

Особенности ведения пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством в практике семейного врача

Л.Н. Юрьева

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины

В статье освещаются особенности диагностики, клиники, профилактики и терапии посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) в практике семейного врача. Описываются соматические и неврологические симптомы при ПТСР, а также причины когнитивных нарушений и механизмы их возникновения. Подробно описывается 3-этапная терапевтическая программа, включающая фармакологические, психотерапевтические и психообразовательные стратегии ведения пациентов с ПТСР. Обосновывается необходимость назначения ноотропов для коррекции когнитивных нарушений. Описываются преимущества назначения комбинированных нейротропных препаратов (Олатропила). В статье приводится анализ клинической и социальной динамики ПТСР по катamnестическим данным участников боевых действий в Афганистане и во Вьетнаме за 10 и 20 лет, а также описываются поведенческие и психоневрологические особенности детей ветеранов. Подчеркивается, что количество пациентов с ПТСР в практике врача первичной медико-санитарной помощи существенно возрастет и будет особой группой пациентов в течение многих десятилетий.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, динамика, семейная медицина, фармакотерапия, психотерапия, Олатропил.

В настоящее время среди лиц, обратившихся за помощью к семейному врачу, появилась новая генерация пациентов: беженцы, переселенцы и участники АТО, которые относятся к группе риска развития невротических и связанных со стрессом расстройств [3].

Распространенность этих расстройств находится в прямой зависимости от частоты и выраженности стрессовых ситуаций. У 50–80% лиц, перенесших тяжелый стресс, развиваются клинически оформленные расстройства и нарушения адаптации, среди которых посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) занимает ведущее место. В мирное время группа этих пациентов малочисленна. На протяжении жизни ПТСР переносит 1% населения, а у 15% могут возникнуть его отдельные симптомы. Таких пациентов курируют психиатры, психотерапевты и психологи и практически не наблюдают семейные врачи [5, 7].

В настоящее время количество пациентов с ПТСР в практике врача первичной медико-санитарной помощи существенно возрастет и будет особой группой пациентов в течение многих десятилетий. Такой вывод можно сделать, анализируя клиническую динамику ПТСР по катamnестическим данным участников боевых действий в Афганистане и во Вьетнаме [5, 7].

Через 10 лет после окончания боевых действий в Афганистане ПТСР имели 24% ветеранов и отдельные признаки ПТСР – 31% и только у 45% ветеранов симптомы ПТСР отсутствовали. Уже через 4–5 лет после возвращения из Афганистана выявляли высокий уровень заболеваемости наркологической и соматической патологией. Зависимость от алкоголя

и других психоактивных веществ была выявлена у 30–35% ветеранов. В возрасте до 30 лет на одного больного приходилось 2,9 хронического соматического заболевания, в возрасте от 31 до 45 лет – 3,8. Соматическое неблагополучие явилось основой для формирования многих форм психической дезадаптации. Полная социально-психологическая адаптация была выявлена только у 12% ветеранов афганской войны, частичная – у 64%, дезадаптация – у 24% исследуемых [5].

Через 20 лет после окончания Вьетнамской войны 15% ветеранов страдали классическим ПТСР и около 50% – имели частичные симптомы этого расстройства. С возрастом эти симптомы становились все более отчетливыми. Восемьдесят процентов ветеранов страдали зависимостью от психоактивных веществ. Покончили жизнь самоубийством 58 тыс. человек, то есть столько же, сколько погибло во время самой войны. В больницах соматического профиля ПТСР было выявлено у 9% ветеранов [7].

Семейный врач оказывает медицинскую помощь всем членам семьи. Поэтому ему необходимо знать, что не только ветераны боевых действий, их жены и близкие родственники, но и их дети имеют проблемы со здоровьем. При сравнительном обследовании двух групп детей 6–15 лет (первая – дети ветеранов Афганистана, рожденные после демобилизации отцов, вторая – дети, чьи родители не воевали) было выявлено, что у детей ветеранов чаще отмечается задержка созревания высших корковых функций головного мозга (снижение наблюдательности – в 87% случаев, снижение внимания и отвлекаемость – в 97%, снижение возможности воспроизведения – в 26% случаев). Невроподобные расстройства были выявлены в 56% случаев (во второй группе – в 20%), расстройства сна, тики, заикание, эпилептиформные пароксизмы – в 38% случаев (во второй группе в 18%). Девиантные формы поведения (агрессивность, гиперовзбудимость, лабильность) и трудности обучения отмечали в 100% случаев (в группе сравнения – в 42%) [5, 7].

Приведенные выше данные убедительно показывают необходимость своевременной диагностики, профилактики, фармакологической, психотерапевтической и психосоциальной терапии пациентов с ПТСР в практике семейного врача.

ПТСР возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые способны вызвать дистресс у любого человека (катастрофы, войны, пытки, терроризм и т.п.).

К факторам риска развития ПТСР относятся следующие: характерологические особенности личности, зависимое поведение, наличие психотравмы в анамнезе, наличие хронических соматических заболеваний. Наиболее уязвимая группа: дети, подростки и пожилые люди.

Диагностические критерии ПТСР [1]:

- травмирующее событие;
- начало расстройства после латентного периода, следующего за травмой (от нескольких недель до 6 мес, но иногда и позже);

- вспышки воспоминаний («flashbacks»), повторяющие психотравмирующие события. Они могут появиться даже спустя десятилетия;
- актуализация психотравмы в воспоминаниях и кошмарных сновидениях;
- социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, включая близких родственников;
- изменение поведения, эксплозивные вспышки, раздражительность или склонность к агрессии. Возможно анти-социальное поведение или противоправные действия;
- злоупотребление алкоголем и наркотиками, особенно для снятия остроты болезненных переживаний, воспоминаний или чувств;
- депрессия, суицидальные мысли или попытки;
- острые приступы страха, паники;
- вегетативные нарушения и неспецифические соматические жалобы.

У значительной части лиц ПТСР хронифицируются и часто сочетаются с депрессивными расстройствами и зависимостью от психоактивных веществ.

Клиническая картина ПТСР неоднородна. В зависимости от доминирующего психопатологического синдрома выделяют несколько его вариантов.

К психиатрам чаще всего попадают пациенты с ПТСР с доминирующим **дисфорическим синдромом**. Клиническая картина характеризуется, прежде всего, агрессией, эксплозивностью, импульсивностью, напряженным аффектом тоски и злобы, конфликтностью. Доминирующей жалобой у них является депрессия и/или тревога, суицидальное или агрессивное поведение, а также зависимость от психоактивных веществ.

В практике семейного врача преобладают пациенты с астеноневротическим, астенодепрессивным, обсессивно-фобическим, истероипохондрическим и астеноипохондрическим синдромами, которые развиваются спустя 3–6 мес после психотравмирующего события.

При **астеноневротическом синдроме** доминируют жалобы на выраженную физическую и психическую утомляемость, головную боль, раздражительную слабость, диссомнию (расстройства засыпания, глубины и длительности ночного сна). Выражены сердцебиение и боль в области сердца, метеозависимость.

При **астенодепрессивном синдроме** в клинической картине доминируют пониженное настроение, нарушение сна и все описанные выше симптомы.

При **обсессивно-фобическом синдроме** преобладают жалобы на парестезии, неприятные ощущения в разных участках тела, сопровождающиеся тревогой и страхом, головной болью и ночными кошмарами, связанными с пережитой психотравмирующей ситуацией. Пациенты фиксированы на проблемах собственного здоровья. Среди вегетативных проявлений чаще всего встречаются повышенная потливость и колебания артериального давления (АД).

При **астеноипохондрическом синдроме** помимо характерных для астенического синдрома жалоб, которые выражены более сильно, пациенты отмечают сонливость днем и бессонницу ночью, слабость в конечностях и дрожь во всем теле. Вегетативные проявления выражены в виде чрезмерной потливости, колебаний АД и ухудшения самочувствия при перемене погоды. Внимание пациентов фиксировано на собственном здоровье и пережитой психотравме.

Специфическим феноменом для **истероипохондрического синдрома** является ярко выраженное демонстративное стремление декларировать выраженную тяжесть своего состояния, вызывать сочувствие у окружающих, а также рентные установки. Среди психопатологических феноменов доминирует физическая и психическая утомляемость, дрожь и слабость в теле, головная боль, парестезии, эмоциональная

лабильность и расстройства засыпания. Вегетативный симптомокомплекс выражен и чаще всего проявляется в виде головокружения, сердцебиения, колебаний артериального давления. Характерно, что самочувствие у этих пациентов резко ухудшается в присутствии «зрителей», медицинских работников, при упоминании о психотравмирующей ситуации.

Выделяют также **соматоформный тип** ПТСР, в структуре которого преобладают выраженные соматоформные расстройства с преимущественной локализацией неприятных телесных ощущений в области сердца, пищеварительного тракта и головы. Эти расстройства сочетаются с психовегетативными пароксизмами и возникают у пациентов спустя 6 мес после психотравмирующего события.

При отсутствии своевременной и адекватной состоянию комплексной терапии у части пациентов с ПТСР развиваются психосоматические расстройства: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и другие. У части пациентов выявляются признаки психоорганического синдрома с преобладающими местеческими расстройствами или когнитивным дефицитом.

Среди неврологических симптомов преобладают когнитивные нарушения. Пациенты жалуются на снижение умственных способностей, ухудшение памяти, снижение концентрации внимания, трудности при решении проблем и при принятии решений, ухудшение ориентации в окружающей обстановке, навязчивые образы и воспоминания. Возможны жалобы на тремор и судорожные подергивания. Часты жалобы на нарушение памяти, которые проявляются, прежде всего, затруднением запоминания и удерживания в памяти той или иной информации, а также ее воспроизведения. При нейропсихологическом обследовании отмечают наличие дефицита определенных типов памяти (вербальной краткосрочной и зрительно-пространственной) и способности концентрировать внимание, в частности, при выполнении сложных задач, которые требуют навыков интеграции различных функций. Эти расстройства обусловлены в первую очередь затруднением концентрации внимания на фактах, не имеющих прямого отношения к травматическому событию и угрозе повторного его возникновения. Вместе с тем, пострадавшие не могут вспомнить важные детали травматического события, что обусловлено нарушениями, имевшими место в стадии острой реакции на стресс.

Наличие когнитивных нарушений при ПТСР обусловлены тем, что при хроническом стрессе превышает порог адаптации (так называемая аллостатическая перегрузка), что ведет к атрофии и ремоделированию нейронов гиппокампа и префронтальной коры, которые вовлечены в механизмы памяти, внимания и исполнительных функций, а также к гипертрофии нейронов миндалевидного ядра, которое вовлечено в процессы страха, тревоги и агрессии. При ПТСР выявлены следующие морфологические изменения в головном мозге: уменьшение размеров гиппокампа, миндалина, отдельных участков мозолистого тела и других областей мозга. Выявлена корреляция с клиническими нарушениями памяти и эмоций. Сообщается о связи между изменениями объема гиппокампа и наблюдающимися нейроэндокринными нарушениями в организме [8, 9].

Общие принципы лечения ПТСР

Лечение осуществляется согласно клиническим протоколам, утвержденным МЗ Украины (2007 г.), и рекомендациям по диагностике, лечению и реабилитации ПТСР [2, 4].

Терапевтическая программа включает 3 этапа, каждый из которых имеет свои специфические клинические особенности и терапевтические подходы.

На **первом этапе – активной терапии** – основная задача состоит в купировании доминирующей психопатологической симптоматики, агрессивных и аутоагрессивных тенденций и аффективной переоценке травматического опыта. Фар-

макотерапия включает комбинирование антидепрессантов, транквилизаторов, тимостабилизаторов, ноотропных препаратов, β-адреноблокаторов и, при необходимости, нейролептиков. С первых дней лечения обязательно проводят психотерапию и психообразовательные программы для пациентов и их родственников. Длительность первого этапа – 6 мес.

Второй этап – стабилизирующая терапия – длится до 1 года. Основной задачей этого этапа является купирование остаточной психопатологической симптоматики, психологическая коррекция личностных посттравматических изменений и помощь пациенту в создании новой когнитивной модели жизнедеятельности. Ведущее место занимает психотерапия и психообразование.

Третий этап – профилактическая терапия – длится до 3 лет. Основная задача этого этапа – поддержание оптимального функционирования пациента в семье и социуме, а также профилактика рецидива ПТСР.

Фармакотерапия ПТСР

Показаниями для назначения медикаментозного лечения являются:

- 1) психомоторное возбуждение, панические атаки, приступы страха;
- 2) депрессии, аутоагрессивное поведение;
- 3) агрессивное и деструктивное поведение;
- 4) соматовегетативные нарушения и когнитивные дисфункции.

Как при остром, так и при хроническом ПТСР целесообразно применение антидепрессантов и транквилизаторов, в некоторых случаях показано применение нейролептиков. Очень важно лечение симптоматического алкоголизма или наркоманий, которые нередки у данных больных.

Среди всего спектра антидепрессантов при ПТСР предпочтительны антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС): сертралин, флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам и др. Если лечение препаратами данной группы неэффективно или имеются побочные явления, можно назначать антидепрессанты других групп.

Транквилизаторы назначают с целью быстрого купирования панических атак, тревожно-фобических, астеноневротических и астенодепрессивных расстройств. Бензодиазепиновые транквилизаторы (диазепам, феназепам, гидазепам и др.) назначают короткими курсами (не дольше 2–3 нед) во избежание формирования синдрома зависимости.

Ноотропы (церебропротекторы)

В связи с тем, что при ПТСР имеются когнитивные нарушения, назначение ноотропных препаратов является необходимым. Но классические ноотропы (например ноотропил) имеют ряд клинических эффектов, которые нежелательны для пациентов с ПТСР, так как могут спровоцировать рецидив.

При назначении «истинных» ноотропных препаратов необходимо учитывать их побочные эффекты, которые могут спровоцировать обострение ряда психопатологических симптомов у пациентов. Например, пираретам усиливает возбудимость, раздражительность и нарушение сна, а также сексуальные дисфункции. Среди его побочных эффектов отмечают головную боль и головокружение, дрожь, диспепсические явления и учащение приступов стенокардии, слабость и сонливость. Среди нежелательных эффектов аминалона также отмечают нарушения сна, диспепсические явления (тошнота и рвота), а также повышение температуры тела. В связи с этим целесообразно назначение комбинированных нейротропных препаратов, которые, обладая всеми преимуществами входящих в его состав веществ, имеют минимум побочных эффектов.

Среди комбинированных нейротропов Олатропил (Олайнфарм) является одним из препаратов, который применяют как стресс-протектор при состояниях хронического стресса, сопровождающихся нарушениями в когнитивной и психоэмоциональной сфере. Олатропил представляет собой сочетание двух «истинных» ноотропов: пираретама (250 мг) и аминалона (125 мг). Такое сочетание позволило уменьшить дозу каждого из ноотропов по сравнению с терапевтической при их монотерапии в случае достижения идентичного клинического эффекта и повышения безопасности лечения. Кроме того, у Олатропила терапевтический эффект значительно шире (ноотропный, анксиолитический, антиастенический, вегетостабилизирующий, антигипоксический, стресс-протекторный) и больше показаний к применению. Помимо классических для ноотропов показаний к применению в неврологической практике (цереброваскулярная патология, деменции и психоорганические синдромы различного генеза, комплексная реабилитация после нейротравм, нейроинфекций и нейротоксикаций и др.) Олатропил применяют в общей медицинской и психиатрической практике. Показаниями для его применения являются невротические и связанные со стрессом расстройства, психосоматическая патология с выраженными астеноневротическими проявлениями, психоорганические синдромы различной этиологии. Необходимо отметить также, что Олатропил применяют с целью уменьшения дозы антидепрессантов и коррекции побочных эффектов транквилизаторов и нейролептиков. При длительном комбинированном лечении ПТСР – это очень важный ресурс в терапии.

Олатропил применяют внутрь перед едой. Назначают по 1 капсуле 3–4 раза в сутки. Максимальная доза – 6 капсул в сутки. Терапевтический эффект, как правило, развивается через 2 нед от начала лечения.

Особенности психотерапии и психообразования

При легких случаях ПТСР хорошее действие оказывает психотерапия. Примирить человека с его прошлым – смысл большинства методов психотерапии при ПТСР. Для успешного лечения психотерапевт должен умело реагировать на «сильные аффекты», которые столь часто обнаруживают больные: эмоциональную лабильность, взрывчатость, ранимость. Психотерапия помогает больному справиться с чувством вины, обрести потерянное чувство контроля над окружающим, справиться с состоянием беспомощности и бессилия.

Очень важны группы поддержки, в которых пациенту помогут глубже разобраться в значении травматического события. Важным этапом психокоррекционной работы является семейное консультирование. Необходимо рассказать родственникам о клинических признаках ПТСР, о переживаниях и чувствах больного, о принципах поведения родственников в данной ситуации. Обязательно необходимо проинформировать их о длительности течения этого заболевания и о возможном «flashbacks»-эффекте. С близкими родственниками также необходимо проведение психотерапии, ибо очень часто поведение больного может способствовать развитию пограничных психических расстройств у родственников.

Очень важно обучить пациентов методам релаксации, так как чувство тревоги и напряжения очень часто сопровождается их длительное время после травмы.

Согласно данным катамнестических исследований, состояние примерно 50% пациентов с ПТСР улучшается в течение шести месяцев после травмы. Если пациент способен справиться со стрессовой ситуацией без эмоциональной лабильности, тревоги, напряжения, вегетативной дисфункции – применение психофармакотерапии можно прекратить. Показанием к прекращению лечения можно считать достижение такого состояния пациента, при котором он восстановил

свою самооценку, социальный и профессиональный статус и способен корригировать свое эмоциональное состояние не прибегая к лекарственным препаратам [6].

В заключение необходимо отметить, что лица, участвующие в АТО, а также беженцы и переселенцы, являются группами риска развития невротических и связанных со стрессом расстройств. В связи с этим при обращении этих людей в поликлинику или стационар с соматическими или неврологическими жалобами врачу необходимо уделять особое внимание изучению психического статуса пациента. При выявлении депрессивных и тревожных расстройств, множественных жалоб, не подтвержденных объективными методами исследования,

наличии выраженной «беспричинной» астении, нарушений внимания и памяти, немотивированной раздражительности, алкоголизации следует направить пациента на консультацию к психиатру и, при необходимости, к наркологу.

При назначении пациентам психофармакологических средств следует помнить, что у них часто развивается синдром зависимости и возможны парадоксальные реакции на некоторые препараты. Поэтому необходимо назначать препараты с минимальным числом побочных эффектов.

Для успешной курации этого контингента больных обязательным является психообразование и использование психотерапевтических программ.

Особливості ведення пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом в практиці сімейного лікаря Л. М. Юр'єва

У статті висвітлюються особливості діагностики, клініки, профілактики і терапії посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у практиці сімейного лікаря. Описуються соматичні та неврологічні симптоми при ПТСР, а також причини когнітивних порушень і механізми їхнього виникнення. Докладно описується 3-етапна терапевтична програма, що включає фармакологічні, психотерапевтичні та психоосвітні стратегії ведення пацієнтів із ПТСР. Обґрунтовується необхідність призначення ноотропів для корекції когнітивних порушень. Описуються переваги призначення комбінованих нейротропних препаратів (Олатропіду). У статті наводиться аналіз клінічної та соціальної динаміки ПТСР за катамнестичними даними учасників бойових дій в Афганістані і у В'єтнамі за 10 і 20 років, а також описуються поведінкові та психоневрологічні особливості дітей ветеранів. Підкреслюється, що кількість пацієнтів із ПТСР в практиці лікаря первинної медико-санітарної допомоги істотно зростає і буде особливою групою пацієнтів протягом багатьох десятиліть.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, динаміка, сімейна медицина, фармакотерапія, психотерапія, Олатропіл.

The main features of patients with post-traumatic stress disorder in the family doctor's practice L. N. Yurieva

The article highlights the main features of diagnostics, clinics, prevention and therapy of post-traumatic stress disorders (PTSD) in the practice of family doctor. It describes the physical and neurological symptoms of PTSD and cognitive impairment, but also causes and mechanisms of their occurrence. Describes in detail the three-stage treatment program, that includes pharmacological, psychotherapeutic and psychostudied strategy, for the management of patients with PTSD. The necessity of the appointment of nootropics for correcting cognitive impairment. Describes the benefits of having combined neurotropic drugs (Oltrepo). This article provides an analysis of the clinical and social dynamics in PTSD catamnestic data of participants of battle actions in Afghanistan and in Vietnam for 10 and 20 years, and describes the behavioral and neuropsychiatric characteristics of children of veterans. It is emphasized that the number of patients with PTSD in medical practice of primary health care will increase substantially and will be a special group of patients for many decades.

Keywords: post-traumatic stress disorder, dynamics, family medicine, pharmacotherapy, psychotherapy, Olatropil.

Сведения об авторах

Юрьева Людмила Николаевна – кафедра психиатрии факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», 49115, г. Днепропетровск, ул. Бехтерева, д. 1. E-mail: lyuryeva@a-teleport.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Перев. на рус. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина // Всемирная организация здравоохранения. Россия. – Санкт-Петербург: Адис, 1994. – 304 с.
2. Наказ МОЗ України № 59 від 05.02.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія».
3. Панченко О.А. Социально-стрессовые расстройства: мирное население в эпицентре военных действий / О.А. Панченко, И.И. Кутько, Н.А. Зайцева // Новости медицины и фармации в Украине. – 2014. – № 15 (509). – С. 6.
4. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: метод. рекомендації [Текст] / П.В. Волошин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Підкоритов [та ін.]. – Харків, 2002. – 47 с.
5. Шестопалова Л.Ф. Особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в Афганистане (медико-психологические аспекты) [Текст] / Шестопалова Л.Ф. // Укр. мед. альманах. – 2000. – Т. 3, № 2 (Додаток). – С. 183–184.
6. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния: монография [Текст] / Л.Н. Юрьева. – Днепропетровск: Арт-пресс, 1998. – 164 с.
7. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства: монография [Текст] / Л.Н. Юрьева. – К.: Сфера, 2002. – 314 с.
8. Configural cue performance in identical twins discordant for posttraumatic stress disorder: theoretical implications for the role of hippocampal function / [Gilbertson M.W., Williston S.K., Paulus L.A. et al.] // Biol.Psychiatry. – 2007. – Vol. 62. – P. 513–520.
9. Dammann G. Posttraumatic stress disorder – challenging a mechanistic neuropsychological and monocausal etiological model // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23. – Вип. 3 (84). – С. 8–15.

Статья поступила в редакцию 23.10.2015