

communications, joint training and seminars for the development of modern national scientific and educational programs in the field of CBRN.

Conclusions. Participation in the work of international events is of inestimable importance in shaping the professional outlook of scholars, high school lecturers, officers of the Armed Forces and promotes the development of a new CBRN security culture in the world.

Key words: chemical, biological, radiation and nuclear safety, military toxicology, radiology and medical protection.

УДК 616.891.7 : 159.972-355.724 DOI: 10.32751/2310-4910-2019-26-04

Динаміка адаптивних порушень у лікарів військового мобільного госпіталю при виконанні обов'язків в умовах збройного конфлікту

О. В. САЙКО¹, І. П. ЗОСИМЧУК², І. Є. ГАЙДА³

¹ – Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів

² – 66 Військовий мобільний госпіталь, м. Покровськ

³ – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Резюме. В сучасних умовах ведення локальних збройних конфліктів вимоги до кваліфікації військових медичних працівників, продуктивності їхньої професійної діяльності, якості медичної допомоги, яку вони надають, максимально підвищені. Це можливо за умови професійної компетентності військового лікаря, його психологочного та фізичного здоров'я, і, що важливо, психічної стійкості до розвитку негативних станів, зумовлених стресогенністю їхньої цілодобової праці. Професійні обов'язки військових медичних працівників пов'язані з високим ступенем відповідальності за життя та здоров'я поранених, травмованих та хворих військовослужбовців. Вони часто потребують від військового спеціаліста термінового прийняття рішення, самодисципліни, вміння зберігати високу працездатність в екстремальних умовах, емоційної віддачі, постійного психологічного та інтелектуального напруження. Все це може призводити до виснаження психологічних та фізичних ресурсів і, як наслідок, – до його професійного вигорання та захворювання. При цьому сьогодні практично відсутні дієсві клініко-психологічні та медичні технології, спрямовані на збереження здоров'я військового лікаря, попередження або зниження ризику виникнення психосоматичних захворювань.

Матеріали і методи. На підставі інформованої згоди, з дотриманням принципів медичної біоетики та деонтології, було опитано 30 офіцерів, військових лікарів – 26 чоловіків та 4 жінки, які проходять військову службу у військовому мобільному госпіталі (м. Покровськ, Донецька область). Оцінку

суб'єктивного стану проводили за допомогою базових психологічних опитувальників: Басса-Дарки (ворожість, агресивність), Спілбергера-Ханіна (оцінка ситуативної та особистісної тривожності), шкали самооцінки депресії Цунга; шкали астенії Малкової.

Результати. В результаті дослідження виявлено, що в опитаних відсутні виражені ознаки ворожості та має місце низький рівень агресивності. У жінок цей показник більший, але не перевищує межу норми. Також, у протестованих військових лікарів за шкалою самооцінки депресії Цунга відслідовується склонність до депресії на рівні субдепресії на дванадцятому місяці перебування в зоні ведення бойових дій. Більше це стосується лікарів жіночої статі. У опитаних лікарів також відмічаються чіткі астенічні прояви. Середні показники за результатами шкали астенічного стану складають 75,2, що відповідає «помірній астенії». Середні показники у жінок склали: 76,4 (помірна астенія), у чоловіків середні показники 54,1 (незначно виражена астенія). За отриманими даними внаслідок проведеного тестування за шкалою Спілбергера-Ханіна, можна стверджувати про прогресування усіх видів тривожності, яка прогресивно збільшується по термінам перебування в зоні бойових дій. Якщо у чоловіків тривожність розрізняється як середня, то у жінок – висока. Середні показники за результатами шкали Спілбергера-Ханіна: ситуаційна тривога – 45,8; особистісна тривога – 45,5. У чоловіків середні показники склали: ситуаційної тривоги – 43,3, особистісної – 43,1; у жінок – 55,8 та 55,2.

Висновок. Адаптивні порушення у військових лікарів характеризуються поєднанням астенічних і тривожно-депресивних симптомів, які із збільшенням терміну перебування в зоні збройного конфлікту значно прогресують. В умовах необхідності постійної взаємодії з колегами та пацієнтами виникають відхилення у соматичному та психічному стані лікарів. Частими психосоматичними проявами вигорання стають загальне нездужання, задуха, нудота, головокружіння, безсоння, підвищена пітливість, трепор, неприємні відчуття в ділянці серця, перепади артеріального тиску. Перехід реакцій з рівня емоцій на рівень психосоматичних розладів свідчить про те, що емоційний захист не справляється з незмінно високими навантаженнями та на даному етапі неминуче проявляється фізіологічними розладами. Аналіз та вирішення зазначеної проблеми дасть змогу розробити концепцію ранньої діагностики та комплексної профілактики невротичних, психосоматичних розладів чи загострення хронічних соматичних захворювань. Це також дасть можливість зберегти та зміцнити психічне і фізичне здоров'я лікарів-спеціалістів і, відповідно, підвищити якість медичної допомоги, яку вони надають потерпілим в зоні бойових дій.

Ключові слова: травматичний стрес, вторинний травматичний стрес, професійне вигорання, посттравматичні стресові розлади.

Від сильних вражень народжується не тільки холодна байдужість до всього, але і помітна в той же час слабкість мислення, випадки, які закінчуються вельми часто меланхолією, самогубством або дурістю... тривалі і постійнодіючі, пригнічуочі впливи викликають мало-помалу хронічний стан, роздратування мозку, що поступово зростає та переходить в божевілля, в ознаках якого помічається нерідко відбиток викликаних його серцевих страждань.

I. M. Балинський

Вступ

В основі психічної патології, викликаної екстремальними чинниками, має місце усвідомлена і неусвідомлена психічна травма, яка сприяє появі різноманіття типів і варіантів перебігу психогенних розладів, що значно видозмінюють і ускладнюють перебіг інших захворювань [1]. Вчені різних країн тією чи іншою мірою сходяться у спільній думці щодо впливу негативних чинників на психіку військовослужбовців, поранених чи хворих під час проходження військової служби в зоні збройних конфліктів [2].

Бойовий стрес включає всі різновиди психологічного й емоційного стресу. Військовослужбовці, незалежно від того, чи вони проходять службу у десантно-штурмових військах, чи надають медичну допомогу, чи забезпечують логістичну підтримку – опиняються перед загрозою раптового наступу мотивованого ворога. Переїзнюючи в зоні бойових дій, вони наражаються на ризик зазнати впливу багатьох серйозних стресорів. Стресори, пов’язані з бойовими діями, поділяються на одиночні, тривалі та затяжні [3]. Впливи цих стресорів відчутні до, під час та після військових операцій і місій. Поєднаний вплив стресорів, пов’язаних із бойовими діями, зумовлює відповідну поведінку. Хоча в бойових умовах чимало стресорів є наслідком раптових і небезпечних дій ворога, проте можуть бути і інші чинники стресу. Наприклад, деякі стресори виникають через дії та помилки безпосереднього військового командування. В деяких випадках надмірний стрес може вплинути на хибні прийняття рішення як командиром, так і підлеглими, що може привести до помилок і нездатності виконувати поставлені завдання. Також, деякі з найвідчутніших стресорів мають міжособистісну природу і можуть виникати через конфлікти в підрозділі чи з родиною. Тому 20–30% американських військових, які повертаються після бойових операцій, повідомляють про

симптоми психологічних розладів [4]. Стрес має як фізичні, так і поведінкові прояви; може підвищувати рівень захворюваності через порушення правил гігієни та захисту, через розлади імунної системи, також може спричиняти розлади психічного здоров'я. Стрес може стати причиною бойових і небойових втрат через неуважність, бездумну поведінку. Поведінка у стані бойового стресу – це поняття, яке використовується для опису низки реакцій – як адаптивних, так і неадаптивних, пов'язаних із участю військовослужбовців у бойових діях впродовж усього періоду їхньої служби [5]. Проведені дослідження свідчать, що тривалий час після повернення додому ветерани продовжують боротися із симптомами бойового стресу. У них не відбувається швидкого «перезавантаження». Близько 17% ветеранів, які повернулися додому, можуть долати негативні симптоми стресу впродовж 12 місяців після повернення [6].

Комплекс постійних інтелектуальних і психоемоційних перевантажень є потенційним для особистості в цілому, про що свідчить спеціально виділена рубрика F43.2 – порушення адаптації в МКХ-10. При надмірному і тривалому впливі професійних і соціальних стресорів ризик психічної дезадаптації збільшується за рахунок передхворобливих форм і в подальшому може привести до розвитку клінічно більш певних невротичних розладів (F4 в МКХ-10) або саморуйнівної поведінки [7].

Професійні обов'язки військових лікарів пов'язані з високим ступенем відповідальності за життя та здоров'я інших людей. Вони часто потребують від спеціаліста термінового прийняття рішення, самодисципліни, зміння зберігати високу працездатність в екстремальних умовах, емоційної віддачі, постійного психологічного та інтелектуального напруження. Все це може призводити до виснаження психологічних та фізичних ресурсів спеціаліста і, як наслідок, – до його емоційного (професійного) вигорання. Професійна діяльність військового лікаря в умовах збройного конфлікту характеризується високою стресогенністю у зв'язку з цілодобовою роботою в умовах підвищеного інтелектуального та психоемоційного напруження, браку часу та інформації, вкрай високого рівня відповідальності за здоров'я та життя військовослужбовців в атмосфері, насичений вкрай негативними емоціями. «Життя в обмежених умовах» неминуче супроводжується психоемоційним напруженням, тривогою, страхом і є потенційно патогенним.

На етапі виконання поставлених завдань основними причинами нервово-психічних перевантажень є:

- тривалий відрив від постійного місця проживання;
- відсутність звичного соціального середовища та соціально-психологічного комфорту;

- значне емоційне напруження;
- високі стресові навантаження;
- вплив на організм негативних чинників проживання (монотонність, сенсорна депривація, гіподинамія, обмеженість простору, незручність побутових умов, шум, порушення звичного циркадного ритму, психолого-гічна несумісність проживання в одній кімнаті тощо).

Специфічні умови перебування відображаються на особливостях формування невротичних станів, тому комплекс несприятливих чинників під час виконання поставлених завдань є одночасно і психотравмуючим і астенізуючим [8].

За даними В. В. Бойка, розвиток синдрому емоційного вигорання відбувається в три фази [9].

Перша фаза – «фаза напруження». Основним передвісником та провокуючим чинником вигорання є фіксований стан тривожного напруження, при якому спостерігається зниження настрою, дратівливість та депресивні реакції.

Друга фаза – «фаза опору». Для цього етапу характерна захисна поведінка за типом «неучасті», прагнення уникати впливу емоційних чинників та обмеження власного емоційного реагування у відповідь на незначні психотравмуючі впливи. Проявляється «економія емоцій», в результаті професійне спілкування стає поверхневим та формальним.

Третя фаза – «фаза виснаження». На цьому етапі знижується енергетичний тонус, відзначається зниження настрою та відчуття безперспективності, підвищується рівень тривоги з ознаками дезорганізації психічної діяльності, з'являються виражені психовегетативні порушення та соматичні симптоми у виді бальзових відчуттів, розладів серцево-судинної та інших систем.

П. І. Сидоров визначає синдром емоційного вигорання як процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, який проявляється в симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичної втоми, особистої відстороненості та зниження задоволення від виконання роботи [10]. Таким чином, емоційне вигорання – форма професійної деформації особистості, яка негативно впливає на психічне здоров'я особистості, на виконання професійної діяльності та взаємовідносини з оточуючими.

Перехід реакцій з рівня емоцій на рівень психосоматичних розладів свідчить про те, що емоційний захист не справляється з незмінно високими навантаженнями та на даному етапі неминуче проявляється фізіологічними розладами; близькавично знижується імунітет, виникають загострення хронічних захворювань.

Організаційний чинник пов'язаний з умовами та особливостями роботи спеціаліста. Різні характеристики організаційного середовища, такі

як кадрова політика, графік роботи, характер керівництва, система вина-городи, соціально-психологічний клімат, робота з психологічно важким контингентом можуть впливати на розвиток стресу на робочому місці і, як наслідок, настає вигорання. На думку П. І. Сидорова, головною причиною емоційного вигорання є психологічна перевтома. Коли вимоги (внутрішні та зовнішні) тривалий час переважають над ресурсами (внутрішніми та зовнішніми), у людини порушується стан рівноваги, що неминуче призводить до емоційного вигорання [10].

Постійне емоційне напруження зумовлює неминучі вісцеровегетативні розлади, які є компонентом астенодепресивних і субдепресивних станів [11]. Серед чинників, що зумовлюють адаптивну або ж патологічну спрямованість емоційно-стресорних реакцій, доцільно розглядати не тільки параметри самих стресорних подразників (інтенсивність, тривалість, частота, кратність тощо), їхню біологічну і соціальну значущість, але й конституцію, стать і вік потерпілих [12]. До найчастіших стресових реакцій, що трапляються, належать психічні, кардіоваскулярні, дихальні, ендокринні. Поняття «стрес» отримало значне розповсюдження і багатозначне тлумачення, що потребувало введення визначення «травматичний», яке, з одного боку, підкреслює інтенсивність стрес-факторів, а з іншого, потенційну можливість травмування психіки під їхнім впливом. Для військових лікарів поєднання багатьох чинників може привести до виникнення загального виснаження. Травматичний стрес, вторинний травматичний стрес (виснаження від співчуття) і вигорання та інтерактивний ефект різних типів стресорів може привести до загального розвитку виснаження лікаря. Медичні працівники мають контролювати появу дезадаптивних розладів у себе. Ймовірність виникнення виснаження у лікаря прямо пропорційна кількості та якості маркерів виснаження, які розподілені на когнітивні, емоційні, поведінкові, духовні, соматичні та соціальні [13].

Мета роботи: Дослідити психоемоційні порушення у військових лікарів протягом перших трьох місяців та через один рік перебування у військовому мобільному госпіталі (ВМГ).

Матеріали та методи

На підставі інформованої згоди, з дотриманням принципів медичної біоетики та деонтології було обстежено 30 офіцерів, військових лікарів: 26 чоловіків та 4 жінки ВМГ (м. Покровськ, Донецька область). З кожним лікарем було проведено бесіду про доцільність даних методів дослідження та отримана згода на проведення їх. Дослідження відповідає сучасним вимогам моральноетичних норм щодо правил ICH/GCP, Гельсінської декларації (1964), Конференції Ради Європи про права людини і біомедицини, а також положенням законодавчих актів України.

Оцінку суб'єктивного стану проводили за допомогою базових психо-логічних опитувальників: Басса-Дарки (ворожість, агресивність), Спіл-бергера-Ханіна для оцінки реактивної (ситуативної) (СТ) та особистісної тривожності (ОТ), шкали самооцінки депресії Цунга, шкали астенії [14]. Середній вік обстежених склав 40,6 року.

Результати дослідження та їх обговорення.

За результатами опрацювань опитувальних бланків Басса-Дарки простежується наступна динаміка ворожості та агресивності по місяцям:

- 1 місяць перебування у ВМГ – ворожість 7,6; агресивність 15,9;
- 2 місяць перебування у ВМГ – ворожість 9,5; агресивність 16,1;
- 3 місяць перебування у ВМГ – ворожість 8,7; агресивність 16,9;
- 12 місяців перебування у ВМГ – ворожість 9,5; агресивність 18,5.

Середні показники за методикою опитувальника Басса-Дарки наступні: ворожість – 8,7; агресивність – 16,5 (норма: ворожість – $6,5 \pm 3$; агресивність – 21 ± 4). Середні показники у жінок склали: ворожість – 10,8; агресивність – 19,3. У чоловіків середні показники: ворожість – 8,6; агресивність – 16,1.

Отже, у опитаних військових лікарів протягом вказаних термінів відсутні виражені ознаки ворожості та має місце низький рівень агресивності. У жінок цей показник більший, але не перевищує межу норми.

Депресія (латинської *depressio* – пригніченість) – порушення, що характеризується патологічно зниженим настроєм із негативною, пессимістичною оцінкою себе, свого положення в оточуючій реальності та майбутнього [15, 16]. Показники депресії за результатами опитувальників за шкалою самооцінки депресії Цунга склали після перебування у ВМГ впродовж одного місяця – 33,2, двох місяців – 30,5, трьох місяців – 39,7 та дванадцяти місяців – 46,4 бала (норма 25–49 балів). Ці дані свідчать про те, що після 12 місяців перебування в зоні бойових дій та виконання поставлених завдань за призначенням у лікарів відбувається схильність до субдепресивних проявів (рис. 1).

Середні показники шкали самооцінки депресії Цунга у жінок склали 46,4 бала, у чоловіків – 34,1 бала. Ці дані свідчать, що у протестованих військових лікарів за шкалою самооцінки депресії Цунга відслідковується схильність до депресії на рівні субдепресії на 12 місяці перебування в зоні ведення бойових дій, більш виражену у жінок.

Термін «астенія» (від грецького *a* – без; *sthenos* – сила) – відсутність енергії або сили, часто інтерпретується хворими як швидка втомлюваність, тривала слабкість і знесилення. Астенія, що триває понад 6 місяців, вважається хронічною. Висока частота симптомів астенії призводить до значних соціально-економічних наслідків і суттєвого погіршення якості життя пацієнта [17, 18]. Більше, ніж у половини випадків звичайною

причиною хронічної астенії є депресія та коморбідні їй стани, насамперед тривога [17].

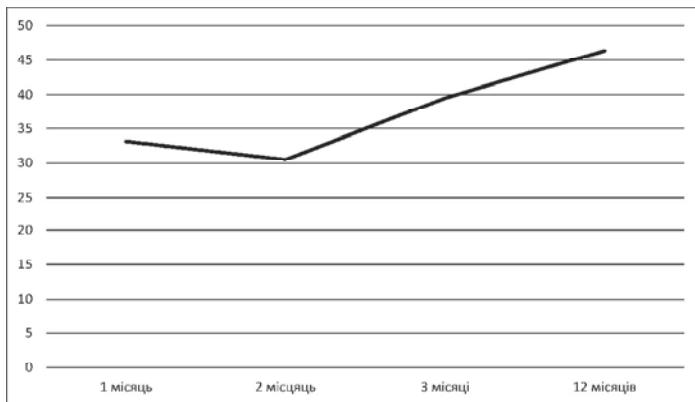


Рис. 1. Динаміка показників суб'єктивного стану військовослужбовців (балы) за шкалою самооцінки депресії Цунга

Результати опитування за шкалою астенічного стану Л. Д. Малкової (у балах):

- 1 місяць перебування у ВМГ – 27,5;
- 2 місяць перебування у ВМГ – 38,3;
- 3 місяць перебування у ВМГ – 64,2;
- 12 місяців перебування у ВМГ – 76,4.

Величина середнього показника за результатами шкали астенічного стану Малкової (75,2 бала) відповідає помірній астенії: середній показник у жінок 76,4 бала (помірна астенія), у чоловіків – 54,1 (незначно виражена, слабка астенія).

Тривога – найпоширеніше хронічне порушення, що коморбідне депресії в 30–75% випадків. Серед діагностичних критеріїв депресії, згідно з МКХ-10, можна відзначити чотири симптоми, які є проявом астенічного синдрому, а саме: швидка втомлюваність і зниження працевздатності, порушення концентрації уваги і розумової діяльності, розлади сну і порушення апетиту [19].

Показники реактивної (ситуативної) тривожності (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) подані у таблиці. Середні показники за результатами шкали Спілбергера-Ханіна: СТ 45,8 бала, ОТ – 45,5 бала (відповідно у чоловіків 43,3 та 43,1 бала, у жінок – 55,8 та 55,2 бала (до 30 балів низька, 31–45 балів середня, більше 45 балів – висока тривожність).

Таблиця

Динаміка показників оцінки суб'єктивного стану військових лікарів за шкалою Спілбергера-Ханіна

Термін у ВМГ	СТ (бали)	ОТ (бали)
1 міс	39,4	38,9
2 міс	43,11	43,2
3 міс	47,7	49,7
12 міс	56,4	51,6

Отже, враховуючи отримані дані, можна стверджувати про прогресування усіх видів тривожності в опитаних лікарів, яка прогресивно збільшується пропорційно терміну перебування в зоні бойових дій. Якщо у чоловіків тривожність розцінюється як середня, то у жінок – висока.

У більшості хворих із тривожно-депресивними розладами часто спостерігається дисфункція вегетативної нервової системи, що проявляється нестійкістю артеріального тиску і тенденцією до його підвищення та лабільність пульсу з розвитком тахікардії та екстрасистолії внаслідок переважання активності симпатичної нервової системи.

Наявність тривоги є показником неефективного, дезаптивного психологочного захисту, яка призводить до соматогенної астенізації. Крім того, синдром тривоги негативно впливає на перебіг і прогноз всіх видів соматичної патології. Результати багаторічних досліджень за участю здорових осіб виявили 3–4-разове підвищення ризику розвитку кардіоваскулярних подій у пацієнтів з тривожним і тривожно-депресивним розладом. Хронічний стрес, що проявляється на всіх рівнях організму, призводить до атрофії нейронів гіпокампу і мигдалика, пролонгованої гіпоактивності гіпоталамо-гіпофізарно-адреналових структур і прискоренню старіння організму, а субдепресивні, депресивні та тривожні розлади провокують високу летальність через симпатоадреналову активність, судинне запалення, гіперкоагуляцію [20].

Серцево-судинна система є найчутливішою і основною мішенню для різних психотравм, а смерть людини завжди аритмічна, незалежно від причин її виникнення. Для розвитку широкого кола регуляторних аритмій є чітка анатомічна і функціональна основа, яка складається з відмінностей в топографії вегетативної іннервациї серця (щільність адренергічних волокон симпатичної нервової системи наростиє від синусного вузла у напрямі до міокарда шлуночків, а холінергічні волокна блукаючого нерва мають зворотний градієнт щільності) і відмінностей в невральних впливах на мембраний потенціал (адренергічні впливи ведуть до гіпополяризації міокарда, підвищуючи його збудливість, а холінергічні впливи, навпаки,

до гіперполяризації міокарда і зниження його збудливості) [21]. Можливість розвитку важких психогенних аритмій істотно полегшується шкідливою дією гострого або хронічного емоційного стресу на серцево-судинну систему, яка проявляється крім тахікардії та артеріальної гіпертензії у вазоконстрикції коронарних артерій, ішемії міокарда, пошкодженні ендотелію, електричній нестабільноті міокарда, підвищенні в'язкості крові та прогресуванні атеросклерозу. Джерелами іннервації серця є гілки симпатичних стовбурув і блукаючих нервів (рис. 2). У складі цих гілок проходять чутливі (аферентні) і (еферентні) симпатичні і парасимпатичні волокна.

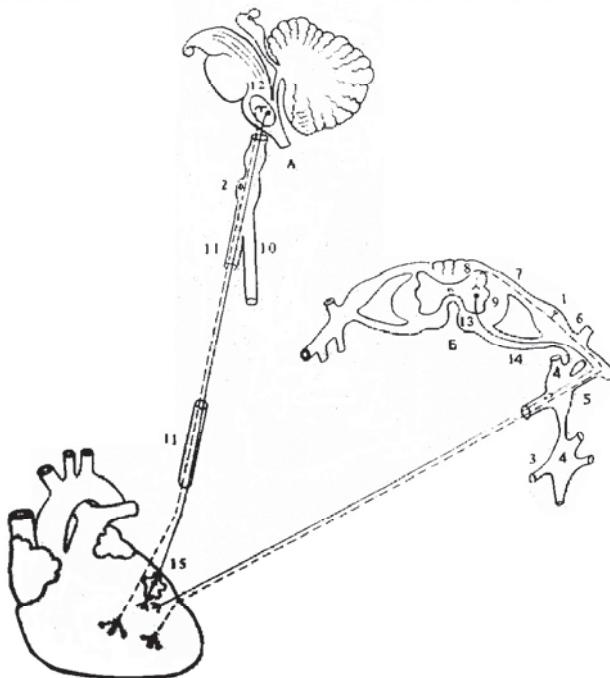


Рис. 2. Схема іннервації серця: А – довгастий мозок; Б – сегмент спинного мозку (штриховою лінією позначені аферентні, суцільно – еферентні шляхи)

- 1 – спинномозковий вузол; 2 – нижній вузол блукаючого нерва; 3 – серцеві нерви;
- 4 – симпатичний стовбур; 5 – біла з'єднуюча гілка; 6 – спинномозковий нерв;
- 7 – задній корінець спинномозкового нерва; 8 – задній ріг спинного мозку;
- 9 – боковий ріг спинного мозку; 10 – блукаючий нерв; 11 – серцева гілка;
- 12 – заднє ядро блукаючого нерва; 13 – передній ріг спинного мозку;
- 14 – передній корінець спинномозкового нерва; 15 – вузол серцевого сплетення.

Функціональні порушення серцевого ритму можуть проявлятися у вигляді почастішання, уповільнення чи екстрасистолії. При невротичній тахікардії число серцевих скорочень в хвилину може досягати 110–120 і пов’язане з емоційною напругою. Пришвидшене серцебиття може носити перманентний і пароксизмальний характер. В останньому випадку, воно проявляється в структурі вегетативних симпато-адреналових і змішаних кризів. Пришвидшене серцебиття сприймається хворими больовими та неприємними відчуттями в ділянці серця, підвищеннем рівня артеріального тиску, відчуттям терпкості, похолодання кінцівок, судомами в них, нестачею повітря, тривогою та страхом смерті. В умовах необхідності постійної взаємодії з колегами та пацієнтами виникають відхилення у соматичному та психічному стані лікарів. Частими психосоматичними проявами вигорання стають загальне нездужання, задуха, нудота, головокружіння, безсоння, підвищена пітливість, тремор, неприємні відчуття в ділянці серця, перепади артеріального тиску. Перехід реакцій з рівня емоцій на рівень психосоматичних розладів свідчить про те, що емоційний захист не справляється з незмінно високими навантаженнями та на даному етапі неминуче проявляється фізіологічними розладами.

Наводимо клінічний приклад з нашого досвіду.

Військовий лікар-хірург Т., 1958 р.н., під час завершення другого місяця служби в зоні збройного конфлікту звернувся зі скаргами на відчуття перебоїв в роботі серця, важкість в ділянці серця, головний біль, відчуття нестачі повітря, задишку при ході. Зі слів пацієнта відомо, що захворів раптово, після зауваження в різкій формі від провідного хірурга госпіталю під час ранкового обходу в присутності колег по службі, набагато молодших за віком.

Пацієнт хворіє на ішемічну хворобу, має артеріальну гіпертензію (АГ). Постійно приймає еналаприл та ацетілсаліцилову кислоту.

При поступленні свідомість ясна. Орієнтований правильно, всебічно. Емоційно лабільний, фіксований на хворобливих відчуттях.

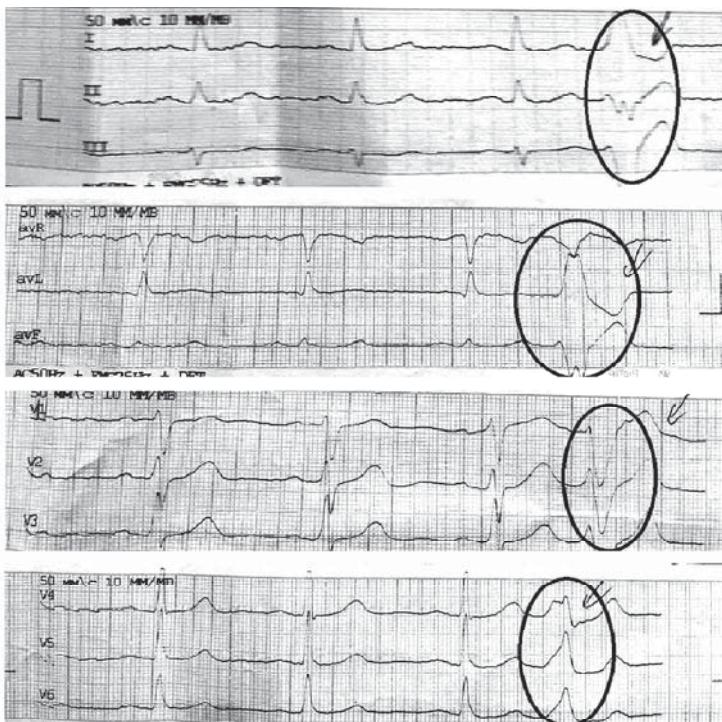
Правильна тілобудова, задовільного живлення. Частота дихальних рухів 18 за 1 хв. Артеріальний тиск 150/90 мм рт. ст. пульс аритмічний 76 за 1 хв.

Шкіра і видимі слизові оболонки чисті, рожевого кольору.

Вісь хребта збережена. Рухи в шийному відділі хребті не обмежені, незначно болючі.

Над легенями прослуховували везикулярне дихання. Тони серця аритмічні, ослаблені, акцент другого тону над аортою. Живіт симетричний, при пальпації м’який, не болючий. Печінка не виступає з під краю реберної дуги, селезінка не збільшена.

Периферичні набряки відсутні.



Ритм синусовий, неправильний. ЧСС-76/хв. Поодинокі шлуночкові екстрасистолія.

Rис. 3. ЕКГ військового лікаря Т.

Другий місяць перебування в зоні проведення операції об'єднаних сил

На електрокардіограмі (ЕКГ) (рис. 3): ритм синусовий, неправильний. Атріовентрикулярна блокада 1 ступеня, блокада передньої гілки лівої ніжки пучка Гіса. Поодинокі шлуночкові екстрасистоли. Частота серцевих скорочень 76 за 1 хв. Ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

Пацієнту був встановлений діагноз:

АГ II стадії, I ступеня. Ризик високий. Ішемічна хвороба серця. Атеросклеротичний кардіосклероз. Екстрасистолічна аритмія, атріовентрикулярна блокада 1 ступеня, блокада передньої гілки лівої ніжки пучка Гіса. Серцева недостатність I стадії.

Пацієнт знаходився на лікуванні в госпітальному відділенні ВМГ протягом дев'яти діб. Після проведення медикаментозного лікування виписаний з покращенням, в стабільному стані та приступив до виконання службових обов'язків.

У 1995 р. Чарльз Фіглі, морський піхотинець, а у минулому лідер в галузі травматології, створив модель виснаження, охарактеризувавши це, як контакт зі стражданням і емфатичною відповіддю, які в свою чергу можуть привести до стресу співчуття або виснаження від співчуття. Ч. Фіглі зробив загальний висновок, що надання допомоги травмованим може бути травматичним досвідом. Тобто фахівець може наражатися на небезпеку, допомогти тим, хто в небезпеці, бути самотнім у небезпеці, а наступного дня прокинутись, щоб далі допомагати тим, хто в небезпеці [22]. Емфатична відповідь медичного працівника виникає за умови, коли здатність і бажання допомогти іншим співпадає з переживанням стражданням інших. Стрес від співчуття виникає з відчуття емпатії, турботи у відповідь на роботу або на тих, хто страждає. Це те, як медичні працівники сприймають травму пацієнтів, з якими вони працюють. Рівень стресу визначається тим, наскільки глибоко медичний працівник ставиться або ідентифікує себе зі стражданням іншого.

Характеристики, засновані на моделі Фіглі [23]:

- здатність до емпатії медичного працівника – здатності помічати чужий біль;
- емфатичне занепокоєння – мотивація реагувати на тих, кому потрібна допомога;
- вплив потерпілого – переживання емоційної енергії страждань потерпілого через прямий контакт;
- емпатична відповідь – це ступінь, до якого медичний працівник направляє зусилля для того, щоб зменшити страждання потерпілого через емфатичне розуміння;
- стрес від співчуття – залишок емоційної енергії від емфатичної реакції, яка переживається як негайна потреба дій для полегшення страждань потерпілого.

Для військових лікарів поєднання багатьох чинників може привести до виникнення загального виснаження. У багатьох військових лікарів симптоми вторинної травматизації виникають із затримкою. Також у багатьох із них існують попередні травматичні переживання, які можуть не викликати жодних симптомів, поки не асоціюються зі стресорами від роботи. Первінний стрес, вторинний стрес, оперативний стрес (стрес від навантаження) і симптоми вигорання мають інтерактивний ефект зі стресом від співчуття (рис. 4).

Переживання симптомів через один із цих чинників зменшує психологочну стійкість і знижує поріг впливу негативних ефектів від стресорів, що в свою чергу може привести до швидкого розвитку важких симптомів, які можуть стати причиною виснаження медичного працівника в бойових умовах за дуже короткий проміжок часу. Військові лікарі

перебувають у зоні підвищеного ризику виникнення виснаження через подвійний ефект: вплив страждань інших і ризик особистої травми або смерті. Переживання військових медичних працівників відрізняються від переживань цивільних медиків через постійну небезпеку під час роботи, численні військові завдання, культурні відмінності та брак часу на відновлення.



Рис. 4. Взаємопосилюючі ефекти первинного, вторинного і професійного стресів, поєднані з симптомами вигорання у військових лікарів

У нашому дослідженні дезадаптивні порушення у військових лікарів, які проходять службу у ВМГ, характеризуються поєднанням астенічних і тривожно-депресивних симптомів, які із збільшенням терміну перебування в зоні збройного конфлікту значно прогресують. Аналіз та вирішення зазначененої проблеми дасть змогу розробити концепцію ранньої діагностики та комплексної профілактики невротичних розладів у військових медичних працівників, психосоматичних або загострень хронічних соматичних захворювань, реалізація яких надасть можливість зберегти та зміцнити психічне та фізичне здоров'я лікарів-спеціалістів, і, відповідно, підвищити якість медичної допомоги, яку вони надають потерпілим в зоні бойових дій. Проходження спеціальних тренінгів та тестів, спрямованих на розвиток емоційної та психологічної стресо-

стійкості, дадуть змогу перешкоджати формуванню дезадаптивних порушень та послужать попередженню виникнення психічних розладів і захворювань нервової системи.

Висновки

1. Перед відправленням військових лікарів (медичного персоналу) в зону ведення бойових дій необхідно проводити дослідження та тренування їх психологічної стійкості, результати яких можуть бути перевірені під час наступних досліджень.
2. У військових лікарів-спеціалістів відмічаються чіткі астенічні прояви: підвищена стомлюваність, брак енергії, порушення сну, відчуття внутрішньої напруги, невмотивовані тривога і стурбованість, що відповідає помірній астенії.
3. Тривожно-депресивним розладам під час виконання поставлених завдань за призначенням в умовах війни, насамперед піддаються військові лікаřі жіночої статі.
4. З метою запобігання виникнення невротичних розладів у військових лікарів та виникнення чи загострення хронічної соматичної патології, в штат військово-мобільних госпіталів необхідно ввести посаду військового психолога.
5. При диференційній діагностиці генезу порушень ритму в результаті психотравмуючих чинників необхідно звертати увагу на їх психогенний характер і надавати перевагу в лікуванні методам психотерапії.
6. З метою запобігання невротичних розладів, психосоматичних чи загострення хронічних захворювань у лікарів, які проходять військову службу в зоні ведення бойових дій, необхідно розробити методи їх попередження, а у випадку захворювання – необхідно розробити комплексний підхід до швидкого їх відновлення.

Література

1. Психиатрия войн и катастроф : учебное пособие под редакцией В. К. Шамрея. СПб.: СпецЛит, 2015. 197 с.
2. Аляпкин С. Ф. Психические расстройства и организация психиатрической помощи военнослужащим в афганской войне : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : СПб., 2005. С. 3–10.
3. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : Том 1. Київ : Наш формат, 2017. С. 123–128.
4. Hoge C. W., Auchterlonie J. L., Milliken C. S. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 2006. Vol. 295 (9). P. 1023–1032.
5. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : Том 1. Київ : Наш формат, 2017. С. 126–128.

6. Mental Health Advisory Team (MHAT) IV. Operation Iraqi Freedom 05-07. Office of the Surgeon, Multinational Force-Iraq, and Office of The Surgeon General, United States Army Medical Command. November 17, 2006. Url: www.armymedicine.army.mil/reports/mhat.Accessed September 4.
7. Вассерман Л. И., Беребин М. А., Косенков А. Г. О системном подходе к оценке психической адаптации. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. 1994. № 3. С. 16–25.
8. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : Том 1. Київ : Наш формат, 2017. С. 548–549.
9. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других: монография. М. : Филинъ, 1996. 472 с.
10. Сидоров П. И., Парняков А. В. Клиническая психология : монография. М. : Гэотар-Медиа, 2010. 880 с.
11. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л., Дюкова Г. М. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) : монография. М. : Медицинское информационное агентство, 2007. С. 128–129.
12. Психиатрия войн и катастроф : учебное пособие под редакцией В. К. Шамрея. СПб. : СпецЛит, 2015. С. 199–200.
13. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : том 1. Київ : Наш формат, 2017. 549 с.
14. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие. Самара : БАХРАМ-М, 2001. С. 174–569.
15. Быков Ю. В., Беккер Р. А., Резников М. К. Депрессии и резистентность : практическое руководство для врачей. М. : РИОР, ИНФРА-М, 2013. 374 с.
16. Burroughs S., French D. Depression and anxiety: Role of mitochondria. *Current Anaesthesia & Critical Care*. 2007. Vol. 18. P. 34–41.
17. The chronic asthenia syndrome: a clinical approach / P. Young et al. *Medicina (B Aires)*. 2010. Vol. 70 (3). P. 284–292.
18. Аллан Ф. Шафферберг, Джонатан О. Коул, Чарлз Де Баттиста. Руководство по клинической психофармакологии : пер. с англ.; под общ. ред. акад. РАМН А. Б. Смулевича, проф. С. И. Иванов. М. : МЕДпресс-информ, 2013. 608 с.
19. Calles J. L. Depression in Children and Adolescents. *Prim. Care Clin. Office Pract.* 2007. Vol. 34. P. 243–258.
20. Морозова О. Г., Ярошевский А. А., Липинская Я. В. Роль анксиолитиков в комплексном лечении хронических церебральных ишемий. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2011. № 7 (45). С. 30–34.
21. Возможности суггестивной терапии в улучшении «качества жизни» больных с рецидивными тахикардиями / О. В. Бухтояров и др. *Lithuanian J. Cardiol.* 1996. Vol. 3, Suppl. 1. P. 94.
22. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : Том 1. Київ : Наш формат, 2017. С. 545–546.
23. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : Том 1. Київ : Наш формат, 2017. С. 547–548.

Динамика адаптивных нарушений у врачей военного мобильного госпиталя при выполнении обязанностей в условиях вооруженного конфликта

А. В. САЙКО¹, И. П. ЗОСИМЧУК², И. Е. ГАЙДА³

¹ – Военно-медицинский клинический центр Западного региона, г. Львов

² – 66 военный мобильный госпиталь, г. Покровск

³ – Львовский национальный медицинский университет имени Данилы Галицкого, г. Львов

Резюме. В современных условиях ведения локальных вооруженных конфликтов требования к квалификации военных медицинских работников, к их профессиональной деятельности, к качеству оказания ими медицинской помощи максимально повышенные. Это возможно при условии, профессиональной компетентности военного врача, его психологического и физического здоровья, психической стойкости к развитию негативных состояний, обусловленных стрессогенностью от круглосуточного выполнения своих профессиональных обязанностей. Профессиональные обязанности военный врач связаны с высокой степенью ответственности за жизнь и здоровье раненых, травмированных и больных военнослужащих. Они требуют от военного медицинского специалиста безотлагательного принятия решения, самодисциплины, высокой работоспособности в экстремальных условиях, эмоциональной отдачи, постоянного психологического интеллектуального напряжения. Все эти факторы могут быть причиной истощения психологических и физических ресурсов и, как следствие, профессионального выгорания с последующим развитием соматического заболевания. При этом сегодня отсутствуют клинико-психологические и медицинские технологии, направленные на сохранение здоровья военного врача, предупреждения и снижения риска возникновения психосоматических осложнений.

Материалы и методы. На основании информированного согласия, с соблюдением принципов медицинской биоэтики и деонтологии были опрошены 30 офицеров, военных врачей – 26 мужчин и 4 женщины, которые проходят военную службу в военно-мобильном госпитале (г. Покровск, Донецкой области). Оценка субъективного состояния проводилась с помощью базовых психологических опросников: Басса-Дарки (враждебность и агрессивность), Стилбергера-Ханина (оценка ситуационной и личностной тревожности), шкалы самооценки депрессии Цунга, шкалы астении Малковой.

Результаты. В результате исследования выявлено, что у опрошенных отсутствуют выраженные признаки враждебности и имеет место низкий уровень агрессивности. У женщин этот показатель больше, но не превышает предел нормы. Также, у протестированных военных врачей по шкале самооценки депрессии Цунга отслеживается склонность к депрессии на уровне субдепрессии на двенадцатом месяце пребывания в зоне ведения боевых действий. Больше это касается врачей женского пола. У опрошенных врачей также отмечаются астенические проявления. Средние показатели по результатам астенического состояния – 75,2, что соответствует «умеренной астении». Средние показатели у женщин составили 76,4, что соответствует умеренной астении, а у мужчин –

54,1, что соответствует незначительно выраженной астенией. По полученным результатам в результате проведенного тестирования по шкале Спилбергера-Ханина, можно утверждать о прогрессировании всех видов тревожности, которые увеличиваются согласно срокам пребывания в зоне боевых действий. Если у мужчин тревожность расценивается как средняя, то у женщин – высокая. Средние показатели по результатам шкалы Спилбергера-Ханина: ситуационная тревога 45,8; личностная тревога 45,5. У мужчин средние показатели составили: ситуационной тревоги – 43,3, личностной – 43,1; у женщин – 55,8 и 55,2 соответственно.

Выводы. Адаптивные нарушения у военных врачей характеризуются сочетанием астенических и тревожно-депрессивных симптомов, которые с увеличением срока пребывания в зоне вооруженного конфликта значительно прогрессируют. В условиях необходимости постоянного взаимодействия с коллегами и пациентами возникают отклонения в психическом и соматическом состоянии врачей. Частыми психосоматическими проявлениями выгорания становятся общее недомогание, ощущение нехватки воздуха, тошнота, головокружение, бессонница, повышенная потливость, трепет, неприятные ощущения в области сердца, перепады артериального давления. Переход реакций из уровня эмоций на уровень психосоматических расстройств свидетельствует о том, что эмоциональная защита на определенном этапе не справляется с высокими нагрузками, что ведет к проявлению физиологических расстройств. Анализ и решение данной проблемы позволят разработать концепцию ранней диагностики и комплексной профилактики невротических расстройств, возникновению психосоматических или обострению хронических соматических заболеваний, реализация которой позволит сохранить и укрепить психическое и физическое здоровье врачей-специалистов и, соответственно, повысить качество медицинской помощи, которую они оказывают в зоне боевых действий раненым и больным.

Ключевые слова: травматический стресс, вторичный травматический стресс, профессиональное выгорание, посттравматические стрессовые расстройства.

Dynamics of adaptive disorders in doctors of field hospital during performing their duties under the conditions of the military conflict

O. V. SAIKO¹, I. P. ZOSIMCHUK², I. E. HAYDA³

¹ – Military Medical Clinical Center of the Western Region, Lviv

² – 66 Military Mobile Hospital, Pokrovsk

³ – Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Summary. In the context of local armed conflict, the requirements for the qualification of military medical personnel, the performance of their professional activities, and the quality of medical care they provide are maximally raised. It is possible under the condition of professional competence of the military doctors, their psychological and physical health, and, importantly, psychological resistance to the development of negative conditions due to the stressfulness of their round-the-clock work. The professional duties of military medical personnel are associated with a high degree of responsibility for the life and

health of the wounded, injured and ill military personnel. They often require ability of military doctor to make urgent decisions, as well as self-discipline, ability to maintain high performance in extreme conditions, emotional feedback, and constant psychological and intellectual effort. All of this can lead to the exhaustion of psychological and physical resources and, consequently, to its professional burnout and disease. Herewith, there are no effective clinical and psychological as well as medical technologies aimed to preserve the health of a military doctor, prevent or reduce the risk of psychosomatic illness.

Materials and methods. Based on informed consent in line with the principles of medical bioethics and deontology, 30 military doctors/officers were interviewed: 26 men and 4 women serving military service in the field hospital (Pokrovsk, Donetsk Oblast). The assessment of the subjective state was carried out using basic psychological questionnaires: Bassa-darkness (hostility, aggressiveness); Spielberger-Hanin (assessment of situational and personality anxiety); Zung self-rating depression scale; the scale of estimation of asthenia - scale asthenic conditions (SAC) of Malkova.

Results. As a result of the survey, it was found that the respondents do not have the expressed signs of hostility and there is a low level of aggressiveness. In women, this measure is greater, but does not exceed the normal limit. Moreover, the tendency to depression at the level of subdepression on the twelfth month of stay in the combat zone is monitored in the tested military doctors according to Zung self-rating depression scale. It concerns female doctors in a greater degree. The surveyed doctors also have clear asthenic manifestations. The average figures for the asthenic state scale are 75.2, which corresponds to «moderate asthenia». The average rate for women was 76.4 (moderate asthenia), for men the mean score was 54.1 (slightly pronounced asthenia). Based on the findings of the Spilberger-Hanin test, the progression of all types of anxiety can be suggested, which progressively increases with the terms of stay in the combat zone. The anxiety in men was regarded as average, among women - as high. The average of the results of the scale of Spielberger-Hanin: situational anxiety – 45.8; personal anxiety – 45.5. In men, the average measures were as follow: situational anxiety – 43.3, personal – 43.1. Among women – 55.8 and 55.2, respectively.

Conclusion. Adaptive disorders in military doctors are characterized by a combination of asthenic and anxiety-depressive symptoms, which significantly increase with an increase in the length of stay in the zone of armed conflict. In the conditions of the need for constant interaction with colleagues and patients, there are deviations in the somatic and psychological state of doctors. Frequent psychosomatic manifestations of burnout are general malaise, dyspnea, nausea, dizziness, insomnia, increased sweating, tremor, unpleasant sensations in the area of the heart, changes in blood pressure. The transition of reactions from the level of emotions to the level of psychosomatic disorders suggests that emotional protection does not cope with invariably high loads and at this stage inevitably manifests itself in physiological disorders. Analysis and solution of this problem allow developing the concept of early diagnosis and comprehensive prevention of neurotic disorders, psychosomatic or exacerbation of chronic somatic diseases. It will also help to preserve and strengthen the mental and physical health of health professionals and, accordingly, improve the quality of medical care they provide to the wounded in the area of hostilities.

Key words: traumatic stress, secondary traumatic stress, professional burnout, posttraumatic stress disorder.