

Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації

МАТЕРІАЛИ

III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку,
проблеми та перспективи»

8 вересня 2023 року



ПОЛТАВА

2023

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Краснова О. І., Белікова І. В.**

«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2023; Полтава).

Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 8 вересня 2023 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2023. – 165 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів медичної реабілітації в Україні фахівцями різних спеціальностей, питанням медичної та психологічної реабілітації військовослужбовців та правоохоронців, постраждалих внаслідок бойових дій, оптимізації роботи реабілітаційних закладів під час військової агресії РФ та в мирний час.

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

©Полтавський державний медичний університет, 2023

20. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). 17 May 2017. [cited October 22, 2020]. Available from: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

21. World Health Organization. Chronic diseases and health promotion. [cited October 22, 2020]. Available from: https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/en/index11.html .

БОЙОВИЙ ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: ІСТОРИЯ І РЕАЛІЇ.

Могильник А. І., Тарасенко К.В., Адамчук Н.М., Давиденко А.В.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Вступ.

Останні роки в світі ознаменувалися масштабними військовими діями на тлі російського агресивно-загарбницької зовнішньої політики з країнами-сусідами, військового вторгнення в Україну, яке загрожує затягтися на роки, а можливо десятиріччя, і поширитися на інші країни, такі як Казахстан, Грузія, Азербайджан, Польща та країни Балтії. Ці дії пов'язані не тільки з психічною травматизацією учасників бойових дій, а й з багатомільйонними міграційними потоками біженців, які докорінно змінюють свій спосіб життя, хронічною психологічною травматизацією людей, які проживають у зоні військових дій, на прикордонних та окупованих територіях, та мирного населення багатьох країн, яких можуть зачепити агресивні імперські настрої москвитів [3].

Проблема бойової психологічної травми та посттравматичних розладів, що розвиваються в воєнний час, є однією з найактуальніших на сьогодні. Досі відсутні чіткі теоретичні концепції, що визначають підходи до вивчення психологічних та біологічних механізмів розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Розробляється кілька патогенетичних моделей розвитку цього розладу – біологічна, психодинамічна, когнітивна та психосоціальна. Постійні артилерійські обстріли прикордонних територій,

ракетні атаки по всій території нашої держави, щоденні звуки «повітряної тривоги», соціальна, гуманітарна та епідеміологічна ситуація на окупованих територіях Херсонської, Запорізької, Донецької та Луганської областей супроводжуються глибокими психологічними переживаннями не тільки військовослужбовців, а усіх мешканців України, зумовлюють багатофакторність і поліморфність ПТСР в сучасних реаліях [3, 20].

Розглянемо ПТСР, пов'язаний з бойовими обставинами, так званий комбатантний ПТСР. Бойова травма – це не тільки неординарний стрес, як зазначається в класифікаціях психічних розладів, а щось набагато більше. Це психічна, і фізична, і моральна травма; це травма, що зачіпає й особистісно-психологічні основи людини, та її соціальну та біологічну сутність. Бойова психічна травма (БПТ) не обмежується межами театру бойових дій, оскільки маніфестація її клінічних проявів нерідко відбувається через місяці й роки після повернення ветеранів до мирного життя. До того, встановлені дані про деструктивний вплив ПТСР на наступні покоління як через особливі взаємини в сім'ях ветеранів, так і внаслідок можливого генетичного успадкування набутих патологічних змін [8]. Попри те, що велику кількість досліджень з проблеми БПТ, багато її аспектів залишаються нерозробленими або несистематизованими. Недостатньо зрозумілі роль і співвідношення психогенних, екзогенно-органічних та конституційно-особистісних факторів, темпів та тривалості стресового впливу. Дуже суперечливі думки дослідників щодо її специфічності: від повного заперечення такої до виділення «військових психоневрозів» та визнання нозологічної самостійності ПТСР. Складні й різноманітні патогенні чинники бойових обставин не тільки підвищують частоту й обтяжують психічні розлади, а й породжують чимало незвичайних випадків, для осмислення яких необхідні нові, відмінні від колишніх категорії [2, 8].

Історія проблеми. Думки вчених з низки ключових питань проблеми ПТСР не тільки суперечливі, але й часто діаметрально протилежні. Єдино прийнятна для клініциста позиція в цьому випадку не протиставляти їх зміст,

а сприймати їх як єдине ціле з урахуванням відповідних особливостей. Перші згадки про стани, близькі за описом до ПТСР, сягають корінням в античний період [25]. Психічні порушення, пов'язані з пережитим стресом, почали вивчатися з другої половини XIX ст. Поняття психічної травми було введено вперше німецьким неврологом А. Eulenburg у 1878 р., а термін «травматичний невроз» і одна з перших його теорій належать Н. Oppenheim, який уперше сформулював її у 80-х роках XIX ст. [27]. У цей час в Англії почалася науково-технічна революція, яка супроводжувалася зростанням нещасних випадків на виробництві та транспорті та збільшенням числа постраждалих від них. Англійський хірург J. Erichsen описав «струс спинного мозку, нервовий шок та інші нез'ясовані ушкодження нервової системи», або «залізничний спинний мозок». Він пов'язував психічні розлади, що виявляються у постраждалих від катастроф, зі змінами у «мозкових оболонках та речовині спинного та головного мозку» [11]. Перший опис цих розладів зробив J. Da Costa у 1871 р. у період громадянської війни у Північній Америці та визначив їх як «солдатське серце» [9]. Але вчення про травматичні неврози більш інтенсивно розвивалося у Німеччині, причиною чого послужили розвиток залізничного транспорту та промисловості, видання законів про забезпечення постраждалих та обов'язкове страхування. Окрім бажаного комфорту, технічний прогрес ніс із собою і нещасні випадки, аварії та катастрофи. Масштаб і трагічність залізничних катастроф, великі суми компенсацій, що визначалися через суд, – все це створило новий соціальний контекст, у якому формувалося уявлення про травму. У цей період берлінський психіатр К. Moeli (1881) під впливом поглядів Р. Briquet (1859) та J. Charcot (1878) на істерію пояснював походження та розвиток «травматичного неврозу» впливом лише психічного впливу, душевного переживання. Підхід К. Moeli до «травматичного неврозу» як до функціонального розладу незабаром було підтверджено дослідженнями J. Charcot та його учнів, які висунули ідею про те, що основною причиною розладу є емоції та шок.

Психогенно-емоційне походження травматичного неврозу було визнано у Франції, Англії та Америці. Причому вчення G. Beard про неврастенії та вчення J. Charcot про істерію дали можливість останньому вже тоді характеризувати й травматичні неврози як істеричні, неврастенічні та істероневрастенічні форми, що не відрізняються по суті від звичайних картин названих захворювань, що виникають у мирний час. На думку J. Charcot, травматична подія лише каталізатор для прояву деякої конституційної схильності. Він думав, що багато випадків, що в Англії назвали «railway spine», а в Америці потім перейменували на «railway brain», були випадками травматичної істерії, викликані травматичним шоком [14]. Він вважав, що «нервовий шок» вводить пацієнта в стан, схожий на гіпнотичний, що сприяє самонавіянню і веде до істеричного симптому. Дещо по-іншому розвивалося вчення про травматичний невроз у Німеччині, де в 1889 р. була видана монографія Н. Орпенгейм «Травматичні неврози» [19]. З одного боку, автор відкидає грубо органічну основу названих розладів, з другого – не погоджується з поглядами К. Моелі J. Charcot, які відносили названі розлади до групи звичайних функціональних неврастеній, істерій та їх комбінацій. Н. Орпенгейм вважав цей розлад особливим і дав докладний опис клінічної картини травматичного неврозу, що включає поліморфні тривожно-депресивні та вегетативно-судинні прояви у поєднанні з пригніченням рефлексів. Причиною хвороби автор вважав молекулярні зміни у тканинах головного мозку внаслідок комбінованого впливу механічних та психічних факторів. У патогенезі травматичного неврозу він виділяв шок периферичних нервів з молекулярними змінами, що передається з периферії в різні частини ЦНС, паралізує як периферичні, так і центральні її частини. Залежно від інтенсивності та поширеності зазначених змін картина травматичного неврозу може бути дуже різноманітною: вона проявляється від легких розладів чутливості та дратівливої слабкості до грубих розладів чутливості, атаксій, паралічів, судом, тяжких психозів, епілепсії, недоумства тощо.

Погляди Н. Oppenheim на патогенез цього розлад збігалися багато в чому з поглядом J. Charcot.

Патофізіологічний підхід J. Charcot і Н. Oppenheim поставив під сумнів Р. Jane. Він запропонував теорію про підсвідомі психологічні механізми істерії, формування яких визначає «невротична схильність», навіюваність пацієнтів. У 1894 р. R. Sommer ввів термін "психогенії" [24]. Під ними він розумів велику групу захворювань, що позначаються збірною назвою "істерія". Це поняття чітко розмежовує розлади, зумовлені органічним ураженням нервової системи. Ще через рік вийшла робота з викладеною в ній точкою зору на істерію, як на суб'єктивно доцільне для індивіда захворювання, що є засобом порятунку від несприятливих зовнішніх умов. Йдеться про спільну роботу J. Breuer та S. Freud [7], які стверджували ідентичність травматичного неврозу та істерії. Багато авторів виходили з того, що цей розлад не обов'язково пов'язаний з війною або травмою, а може бути викликаний також нещасним випадком.

У 1904 р. E. Kraepelin висунув поняття «Schreckneurosen» і «Angstneurosen» – невроз переляку, або невроз жаху. Психоаналітичне трактування психогеній підтримали провідні психіатри початку ХХ ст. Так, E. Kraepelin провідну роль відводив болючому нахилу та прагненню суб'єкта уникнути уявлень, пов'язаних з психотравмою. На думку E. Bleuler, травматичний невроз «переважно виникає внаслідок несвідомого страху йти на фронт, а надалі — на ґрунті боротьби за пенсію». Неусвідомлюваному бажанню «втечі у хворобу з нестерпної реальності» відводив вирішальну роль і K. Jaspers. Основою для об'єднання симптомів, що виникли після травми, в єдину групу послужили спостереження, що проводяться під час воєнних дій і відразу після них. Спочатку вони були віднесені до галузі компетенції кардіологів та неврологів. У період громадянської війни в Америці з'явилася велика кількість солдатів, які страждали загальною слабкістю, тахікардією і болями в ділянці грудей – фізичними, як тоді вважали, розладами, що настали в результаті фізичної напруги та отримали

назву «серце солдата» або «тривожне серце». В учасників Першої світової війни спостерігалася втома, виснаження та тривожність. Вважалося, що у деяких випадках цей, як тоді називали «шок від вибуху», викликаний дрібними глибинними ураженнями мозку, супроводжувався істотними психічними порушеннями («військова втома», «військовий невроз») [26]. До кінця XIX ст. склалися дві моделі травми: дисоціативна, що сягає французької психіатричної традиції (P. Janet), і модель відреагування J. Breuer і S. Freud. Кожна з цих позицій мала своїх прихильників та противників. Обидві теорії наголошували на психологічній природі травми.

P. Janet показав, що випадки істеричного розладу часто беруть початок у травматичних подіях, які не пов'язані з фізичною травмою, але супроводжуються сильними емоційними переживаннями. Він вважав, що травматичні розлади викликаються подіями, до яких людина виявляється погано підготовленою, до яких вона не може адаптуватися. P. Janet наголошував на патогенній ролі «шокової емоції», що призводить до відмови від пошуку нових форм поведінки, зникнення актів адаптації; шоківі емоції повертають людину до примітивних форм поведінки, що забезпечують негайний захист та мобілізують енергетичні резерви організму. Якщо проблема залишається невирішеною, людина, будучи нездатною до адаптивної активності, починає повторювати ті самі дії, відтворюючи бентежливу подію. Поступово вона дедалі більше стає відчуженою, автоматичною, підсвідомою, що прирікає її на позачасовість, неможливість зміни [6].

У поглядах S. Freud на проблему травми особливу увагу займав феномен фіксації на травмі. Коріння болючого афекту він бачив у сексуальній сфері. Він зазначав, що «картина стану при травматичному неврозі наближається до істерії з багатьма подібними моторними симптомами, але, зазвичай, перевершує її сильно вираженими ознаками суб'єктивних страждань, близьких до іпохондрії чи меланхолії, і симптомами широко розлітої загальної слабкості та порушення психічних функцій» [5].

На початку ХХ ст. нервові хвороби йшли за розрядом соматичних, тому хворі з діагнозом «травматичний невроз» надходили до загальних шпиталів та випадали з поля зору психіатрів. Проте вже тоді виявилось, що психічні захворювання часто виникають без видимих ушкоджень нервової системи, і навіть у солдатів, які не були під артилерійським обстрілом. У цих випадках психіатри воліли говорити про «множинну етіологію хвороби» – накладення таких факторів, як фізична втома, вплив клімату, недоїдання, недосипання, емоційні переживання, конституційна схильність. Тоді ж виникла думка, що причина травматичного неврозу – емоційний шок.

У середині ХХ ст. психіатрія потребувала осмислення і класифікації даних, що накопичилися. Багато в чому цьому сприяли роботи А. Kardiner, у яких автор об'єднав психологічні та фізіологічні симптоми та сформував загальне поняття «фізионевроз». Цьому значною мірою сприяли дослідження Е. Lindemann, який описав стадії переживання горя та можливі патологічні реакції у цьому процесі. Механізми переходу від різноманітних психічних розладів невротичного, а часом і психотичного рівня, в єдину клінічно окреслену діагностичну категорію досі недостатньо вивчені [18]. Зростання чисельності людей, які перенесли психічну травму внаслідок перебування в зоні локальних збройних конфліктів, стихійних лих, екологічних та техногенних катастроф, є незаперечним фактом як минулих років, так і сучасності [10]. Реакція на стрес досягає діагностичних критеріїв у 80% осіб, які перенесли катастрофічні події. Клінічні прояви та динаміка цих розладів залежать від багатьох факторів, насамперед від інтенсивності та тривалості травмуючого впливу, адаптаційних особистісних ресурсів, медико-соціальної системи реабілітації. Катамнестичні дослідження показують, що близько 30% пацієнтів одужують повністю, у 40% зберігаються окремі болючі симптоми, а у 30% хворих стан протягом багатьох років не покращується або стається обтяження хворобливих розладів зі стійкою соціальною дезадаптацією [1].

Сучасні реалії проблеми.

За критеріями Міжнародної класифікації хвороб XI-го перегляду, прояви ПТСР поділені на кілька основних груп і включають нав'язливі повторні переживання травмуючої ситуації, уникнення спогадів і ситуацій, пов'язаних з даною подією; суб'єктивне відчуття постійної небезпеки, настороженість та полохливість. Крім цього вперше виділено таке поняття, як «complex post-traumatic stress disorder». «Складний ПТСР» також характеризується трьома основними групами симптомів, але поряд із порушеннями регуляції емоцій, ідентичності та взаємовідносин пацієнт знецінює себе. Особи зі складним ПТСР зазвичай зазнають тривалого або багаторазового впливу травм, таких як жорстоке поводження в дитинстві та насильство в сім'ї чи спільноті, не можуть вийти з ситуації, що склалася. Складний ПТСР характерний, наприклад, для військовополонених, осіб, що тривало знаходяться у зоні збройного конфлікту; в'язнів концтаборів, заручників. Поширеність цього розладу в популяції становить 1-8 %, а в госпіталізованих до лікувальних психіатричних установ – до 50 % усіх пацієнтів з невротичними розладами [15].

ПТСР – це можливий психопатологічний наслідок впливу травмуючої події (ТП), що загрожує психологічній або фізичній цілісності людини. Крім того, ПТСР асоціюється з вищим ризиком самогубства та суїцидальних думок [16], а також з іншими негативними клінічними наслідками, такими як постійний посттравматичний головний біль та невропатії [23]. У США підраховано, що понад 80% населення в якийсь момент зазнає ТП і більш ніж у 8% цих осіб згодом розвинеться ПТСР. З погляду клінічного перебігу та симптоматики, ПТСР є гетерогенним станом, що створює труднощі з метою оцінки його поширеності. Велика різноманітність ТП може викликати ПТСР, тип ТП може впливати на клінічний перебіг розладу [12].

Вивчення впливу на психофізіологію людини екстремальних стресових ситуацій сприяє як розробці підходів до профілактики стресових розладів, так і наданню адекватної терапевтичної допомоги та проведення успішної соціально-психологічної реабілітації у пацієнтів у разі їх розвитку.

Психогенний вплив різних екстремальних умов на людину складається з безпосередньої загрози для її життя та здоров'я, а також опосередкованої загрози, пов'язаної з очікуванням її реалізації [13]. До «глобальних» психотравмуючих ситуацій відносять, наприклад, міжнаціональні конфлікти та військові дії, різні природні та техногенні катастрофи. Так, при вивченні наслідків ядерного бомбардування Хіросіми та Нагасакі було встановлено, що психічні розлади відзначалися у всіх, хто вижив. Війна як психотравмуючий фактор поєднує майже всі патогенні впливи на людину, властиві стихійним лихам і катастрофам, завдає величезної фізичної, психологічної, духовної та соціально-економічної шкоди [4].

Про поширеність ПТСР, асоційованого з бойовою травмою, свідчать такі дані. У 1988 р. уряд США вперше офіційно визнав данні Американської асоціації у справах ветеранів війни у В'єтнамі, що півмільйона в'єтнамських ветеранів (це 15 % їх загального числа) страждають на досить серйозні психічні розлади, що вимагають лікування, причиною яких є їхня участь у бойових діях. До початку 90-х років, за статистичними даними, близько 100 тисяч в'єтнамських ветеранів наклали на себе руки, а близько 40 тисяч ведуть замкнутий спосіб життя. Вивчення психологічних та психіатричних особливостей формування та динаміки нервово-психічних розладів в учасників В'єтнамської війни відіграло велику роль у визначенні діагностичних критеріїв ПТСР. Хронічні стресові розлади в учасників військових конфліктів стали розглядатися як закономірний наслідок їхньої участі в бойових діях та отримали назви «бойового стресу» та «бойової психічної травми».

За останніми даними, у США серед цивільних осіб точкова поширеність ПТСР варіювала в діапазоні від 8,0 до 56,7%, однорічна поширеність – від 2,3 до 9,1%, а довічна поширеність – від 3,4 до 26,9%. Серед військовослужбовців поширеність варіювалася в діапазоні від 1,2 до 87,5%, поширеність протягом одного року – від 6,7 до 50,2%, а поширеність протягом усього життя – від 7,7 до 17,0% [22]. Поширеність була вищою у

субпопуляціях, включаючи співробітників служб екстреного реагування, біженців, військовополонених. Ризик виникнення та характер розвитку ПТСР, його вираженість та клінічна картина залежать від цілого ряду факторів, а саме:

- виду та особливостей травмуючої ситуації (вираженість, несподіваність виникнення, тривалість дії стресових факторів);
- готовності людей до здійснення своєї діяльності в екстремальних умовах, яка залежить від їх особистісних рис, рівня психологічної та професійної стійкості, фізичної підготовки та інших факторів;
- правильної організації діяльності в екстремальній ситуації;
- швидкої та адекватної соціально-психологічної допомоги особам, які пережили психотравмуючу ситуацію [17].

У науковій літературі відзначається патоморфоз психогенних розладів воєнного часу з превалюванням не класичних форм гострих реактивних станів та психозів, а розладів доболісного рівня, переважно дисгармонійних психологічних реакцій, соматовегетативних порушень та розвитку адикцій без формування синдрому залежності [16]. Дисгармонійними реакціями при бойовому стресі вважають психологічні реакції з клінічною картиною різноманітних і мінливих моторних, афективних і психовегетативних симптомів емоційної напруги: тривога, пригніченість, дратівливість, агресивність, відчай, замкнутість, гіперактивність, транзиторне звуження свідомості. На відміну від хворобливих психопатологічних порушень, прояви хворобливих психологічних реакцій вкрай мінливі, швидкоплинні, не окреслені певними синдромами.

Коли військовослужбовці проходять етап медичної евакуації, психогенні реакції, пов'язані з бойовою травмою, у 64,8% випадків розв'язуються літично, у 2,3% випадків – затяжною течією, у 32,9% випадків – субкомпенсацією. Згодом саме затяжні та субкомпенсовані розлади характеризуються «переходом» до ПТСР, симптоми якого мають найбільшу вираженість у період від 3 до 6 місяців після закінчення дії стресового

фактора. Існують випадки розвитку відстроченого у часі ПТСР, коли за гострим періодом бойової травми немає будь-яких клінічних проявів розладу. Близько 30% пацієнтів з ПТСР компенсуються в період від 1 до 3 років, приблизно у 40-60% зберігаються помірні або легкі порушення, а у 10-20% розлад переходить у важкі хронічні форми [1]. Разом з тим, великі клінічні прояви розладів, що розвиваються внаслідок військових дій, не завжди однозначно вкладаються у діагностичні критерії ПТСР. Різноманітні підходи як у клініко-діагностичному, так і в методологічному плані суттєво ускладнюють позначення чітких меж між окремими психопатологічними категоріями та подальший порівняльний аналіз структури захворюваності [21].

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.

1. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия / пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. Т. 1. 672 с.
2. Могильник А. І., Бодулев О. Ю., Адамчук Н. М. Проблеми психологічної підготовки фахівців в сучасних реаліях української медицини // Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів в умовах реформування системи охорони здоров'я: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, Київ, 09 жовтня 2020 року / М-во охорони здоров'я України, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. Київ, 2020. С.421 – 425.
3. Могильник А. І. Санітарно-епідеміологічна обстановка при природних та антропогенних катастрофах. Організаційні та нормативно-правові аспекти діяльності системи громадського здоров'я в Україні в мирний час та під час війни: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2022. С. 17–23.
4. Могильник А.І., Тарасенко К.В., Адамчук Н.М. Організація надання медичної допомоги військовим під час бойових дій // Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю

- «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 24 лютого 2023 року. Полтава, 2023. С. 61-68.
5. Фрейд З. О психоанализе. Харьков: Фолио, 2001. 706 с.
 6. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. Я и Оно. М.: Изд-во АСТ, 2011. 160 с.
 7. Breuer J., Freud S. On the Psychical Mechanism of Hysterical Phenomena (1893). *International Journal of Psycho-Analysis*. 1956. Vol. 37. P. 8-13.
 8. Bunk D., Eggers C. Die Bedeutung beziehungsdynamischer Faktoren fur die Psychopathogenese von im Kindesalter Naziverfolgten. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1993. Vol. 61(2). P.38-45. DOI: 10.1055/s-2007-9990746. (дата звернення: 23.08.2023).
 9. Da Costa J.M. On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *Am. J. M. Sc.* 1871. Vol. 7. P. 61-117.
 10. Defrance J., Foucher S., Ramdani E., Guilloton L., Lefort H. Soins // Post-Traumatic STRESS Disorder And Psychogenic Pain. – 2019. – Vol. 6, no. 841. – Pp. 9–11. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.soin.2019.10.015> (дата звернення: 23.08.2023).
 11. Erichsen J.E. On concussion of the spine: nervous shock and other obscure injuries of the nervous system in their clinical and medico-legal aspects. London: Longmans. 1875. 340 p.
 12. Kessler R. C., Rose S., Koenen K. C. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13, no. 3. P. 265-274.
 13. Koenen K. C., Ratanatharathorn A., Ng L. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol. Med.* 2017. Vol. 47, no. 13. P. 2260-2274.
 14. Libbrecht K., Quackelbeen J. On the early history of male hysteria and psychic trauma. Charcot's influence on Freudian thought.. *Journal of the history of the behavioral sciences*. 1995. Vol. 31. P. 78-79.

15. Maercker A., Cloitre M., Bachem R., Schlumpf Y.R., Khoury B., Hitchcock C., Bohus M. Complex post-traumatic stress disorder // *Lancet*. 2022. Vol. 400, no. 10345. P. 60–72. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2).(дата звернення: 23.08.2023).
16. McKinney J. M., Hirsch J. K., Britton P. C. PTSD symptoms and suicide risk in veterans: serial indirect effects via depression and anger. *J. Affect Disord.* 2017. Vol. 214. P. 100-107.
17. Mogilnyk A., Leluk Y., Suprunenko S. The influence of information-psychological warfare on the consciousness of society. *EUROPEAN HUMANITIES STUDIES: State and Society*. East European Institute of Psychology (Ukraine – Poland). Issue 1(I), 2018. P. 156 - 167.
18. Nohales L., Prieto N. What’s the post-traumatic stress disorder (PTSD)? // *Rev Prat.* – 2018. – Vol. 68, no. 1. – Pp. 92–96.
19. Oppenheim H. *Die traumatischen Neurosen* (1889). Kessinger Publishing, 2009. 156 p.
20. Rauch S.L., Shin L.M., Phelps E.A. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research — past, present, and future. *Biol. Psychiatry*. 2006. Vol.60. P. 376-382. URL: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.06.004> (дата звернення: 21.08.2023).
21. Ross M. C., Wonders J. An exploration of the characteristics of post-traumatic stress disorder in reserve forces deployed during Desert Storm. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1993. Vol. 7. P. 265-269.
22. Schein J., Houle C., Urganus A. Prevalence of post-traumatic stress disorder in the United States: a systematic literature review. *Curr. Med. Res. Opin.* 2021. Vol. 37, no. 12. P. 2151-2161. DOI: <https://doi.org/10.1080/03007995.2021.1978417>.(дата звернення: 23.08.2023).
23. Serafini G., Gonda X., Pompili M. The relationship between sensory processing patterns, alexithymia, traumatic childhood experiences, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders. *Child Abuse Negl.* 2016. Vol. 62. P. 39-50.

24. Sommer R . Diagnostik der geisteskrankheiten für praktische ärzte und studierende. Wien und Leipzig: Urban & Schwarzenberg, 1894. 302 p.
25. Tomb D.A. The Phenomenology of Post-Traumatic Stress Disorder. Psychiatr. Clin. North Am. 1994. Vol. 17(2). P. 237-250.
26. Van der Hart O, Brown P. Abreaction Re-evaluated. Dissociation. 1992. Vol. 5 (3). P. 127-140. URL: https://www.researchgate.net/publication/228582008_Abreaction_re-evaluated (дата звернення: 23.08.2023).
27. Van der Hart O., Brown P. Concept of psychological trauma. Am. J. Psychiatry. 1990. Vol. 147 (12). P. 1691. doi: 10.1176/ajp.147.12.1691a. (дата звернення: 23.08.2023).

**АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ПРИ ГЕРНІОПЛАСТИЦІ
ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ЛАПАРОСКОПІЧНИМ ТА
ВІДКРИТИМ МЕТОДАМИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО
ВІКУ З СУПУТНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Черній В.І., Денисенко А.І., Яшан О.В.

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ.

Вступ.

Актуальність наукової проблеми пов'язана з появою нових сучасних технологій Fast Track хірургії. Це і використання карбоксиперитонеуму при лапароскопічних операціях, і специфічні «круті» положення пацієнта на операційному столі, і тривалість оперативних втручань, і можливі прояви «технічної» гіперкапнії, респіраторного і, навіть, метаболічного ацидозу, при використанні карбоксиперитонеуму, а також зростання віку пацієнтів, що оперуються та, нерідко наявність тяжкої супутньої патології. Все це підвищує ризики періопераційних ускладнень та потребує перегляду відповідного анестезіологічного менеджменту та періопераційної інтенсивної терапії.

ЗМІСТ

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України, ректора Полтавського державного медичного університету <i>Вячеслава Ждана</i>	3
<u>СТАТТІ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ</u>	4
<i>Гринь К.В., Гринь В.Г., Дельва М.Ю., Пінчук В.А.</i> Необхідність та шляхи збереження ментального здоров'я населення під час військових подій в Україні.....	4
<i>Калмикова Ю.С.</i> Сучасна проблема метаболічного синдрому та напрями лікування при метаболічному синдромі.....	9
<i>Касьян А.Я., Горошко В.І.</i> Роль медичної етики у запобіганні професійного вигорання: вплив цінностей та професійних стандартів....	19
<i>Катеренчук В.І.</i> Шляхи відновлення хворих на цукровий діабет, які зазнали значних порушень глікемії під час війни.....	28
<i>Катеренчук І.П., Вакуленко К.Є., Тесленко Ю.В., М'якінькова Л.О., Рустамян С.Т.</i> Фізичні, психологічні та мотиваційні аспекти кардіореабілітації: сучасний стан та основні напрямки розвитку.....	35
<i>Могильник А. І., Тарасенко К.В., Адамчук Н.М., Давиденко А.В.</i> Бойовий посттравматичний стресовий розлад: історія і реалії.....	45
<i>Черній В.І., Денисенко А.І., Яшан О.В.</i> Анестезіологічний менеджмент при герніопластиці передньої черевної стінки лапароскопічним та відкритим методами у хворих похилого та старечого віку з супутніми захворюваннями.....	58
<u>ТЕЗИ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ</u>	70
<i>Ждан В. М., Голованова І. А., Вовк О. Я., Андрєєв Д.О., Буря Т.С., Ляхова Н. О., Краснова О. І.</i> Вплив курильного статусу лікаря на рівень санітарно-просвітницької роботи щодо профілактики	