

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ: ТОМ 23, ВИПУСК 3 (83), 2023

ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

Зміст

КЛІНІЧНА ТА ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Asgarov I.M.	4
THE EFFECTIVENESS OF 120-140 J/CM ENERGY DENSITY FOR THE ENDOVENOUS LASER ABLATION IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS	
Knanaliyeva N.F.¹, Sultanova M.C.², Qarayeva S.Z.²	7
ULTRASOUND SCANNING AS ESSENTIAL DIAGNOSTIC TOOL FOR PEDIATRIC LUNG CONDITIONS IN INFANTS	
Sultanova M.M.¹, Hasanova R.M.², Agayeva A.M.¹	12
ORGANIZATION OF PREVENTION, EARLY DETECTION AND TREATMENT OF GENETICALLY DETERMINED OPHTHALMOLOGICAL PROBLEMS IN AZERBAIJAN	
Гнатейко О.З., Чайковська Г.С., Лук'яненко Н.С., Кеч Н.Р.	15
ПОРІВНЯЛЬНА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ З ЕКОЛОГІЧНО ЗАБРУДНЕНОГО РАЙОНУ ХІМІЧНИМИ ЧИННИКАМИ	
Nesen A.O.¹, Kirienko A.N.¹, Semenovych P.S.¹, Shkapo V.L.¹, Kirienko D.A.², Tovazhnianska V.D.³	21
SEX-SPECIFIC ASPECTS OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN COMORBIDITY WITH HYPERTENSION	
Ліпкан Н.Г.^{1,2}, Кучменко О.Б.¹	26
ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ З ВРАХУВАННЯМ СТАТЕВОГО ДИМОРФІЗМУ	
Перепака Є.О., Лазоришинець В.В.	31
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗАСТОСУВАННЯ СТИМУЛЯЦІЇ ПРОВІДНОЇ СИСТЕМИ СЕРЦЯ ТА ПРАВОШЛУНОЧКОВОЇ МІОКАРДІАЛЬНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З БРАДИАРИТМІЯМИ	
Руденко М. Л.	37
ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	
Семенових П.С., Несен А.О., Савічева К.О., Щеняєвська О.М., Шкапо В.Л.	42
ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ РІВНОВАГИ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ХВОРОБУ НИРОК	
Супрун А. С.	45
ВПЛИВ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЇ БЛОКАДИ НА ПЕРЕБІГ РАНЬОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ВТРУЧАННІ З ПРИВОДУ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЛЕГЕНЬ В УМОВАХ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ АНЕСТЕЗІЇ СЕВОФЛУРАНОМ	
Танасієнко П.В.¹, Гур'єв С.О.², Скобенко Є.О.³	54
ТРАВМОГЕНЕЗ ПОШКОДЖЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМАМИ ДОВГИХ КІСТОК НА ТЛІ COVID-19	
Фаріон-Навоольська О.В.	58
РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З НЕСТАБІЛЬНІСТЮ ШИЙНОГО ТА ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА ЗА ДОПОМОГОЮ РОБОТИЗОВАНОЇ СТАБІЛОМЕТРИЧНОЇ ПЛАТФОРМИ ТУМО	
Хміль С.В., Петришин Н.Я.	63
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СТИМУЛЯЦІЇ СУПЕРОВУЛЯЦІЇ ЗА ДОВГИМ ПРОТОКОЛОМ ІЗ АГОНІСТОМ ГОНАДОТРОПІН-РИЛІЗИНГ-ГОРМОНУ У ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ НА ТЛІ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ ТА ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ	
Хміль С.В., Терпецька Н.Ю.	68
КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ У ПАЦІЄНТОК ЗІ ЗНИЖЕНИМ ОВАРІАЛЬНИМ РЕЗЕРВОМ У ПРОТОКОЛАХ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	
Khaililov N.G.	73
PECULIARITIES OF DRUG SUPPLY IN THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM	

СТОМАТОЛОГІЯ

Андрієнко К.Ю...... 78
РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ КЛІНІЧНИХ КРИТЕРІЇВ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЗНІМНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ, ВИГОТОВЛЕНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ ЛЕГОВАНИХ ПАКУВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ

Антощук М.М...... 83
АНАЛІЗ ВПЛИВУ БАЗИСНОЇ ПЛАСТМАСИ НА ПОКАЗНИКИ РОТОВОЇ РІДИНИ ПАЦІЄНТІВ НА ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ ЧАСТКОВИМИ ПЛАСТИНКОВИМИ ПРОТЕЗАМИ

Bambuliak A.V., Kuzniak N.B., Dmytrenko R.R., Lopushniak L.Ya...... 88
EXPERIENCE IN APPLYING OSTEOPLASTIC MATERIALS CONTAINING MULTIPOTENT MESENCHYMAL STROMAL CELLS AND HYDROXYAPATITE IN PATIENTS BEFORE THE PROCEDURE OF DENTAL IMPLANT PLACEMENT

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА БІОЛОГІЯ

Kozlova Yu.V...... 94
CHANGES OF BIOMETALS IN THE RAT FOREBRAIN IN THE EARLY PERIOD OF BLAST-INDUCED TRAUMATIC BRAIN INJURY

Serbin S.I.¹, Dubyna S.O.¹, Bondarenko S.V.¹, Sovgyrya S.M.², Koptev M.M.²..... 99
GENERALIZED HISTOSTRUCTURAL AND MORPHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE FRONTAL SINUS OF HUMAN IN HEALTH

Губін М.В., Леонтьєв П.О., Чурасєв В.О., Сербінєнко І.Ю., Першина Л.В...... 104
СУДОВО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ТЯЖКОСТІ ТРАВМ ГОРТАНІ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ НА БАЗІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО СТАЦІОНАРУ

Денисюк Ю. А., Гудима А. А...... 110
ВПЛИВ ГОСТРОЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ КРОВОВТРАТИ НА ДІУРЕЗ ТА ФІЛЬТРАЦІЙНУ ЗДАТНІСТЬ НИРОК ЗА УМОВ ГОСТРОЇ КРОВОВТРАТИ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРЕКЦІЇ РОЗЧИНОМ РІНГЕРА ЛАКТАТУ В КОМБІНАЦІЇ 2-ЕТИЛ-6-МЕТИЛ-3-ГІДРОКСИПІРИДИНУ СУКЦИНАТОМ

Каратєєва С.Ю...... 115
МОДЕЛЬ ПРОГНОЗУВАННЯ ОКРУЖНОСТІ СТЕГНА У НИЖНІЙ ТРЕТИНІ В ДИНАМІЦІ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ БУКОВИНИ ЗАЛЕЖНО ВІД ВИДУ СПОРТУ

Молочек Ю.А.¹, Савосько С.І.², Макаренко О.М.³..... 120
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ КЛІТИН ЦЕРЕБРОКОРТЕКСА НА ТЛІ ЧАСТКОВОГО СТЕНОЗУ ТРАХЕЇ У ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН

Нестуля К.І., Костенко В.О...... 126
МЕХАНІЗМИ НІТРОЗАТИВНОГО СТРЕСУ ТА ДЕСТРУКЦІЇ ОРГАНІЧНОГО МАТРИКСУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЩУРІВ У ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ЇХ НЕПОВНОГО ПЕРЕЛОМУ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

Приходько О.О., Понирко А.О...... 130
СУБМІКРОСКОПІЧНІ ЗМІНИ ТИМУСА ПРИ КЛІТИННОМУ ЗНЕВОДНЕННІ

Рябушко Р.М., Костенко В.О...... 137
УТВОРЕННЯ АКТИВНИХ ФОРМ ОКСИГЕНУ ТА НІТРОГЕНУ В ТКАНИНАХ ПЕЧІНКИ ЩУРІВ ЗА УМОВ ХІРУРГІЧНОЇ ТРАВМИ, ВІДТВОРЕНОЇ НА ТЛІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Трач Н. І., Прохоренко О. О...... 143
ДИНАМІКА ПРОЦЕСІВ ЛІПІДНОЇ ПЕРОКСИДАЦІЇ ТА РОЗВИТОК НАБРЯКУ ЛЕГЕНЬ ПІД ВПЛИВОМ ГОСТРОЇ КРОВОВТРАТИ РІЗНОЇ ТЯЖКОСТІ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

Френкель Ю.Д.¹, Черно В.С.²..... 151
ЕПІГАЛОКАТЕХІН-3-ГАЛАТ ПОЛЕГШУЄ МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ В ОРГАНІЗМІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЦІЛОДОВОБОВОГО ОСВІТЛЕННЯ НА ТЛІ ПРИЗНАЧЕННЯ ВИСОКОКАЛОРИЙНОЇ ВУГЛЕВОДНО-ЛІПІДНОЇ ДІЄТИ

Faustova M.O., Nazarchuk O.A., Loban' G.A., Chumak Yu.V., Avetikov D.S...... 154
SENSITIVITY OF CAUSATIVE AGENTS OF INFECTIOUS-INFLAMMATORY DISEASES IN MAXILLOFACIAL SOFT TISSUES TO ANTIBIOTICS

**ГУМАНІТАРНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЦИНИ,
ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ШКОЛІ**

Лазарук О.В., Давиденко І.С., Лазарук Т.Ю...... 161
ТРУДНОЩІ, АДАПТАЦІЯ ТА ПЕРЕВАГИ ЗМІН МЕТОДОЛОГІЇ ВИКЛАДАННЯ В МЕДИЧНИХ ВИШАХ ПІД ЧАС КАРАНТИННИХ ОБМЕЖЕНЬ

Мамонтова Т.В., Мягохліб А.А., Міщенко І.В., Донченко В.І., Мамонтова В.Д...... 164
АНАЛІЗ ФАКТОРІВ МОТИВАЦІЇ ДО НАВЧАЛЬНОЇ ТА НАУКОВОЇ РОБОТИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Шепітько В.І., Стецук Є.В., Борута Н.В., Левченко О.А., Рудь М.В...... 169
СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ОПАНУВАННЯ І ЗАКРІПЛЕННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК НА КАФЕДРІ ГІСТОЛОГІЇ, ЦИТОЛОГІЇ ТА ЕМБРІОЛОГІЇ

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

Безєга О.В., Ємченко Я.О., Васильєєва К.В...... 173
ІННОВАЦІЙНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ З ВИКОРИСТАННЯМ НАНОТЕХНОЛОГІЙ

Берзінь О.В., Стельмахівська В.П., Кондратюк В.Є...... 179
ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОВПЛИВІВ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЧИННИКІВ РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ОЖИРІННЯ

Єфіменко А. О.¹, Степанський О. Д.¹, Богомольна Л. В.², Жерносєкова І. В.¹, Іщенко О. В.¹..... 188
ЕТИОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВТРАТИ ЗУБНОГО ІМПЛАНТАТУ

Звягольська І.М.¹, Дерев'янюк Т.В.², Полянська В.П.¹.....	193
МЕДИКО-МІКРОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ВОДНОГО ФАКТОРУ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ У РЕАЛІЯХ СЬОГОДЕННЯ	
Лисенко Р.Б.¹, Рябушко Р. М.¹, Оксак Г. А.², Щербань Д. А.², Скрипник Г. Ю.², Степанчук А. П.¹.....	198
ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕРИФЕРИЧНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	
Мозильник А. І., Животовська Л. В., Тарасенко К. В., Бойко Д. І., Сонник Є. Г., Архиповець О. О.	203
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: НАЙАКТУАЛЬНІША ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ	
Смаглюк Л. В., Ляховська А. В., Смаглюк В. І., Трофименко М. І.	212
КРИТЕРІЇ ПЕРСОНІФІКОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ПЛАНУВАННЯ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ	
Ткаченко М.В., Бабаніна М.Ю., Волченко Г.В., Кітура Є.М., Кир'ян О.А.....	217
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОТИЗАПАЛЬНУ ТА УРАТЗНИЖУВАЛЬНУ ТЕРАПІЮ ПОДАГРИ	
Шаєнко Д.П.	225
РЕТЕНЦІЯ МОЛЯРІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ. ЕТІОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ, СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ	
Штробля В.В.¹, Філіп С.С.¹, Луценко Р.В.².....	231
УНІВЕРСАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ КАРБОКСИТЕРАПІЇ В МЕДИЦИНІ	
ЛЕКЦІЇ	
Демидчук А.С.¹, Шамало С.М.¹, Гончарук О.О.², Кураєва А.В.¹, Макаренко О.М.³.....	237
ГЛІОЦИТИ ГОЛОВНОГО МОЗГУ: ЦИТОЛОГІЧНІ І ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ	
ОБМІН ДОСВІДОМ	
Акімов О.Є.¹, Кузнецова Т.Ю.^{1,2}, Соловейова Н.В.¹, Міщенко А.В.¹, Заколадна О.Е.¹, Соловейов В.В.³.....	246
РОЛЬ ЦИНКУ В ОРГАНІЗМІ ЛЮДИНИ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ЙОГО ДЕФІЦИТУ	
Ждан В.М., Лебідь В.Г., Іщайкіна Ю.О., Кир'ян О.А.	250
ОСТЕОАРТРИТ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ – ВПЛИВ СУПУТНЬОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ	
Чайковська Г.С., Гнатейко О.З., Акоп'ян Г.Р., Міхель В.Д.*.....	260
ОФТАЛЬМОЛОГІЧНІ ЗМІНИ АЛГОРИТМУ ДІАГНОСТИКИ РІДКІСНИХ (ОРФАННИХ) ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ	
Шейко В.І., Кучменко О.Б., Гавій В.М., Пасічник С.В.	265
ІНФРАЧЕРВОНА СПЕКТРОСКОПІЯ ТА ЇЇ ЗАСТОСУВАННЯ В МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ	
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	
Фесенко М. Є.¹, Щербань О. А.², Козакевич В. К.¹, Зюзіна Л. С.¹, Калюжка О. І.¹.....	270
СИНДРОМ ВІЛЬЯМСА В ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА	
Шаєнко З. О.	273
ЗАСТОСУВАННЯ НАНОДИСПЕРСНОГО ДЕРМАТОТРОПНОГО ГЕЛЮ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ УРАЖЕНЬ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	

DOI 10.31718/2077–1096.23.3.203

УДК: 616-001.1:616.89

Могильник А. І., Животовська Л. В., Тарасенко К. В., Бойко Д. І., Сонник Є. Г., Архіповець О. О.**ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: НАЙАКТУАЛЬНІША ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ**

Полтавський державний медичний університет

Проблема бойової психологічної травми та посттравматичних розладів, що розвиваються в воєнний час, є однією з найактуальніших на фоні загарбницького вторгнення московитів та розв'язаної ними широкомасштабної війни проти України, яка загрожує затягтися на роки, а можливо десятиріччя, і поширитися на інші країни. Постійні артилерійські обстріли прикордонних територій, ракетні атаки, 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 розвитку посттравматичного стресового розладу в сучасних реаліях. Але, незважаючи на ці трагічні події, вона цікава через її наукове, прикладне, епідеміологічне значення та ряд інших аспектів. Досі відсутні чіткі теоретичні концепції, що визначають підходи до вивчення психологічних та біологічних механізмів розвитку посттравматичного стресового розладу. Розробляється кілька патогенетичних моделей розвитку цього розладу. Він характеризується широким набором астеничних, тривожних, афективних, поведінкових та психотичних порушень, які погано піддаються терапії. Найбільш ефективним є застосування комбінованої фармакологічної та психотерапії. Антидепресанти – єдині фармакологічні засоби, схвалені у міжнародних клінічних рекомендаціях як препарати першого вибору. Існують і експериментальні методи терапії, але вони потребують подальшого вивчення. Тим часом лише половина хворих досягають ремісії, тому в реальній клінічній практиці широкого поширення набули симптоматична терапія, застосування препаратів поза показаннями та поліпрагмація, пов'язана зі спробами впливу на різноманітну коморбідну психопатологічну симптоматику. Такий підхід певною мірою відображає наявний дефіцит методів терапії з доведеною ефективністю і нерідко призводить до затягування захворювання, формування терапевтичної резистентності та розвитку побічних ефектів. Загалом ефективність комплексної терапії ледве вивчена і потребує проведення додаткових репрезентативних плацебо-контрольованих та порівняльних клінічних досліджень, а також розробки більш адекватних та ефективних експериментальних підходів до вивчення нових методів лікування.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, історія проблеми, патогенез, клінічна діагностика, лікування, профілактика.

Стаття є фрагментом НДР кафедри анестезіології та інтенсивної терапії ЗВО Полтавського державного медичного університету «Індивідуалізація анестезіологічного супроводу та інтенсивної терапії з позицій органопroteкції у пацієнтів різних вікових груп, а також в екстреній медицині та акушерстві» (N держреєстрації 0122U200697).

Вступ

Останні роки в світі ознаменувалися масштабними воєнними 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 московитів [1].

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). Розробля-

ється 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 [1, 2].

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 [3]. 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 [3, 4].

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 [5]. 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. Орпенгейм, який уперше сформулював її у 80-х роках XIX ст. [6]. 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. Eichsen 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» [7]. Перший опис цих розладів зробив J. Da Costa у 1871 р. у період громадянської війни у Північній Америці та визначив їх як «солдатське серце» [8]. 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 називали «railway spine», а в Америці потім перейменували на «railway brain», були випадками травматичної істерії, викликані травматичним шоком [9]. Він вважав, що «нервовий шок» вводить пацієнта в стан, схожий на гіпнотичний, що сприяє самонавіянню і веде до істеричного симптому. Деяко по-іншому розвивалося вчення про травматичний невроз у Німеччині, де в 1889 р. була видана монографія Н. Орпенгейм «Травматичні неврози» [10]. З одного боку, автор відкидає грубо органічну основу названих розладів, з другого – не погоджується з поглядами К. Moeli 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. Орпенгейм на патогенез цього розладу збігалися багато в чому з поглядом J. Charcot.

Патофізіологічний підхід J. Charcot і Н. Орпенгейм 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" [11]. 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 [12], 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 психогенії 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 втому, 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 втому», «військовий невроз») [13]. До кінця ХІХ 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 бентежливую подію. Поступово вона дедалі більше стає відчуженою, автоматичною, підсвідомою, що прирікає її на позачасовість, неможливість зміни [14].

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 розлитой загальної слабкості та порушення психічних функцій» [15].

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 втому, 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 A. Kardiner, у яких автор об'єднав психологічні та фізіологічні симптоми та сформував загальне поняття «фізионевроз». Цьому значною мірою сприяли дослідження E. 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 [16]. 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 [17]. 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 [18].

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 [19].

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 [20], а також з іншими негативними клінічними наслідками, такими як постійний посттравматичний головний біль та невротичні [21]. 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 [22].

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 [23]. До «глобальних» психотравмуючих ситуацій відносять, наприклад, міжнародні 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 [24].

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% [25]. 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 [26].

У науковій літературі відзначається патоморфоз психогенних розладів воєнного часу з переважанням неklasичних форм гострих реактивних станів та психозів, а розладів доболісного рівня, переважно дисгармонійних психологічних реакцій, соматовегетативних порушень та розвитку адикцій без формування синдрому залежності [20]. Дисгармонійними реакціями при бойово-

вому стресі вважають психологічні реакції з клінічною картиною різноманітних і мінливих моторних, афективних і психо вегетативних 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 – зтяжною течією, у 32,9% випадків – субкомпенсацією. Згодом саме зтяжні 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 [27].

Лікування та профілактика розвитку ПТСР.

Базовими напрямками надання психіатричної допомоги при виникненні травмуючої події (ТП), що можуть спровокувати виникнення ПТСР, є:

- етапність;
- пріоритизація та маршрутизація;
- послідовність та спадкоємність;
- комплексний біопсихосоціальний підхід.

Досвід багатьох воєн та збройних конфліктів показав, що при наданні психолого-психіатричної допомоги в умовах бойових дій вона має бути максимально швидкою, наближеною до фронту, заздалегідь підготовленою у вигляді простих алгоритмів чи модулів та централізованою з чітким визначенням етапів її надання та маршрутизації постраждалих, включаючи повернення в однострій [4, 28].

Невідкладна допомога при виникненні ТП зазвичай здійснюється нефахівцем у галузі психіатрії, отже, має бути простою. Її основними завданнями є повернення до повноцінної активності, відновлення емоційного контролю, відновлення міжособистісних взаємин. Допомога включає насамперед забезпечення насущних потреб: зниження впливу стресу, задоволення поточних фізіологічних потреб (їжа, вода, гігієна

тощо), захист від заподіяння подальшої шкоди, забезпечення необхідною об'єктивною інформацією з визначенням джерел реальної підтримки, доступ до зв'язку та комунікацій, припинення панічних настроїв, акцентування уваги на перспективі повернення до нормального життя [29].

Психотерапевтична допомога (релаксаційна, аутогенна, когнітивно-поведінкова, десенсибілізуюча та ін.) спрямована на інформування про причини, патогенез і діапазон психологічних та емоційних реакцій; зміна деструктивної схеми реагування на конструктивну; зниження рівня збудження та підвищеного вігільтету з використанням техніки деескалації за необхідності; допомога у вербалізації переживань; зниження емоційного напруження за допомогою релаксаційних методик [30]. Перша психологічна допомога зазвичай спрямована на зниження рівня початкового стресу, викликаного надзвичайною ситуацією, і створення сприятливих умов короткострокового і довгострокового адаптивного функціонування з виробленням внутрішньої індивідуальної стратегії подолання стресової ситуації та її наслідків [31].

Адекватні методики екстреної психолого-психотерапевтичної підтримки та деескалації зазвичай передують психофармакологічному втручанням і є першим кроком для профілактики розвитку ПТСР. Фармакотерапія психічних порушень гострого стресового періоду з погляду сучасних принципів доказової медицини мало вивчена. Серед найбільш загальних правил можна рекомендувати уникати самолікування та неконтрольованого застосування психофармакологічних препаратів і застосовувати їх короткочасно для усунення гострих психопатологічних симптомів, що не піддаються психологічній корекції. Найбільш поширеною практикою є застосування бензодіазепінових похідних, які, однак, потрібно використовувати з обережністю у зв'язку з можливим пригніченням дихальної функції, поведінковою токсичністю та формуванням залежності. З метою корекції порушень сну можна застосовувати гіпнотики: переважно використовуються небензодіазепінові снодійні препарати циклопіролонового ряду (золпідон, есопідон, золпідем, залеплон), тразодон, доксиламін, а бензодіазепіни слід застосовувати з обережністю [32].

При вираженій тривозі, агітації та психотичній симптоматиці можливе короткочасне призначення антипсихотиків. Вибір препарату завжди має здійснюватися з урахуванням соматичного стану пацієнта, можливих побічних ефектів та лікарських взаємодій. Загальні підходи до профілактики ПТСР в умовах надзвичайних ситуацій повинні включати первинну профілактику, тобто виявлення осіб із групи ризику та проведення з ними психологічних тренінгів, та вторинну профілактику, тобто надання максимально швидкої та ефективної допомоги в гострому стресовому періоді, а також проведення адеква-

тного лікування та реабілітації пацієнтів з гострим та підгострим ПТСП. Раннє та правильне встановлення діагнозу ПТСП має вирішальне значення для вибору та успіху терапевтичних втручань [33].

У гострому періоді рекомендується використовувати репресивний метод подолання стресу, спрямований на ігнорування чи відволікання уваги від загрози та зменшення тривожних спогадів, пов'язаних із травмою [25, 29]. Не слід провокувати додаткову емоційну реакцію обговоренням ТП. Проведені дослідження припускають, що дебрифінг може бути пов'язаний з менш сприятливим результатом, а стратегії подолання стресу за допомогою уникнення, придушення та заперечення є ефективними способами полегшення спричиненого стресом розладу та профілактики ПТСП [34, 35].

Оскільки немає чітких доказів, що бензодіазепіни або інші психофармакологічні засоби можуть запобігати розвитку ПТСП та порушувати спонтанні механізми одужання, наприклад активацію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової системи, їх застосування слід по можливості уникати [36]. Серед експериментальних методів фармакопрофілактики розвитку ПТСП в гострому стресовому періоді можна згадати β-блокатори [37], сертралін [38], есциталопрам [39], гідрокортизон [40], кетамін [41], габапентин [42] та окситоцин [43]. У низці робіт показано, що з цих втручань здатні блокувати процес реконсолідації пам'яті про травмуючу ситуацію. Водночас високоякісних клінічних досліджень ефективності цих препаратів не проводилося і отримані результати суперечливі [44].

Терапія хронічного ПТСП.

Психотерапія при ПТСП нині розглядається як терапія першого вибору насамперед у зв'язку з її доведеною ефективністю, найкращою порівняно з психофармакотерапією переносимістю та наданням їй переваги пацієнтами [45, 46]. Найбільш вивчені психотерапевтичні методи відносяться до двох різних підходів:

1) з фокусом на ТП (продовжена, нарративна або віртуальна експозиційна терапія, когнітивна терапія з переробкою, десенсибілізуюча терапія з рухом очей та переробкою, специфічна когнітивно-поведінкова психотерапія, тренування з «щепленням» до стресу);

2) без фокуса на ТП (супортивна, недирективне консультування, пацієнт-центрична терапія з усвідомленням ТП, діалектична поведінкова терапія, міжперсональна, когнітивно-поведінкова терапія, дихальна та м'язова релаксація, йога [46].

Найбільшого поширення у зв'язку з більш високою та доведеною ефективністю набув перший підхід [45]. До найбільш вивчених психофармакологічних методів належать застосування антидепресантів. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну пароксетин і сертралін є препаратами першої лінії вибору фармакоте-

рапії в ряді міжнародних клінічних рекомендацій. Окремі клінічні дослідження показують позитивний ефект щодо флуоксетину, венлафаксину та міртазапіну [47, 48]. Кілька досліджень показали ефективність трициклічних антидепресантів – амітриптиліну [49] та іміпраміну [50]. У разі підвищеної збудливості, дратівливості та агресивності, порушень сну, дисоціативних та психотичних симптомів описано успішне застосування деяких атипичних антипсихотиків (рисперидон, кветіапін, оланзапін) [51]. Тривале застосування антипсихотиків при ПТСП слід уникати через частий розвиток метаболічних та серцево-судинних побічних ефектів. Відомо, що проти-епілептичні препарати пригнічують кіндлінг і потенційно можуть бути ефективними при ПТСП. Однак клінічне застосування антиконвульсантів (ламотриджин, вальпроат, топірамат) при ПТСП показало суперечливі результати. Зокрема топірамат зменшував вираженість симптомів занурення та уникнення [52], у 40% пацієнтів препарат викликав побічні ефекти, що призводять до його скасування [53]. Вальпроат краще діяв на симптоми емоційної нестабільності, збудливості, дисфорії, агресивності та імпульсивності [54], проте у ветеранів воєн різниці із застосуванням плацебо виявлено не було [55]. Поодинокі дослідження інших антиконвульсантів (тіагабін, прегабалін, фенітоїн, леветирацетам та габапентин) включали невелику кількість учасників і не виявили суттєвого підвищення ефективності щодо симптомів ПТСП [56].

Однією з важливих клінічних характеристик ПТСП служить важка дисрегуляція сну, що проявляється у різних порушеннях безперервності, циклічності, структури та архітектури сну загалом, соціальній та яскравих і кошмарних сновидіннях, що пов'язані з ТП, які у останніх міжнародних класифікаціях увійшли у діагностичні критерії. У зв'язку з цим цікаві спроби використання для корекції сну різних адренергічних антагоністів, які теоретично повинні знижувати підвищену при ПТСП центральну норадренергічну активність [57]. Найбільш добре з цією метою вивчений α1-адренергічний антагоніст – празозин. Приєднання празозину до основної терапії перевищувало плацебо щодо збільшення загальної тривалості сну та парадоксальної фази, підвищення якості сну, а також зниження частоти кошмарних сновидінь і вираженості дистресу, пов'язаного зі спогадами про ТП [58]. Дані про ефективність празозину в учасників бойових дій суперечливіші. Велике мультицентрове дослідження у ветеранів воєн із хронічним ПТСП не виявило переваги препарату порівняно з плацебо [59]. Призначення β-блокатора пропранололу безпосередньо перед сеансами психотерапії з фокусом на ТП у кількох дослідженнях знижувало тяжкість суб'єктивного сприйняття травмуючих спогадів, зменшувало виразність вегетативних реакцій та покращувало когнітивні функції пацієнтів [60].

Бензодіазепіни широко використовуються для симптоматичної терапії ПТСР, насамперед для корекції тривоги та порушень сну [36]. Їх застосування також може підвищувати ефективність психотерапії. Водночас деякі дослідження показали відсутність впливу бензодіазепінів на симптоми ПТСР у середньостроковій та тривалій перспективі [61]. До того, їх тривале застосування може викликати порушення пам'яті, звикання та розвиток залежності з агресивною поведінкою, особливо в учасників бойових дій, а в деяких випадках навіть посилювати поведінку уникнення та емоційну байдужість [62].

Серед експериментальних методів фармако-терапії ПТСР, які виявили швидкий, але не завжди стабільний позитивний ефект у деяких клінічних дослідженнях, можна згадати застосування антагоніста NMDA-глутаматних рецепторів – кетаміну [63], агоніста гліцинових рецепторів – D-циклосерину [64], моноамінового психостимулятора амфетамінового ряду – 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) [65], антагоністів і регуляторів каннабіноїдних рецепторів – каннабідіолу і набіксимолу [66], антагоніста глюкокортикоїдних рецепторів – міфепрестону [67], антагоністів рецепторів вазопресину [68], нейропептиду – окситоцину [113], антагоніста ангіотензинових рецепторів – лозартану [69]. Безумовно, всі ці методи потребують додаткового вивчення і не можуть бути рекомендовані для практичного застосування.

Серед нелікарських методів терапії ПТСР слід відзначити певну ефективність нейростимулюючої терапії: електросудомної терапії [70], транскраніальної магнітної стимуляції, транскраніальної електричної стимуляції постійним струмом [71, 72], а також ксенонотерапію [73]. В основному ці методи використовуються при лікуванні пацієнтів із терапевтичною резистентністю.

При лікуванні хронічного ПТСР необхідно контролювати зловживання психоактивними речовинами та проводити терапію частих коморбідних психічних та соматичних розладів. У зв'язку з цим звичайною практикою при лікуванні ПТСР є симптоматична терапія, призначення поза показаннями та поліпрагмазія, що потребує підвищеної уваги щодо лікарських взаємодій. На жаль, повноцінна ремісія або одужання при ПТСР, незважаючи на адекватну фармакологічну, психологічну та комбіновану терапію, спостерігається досить рідко. Наприклад, учасники та свідки бойових дій майже в половині випадків демонструють низьку відповідь на терапію, що пов'язують із силою стресового впливу та особливостями особистості комбатантів (уникнення, недовіра, афективна напруженість, схильність переривати лікування у ранні терміни) [73].

Висновок

Посттравматичний стресовий розлад є важким, як правило, хронічним психічним розладом, що має серйозні наслідки для особистісного та

соціального функціонування пацієнта. ПТСР характеризується широким набором астеничних, тривожних, афективних, поведінкових та психотичних порушень, які погано піддаються терапії. Найбільш ефективним при лікуванні ПТСР є застосування комбінованої фармакологічної та психотерапії. У цьому основна роль традиційно приділяється психотерапевтичним методам з фокусом на ТП. Єдиними фармакологічними засобами, схваленими у міжнародних клінічних рекомендаціях як препарати першого вибору, є антидепресанти – сертралін, пароксетин, флуоксетин та венлафаксин. Деякі атипичні антипсихотики, антиконвульсанти, α -адреноблокатори та бензодіазепіни використовуються в основному для посилення ефекту антидепресантів та психотерапії.

До експериментальних методів лікування, які потребують подальшого вивчення, відносяться застосування гормональних нейромодуляторів, антагоністів каннабіноїдних рецепторів, антагоністів глутаматних рецепторів, антагоністів глюкортикоїдних рецепторів, деяких психостимуляторів та протизапальних препаратів, а також нові методи нейростимуляції. Тим часом лише половина хворих досягають ремісії під час проведення такої терапії, що частково пов'язано з низькою комплаєнтністю пацієнтів з ПТСР, їх особистісними особливостями, з небажанням приймати допомогу, а також зі стигматизацією психіатричної допомоги загалом. Тому в реальній клінічній практиці широкого поширення набули симптоматична терапія, застосування препаратів поза показаннями та поліпрагмазія, пов'язана зі спробами впливу на різноманітну коморбідну психопатологічну симптоматику. Такий підхід з використанням тактики «проб та помилок» певною мірою відображає існуючий дефіцит методів терапії з доведеною ефективністю і нерідко призводить до затягування захворювання, формування терапевтичної резистентності та розвитку побічних ефектів. Загалом комплексна терапія ПТСР, особливо внаслідок бойової травми, практично не вивчена і потребує проведення додаткових репрезентативних плацебо-контрольованих та порівняльних клінічних досліджень, а також розробки більш адекватних та ефективних експериментальних підходів до вивчення нових методів терапії.

Внесок авторів

Автори підтверджують свій внесок у роботу таким чином: автори ідеї, робота з історичною літературою – Антон Могильник, Лілія Животовська, Костянтин Тарасенко; опрацювання сучасної літератури останніх років та електронних джерел – Антон Могильник, Дмитро Бойко; написання статті – Антон Могильник, Євген Сонник, Олександр Архіповець; організація психіатричної допомоги пацієнтам – Лілія Животовська, Дмитро Бойко. Усі автори ознайомилися з результатами і схвалили остаточний варіант рукопису.

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References

1. Mohylnyk AI. Sanitarno-epidemiologichna obstanovka pry pryrodnykh ta antropohennykh katastrofakh [Sanitation and epidemiological condition during natural and anthropogenic disasters]: Orhanizatsiini ta normatyvno-pravovi aspekty diialnosti systemy hromadskoho zdorovia v Ukraini v myrnyi chas ta pid chas viiny [Organizational and legal aspects of the activity of the public health system in Ukraine in peacetime and during the war]: kolektyvna monohrafiia. In: Zhdan VM, Holovanova IA, editor. Poltava: TOV «Firma «Tekhservis», 2022. P. 17–23. (Ukrainian).
2. Rauch SL, Shin LM, Phelps EA. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research – past, present, and future. *Biol Psychiatry*. 2006;60:376-382.
3. Bunk D, Eggers C. Die Bedeutung beziehungs-dynamischer Faktoren für die psychopathogenese von im Kindesalter naziverfolgten. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 1993;61(2):38-45. (German)
4. Mohylnyk AI, Boduliev OYu, Adamchuk NM. Problemy psykholohichnoi pidhotovky fakhivtsiv v suchasnykh realiakh ukrainskoi medytsyny [Psychological training issues of specialists in modern realities of Ukrainian medicine]. Bezpererivnyi profesiyni rozvytok likariv ta provizoriv v umovakh reformuvannia systemy okhorony zdorovia [Uninterrupted professional development of doctors and pharmacists in the context of reforming the health care system]: materialy naukovy-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu, Kyiv, 09 zhovtnia 2020 roku. M-vo okhorony zdorovia Ukrainy, Natsionalna medychna akademiia pisladyplomnoi osvity im. P. L. Shupyka. Kyiv, 2020. P. 421–425. (Ukrainian).
5. Tomb DA. The Phenomenology of Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1994;17(2):237-250.
6. Van der Hart O, Brown P. Concept of psychological trauma. *Am J Psychiatry*. 1990;147(12):1691.
7. Erichsen JE. 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.
8. Da Costa JM. On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *Am J M Sc*. 1871;7: 61-117.
9. 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;31:78-79.
10. Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen (1889). Kessinger Publishing; 2009. 156 p. (German)
11. Sommer R. Diagnostik der geisteskrankheiten für praktische ärzte und studierende. Wien und Leipzig: Urban & Schwarzenberg; 1894. 302 p. (German)
12. Breuer J, Freud S. On the Psychical Mechanism of Hysterical Phenomena (1893). *International Journal of Psycho-Analysis*. 1956;37:8-13.
13. Van der Hart O, Brown P. Abreaction Re-evaluated. *Dissociation*. 1992;5(3):127-140.
14. Freid Z. Po tu storonu pryntsyapa udovolstvya. Ya y Ono [Beyond the pleasure principle. The Ego and the Id]. M.: Yzd-vo AST, 2011. 160 p. (Russian).
15. Freid Z. O psykhoanalize [An Outline of Psychoanalysis]. Kharkov: Folyo, 2001. 706 p. (Russian).
16. Nohales L, Prieto N. What's the post-traumatic stress disorder (PTSD)? *Rev Prat*. 2018;68(1):92–96.
17. Defrance J, Foucher S, Ramdani E, et al. Post-Traumatic STRESS Disorder And Psychogenic Pain. *Soins*. 2019; 6(841):9–11.
18. Boland R, Verduin M. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. In: Ruis P, consulting editor. 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2022. 596 p.
19. Maercker A, Cloitre M, Bachem R, et al. Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet*. 2022;400(10345):60-72.
20. McKinney JM, Hirsch JK, Britton PC. PTSD symptoms and suicide risk in veterans: serial indirect effects via depression and anger. *J Affect Disord*. 2017;214:100-107.
21. 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;62:39-50.
22. Kessler RC, Rose S, Koenen KC. 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;13(3):265-274.
23. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2017;47(13):2260-2274.
24. Mohylnyk AI, Tarasenko KV, Adamchuk NM. Orhanizatsiia nadannia medychnoi dopomohy viiskovym pid chas bioiolykh dii [Organization of providing medical aid to military personnel during hostilities] Materialy III Vseukrainskoi naukovy-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu «Ekstrena ta nevidkladna dopomoha v Ukraini: orhanizatsiini, pravovi, klinichni aspekty» [“Emergency and urgent care in Ukraine: organizational, legal, clinical aspects “], 24 liutoho 2023 roku. Poltava, 2023. P. 61-68. (Ukrainian).
25. 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;37(12):2151-2161.
26. 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(1); 2018. P. 156-167.
27. Ross MC, Wonders J. An exploration of the characteristics of post-traumatic stress disorder in reserve forces deployed during Desert Storm. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1993;7:265-269.
28. Zohar J, Juven-Wetzler A, Sonnino R, et al. New insights into secondary prevention in post-traumatic stress disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(3):301-9.
29. Zhou YG, Shang ZL, Zhang F, et al. PTSD: past, present and future implications for China. *Chin J Traumatol*. 2021 Jul;24(4):187-208.
30. Center for Substance Abuse Treatment (US). Trauma-informed care in behavioral health services. rockville (md): substance abuse and mental health services administration (US); 2014. Report No.: (SMA) 14-4816. [Internet]. PMID: 24901203. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207192/>
31. Brymer M, Layne C Jacobs A, et al. Psychological first aid: Field operations guide. 2nd ed. National Child Traumatic Stress Network; July, 2006. 189 p.
32. Mellman TA, Bustamante V, David D, Fins AI. Hypnotic medication in the aftermath of trauma. *J Clin Psychiatry*. 2002 Dec;63(12):1183-4.
33. Howlett JR, Stein MB. Prevention of Trauma and Stressor-Related Disorders: A Review. *Neuropsychopharmacology*. 2016 Jan;41(1):357-69.
34. Shalev AY, Anki Y, Gilad M, et al. Long-term outcome of early interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2016 May;77(5):580-7.
35. Weber M, Schumacher S, Hannig W, et al. Long-term outcomes of psychological treatment for posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2021 Jul;51(9):1420-1430.
36. Guina J, Rossetter SR, DeRHODES BJ, et al. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychiatr Pract*. 2015 Jul;21(4):281-303.
37. Giustino TF, Fitzgerald PJ, Maren S. Revisiting propranolol and PTSD: Memory erasure or extinction enhancement? *Neurobiol Learn Mem*. 2016 Apr;130:26-33.
38. Stoddard FJ Jr, Luthra R, Sorrentino EA, et al. A randomized controlled trial of sertraline to prevent posttraumatic stress disorder in burned children. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2011 Oct;21(5):469-77.
39. Suliman S, Seedat S, Pingo J, et al. Escitalopram in the prevention of posttraumatic stress disorder: a pilot randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2015 Feb 19;15:24.
40. Delahanty DL, Gabert-Quillen C, Ostrowski SA, et al. The efficacy of initial hydrocortisone administration at preventing posttraumatic distress in adult trauma patients: a randomized trial. *CNS Spectr*. 2013 Apr;18(2):103-11.
41. Feder A, Parides MK, Murrough JW, et al. Efficacy of intravenous ketamine for treatment of chronic posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2014 Jun;71(6):681-8.
42. Stein MB, Kerridge C, Dimsdale JE, Hoyt DB. Pharmacotherapy to prevent PTSD: Results from a randomized controlled proof-of-concept trial in physically injured patients. *J Trauma Stress*. 2007 Dec;20(6):923-32.
43. Van Zuiden M, Frijling JL, Nawijn L, et al. Intranasal Oxytocin to Prevent Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial in Emergency Department Patients. *Biol Psychiatry*. 2017 Jun 15;81(12):1030-1040.
44. Bertolini F, Robertson L, Bisson JI, et al. Early pharmacological interventions for universal prevention of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Feb 10;2(2):CD013443.
45. Lee DJ, Schnitzlein CW, Wolf JP, et al. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depress Anxiety*. 2016 Sep;33(9):792-806.

46. VA/DOD Clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder: clinician summary. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2018 Oct;16(4):430-448.
47. Williams T, Phillips NJ, Stein DJ, Ipser JC. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Mar 2;3(3):CD002795.
48. Cipriani A, Williams T, Nikolakopoulou A, et al. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychol Med*. 2018 Sep;48(12):1975-1984.
49. Davidson J, Kudler H, Smith R, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Arch Gen Psychiatry*. 1990 Mar;47(3):259-66.
50. Kosten TR, Frank JB, Dan E, et al. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *J Nerv Ment Dis*. 1991 Jun;179(6):366-70.
51. Gasparyan A, Navarro D, Navarrete F, Manzanares J. Pharmacological strategies for post-traumatic stress disorder (PTSD): From animal to clinical studies. *Neuropharmacology*. 2022 Nov 1;218:109211.
52. Varma A, Moore MB, Miller CWT, Himelhoch S. Topiramate as Monotherapy or Adjunctive Treatment for Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *J Trauma Stress*. 2018 Feb;31(1):125-133.
53. Lindley SE, Carlson EB, Hill K. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of augmentation topiramate for chronic combat-related posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2007 Dec;27(6):677-81.
54. Hamner MB, Faldowski RA, Robert S, et al. A preliminary controlled trial of divalproex in posttraumatic stress disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2009 Apr-Jun;21(2):89-94.
55. Davis LL, Davidson JR, Ward LC, et al. Divalproex in the treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in a veteran population. *J Clin Psychopharmacol*. 2008 Feb;28(1):84-8.
56. Baniasadi M, Hosseini G, Fayyazi Bordbar MR, et al. Effect of pregabalin augmentation in treatment of patients with combat-related chronic posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *J Psychiatr Pract*. 2014 Nov;20(6):419-27.
57. Nappi CM, Drummond SP, Hall JM. Treating nightmares and insomnia in posttraumatic stress disorder: a review of current evidence. *Neuropharmacology*. 2012 Feb;62(2):576-85.
58. Reist C, Streja E, Tang CC, et al. Prazosin for treatment of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS Spectr*. 2021 Aug;26(4):338-344.
59. Raskind MA, Peskind ER, Chow B, et al. Trial of Prazosin for Post-Traumatic Stress Disorder in Military Veterans. *N Engl J Med*. 2018 Feb 8;378(6):507-517.
60. Young C, Butcher R. Propranolol for Post-Traumatic Stress Disorder: A Review of Clinical Effectiveness [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2020 Mar 18. PMID: 33074615.
61. Rothbaum BO, Price M, Jovanovic T, et al. A randomized, double-blind evaluation of D-cycloserine or alprazolam combined with virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder in Iraq and Afghanistan War veterans. *Am J Psychiatry*. 2014 Jun;171(6):640-8.
62. Du J, Diao H, Zhou X, et al. Post-traumatic stress disorder: a psychiatric disorder requiring urgent attention. *Medical Review*. 2022; 2(3):219-243.
63. Ross C, Jain R, Bonnett CJ, Wolfson P. High-dose ketamine infusion for the treatment of posttraumatic stress disorder in combat veterans. *Ann Clin Psychiatry*. 2019 Nov;31(4):271-279.
64. Baker JF, Cates ME, Luthin DR. D-cycloserine in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Ment Health Clin*. 2018 Mar 23;7(2):88-94.
65. Jerome L, Feduccia AA, Wang JB, et al. Long-term follow-up outcomes of MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: a longitudinal pooled analysis of six phase 2 trials. *Psychopharmacology (Berl)*. 2020 Aug;237(8):2485-2497.
66. Elms L, Shannon S, Hughes S, Lewis N. Cannabidiol in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder: A Case Series. *J Altern Complement Med*. 2019 Apr;25(4):392-397.
67. Golier JA, Caramanica K, Demaria R, Yehuda R. A Pilot Study of Mifepristone in Combat-Related PTSD. *Depress Res Treat*. 2012;2012:393251.
68. Lago TR, Brownstein MJ, Page E, et al. The novel vasopressin receptor (V1aR) antagonist SRX246 reduces anxiety in an experimental model in humans: a randomized proof-of-concept study. *Psychopharmacology (Berl)*. 2021 Sep;238(9):2393-2403.
69. Stein MB, Jain S, Simon NM, et al; LOSe-PTSD Investigators. Randomized, Placebo-Controlled Trial of the Angiotensin Receptor Antagonist Losartan for Posttraumatic Stress Disorder. *Biol Psychiatry*. 2021 Oct 1;90(7):473-481.
70. Kellner CH, Romanella SM. ECT as a Novel Treatment for PTSD. *J ECT*. 2019 Jun;35(2):13.
71. Van't Wout M, Longo SM, Reddy MK, et al. Transcranial direct current stimulation may modulate extinction memory in posttraumatic stress disorder. *Brain Behav*. 2017 Apr 11;7(5):e00681.
72. Van 't Wout-Frank M, Shea MT, Larson VC, et al. Combined transcranial direct current stimulation with virtual reality exposure for posttraumatic stress disorder: Feasibility and pilot results. *Brain Stimul*. 2019 Jan-Feb;12(1):41-43.
73. Dobrovolsky A, Bogin V, Meloni EG. Combining Xenon Inhalation With Trauma Memory Reactivation to Reduce Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder: Case Report, Justification of Approach, and Review of the Literature. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2019 Sep 19;21(5):18nr02395.

Summary

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AS PRESSING ISSUES OF OUR TIME

Mohylnyk A., Zhyvotovska L., Tarasenko K., Boiko D., Sonnik Ye., Arkhipovets O.

Key words: post-traumatic stress disorder, problem history, pathogenesis, clinical diagnostic, treatment, prevention.

The issue of combat-related psychological trauma and the development of post-traumatic disorders during wartime are of great significance now. The ongoing conflict with the invasion of neighbouring forces and the large-scale war against Ukraine poses a threat that could extend for years, if not decades, and potentially affect other regions. The constant shelling of border areas, missile attacks, and the dire social, humanitarian, and epidemiological conditions in occupied territories of Kherson, Zaporizhzhia, Donetsk and Luhansk regions have resulted in profound psychological distress among not only military personnel but also the entire population of Ukraine. This situation has led to a complex and diverse development of post-traumatic stress disorder in the contemporary context. However, despite these tragic events, this topic is of interest due to its scientific, practical, epidemiological significance, among other aspects. There is still no universally accepted theoretical framework defining approaches to the study of the psychological and biological mechanisms underlying post-traumatic stress disorder. Several pathogenetic models of the development of this disorder are currently under development. This disorder is characterized by a wide range of symptoms, including asthenia, anxiety, affective, behavioural, and psychotic disorders, which often present challenges in therapy. The most effective approach involves the use of combined pharmacological and psychotherapeutic interventions, with antidepressants being the only pharmacological agents endorsed in international clinical guidelines as first-line treatments. While experimental treatment methods exist, they require further investigation. Nonetheless, only about half of the patients achieve remission. Consequently, symptomatic therapy, placebo medications, and polypharmacy have become common in clinical practice, as clinicians attempt to address various comorbid psychopathological symptoms. This approach, to some extent, reflects the lack of well-established effective therapeutic methods and often results in prolonged

illness, the development of treatment resistance, and the occurrence of side effects. In general, the efficacy of comprehensive therapy is insufficiently studied and necessitates further representative placebo-controlled and comparative clinical studies, as well as the development of more suitable and effective experimental approaches to investigate novel treatment methods.

DOI 10.31718/2077-1096.23.3.212

УДК 616.314-089.23-072

Смаглюк Л. В., Ляховська А. В., Смаглюк В. І., Трофименко М. І.

КРИТЕРІЇ ПЕРСОНІФІКОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ПЛАНУВАННЯ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Полтавський державний медичний університет

Одним із основних допоміжних методів для постановки остаточного діагнозу та вибору методів лікування у клінічній практиці лікаря-ортодонта є рентгенологічний метод дослідження, який може бути застосований на всіх етапах стоматологічної реабілітації. Мета дослідження: на основі аналізу літературних джерел та власного клінічного досвіду сформувавши та обґрунтувати критерії персоналізованого підходу до планування рентгенологічного обстеження у ортодонтічних пацієнтів. Матеріали та методи дослідження. Нами проведений аналіз літературних джерел за ключовими словами: рентгенологічні методи, стоматологія, ортодонція, ортопантомаграма, цефалометоричний аналіз, конусно-променева комп'ютерна томографія, іонізуюче опромінення. Був виконаний ретроспективний аналіз 1054 історій хвороби пацієнтів, які звернулися за стоматологічною допомогою за період 2020-2023 років. Особливу увагу звертали на призначений вид рентгенологічного обстеження та його дані. Результати дослідження. Проаналізовані нормативно-правові документи, які регулюють променеву безпеку громадян України, в тому числі річну оптимальну дозу, отриману внаслідок медичного обстеження чи лікування. Проведений порівняльний аналіз показників іонізуючого опромінення пацієнта при різних видах рентгенологічного обстеження з використанням найпоширеніших рентгенологічних апаратів. Визначено покази та зони візуалізації для кожного методу рентгенологічного дослідження, яке застосовуються в ортодонтічних пацієнтів: 2-д (ортопантомаграма, телерентгенограма голови у прямій та боковій проекціях), 3-д (конусно-променева комп'ютерна томографія сегменту, щелепи, лицевого відділу черепу). Висновок. Критеріями персоналізованого підходу є: виділення зони підвищеного інтересу на основі проведеного клінічного обстеження, вміння аналізувати та визначати порядок лікувальних заходів на основі аналізу отриманих даних та розуміння принципів променевої безпеки для пацієнтів.

Ключові слова: персоналізований підхід, рентгенологічний метод, іонізуюче опромінення, ортопантомаграма, конусно-променева комп'ютерна томографія.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри ортодонції Полтавського державного медичного університету «Інтегральний підхід до реабілітації пацієнтів із зубо-щелепними аномаліями та деформаціями», № державної реєстрації 0122 и202088, строки виконання 2023-2027 рр.

Вступ

Персоналізований підхід до планування діагностики, лікування та профілактики пацієнтів з ортодонтічною патологією передбачає індивідуалізацію погляду на кожну клінічну ситуацію на основі комплексності знань, клінічного досвіду та мислення, сучасних методів дослідження з урахуванням особливостей конкретного випадку. Одним із основних допоміжних методів для постановки остаточного діагнозу та вибору методів лікування у клінічній практиці лікаря-ортодонта є рентгенологічний метод дослідження, який може бути застосований на всіх етапах стоматологічної реабілітації [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Технологічний прогрес у сучасному сьогодні сприяв стрімкій появі і розвитку можливостей рентгенологічних методів обстеження, що ставить перед клініцистом складну задачу вибору оптимального додаткового методу дослідження, який забезпечить правильну постановку діагнозу та плану лікування [1, 2, 7, 8]. На нашу думку, обґрунтування раціонального вибору методу рентгенологічної

діагностики полягає у симбіозі всебічного клінічного обстеження ортодонтічного пацієнта та розуміння основних понять променевої безпеки людини.

Тому метою нашого дослідження стало наступне: на основі аналізу літературних джерел та власного клінічного досвіду сформувавши та обґрунтувати критерії персоналізованого підходу до планування рентгенологічного обстеження у ортодонтічних пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження. Був проведений аналіз літературних джерел за ключовими словами: рентгенологічні методи, стоматологія, ортодонція, ортопантомаграма, цефалометоричний аналіз, конусно-променева комп'ютерна томографія, іонізуюче опромінення. Також був виконаний ретроспективний аналіз 1054 історій хвороби пацієнтів, які звернулися за стоматологічною допомогою за період 2020-2023 років. Нами вивчено дані клінічного обстеження пацієнтів, попередній та остаточний діагноз, план додаткового обстеження. Особливу увагу звертали на дані рентгенологічного обстеження.