

фією скроневих доль і гіпокампа. Вираженіші порушення вищих мозкових функцій відзначались у пацієнтів, у яких церебральна атрофія супроводжувалась лейкоареозом. Мала значення його локалізація — для хворих з лейкоареозом в лобових відділах були характерні нейродинамічні розлади. Збільшення вираженості лейкоареозу супроводжувалось клінічними розладами рівноваги, а за даними МРТ — значнішим розширенням шлуночків. На постуральні функції при хворобі Альцгеймера значний вплив мав вік, при цьому динамічні характеристики (хода) також були пов'язані з розмірами шлуночкової системи, а порушення рівноваги — з наявністю і вираженістю перивентрикулярного лейкоареозу. На томограмах хворих з раннім початком ХА виявлялася зовнішня атрофія, у хворих з пізнім початком ХА візуально виявлялися ознаки кіркової атрофії, що мала дифузний, рівномірний характер. Осередкові зміни речовини головного мозку у досліджених хворих не виявлялися. Ознаки лейкоареозу відзначалися більше у хворих з пізнім початком ХА.

УДК 616-009:616.45-001.1/3:616.895 «364»

О. В. Писоцька¹, І. О. Якущенко², К. О. Писоцька¹
¹ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»; ²КП «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3», м. Харків

Больові синдроми різної локалізації у ветеранів бойових дій як наслідок бойового стресу

Біль і стрес часто мають загальне психологічне і емоційне забарвлення, що включає тривогу, страх, безпорадність та ін. (Sharp T. J., 2004). Будь-який біль завжди проявляє властивості стресу. В результаті активації стрес-реалізуючої системи відбувається послаблення больового відчуття, мобілізація пластичних і енергетичних ресурсів організму на відновлення пошкоджених тканин. Біль різної локалізації — найчастіша причина звернення ветеранів війни в центри реабілітації (Asmundson G. J. G., Coons M. J., Taylor S., Katz J., 2002). При цьому в 10—20 % випадків у пацієнтів працездатного віку гострий біль в спині трансформується в хронічний (Gatchel R. J., Gardea M. A., 1999;).

Метою даного дослідження стало вивчення поширеності і особливостей клінічних проявів больових синдромів різної локалізації у ветеранів бойових дій.

Нами обстежені 115 чоловіків — учасників бойових дій у віці від 47 до 75 років (середній вік — 56,8 ± 0,7 роки), що перебували на лікуванні в 23 відділенні для ветеранів війни ХОКПЛ № 3. Усім пацієнтам проводили стандартне клініко-неврологічне обстеження, інтенсивність больового синдрому оцінювали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) і за опитувальником Мак Гілла (McGill Pain Questionnaire, MPQ). Дію стресових чинників в період бойових дій відчували 110 (96,2 %) пацієнтів. Найбільш виражений вплив на виникнення і розвиток больових синдромів мали такі чинники як участь в озброєних зіткненнях, власні поранення, полон, поранення і загибель товаришів по службі. У 47,2 % обстежених пацієнтів мали місце два і більше стресових чинників. Після закінчення служби під дією стресу продовжували перебувати 89 (77,4 %) пацієнтів. Серед стрес-чинників найбільше значення мали травми, втрата майна, втрата роботи, розлучення, смерть і хвороби близьких. Больовий синдром різної інтенсивності визначався у 113 пацієнтів, середній бал — 46,8 ± 1,8. Поширеність головного болю в обстежених

пацієнтів досягала 65 %, причому у 13 % ветеранів він був вираженим. Біль в грудній клітці спостерігався у 23 % обстежених, біль в нижній частині спини — у 51 %, біль в суглобах — у 18 %, біль іншої локалізації — у 11 %. Больовий синдром супроводжувався порушеннями сну в 53,5 % випадків, тривогою — в 32 %, зниженням пам'яті — в 51 %. Поширеність хронічного болю у ветеранів бойових дій склала 81,5 %. Найчастішими локалізаціями хронічного болю були нижня частина спини (58 %), голова (55 %) і плечові суглоби (21 %). Психологічна дія отриманих травм і поранень, як і зміни ЦНС, в результаті самої травми виразно впливали на формування хронічного головного болю, болю в грудях, в нижній частині спини. Інтенсивність хронічного болю усіх локалізацій за ВАШ була вища, ніж гострого, що було результатом порушення балансу взаємодії між ноцицептивною і антиноцицептивною системами. Аналіз психічних порушень, що супроводжували хронічний біль, показав найбільшу вираженість тривоги, депресії, порушень сну та пам'яті при хронічному головному болю. Пацієнтам з болем в нижній частині спини також були притаманні такі порушення. Хронічні болі в шиї та іншої локалізації (болі в грудній клітці, животі, кінцівках) меншою мірою визначали порушення в психічній сфері.

Таким чином, бойовий стрес і подальші стреси мирного часу мали різний вплив на характеристики болю в обстежених пацієнтів. На початку основними механізмами виникнення болю були ноцицептивний і невропатичний як наслідок отриманих травм і поранень, в подальшому ж велику роль відіграє психогенний чинник.

УДК 616.45-001.1/3-008.447

**В. Т. Поліщук¹, В. І. Заворотний¹,
І. М. Соколова², Г. М. Кожина³**

¹Військово-медичний клінічний центр Північного регіону МО України;

²Українська інженерно-педагогічна академія;

³Харківський національний медичний університет, м. Харків

Проблема психологічних та психопатологічних наслідків бойового стресу в сучасних умовах

На сьогодні серед військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичних операціях, збільшилась кількість тих, хто страждає на бойовий стрес. Розроблені системи превентивної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України з бойовим стресом в умовах збройних конфліктів має велике практичне значення у вирішенні багатьох завдань, що виникли перед військовою системою охорони здоров'я в останній рік. Серед численних наслідків (економічних, політичних, соціальних тощо), які будь-яка війна приносить суспільству, не менш важливими є і психологічні. Через жерло армії, яка бере участь у війні, проходять сотні тисяч психічно та фізично здорових людей, котрі після демобілізації повертаються в мирне життя, приносячи з собою всі особливості мілітаризованої свідомості і здійснюючи суттєвий вплив на розвиток соціуму.

Діапазон впливу факторів війни на людину надзвичайно широкий. При цьому набагато більший масштаб мають пом'якшені і відтерміновані наслідки війни, що впливають не тільки на психофізичне здоров'я військовослужбовців, а й на їхню психологічну рівноважність, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій тощо. Військові медики все частіше використовують такі