

УДК 616.89:355

## ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ПІД ЧАС АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА СХОДІ УКРАЇНИ

**А.П. Казмірчук**, генерал-майор медичної служби, кандидат медичних наук, начальник Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ»

**Г.В. Іванцова**, полковник медичної служби, кандидат медичних наук, науковий співробітник науково-дослідного відділу (спеціальної медицини та психофізіології) Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

**І.М. Льовкін**, полковник медичної служби, начальник кардіологічного відділення військово-медичного клінічного центру професійної патології особового складу Збройних Сил України

**Резюме.** У статті висвітлені проблемні питання щодо організації надання психіатричної допомоги військовослужбовцям з психічними розладами під час антитерористичної операції на сході України та шляхи їх вирішення.

**Ключові слова:** військовослужбовці, психічні розлади, психіатрична допомога.

**Вступ.** Аналіз досвіду бойових дій, які відбуваються на території нашої країни, свідчить про значне зростання психогенних втрат серед особового складу Збройних Сил України (далі – ЗС України), у порівнянні з війнами інших періодів і в інших державах. Так, якщо середньостатистичні показники психогенних втрат у попередніх воєнних конфліктах становили 10–25%, то у 2014 році серед українських військовослужбовців вони досягали практично 80%, а у 30–40% випадків це можуть бути незворотні втрати, коли психологічні проблеми переходять в психіатричні [9]. При цьому, військовослужбовці фактично не здатні виконувати завдання в зоні проведення антитерористичної операції (далі – АТО) і становлять небезпеку для оточуючих.

**Матеріали та методи дослідження.** Об'єкт дослідження: організація надання психіатричної допомоги військовослужбовцям під час проведення антитерористичної операції.

Методи дослідження: системний аналіз, статистичний, історичний.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В останнє десятиліття не тільки в мирний час, але й під час миротворчих операцій в

клінічній практиці значне поширення одержали психічні розлади, клінічна структура, яких збігається з посттравматичними стресовими розладами (далі – ПТСР). За даними статистики різних воєн і різних армій, психіатричні втрати на театрі воєнних дій складають від 6,6% до 12,7% від чисельності військ і до 30% від загальної кількості санітарних втрат. Крім того, бойові стресові розлади спостерігаються у 20–30% потерпілих хірургічного і терапевтичного профілів. У фізично травмованих осіб встановлено такі невротичні розлади: розлади адаптації (84,4%), короткотермінова депресивна реакція (23,3%), пролонгована депресивна реакція (8,3%), змішана тривожна та депресивна реакція (64,3%), змішані розлади емоцій і поведінки (3,6%), гостра реакція на стрес (10,3%) і ПТСР (5,8%) [6].

Питання удосконалення організації надання психіатричної допомоги в локальних збройних конфліктах залишаються вкрай актуальними. З одного боку, в останні десятиліття різко зросла їх кількість, з іншого – суттєво змінилася структура санітарних втрат психіатричного профілю в бік збільшення розладів межового рівня (при значному зменшенні реактивних психозів), що вказує на

необхідність внесення коректив як в організацію надання психіатричної допомоги, так і в підготовку кадрів.

Система організації психіатричної допомоги визначається не тільки структурою санітарних втрат, а й характером ведення бойових дій, сил і засобів медичної служби, особливо передового району, специфіки театру воєнних дій (далі – ТВД) (географічних, природно-кліматичних, культуральних, професійно-побутових та ін.), а також політичними цілями збройного конфлікту, що безпосередньо впливає на морально-психологічний стан особового складу воюючих сторін. Слід враховувати і той факт, що сучасні види зброї, в тому числі й цілеспрямований інформаційний вплив, значно впливають на психічне здоров'я військовослужбовців.

Питання вивчення клінічних аспектів бойової психічної травми, організації психіатричної допомоги особовому складу, величини та структури санітарних втрат психіатричного профілю завжди займали важливе місце в численних працях вітчизняних і зарубіжних авторів. Разом з тим, до теперішнього часу не розроблена єдина система поглядів на сутність проблеми, що розглядається.

Вкрай важливим з точки зору становлення системи надання психіатричної допомоги військовослужбовцям в умовах локального збройного конфлікту є досвід антитерористичної операції на сході України. Умовно можна виділити три основні періоди (етапи) становлення даної системи:

1) розробка та апробація форм і методів надання психіатричної допомоги на різних етапах медичної евакуації (2014–2015рр.);

2) аналіз і узагальнення результатів надання даної допомоги під час АТО (відповідає періоду відсутності активних бойових дій і відносної стабілізації військово-політичної обстановки в регіоні);

3) формування триступеневої (трьох етапної) системи надання допомоги (функціонує з 2015 року).

До початку АТО на території Донецької та Луганської областей спеціалізована

психіатрична допомога військовослужбовцям ЗС України надавалась у клініках психіатрії Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ», військово-медичного клінічного центру Південного та Північного регіонів, а до анексії Автономної Республіки Крим та м. Севастополя Російською Федерацією – також у психіатричному відділенні військово-медичного клінічного центру Кримського регіону.

У ході реформування ЗС України були скорочені психіатричні відділення з повною ліквідацією стаціонарних ліжок в 1120 Центральному військовому клінічному госпіталі, Дніпропетровському військовому госпіталі. Зменшена чисельність ліжок ГВМКЦ «ГВГКГ» до 50 ліжок, Південного ВМКЦ – до 20 ліжок.

Таким чином, у військових госпіталях було розгорнуто 130 ліжок, що використовувались для обстеження і лікування хворих психіатричного профілю. У військових психіатричних стаціонарах на 1.01.2011 року працювало 20 фахівців-психіатрів, з них: 10 військовослужбовців, 10 – працівників ЗС України [1].

Штатна структура фахівців-психіатрів, у цілому, задовольняла потреби психіатричної допомоги в ЗС України на мирний час. З урахуванням реформування військово-медичної служби, посади психіатрів військової ланки, окремих учбових з'єднань, військових учбових закладів практично повністю були скорочені. Однак, періодичні психіатричні огляди згідно існуючих керівних документів великого контингенту військовослужбовців даних формувань ніхто не відміняв, тому на штатних психіатрів госпітальної ланки було автоматично покладено значне додаткове навантаження, що призвело до погіршення надання спеціалізованої психіатричної допомоги, а також впливало на якість військово-лікарської комісії.

На науково-практичній конференції психіатрів ЗС України (червень 2011 р., м. Харків) [1] наголошувалося на додатковому включенні військових психіатрів в штат ВМКЦ, яке обґрунтовувалося також тим, що в «особливий період», чи при надзвичайних подіях чисельність

уражених психіатричного профілю може сягати значних показників.

Під час першого періоду становлення системи надання психіатричної допомоги військовослужбовцям (2014–2015 рр.) єдина система надання психіатричної допомоги військовослужбовцям була відсутня. У штаті військових формувань і військово-лікувальних установ, які брали участь в забезпеченні АТО, необхідні фахівці практично не були представлені. Тому, дана допомога надавалася безсистемно, переважно тимчасово прикомандированими до військових госпіталів, які протягом усього періоду АТО послідовно змінювали один одного.

Встановлено, що в ході першого періоду, на передовій, в умовах безпосереднього ведення бойових дій, коротко термінові розлади адаптації, в основному, психологічні стресові реакції, виникали у 80–90% військовослужбовців, переважна більшість з яких не мали потреби в проведенні спеціальних медичних заходів (достатнім було проведення психологічної корекції) і відносилися до категорії осіб, які на короткий термін втратили боє- та працездатність. У свою чергу, психічні розлади межового рівня розвивалися у 10–15% особового складу, який брав участь у бойових діях. Такі військовослужбовці потребували проведення короткотермінових (5–7 діб) курсів психо- та фармакотерапії. Однак, у зв'язку з відсутністю в цей період військової психофілактичної ланки більшість з них залишалися без медичної допомоги. Нарешті, психотичні форми відзначалися в поодиноких (менше 1%) випадках.

Згідно даних Національного Військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» [2] військовослужбовці з гострою реакцією на стрес склали 55% від усіх військовослужбовців-учасників АТО з бойовою психічною травмою, які були направлені на лікування до психіатричних стаціонарів (при загально прийнятому для таких розладів діапазон – до 5%).

У період активного збройного протистояння із усіх військовослужбовців, які

пройшли лікування з приводу розладів психіки, 32% визнані непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними у воєнний час [3].

На основі досвіду психіатричного забезпечення ЗС України як у мирний час, так і під час АТО, розроблено «Концепцію Державної програми розвитку системи охорони психічного здоров'я у Збройних Силах України до 2020 року» [4], в якій виділено наступні аспекти вирішення проблеми щодо надання психіатричної допомоги військовослужбовцям ЗС України: подолання «стигми» психіатричного діагнозу, удосконалення системи надання психіатричної та психотерапевтичної допомоги у ЗС України.

Для вирішення проблемних питань психіатричної допомоги, пов'язаних з проведенням АТО, у ЗС України була збільшена чисельність ліжок психіатричного профілю та розширена штатна структура фахівців-психіатрів.

Досвід проведення військових операцій на сході України переконливо підкреслив важливість приділення більш ретельної уваги удосконаленню військово-психіатричної служби і організації її роботи.

В цілому, досвід першого етапу АТО показав очевидні недоліки існуючої організаційно-штатної структури для надання психіатричної допомоги в умовах бойових дій і дозволив сформулювати ряд принципів положень:

1) психологічна та психіатрична допомога повинна проводитися не тільки в період бойових дій, але і в предбойовий і міжбойовий періодах;

2) в умовах сучасних збройних конфліктів в структурі бойової психічної патології провідне значення набувають розлади донозологічного (психологічні стресові реакції) і межового рівня, які при відсутності своєчасної та адекватної допомоги можуть набувати затяжного перебігу і створювати передумови для формування в подальшому більш виражених психічних і психосоматичних розладів, в тому числі, так званого «чеченського» синдрому (за аналогією з «афганським» і «в'єтнамським»);

3) особливу категорію осіб, які потребують своєчасної та адекватної психолого-психіатричної допомоги, складають постраждалі хірургічного (отримали поранення і травми, в тому числі мінно-вибухового характеру) і терапевтичного профілю із супутньою психічною і психосоматичною патологією;

4) скорочення етапів медичної евакуації та наближення психіатричної допомоги до району бойових дій дозволяє істотно підвищити її ефективність і скоротити кількість санітарних втрат за рахунок своєчасного надання необхідної допомоги особам, які на короткий термін (до 1 доби) вийшли зі строю;

5) для підвищення ефективності психолого-психіатричної допомоги військовослужбовцям в районі бойових дій необхідна наявність мобільних груп фахівців (психіатрів, психофізіологів, медичних психологів), штатний склад яких повинен визначатися, виходячи із специфіки збройного конфлікту і оперативної обстановки;

6) основними завданнями даних груп повинні бути:

аналіз медико-психологічної обстановки в зоні збройного конфлікту (безпосередньо у військових частинах);

проведення скринінгового обстеження військовослужбовців для оцінки ступеня зниження їх боєздатності та вибору адекватних заходів корекції;

визначення потреби у наданні психіатричної допомоги різним категоріям військовослужбовців та організація лікувально-евакуаційних заходів (проведення експрес-діагностики, невідкладної корекції психічного стану військовослужбовців, сортування, формування евакуаційних потоків та ін.);

надання методичної та консультативної допомоги лікарському і командному складу з питань проведення психогігієнічних і психопрофілактичних заходів у військах;

прогнозування медико-психологічної та психіатричної ситуації в зоні АТО з підготовкою відповідних рекомендацій командуванню за обсягом і організації психіатричної допомоги з

урахуванням складної бойової та медичної обстановки;

7) медичне сортування в умовах бойової обстановки повинне ґрунтуватися на визначенні характеру і результату психічного розладу і проводитися в короткий термін (остаточний прогноз повинен бути визначений не пізніше 5–7 діб) відповідно рівневого принципу: психологічний, непсихотичний (межовий), психотичний.

Прогнозування результату дозволить виділити наступні групи уражених і хворих:

підлягають поверненню до строю (у термін до 1 доби);

залишаються на даному етапі медичної евакуації;

потребують евакуації на наступні етапи.

При цьому, до першої групи належать військовослужбовці, які на короткий термін втратили праце- та боєздатність, а друга і третя групи представляють собою санітарні втрати.

Для вирішення питання про черговість надання медичної допомоги доцільно виділяти такі групи уражених психіатричного профілю, як:

особи, які потребують невідкладних заходів першої лікарської допомоги (переважно особи з афективно-шоковими реакціями, іншими психотичними станами, які становлять небезпеку для себе і оточуючих);

особи, які не потребують невідкладних заходів першої лікарської допомоги (постраждали з межовим і психотичним рівнем розладів, що не представляють небезпеку для себе і оточуючих, допомога яким може бути надана пізніше);

особи, які потребують, в основному, заходів медико-психологічного характеру і відпочинку (в основному особи з розладами донозологічного, психологічного рівнів – легко постраждали).

Слід підкреслити, що зазначені принципи медичного сортування відносяться тільки до потерпілих, у яких психічні розлади є ізольованими або провідними в клінічній картині.

Висока поширеність межових психічних розладів і розладів адаптації у

військовослужбовців у перший період АТО була обумовлена відсутністю системи психопрофілактичної роботи та медико-психологічної допомоги у військовій ланці. Тому, під час другого періоду становлення системи надання психіатричної допомоги в умовах бойової діяльності (в період відносної стабілізації військово-політичної обстановки в регіоні) в якості одного з головних висновків сформульовано положення про необхідність створення військового психопрофілактичного підрозділу у кожному ВМКЦ необхідно ввести кабінети медико-психологічної корекції (КМПК) у складі психіатра, психофізіолога і психолога, а в штат з'єднань постійної готовності та окремих навчальних центрів – групи психічного здоров'я (психіатр-психотерапевт, психофізіолог, психолог). При розробці штату необхідно враховувати, що система надання психіатричної допомоги особовому складу військ в сучасній локальній війні повинна включати три основні положення:

наближення її до військового етапу;

простота і надійність;

наявність достатніх штатно-організаційних структур, здатних оптимально функціонувати в бойових умовах і забезпечувати необхідні лікувально-евакуаційні та реабілітаційні заходи.

Реалізація вище зазначеного дозволило в третьому періоді АТО реалізувати трьох етапну систему надання допомоги.

На I етапі (першої лікарської допомоги), безпосередньо у військових частинах і підрозділах, фахівцями груп психічного здоров'я із залученням психологів частин проводиться активне виявлення з використанням переважно експрес-діагностичних та експрес-корекційних методик військовослужбовців з дезадаптивними порушеннями та початковими (донозологічними) формами психічних розладів. При цьому основну роботу з методичного керівництва і координації діяльності груп психічного здоров'я проводять фахівці КМПК, в тому числі з використанням спеціальних медичних комплексів експрес-оцінки і корекції боєздатності особового складу.

Введення в військову ланку фахівців, які відповідають за психічне здоров'я військовослужбовців, дозволить істотно підвищити якість проведення психопрофілактичної роботи в частинах.

На II етапі (кваліфікована медична допомога) медико-психологічна допомога військовослужбовцям з терміном лікування 5–7 діб надається в лікувальних установах, дислокованих в зоні бойових дій (військові мобільні госпіталі (далі – ВМГ)), які при необхідності підсилюються групами психічного здоров'я з'єднань. Для забезпечення більш ефективної роботи даних груп в ВМГ розгортається палата психоемоційного розвантаження (на 30 ліжок) з метою проведення необхідних діагностичних і корекційних заходів військовослужбовцям та визначення подальшої лікувально-евакуаційної тактики.

На III етапі (спеціалізована медична допомога) відповідна допомога військовослужбовцям (з термінами лікування до 30 і більше діб) надається у психіатричних відділеннях військово-медичних клінічних центрах регіонів.

В основу системи надання психолого-психіатричної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в зоні АТО, покладені наступні принципи:

наближеність психіатричної допомоги до передових районів;

проведення прогностичного сортування на всіх етапах медичної евакуації;

максимальне повернення в стрій легкопоранених і легко хворих з передового району;

уніфікація підходу до діагностики, лікування та експертизи психічних розладів у військовослужбовців;

дотримання наступності і послідовності у наданні психіатричної допомоги;

широке використання заходів реабілітаційної допомоги, починаючи з передових районів.

Головними напрямками її вдосконалення є:

оптимізація взаємодії груп психічного здоров'я, психіатрів з військовими психологами, заступниками командирів по роботі з особовим складом, іншими фахівцями, відповідальними за збереження психічного здоров'я військовослужбовців;

вдосконалення системи підготовки фахівців військового підрозділу (психіатрів, психотерапевтів, психологів, психофізіологів);

подальша наукова розробка питань бойової психічної патології і організації психолого-психіатричної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій.

Особлива увага до цієї проблеми з боку військового і медичного керівництва дозволить істотно прискорити вирішення вищенаведених проблем і активно впроваджувати в війська найсучасніші методи діагностики, корекції (лікування) і реабілітації військовослужбовців з бойовою психічною травмою.

#### **Висновки**

Виділено три основні періоди (етапи) становлення системи надання психіатричної

допомоги військовослужбовцям в умовах АТО: розробка та апробація форм і методів надання психіатричної допомоги на різних етапах медичної евакуації; аналіз і узагальнення результатів надання даної допомоги під час АТО; формування триступеневої (трьох етапної) системи надання допомоги. Досвід першого періоду (етапу) АТО показав очевидні недоліки існуючої організаційно-штатної структури для надання психіатричної допомоги в умовах бойових дій і дозволив сформулювати ряд принципових положень. Під час другого періоду (етапу) становлення системи надання психіатричної допомоги в умовах бойової діяльності в якості одного з головних висновків сформульовано положення про необхідність створення військового психопрофілактичного підрозділу у кожному ВМКЦ, необхідно ввести кабінети медико-психологічної корекції (КМПК) у складі психіатра, психофізіолога і психолога, а в штат з'єднать постійної готовності та окремих навчальних центрів – групи психічного здоров'я (психіатр-психотерапевт, психофізіолог, психолог).

#### **Література**

1. Астапов Ю.М. Стан психіатричної допомоги в Збройних Силах України. Проблемні питання, недоліки, шляхи усунення / Ю.М. Астапов // Матеріали IV-ї Науково-практичної конференції психіатрів ЗС України. Харків, 8-9 червня 2011 р. – С. 2–13.
2. Иванов Д.А. Особенности организации психиатрической помощи в условиях вооруженного конфликта / Д.А. Иванов, И.А. Лурия, О.В. Друзь, А.Н. Галушка, О.В. Рычка // Наука и практика: міжвідомчий медичний журнал. – 2015. – № 1-2. – С. 55-66.
3. Казмірчук А.П. Роль і місце Головного військово-медичного клінічного центру “ГВКГ” у наданні медичної допомоги, лікуванні поранених та хворих військовослужбовців Збройних сил України / Доповідь начальника ГВМКЦ на міжвідомчій науково-практичній конференції (18 грудня 2014). – 2014.
4. Концепція Державної програми розвитку системи охорони психічного здоров'я у Збройних Силах України до 2020 року / В.Л. Савицький, О.Г. Сиропятов, О.В. Друзь, М.І. Бадюк та ін., – К., 2014. – 12с.
5. Мясников Г.В. Стан терапевтичної допомоги в лікувальних закладах Збройних Силах України // Доповідь Головного терапевта МО України на зборах керівного складу медичної служби ЗС України (6 квітня 2017). – 2015.
6. Організація надання психіатричної допомоги військовослужбовцям в локальних конфліктах/ О.Г. Сиропятов, Г.В. Іванцова, Л.М. Корсуненко // Психічне здоров'я. – 2005. - № 4(9). – С. 76-80.
7. Психіатрія особливого періоду: навчальний посібник / 2-е вид., переоб і доп. / [Ю.В. Рум'янцев, О.Г. Сиропятов, Г.В. Осьодло та ін.] – К.: «МП Леся», 2015. – 228 с.
8. Сиропятов О.Г. Організація надання психіатричної допомоги військовослужбовцям в локальних конфліктах/ О.Г. Сиропятов, Г.В. Іванцова, Л.М. Корсуненко // Психічне здоров'я. – 2005. - № 4(9). – С. 76-80.
9. Удосконалення лікування та реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України із бойовою психічною травмою: Метод. реком. / [О.В. Друзь, О.Г. Сиропятов, М.І. Бадюк та ін.] – К.: «МП Леся», 2015. – 52 с.

*Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Савицький В.Л.*