

Усім пацієнтам призначали антипсихотики, як правило, у різноманітних комбінаціях. Серед нейролептиків найчастіше призначали галоперидол (12 випадків, 40,0%), трифлуоперазин (11 випадків, 36,7%) та зуклопентиксол (8 випадків, 26,7%). У всіх випадках паралельно з вказаними препаратами пацієнти приймали адекватні дози тригексифенідилу гідрохлориду. Із атипичних антипсихотиків найчастіше застосовували амісульприд (9 випадків, 30,0%), клозапін (8 випадків, 26,7%) та кветіапін (6 випадків, 20,0%).

Антидепресанти були призначені 17 хворим (56,7%). Із трициклічних антидепресантів найчастіше використовували амітриптилін (12 випадків, 40,0%), із селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – пароксетин (4 пацієнти, 13,3%).

Транквілізатори у вигляді гідазепаму застосовували у половини пацієнтів (15 випадків, 50,0%).

В жодному випадку не спостерігали будь-яких значних побічних ефектів від терапії, призначеної ліка-

рем, в тому числі й загострення захворювань ШКТ. Це може бути пов'язано з тим, що всі хворі приймали ліки після їди. У зв'язку з патологією ШКТ тільки 4 пацієнти (13,3% спостережень) приймали супутні ліки (глутаргін).

Висновки. У хворих на параноїдну шизофренію, обстежених нами, найчастіше зустрічалася медикаментозна гепатопатія (11 спостережень, 36,7%). На другому місці була гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (7 пацієнтів, 23,3%). За даними кореляційного аналізу був виявлений позитивний зв'язок між кількістю психотропних засобів, що застосовувалися у одного пацієнта, й наявністю медикаментозної гепатопатії та тривалістю застосування психофармакотерапії й кількістю гастроентерологічних захворювань. Це підтверджує той факт, що в багатьох випадках у хворих на шизофренію патологія ШКТ могла стати результатом тривалої антипсихотичної терапії.

О.М. Зборовський

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ АТО

Український науково-дослідний інститут соціальної, судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ

ДУ «Інститут невідкладної і відновної хірургії імені В.К. Гусака НАМН України», м. Київ
psychiatr1970@gmail.com

Мінно-вибухова травма належить до числа найтяжчих видів бойової хірургічної патології і травм мирного часу, а лікування її наслідків, особливо в даний час, є актуальним і доволі складним завданням.

Одним із значущих ускладнень поєднаної травми є розвиток психічних і поведінкових розладів, які зустрічаються на всіх етапах лікування, що може згодом істотно відобразитися на якості життя постраждалих.

Найпоширенішим і найнесприятливішим наслідком мінно-вибухової травми є розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), оскільки переживання екстремального події, до яких належить сама травма, втрата кінцівки, подальша інвалідність на суб'єктивному рівні можуть приводити до переоцінки індивідуальних цінностей, перетворення особистісних смислів як конструктивів психологічного майбутнього.

Метою проведеного дослідження було вивчення віддаленого впливу мінно-вибухової травми, як одного з варіантів політравми, на особливості особистісного реагування і соціального функціонування учасників бойових дій.

Ми обстежили 49 пацієнтів у віці від 21 до 57 років, які отримали поранення під час участі в антитерористичній операції (АТО) на Сході України. За характером ураження травми найчастіше були комбінацією термомеханічного пошкодження з баротравмою, термоінгаляційною травмою (ТІТ), відривом сегмента кінцівки. Час, який минув з моменту після отримання мінно-вибухової травми (політравми) – від 6 до 12 місяців.

Традиційні методи дослідження не завжди відображають реальну тяжкість стану постраждалих, ступінь

ураження ЦНС і подальший прогноз розвитку захворювання. Тому крім структурованого клінічного інтерв'ю застосовували такі психодіагностичні методики: Міссісіпську шкалу (військовий варіант), опитувальник СМІЛ, «Рівень співвідношення «цінності» і «доступності» в різних життєвих сферах», «Індекс життєвого стилю», а також проєктивні методики – «Мальований апперцептивний тест» (РАТ) та тест Вартегга.

Клінічна картина у обстежених комбатантів характеризувалася високою емоційною забарвленістю переживань, емоційною лабільністю, відзначалися епізодичні афективні прояви, інтелектуально-мнестичні порушення у вигляді зниження функцій уваги, короткочасної пам'яті, швидкості моторних реакцій і когнітивних функцій. Найвищі значення профілю СМІЛ (понад 70 балів) були отримані за шкалами іпохондрії (82,71±8,43 бала), психастенії (77,64±7,51 бала), параної (74,23±3,58 бала) і депресії (73,25±7,34 бала), що свідчить про виражену іпохондризацію, формування рис підозрливості, схильності до ригідних стереотипів поведінки, порушення емоційної сфери у вигляді депресивних, тривожних і фобічних проявів.

Згідно з отриманими результатами, запропонована концепція формування психічних розладів у військовослужбовців – учасників бойових дій, а також, з урахуванням діючих клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія», розроблений уніфікований алгоритм поетапного лікування психічних розладів у військовослужбовців, які брали участь в антитерористичній операції.