания находившихся и принимавших участие в локальных военных конфликтах в Украине. Освещены основные причины возникновения посттравматических стрессовых расстройств, классификация, диагностика, принципы лечения.*

Ключевые слова: *посттравматическое стрессовое расстройство, психофизиологические реакции, экстремальные ситуации, военные действия.*

Post-traumatic stress disorder and its manifestations in combatants

Y.P. YAKUBENKO, O.K. FORMANCHUK, O.I. RODZONIAK

Summary. *This article outlines the main mental illnesses of those who were and took part in local military conflicts in Ukraine. The basic causes of post-traumatic stress disorder, classification, diagnosis, approaches to treatment were elucidated.*

Keywords: *post-traumatic stress disorder, psychophysiological reactions, extreme situations, military conflicts.*