

УДК 616.43-001.1/3-06:617-001

Гальченко А.В.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ, РОЗВИТКУ ТА ТЕРАПІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проведено систематизований огляд сучасної клінічної та дослідницької літератури з метою висвітлення поняття посттравматичного стресового розладу. Дане питання набуло активного обговорення в Україні останні декілька років. Особливості існуючої соціально-політичної ситуації характеризуються високим рівнем напруження адаптивних механізмів психіки, що значно погіршує стан психічного здоров'я популяції. Внутрішньо переміщені особи, військові, а також їхні сім'ї становлять групу ризику для розвитку психічних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу. Такі пацієнти потребують комплексної професійної допомоги, але факт стигматизації та недостатність психоосвіти призводить до того, що частіше вони звертаються до лікарів загальної практики. Коморбідна патологія маскує істинну причину дезадаптації, що призводить до неефективності проведеного лікування. Виходячи з цього, у статті розглянуто важливі аспекти діагностики розладу, його механізми розвитку, диференціації, з урахуванням коморбідної патології, особливості вибору терапії, ґрунтуючись на висновках доказової світової та вітчизняної медицини. Значну увагу приділено стратегії лікування посттравматичного стресового розладу. Аналіз наукових публікацій з використанням зарубіжного досвіду дозволяє зробити висновок, що у менеджменті посттравматичного стресового розладу переваги надаються першочергово психологічним інтервенціям. Фармакотерапія рекомендована лише у випадках недостатньої ефективності психологічних методів або наявності стійкої коморбідної патології.

Ключові слова: Посттравматичний стресовий розлад, коморбідність, менеджмент ПТСР, когнітивно-біхевіоральна терапія, фармакотерапія.

Робота є фрагментом НДР: «Психосоціальна дезадаптація при невротичних розладах у жінок (клініко-психопатологічна характеристика, принципи реабілітації та профілактики)», державний реєстраційний номер 0115U004877.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) не є новим поняттям для людства. В історії він поставав під іншими термінами: «травматичний невроз», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром» та інше [1]. Близько 15% людей, які зіткнулися з емоційно навантаженою подією погрозового характеру для життя самої особи чи її рідних, страждають на ПТСР [2]. Звертає увагу те, що тема ПТСР набуває актуальності, особливо, після воєнних дій, враховуючи, що статистично, найбільш психологічно уразливими і терапевтично резистентними є травми, нанесені іншим індивідумом, у порівнянні з травмами внаслідок стихійних лих чи автокатастрофи. У наш час ПТСР зберігає свою актуальність. Двадцять перше століття стало знаменним, окрім природних катаклізмів, численними соціально-політичними, збройними конфліктами, громадянськими війнами, релігійним тероризмом. Кількість воєнних конфліктів та так званих локальних війн захлиснули зокрема і Європу. Мільйони людей стали жертвами цих подій, будучи їх учасниками як військова сторона чи як мирне населення. Тільки за 2015 рік внаслідок переслідування, військових конфліктів, порушення прав людини в світі нараховувалось близько 60 мільйонів переселенців [3]. Поточна цифра глобальної вимушеної міграції досягла найбільших масштабів з часів Другої світової війни. Міграція - це фактор виникнення психічних розладів, особливо вимушена міграція. Дані досліджень свідчать, що рівень психічних захворювань в два рази вищий серед біженців і тих, хто просить притулку, в порівнянні з тими, хто мігрував з економічних причин [4].

Наша країна не стала винятком у цьому питанні. Населення України перебуває під масованим впливом потужної психотравматизації, що є наслідком так званої «гібридної війни». Особливості актуальної соціально-політичної ситуації характеризуються високим рівнем напруження адаптивних механізмів психіки, що значно погіршує стан психічного здоров'я популяції. У результаті збройних дій у зоні АТО величезна кількість українців залишилися без житла, отримали фізичні та психічні травми. Згідно із даними Мінсоцполітики, в Україні станом на жовтень 2015 р. кількість зареєстрованих вимушених переселенців вже сягає 1,5 млн осіб.

Внутрішньо переміщені особи, військові, а також їхні сім'ї, становлять групу ризику для розвитку психічних розладів. Спираючись на досвід інших країн, які брали участь у воєнних конфліктах (США, Ізраїль, країни Балкан та ін.) моделювано ймовірність розвитку стресових розладів в Україні в наступні 5-10 років. Очікується щонайменше півмільйона осіб, які матимуть соціальну дезадаптацію, правопорушну поведінку, ПТСР або психосоматичні розлади (переважно серцево-судинну патологію, проблеми з шлунково-кишковими проблемами, захворювання легень) [5].

Зважаючи, що питання ПТСР гостро постало для нашої країни лише останні декілька років, українські спеціалісти активно переймають досвід діагностики, вибору тактики лікування в зарубіжних колег, та намагаються адаптувати їх до локальних соціально-економічних умов.

ПТСР – це складний психічний розлад, який розвивається в результаті пережитої травматич-

ної події погрозового чи катастрофічного характеру. Характерними симптомами внаслідок експозиції до травмуючої події є симптоми інтрузії, що призводять до дистресу (повторювані спогади про травматичну подію, у виді снів, флешбеків); постійне уникання думок, людей чи місць, які асоціюються з травмою; негативні зміни у когніціях та настрої (дисоціативна амнезія, самозвинувачення, недовіра до оточуючого соціуму, втрата інтересу до раніше звичної діяльності, страх, апатія); підвищена збудливість та реактивність у виді агресії, самодеструктивної поведінки, над пильність. [2]

Враховуючи, що саме американські психіатри після досвіду з наслідками війни у В'єтнамі вперше офіційно ввели термін посттравматичного розладу у DSM (Діагностичний та статистичний інструментарій для психічних розладів) в 1980 році, а також велику кількість уже проведених ними досліджень, переважна більшість розроблених психо-діагностичних методик орієнтується саме на цю класифікацію, у порівнянні з МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб), розроблена ВООЗ. У травні 2013 року була опублікована DSM-V із суттєвими змінами критеріїв діагностики ПТСР. У загальному, посттравматичний розлад було винесено з «Тривожних розладів» у новостворений розділ «Психічні розлади внаслідок травми», і до редагованих чотирьох кластерів симптомів додано п'ятий, який включає негативні зміни у когніціях та емоціях [6]. Ці зміни призвели до того, що не всі пацієнти, з уже встановленим ПТСР, відповідають цим критеріям, з результатів деяких досліджень 80-90% вкладаються у нові рамки [9].

Стресовий розлад, головним чином, є наслідком не травмуючої події, а саме неадекватного дезадаптивного реагування особи на подію, яка несе для неї емоційне навантаження [10]. Адже стрес, по суті, це еволюційно сформована, фізіологічна відповідь людського організму на зовнішній подразник. Саме комплекс багатьох чинників, передумов, особистісних особливостей визначає подальший результат - вихід в одужання або нестача власних ресурсів на переробку стресорної інформації призведе до дезадаптації з психосоматичними розладами [7]. Зважаючи, що після пережитої психотравми, стресу, у більшості людей відбувається «самовідновлення», для охорони здоров'я залишається актуальним питання визначення факторів ризику розвитку ПТСР, з метою прогнозування та діагностики, зокрема у військових або цивільних осіб, які чи-то зазнали фізичних нападів, чи потрапили в ДТП.

Згідно результатів досліджень (Kessler at al., 1995) після стресорної події наслідки травматизації спостерігалися у 61 % чоловіків та 51,2 % жінок, але в подальшому, ПТСР був встановлений у 8 % з цих чоловіків, а у жінок значно більше, – 20 % [11]. На противагу цим даним, з досліджень, проведених серед американських вій-

ськових, які перебували в зонах конфлікту в Афганістані та Іраку, за наявності однакового бойового досвіду, ризик розвитку ПТСР у жінок військовослужбовців не вище, ніж у чоловіків (Isabel G. Jacobson at al., 2015). Можливо, така неоднозначність пояснюється тим, що, у загальному, ПТСР у жінок частіше розвивається внаслідок сексуального насильства (що є одним з найтравматичніших видів стресу), у той час як дослідження чоловіків проводять, переважно, на ветеранах чи учасниках війни, а з іншими травмами значно рідше, - тож ці дані тяжко порівнювати [7].

Усі вчені сходяться на думці, що ПТСР є наслідком комплексу факторів, які сприяють його виникненню, це і сила з частотою травмуючої події, і преморбідні особистісні особливості, і, навіть, соціальні зв'язки та оточення [8;9]. Звичайно, травмовані особи швидше і якісніше відновлюються в сприятливих соціально-економічних умовах, при підтримці не лише сім'ї, а й держави, яка може забезпечити фінансування кваліфікованої багаторівневої допомоги.

Велике утруднення для діагностики і вибору курсу лікування ПТСР, складає коморбідна патологія. Адже факт стигматизації та недостатність психоосвіти призводить до того, що в першу чергу, такі пацієнти звертаються до лікарів загальної практики. Соматична патологія маскує істинну причину дезадаптації, що призводить до неефективності проведеного лікування [13]. Найпоширенішими соматичними коморбідними патологіями з ПТСР є серцево-судинні захворювання, потім захворювання легеневої системи та ревматоїдні патології. Згідно епідеміологічних даних з США до 78% пацієнтів, які протягом життя перенесли ПТСР, переносять також депресію, тривожні розлади, залежність чи зловживання хімічними речовинами [15]. Загалом дослідження показують, що ПТСР і депресії є потенційними факторами ризику для підвищення вживання психоактивних речовин [16]. Показники зловживання і залежності від алкоголю у чоловіків і жінок з ПТСР, приблизно 52% і 28% відповідно, а медикаментозними препаратами - 35% і 27% відповідно. Якщо встановлений діагноз такої залежності, вона першочергово має лікуватися в стаціонарі, ще до самого ПТСР [19].

Існують також дані про високу поширеність обсессивно-компульсивного розладу у пацієнтів з ПТСР. Так, симптоми інтрузії у виді нав'язливих думок, які посилюють тривогу, є спільними для обох розладів, які, в свою чергу, можуть породжувати ритуали задля зменшення тривоги [15]. Хоча, не всі вчені з цим погоджуються, вважаючи, що нав'язливі думки при обсессивно-компульсивному розладі є більш інтенсивними.

Останні дослідження демонструють маскованість ПТСР під розладами харчової поведінки (булімія, анорексія), коли дистрес, негативні когніції сприяють або переїданню, або навпаки, відмови від їжі [17;20]. Прикладом є клінічний ви-

падок у швейцарській психіатричній лікарні, коли пацієнтці, яка являлася біженкою з африканської країни, був встановлений діагноз анорексії, але проведене комплексне психотерапевтичне лікування не давало очікуваного результату. У процесі подальшої терапії виявилось, що в минулому жінка була жертвою неодноразових сексуальних насиль. Діагноз було змінено на посттравматичний розлад, а тактику, уже ефективною, терапії відкоректовано [14].

Ведуться дискусії на тему коморбідної з ПТСР симптоматики психотичного регістру. Є два основних напрямки думки з цього приводу. Частина авторів вважає, що травма стає тригером для маніфестації ендogenous захворювання, зокрема шизофренії, або ж його загострення. Інші науковці наполягають на виділенні атипової форми ПТСР, його психотичного варіанту, з назвою «р-PTSD» (Lindley et al., 2000). Однозначно, що прояви психотичної симптоматики у психопатологічній структурі ПТСР визначають його тяжкий перебіг [18].

Для максимальної швидкої діагностики ПТСР, визначення тяжкості та коморбідності патології, виокремлення доменів з найгіршими показниками для їх прицільної корекції, а в подальшому, оцінки ефективності обраного курсу лікування використовують психодіагностичні шкали, розроблені, переважно, американськими спеціалістами, і адаптованими до класифікації DSM-V. Опираючись на світову практику, в Україні надають перевагу шкалам «золотого стандарту»: CAPS-5, PCL-5, ASDS, HADS, SF-36. Варто зазначити, що є важливим не лише переклад цих шкал, а й адаптація їх саме до української популяції. Тому постійно проводиться оцінка надійності та валідності адаптованих психодіагностичних шкал у рамках досліджень українських спеціалістів [9].

Щодо специфічної профілактики розвитку ПТСР чітких доказових даних немає. Ведуться дискусії на тему ефективності психологічного дебрифінгу (ПД), який, по суті, представляє собою профілактичну процедуру надання психологічної допомоги відразу після перенесеної травматичної ситуації з метою запобігання негативних наслідків. Багато авторів вважає, що інтенсивне включення особи, без навиків опанування, в повторне переживання травми під час ПД призводить до ретравматизації. Однак, можна говорити про позитивні аспекти ПД, особливо, якщо він включений в комплексні реабілітаційні програми. Дослідження показали, що дана форма психологічної підтримки позитивно сприймається переважною більшістю учасників, і до того ж, він є корисним у виявленні груп ризику, їх психосвіти та підтримки [7].

У випадку нашої країни, в клінічний протокол надання первинної медичної допомоги при ПТСР передбачено застосування підходу «першої психологічної допомоги», яка включає професійно-психологічну освіту категорій осіб, які за

свою професійною діяльністю можуть перебувати в екстремальних ситуаціях (військові, рятувальники, медики, інші цивільні особи), а також саму психоосвітню роботу щодо реагування на важкі психотравмуючі події. «Першу психологічну допомогу» забезпечують спеціально підготовлені працівники психологічних служб, військові, інших служб швидкого реагування [2].

Цікавим напрямком з приводу превентивних заходів ПТСР є у дослідженнях американських фахівців в області нейропсихофармакології. Вони визначили нейробіологічні механізми виникнення посттравматичних персеверацій, інтрузій, коли відбувається закріплення репрезентації події з короткостроковою пам'яттю у довгострокову, що має назву консолідація [21;22]. Науковці задалися питанням, чи може амнезія на травматичні події посприяти скороченню ризику ПТСР. Результати проспективного дослідження продемонстрували, що у пацієнтів, у яких була спровокована амнезія на добу після травми, через півроку були виявлені симптоми ПТСР лише у 6 % пацієнтів без пам'яті, а у групі порівняння у пацієнтів зі збереженою травмою ПТСР виник у 23 %. Таким чином, проводяться дослідження у напрямку розробки можливого фармакологічного шляху викликання амнезії для запобігання розвитку ПТСР [22;23].

Аналіз наукових публікацій з використанням світового досвіду дозволяє зробити висновок, що у менеджменті ПТСР переваги надаються першочергово психологічним інтервенціям, а фармакологічна терапія застосовується при наявності стійкої коморбідної патології або тяжкого перебігу ПТСР [25;26;27]. Фармакотерапія рекомендована лише у випадках недостатньої ефективності психологічних методів [24].

Найбільше вивченими, науково доведеними та обґрунтованими у лікуванні ПТСР є травмофокусована когнітивно-біхевіоральна терапія (ТФ-КБТ) і десенсибілізація та пророблення травми рухами очей (ДПРО). Саме ці методики, на сьогодні, вважаються вибором терапії першої лінії [13;18;25]. Але постає питання, чи є результатом ці методики по відношенню до української популяції. Суперечливим моментом є, наприклад, низька ймовірність проходження пацієнтами повного курсу психотерапії (курс ТФ-КБТ від 12 до 16 сеансів). Особливо це стосується військових з діагнозом ПТСР, які, за даними мета-аналізів, гірше піддаються лікуванню у порівнянні з цивільними особами [29].

Крім зазначених вище методик, звичайно використовується велика кількість і інших, які мають своїй прибічників, та доводять ефективність при лікуванні ПТСР. Вибір стратегії менеджменту стресового розладу залежить від поставлених цілей [30]. Якщо ТФ-КБТ, ДПРО, фармакотерапія спрямовані на послаблення симптомів, які потім оцінюються шкалами, то, наприклад арт-терапія, гіпноз, психоаналіз вносять великий вклад в діагностику і терапевтичний процес [31]. Психологі-

чна реабілітація спрямована на функціональне відновлення індивіда в цілому [18;28].

Відносно стратегії фармакотерапії, і, взагалі, її застосування, клінічні настанови значно варіюються [2;13;18]. Одні автори вважають, що медикаментозні препарати є вибором терапії другої лінії, після психотерапії, а інші переконані, що обидва методи ефективні як перша лінія, але у комбінації [18;25;32]. На даний час продовжують активно вивчати ці питання.

Найбільшу ефективність серед медичних препаратів продемонстрували антидепресанти з групи селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну (флуоксетин, сертралін, пароксетин) [2;32]. По відношенню до симптомів ПТСТ, вони подавляють такі розлади як: імпульсивність, лабільність настрою, роздратованість, агресивність, суїцидальну поведінку [7]. Є дані, що пароксетин ефективний у відновленні соціального функціонування [31]. Науково доведена ефективність застосування при ПТСТ антидепресантів з групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну та норадреналіну (венлафаксин) [18;30]. Було встановлено зменшення симптомів повторного переживання та уникнення. Однак ефективність цих антидепресантів при лікуванні ПТСТ у ветеранів війни виявилася нижчою, ніж у осіб, які пережили психічні травми в мирний час [29;33]. Ряд досліджень доводять клінічну ефективність трициклічних антидепресантів (амітриптилін, іміпрамін) у військових, які послаблювали депресію, нав'язливі переживання, панічну реакцію, покращували сон [29]. Але за рахунок розвитку багатьох побічних ефектів внаслідок їх прийому, трициклічні антидепресанти останні роки не рекомендуються провідними клінічними настановами, навіть, у другу лінію фармакотерапії ПТСТ [10;32].

Атипові антипсихотики можуть значно знижувати гіперреактивність та параноїдність поведінки, але немає достатніх доказів в ефективності антипсихотиків по відношенню до пацієнтів з ПТСТ [4;18]. Група авторів рекомендує їх для лікування ПТСТ з коморбідними психотичними симптомами, а також для терапії випадків ПТСТ, резистентних до інших лікарських засобів. У декількох рандомізованих клінічних дослідженнях було доведено, що рисперидон та оланзапін зменшують вираженість проявів ПТСТ, зокрема симптомів інтрузії. У відкритих порівняльних дослідженнях арипіпразол, кветіапін, клозапін, оланзапін і рисперидон показали свою дієвість щодо ПТСТ у цивільних осіб та військових, у тому числі з психотичними симптомами [13;18].

Бензодіазепіни застосовують у клінічній практиці, переважно, з ансіолітичною та седативною метою, для полегшення симптомів безсоння, паніки, тривоги та дратівливості. Проте, по веденню ПТСТ, вони є відносно протипоказаними. Велика кількість авторів наголошує, що раннє призначення бензодіазепінів протидіє природній адаптаційній реакції організму, чим провокує у

майбутньому посилення симптомів ПТСТ і включає можливість «самосцілення» [22]. Дослідження підкріплюють дані про те, що раннє призначення бензодіазепінів збільшує ризик розвитку ПТСТ [18;32]. Враховуючи, що вагома частина ПТСТ поєднується із залежностями від психоактивних речовин, зокрема у військових, в подальшому припинення використання бензодіазепінів сприяє виникненню у пацієнта таких ускладнень як звикання та синдром відміни [22].

Висновки

У підсумку даної статті зрозуміло, що ПТСТ є важливим питанням для усєї світової спільноти, зокрема для нашої країни, аспекти якого активно вивчаються останні десятиліття.

На даний час, при виборі тактики ведення пацієнтів з діагнозом ПТСТ слід враховувати численні науково-обґрунтовані доводи значно вищої ефективності саме психотерапевтичних методів, у порівнянні із фармакотерапією, зокрема травмофокусована когнітивно-біхевіоральна терапія (ТФ-КБТ) і десенсибілізація та пророблення травми рухами очей (ДПРО). На сьогоднішній день, у виборі препаратів фармакотерапії надається перевага антидепресантам груп селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну та селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну та норадреналіну. Бензодіазепіни, загалом, не рекомендовані у терапії ПТСТ, особливо для військових. Продовжується активне вивчання питання вибору та дієвості комбінованої терапії ПТСТ, яка у нашій вітчизняній практиці, найчастіше застосовується, в тяжких клінічних випадках, але у світі, на даний час, не має достатньої доказової бази.

Ключовими питаннями залишаються: визначення факторів ризику розвитку ПТСТ з метою прогнозування та діагностики та яка порівняльна ефективність психологічних методів та фармакотерапії, в залежності від особистісних особливостей індивідуума, а також типу травми [18].

Зважаючи на відносно короткий час вивчення питання тактики терапії ПТСТ у нашій країні, ми активно використовуємо досвід зарубіжних країн, які мають свої популяційні, культуральні відмінності, і часто - значно більші соціально-економічні ресурси. Тож, основною метою є, на основі світових знань, власного досвіду, розробити власний підхід до ефективного менеджменту ПТСТ, який ґрунтуватиметься на індивідуальності та комплексності психодіагностичних, психотерапевтичних, психоосвітніх, соціально-реабілітаційних заходів, які будуть адаптовані до наших локальних-економічних умов.

Література

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. / American Psychiatric Association. – Arlington: American Psychiatric Association, 2013. – P. 271–280.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації».

- Посттравматичний стресовий розлад» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160223_0121.html
3. UNHCR Statistical Yearbook 2014 [Electronic resource] / United Nations High Commissioner for Refugees. – Geneva: UNHCR, 2015. – Available at: www.unhcr.org
 4. Франкова Ірина. Короткий огляд матеріалів 25-го конгресу Європейської психіатричної асоціації: Поширеність психічних розладів серед вимушених переселенців [Електронний ресурс] / Ірина Франкова // Психосоматична медицина та загальна практика – 2017. – Том 2. – № 3 – Режим доступу: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/71>
 5. Чабан О.С. Новий запит на соціальну психіатрію в Україні: стресові розлади та ПТСР, чи готові ми? [Електронний ресурс] / О.С.Чабан // Психосоматична медицина та загальна практика – 2017. – Том 2 – № 2 – Режим доступу: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/30>
 6. Kilpatrick D. G. National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD. Prevalence Using DSMIV and DSM-V Criteria / D. G. Kilpatrick, H. S. Resnick, M. E. Milanak [et al.] // Journal of Traumatic Stress. – 2013. – V. 26. – P. 537–547.
 7. Фoa Э. Клиническая психология: Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Э. Б. Фoa, Т. М. Кин, М. Дж. Фридман. – К.: Здоровья, 2005. – С. 35–48, 145–168.
 8. Pearlín L. I. The social contexts of stress. Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects / L. I. Pearlín, L. Goldberger, S. Breznitz – N.Y.: The Free Press, 2012. – P. 367-379.
 9. Безшейко В. Г. Діагностика постстресових розладів: погляд на проблему / В. Г. Безшейко // Медична психологія. – 2016. – № 1. – С. 99–100.
 10. Герасименко Л.О. Індивідуально-психологічні особливості, характер особистісної та реактивної тривожності у жінок з посттравматичним стресовим розладом / Л.О. Герасименко // Архів психіатрії. – 2014. – №3. – С.31– 33.
 11. Герасименко Л.О. Фактори психотравми у жінок з посттравматичним стресовим розладом / Л.О. Герасименко // Архів психіатрії. – 2017. – №1. – С.62– 63.
 12. Скрипніков А.М. Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок. Монографія / А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. – С. 168.
 13. American Psychiatric Association : Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. / American Psychiatric Association – Arlington, 2006. – P. 367-379.
 14. De Silva P. The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder / P. de Silva, M. Marks // Behavior Research and Therapy. – 1999. – V. 37. – P. 941–951.
 15. Vlahov D. Consumption of cigarettes, alcohol, and marijuana among New York City residents six months after the September 11 terrorist attacks / D. Vlahov, S. Galea, J. Ahern [et al.] // American Journal of Drug and Alcohol Abuse. –2004. – Vol. 30. – P. 385–407
 16. Godfrey K. M. Post- traumatic stress disorder and health: a preliminary study of group differences in health and health behaviors / K. M. Godfrey, L. A. Lindamer, S. Mostoufi, N. Afari // Ann. Gen. Psychiatry. – 2013. – V. 12. – P. 30.
 17. Jonas D. E. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder [Electronic resource.] / D. E. Jonas, K. Cusack, C. A. Fomeris [et al.] // Comparative Effectiveness Reviews. – 2013. – V. 92. – Available at: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/347/1435/
 18. Bertelloni C. Impairment in eating habits among 512 earthquake survivors: role of gender and DSM-5 PTSD / C. Bertelloni, C. Carmassi, C. Manni [et al.] // European Neuropsychopharmacology. – 2014. – V. 24. – P. 604–605.
 19. Шевченко Ю. С. Особливості харчової поведінки у осіб з нормальною та підвищеною масою тіла / Ю. С. Шевченко, Л. Е. Весніна, І. П. Кайдашев // Фізіологічний журнал. – 2015. – № 3, Т. 61. – С. 51–58.
 20. Nader K. Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval / K. Nader, G.E. Schafe // Doux JE.Nature. – 2016. – V.406. – P. 722-726.
 21. Gil S. Does memory of a traumatic event increase the risk for posttraumatic stress disorder in patients with traumatic brain injury? A prospective study / S. Gil, Y. Caspi, I.Z. Ben-Ari, D. Koren // American Journal of Psychiatry. – 2005. – V.165, №5. – 963-969 p.
 22. Франкова Ірина. Огляд матеріалів 29-го конгресу Європейської колегії нейропсихіфармакології: Життя на межі: стрес, травма та психопатологія [Електронний ресурс] / Ірина Франкова. // Психосоматична медицина та загальна практика. – Том 2, № 3. – 2017. – available at: <https://uk.e-medjournal.com>
 23. Davis L. L. Long-term pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder / L. L. Davis, E. C. Frazier, R. B. Williford [et al.] // CNS Drugs. – 2006. – № 20. – P. 465–476.
 24. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies / [D. Forbes, M. Creamer, J.I. Bisson, J.A. et al.] – New York: Guilford Press;2008. – P. 332-345.
 25. Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder / Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. – Melbourne, Australia: National Health and Medical Research Council, 2007. – P. 232-258.
 26. Management of post-traumatic stress disorder / VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group. – Washington: VA Office of Quality and Performance, 2003. – P. 167-189.
 27. Bradley R. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD / R. Bradley, J. Greene, E. Russ [et al.] // American Journal of Psychiatry. – 2006. – V. 162, № 2. – P. 214-227.
 28. Пішель В. Я. Проблемні питання психотерапевтичної посттравматичного стресового розладу / В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна // Архів психіатрії. – Том 22, № 1 (84). – 2016. – С.7 – 9.
 29. Lee D. J. Psychotherapy versus Pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder: Systemic Review and Meta-Analyses to Determine First-Line Treatments / D.J. Lee, C. W. Schnitzlein, J. P. Wolf [et al.] // Depression and Anxiety. – 2016. – V. 33, № 19. – P. 792-806.
 30. Скрипніков А.М. Ефективність та доцільність проведення сімейної психотерапії при невротичних розладах у жінок / А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков // Архів психіатрії. – 2015. – №1. – С. 140 – 142.
 31. Stein D. J. Paroxetine in the treatment of post-traumatic stress disorder: pooled analysis of placebo-controlled studies / D. J. Stein, J. Davidson, S. Seedat [et al.] // Expert. Opin. Pharmacother. – 2003. – P. 23.
 32. Hoskins M. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis / M. Hoskins, J. Pearce, A. Bethell [et al.] // The British Journal of Psychiatry. – 2015. – V. 206, № 2. – P. 93-100
 33. Goodson J. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in US combat veterans: A meta-analytic review / J. Goodson, A. Helstrom, J. M. Halpern [et al.] // Psychological Reports. – 2011. – V. 109, № 2. – P. 573-599.

Реферат

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, РАЗВИТИЯ И ТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Гальченко А.В.

Ключевые слова: Посттравматическое стрессовое расстройство, коморбидность, менеджмент ПТСР, когнитивно-бихевиоральная терапия, фармакотерапия.

Проведено систематизированный обзор современной клинической и исследовательской литературы с целью освещения понятия посттравматического стрессового расстройства. Данный вопрос стал активно обсуждаться в Украине последние несколько лет. Особенности существующей социально-политической ситуации характеризуются высоким уровнем напряжения адаптивных механизмов психики, что значительно ухудшает состояние психического здоровья популяции. Внутренне перемещенные лица, военные, а также их семьи составляют группу риска для развития психических расстройств, в частности посттравматического стрессового расстройства. Такие пациенты требуют комплексной профессиональной помощи, но факт стигматизации и недостаточность психообразования приводит к тому, что чаще они обращаются к врачам общей практики. Коморбидная патология маскирует истинную причину дезадаптации, что приводит к неэффективности проводимого лечения. Исходя из этого, в статье рассмотрены важные аспекты диагностики расстройства, его механизмы развития, дифференциации, с учетом коморбидной патологии, особенности выбора терапии, основываясь на выводах

доказательной мировой и отечественной медицины. Значительное внимание уделено стратегии лечения посттравматического стрессового расстройства. Анализ научных публикаций с использованием зарубежного опыта позволяет сделать вывод, что в менеджменте посттравматического стрессового расстройства преимущества предоставляются в первую очередь психологическим интервенциям. Фармакотерапия рекомендована лишь в случаях недостаточной эффективности психологических методов или наличии устойчивой коморбидной патологии.

Summary

CHALLENGES IN DIAGNOSIS, DEVELOPMENT AND THERAPY OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Halchenko A.

Key words: post-traumatic stress disorder, comorbidity, PTSD management, cognitive-behavioural therapy, pharmacotherapy.

A systematic review of modern clinical and research literature has been conducted in order to highlight the issue of post-traumatic disorder. This question has been discussed actively in Ukraine for the last few years. The existing socio-political situation in our country is characterized by a high level of tension of psychic stress adaptive mechanisms that significantly impairs the mental health of the population. Internally displaced people, servicemen, as well as their family members constitute a risk group for the development of mental disorders, and in particular post-traumatic stress disorder. Such patients require professional comprehensive care, but the fact of stigma and lack of psychological education and information makes them to search for medical aid at general practitioners. Comorbidities disguise the true cause of maladaptation that leads to the ineffectiveness of the treatment. Therefore, this article highlights some important aspects of diagnosis of the disorder, its mechanisms of the development, differentiation, taking into account the comorbidities, the peculiarities in choosing therapeutic options based on the evidences of national and international medical science. Considerable attention has been paid to strategies for the management of post-traumatic stress disorder. Analysis of research publications allows us to conclude that in the management of post-traumatic stress disorder benefits are primarily given to psychological interventions. Pharmacotherapy is recommended only in cases of insufficient effectiveness of psychological methods or the presence of stable comorbidity.

УДК 616.5-004-092:611-018.74:616-008.6

Ємченко Я.О.

РОЛЬ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ПАТОГЕНЕЗІ СКЛЕРОДЕРМІЇ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Одне із перших місць по частоті захворюваності серед системних дерматозів займає склеродермія. Незважаючи на відсутність офіційних статистичних даних, можна стверджувати, що хворих на склеродермію останнім часом стає все більше і протікає це захворювання агресивніше. Дане захворювання характеризується системним прогресуючим ураженням сполучної тканини з переважанням фіброзно-склеротичних і судинних змін, які проявляються поширеними вазоспастичними розладами та ураженням мікроvasкулярних структур за типом облітеруючого ендартеріоліта, інтимальною проліферацією гладком'язових клітин, потовщенням стінки та звуженням судин, мікротромбозами, а також периваскулярною і тканинною інфільтрацією мононуклеарними лейкоцитами. Одночасно розвиваються внутрішньосудинні зміни: агрегація і адгезія тромбоцитів, активація плазмових факторів VII і VIII, вивільнення вазоактивних амінів, гіперкоагуляція, мікротромбози, які посилюють локальну ішемію. Активізовані при «коагуляційному каскаді» медіатори підсилюють деструкцію ендотелію, підтримуючи цикл ушкодження і подальшої репарації судинної стінки з редуплікацією базальних мембран, інтимальною проліферацією гладком'язових клітин, а колаген, який знову надходить у циркуляцію, сприяє розвитку гемореологічних і імунних порушень. Розвивається характерна склеродермічна мікроангіопатія, органічно пов'язана з патологією метаболізму сполучної тканини. Таким чином, в основі патогенезу склеродермії лежить складна взаємодія між дисфункцією ендотеліальних клітин і пошкодженням мікросудинного русла, запаленням, аутоімунними реакціями і активацією фібробластів, що призводять до підвищеного синтезу колагену і порушень в метаболізмі позаклітинного матриксу.

Ключові слова: склеродермія, патогенез, імунітет, дисфункція ендотелію.

За останнє десятиліття істотно розширилися уявлення про системні захворювання сполучної тканини, серед яких одне із перших місць по частоті займає склеродермія. Первинна захворюваність становить 2,7–12 випадків, поширеність — 4–126 випадків на 1 млн населення. Захворювання частіше виникає у віці 30–50 років, жінки хворіють у 3–7 разів частіше, ніж чоловіки.

Незважаючи на відсутність офіційних статистичних даних, можна стверджувати, що хворих на склеродермію стає все більше і протікає це захворювання агресивніше [1]. Можливо, це пов'язано з недотриманням норм диспансеризації і термінів лікування [2]. В свою чергу захворювання характеризується системним прогресуючим ураженням сполучної тканини з переважанням