

**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги
та медицини катастроф Полтавської обласної ради»
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації**

МАТЕРІАЛИ

**IV Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю
«Екстрена та невідкладна допомога
в Україні: організаційні, правові,
клінічні аспекти»
23 лютого 2024 року**



**ПОЛТАВА
2024**

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

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

«Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2024; Полтава).

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 23 лютого 2024 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2024. – 180 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів екстреної та невідкладної допомоги в Україні фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації галузі охорони здоров'я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування.

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

©Полтавський державний медичний університет, 2024

ПАНІЧНА АТАКА, ЯК НЕВІДКЛАДНИЙ СТАН В КОНТЕКСТІ ТРИВОЖНИХ ТА СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

Гринь К.В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Збереження психічного здоров'я населення України на сьогодні стає дедалі актуальнішим питанням, яке обговорюється на різних рівнях організації та надання медичної допомоги. До роботи з ментальною сферою долучаються сімейні лікарі, робітники соціальної сфери, психологи, створюються центри ментального здоров'я, тощо.

Панічний розлад, найяскравішим клінічним проявом якого є панічна атака, – найбільш розповсюджена категорія тривожних розладів. Рівень поширення панічного розладу в загальнолюдській популяції сягає 2,1–4,7 % [1]. Якщо висвітлити ці дані в абсолютних цифрах, в нагоді стали статистичні дані Всесвітньої організації охорони здоров'я, за даними якої близько 264 мільйонів людей у всьому світі страждають на панічні розлади [2].

В українській популяції відсотковий показник поширення панічного розладу, ймовірно, буде перевищувати загальнопопуляційний, зважаючи на продовження воєнних дій та перебування населення у затяжному стресовому стані [3, 4, 5].

Мета даної роботи: висвітлити клінічні аспекти панічного розладу та панічної атаки, терапевтичні засади надання невідкладної допомоги при панічних атаках.

Панічний розлад, як нозологічна категорія вперше з'явився в 1980 році в третьому виданні «Діагностичного і статистичного керівництва з психіатрії (DSM-III). В рубриці «Класичний тривожний невроз» з'явилося дві окремі нозології, в саме: генералізований тривожний розлад та панічний розлад, диференціація між якими полягала у наявності чи відсутності особливих станів у пацієнта – панічних атак [6]. Натепер панічний розлад обґрунтовано посідає окреме місце серед тривожних розладів, як клінічне явище. Процес

виокремлення панічного розладу базується на численних епідеміологічних, феноменологічних, біологічних, генетичних та терапевтичних дослідженнях, за допомогою яких було встановлено, що панічний розлад має чіткі клінічні відмінності від інших тривожних та афективних розладів. Однак етіологія панічного розладу до сьогодні залишається невстановленою, а діагностичні критерії є суто клінічними.

Чіткі причини панічних атак досі не з'ясовані. Вчені продовжують вивчати на нейронному рівні, які структури головного мозку відповідають за розвиток паніки. Встановлено, що ураження скроневих ділянок мозку та лімбічної системи провокує зниження страху та агресії. Стимуляція цих зон, навпаки, викликає розвиток тривожної та фобічної симптоматики [7].

Існують кілька гіпотез пояснення генезу панічних атак, а саме:

1. Катехоламінова, яка пояснює напади паніки підвищеним рівнем в крові біологічно активних речовин, які продукуються наднирниками – катехоламінів. Ці речовини викликають звуження судинної стінки, збільшення частоти пульсу, стимулюють нервову систему. Під час панічної атаки рівень катехоламінів підвищується не тільки в крові, а й в мозку, сечі.

2. Генетична гіпотеза, з точки зору якої існує спадкова схильність до підвищеної збудливості нервової системи та типу психічного реагування. Згідно статистичних відомостей, кожна п'ята людина, яка страждає на панічні атаки, має рідних, які також страждають від панічних атак. Серед близьких родичів панічні атаки зустрічаються в 20% випадків. Близнюковий метод фіксує, що у випадку, якщо один з близнюків страждає на тривожний розлад, то в 60% випадків другий близнюк матиме ту ж психічну патологію.

3. Згідно психоаналітичної теорії причинним ядром панічних атак є внутрішньоособистісний конфлікт, тобто внутрішньопсихічна індивідуальна неузгодженість людини, глибока незадоволеність собою. Думки про власну неповноцінність, емоційне перенапруження призводить до психофізичного виснаження, викликаючи емоційні проблеми, зокрема тривожні розлади, виразним клінічним проявом яких є панічні атаки. Також, деякі

психоаналітики вважають, що напади паніки можуть провокуватися конфліктними ситуаціями.

4. Згідно поведінкової теорії панічні атаки спровоковані зовнішніми причинами, а також власними фобіями, нав'язливими думками та переживаннями.

5. Прибічники когнітивної теорії стверджують, що гіперболізація власних соматичних відчуттів призводить до стресу, тривоги та паніки. Наприклад, прискорене серцебиття може сприйматися як загроза смерті. У випадку, якщо людина, перебільшуючи власні відчуття, сприймає тахікардію, як критичний стан, то помилкова фіксація такого стану призводить до виникнення панічних атак [8].

Розглядаючи клінічні особливості, можна сформулювати, що власне панічний розлад – це стан, який характеризується повторними панічними атаками, які не обмежені конкретними стимулами чи ситуаціями. Панічний розлад характеризується постійною заклопотаністю та страхом перед повторенням панічної атаки, обговоренням цих станів та тривожних передчуттів, які, в свою чергу, стають тригерами для розвитку панічних атак. Це призводить до погіршення стану не тільки психічного, а й фізичного здоров'я, впливає на сферу особистих, сімейних стосунків, професійне функціонування.

Панічна атака – це окремий епізод, напад інтенсивного страху, тривожного передчуття зі стрімким початком та розвитком симптоматики, що досягає свого піку впродовж 10 хвилин, супроводжується характерними соматичними проявами, зокрема: прискорене серцебиття, біль у грудях, відчуття нестачі повітря чи утруднене дихання, запаморочення, тремор тіла, пітливість, почервоніння шкіри, неприємні відчуття в животі, оніміння чи поколювання тіла тощо.

Серед поширених супутніх психічних симптомів найчастіше наявні фобічні прояви зі страхом смерті, втрата контролю над собою, може бути дереалізація (порушення сприйняття, при якому навколишній світ

сприймається як нереальний або віддалений, позбавлений своїх фарб та при якому можуть відбуватися порушення пам'яті) чи деперсоналізація (стан відчуження від самого себе, неадекватне сприймання людиною своєї особи, свого «я», втрата зв'язку з власною особистісною ідентичністю).

Клініцисти різних спеціальностей можуть зустрічатися в своїй практиці з панічними атаками. Даний розлад не є виключно справою психіатрів. Останнім часом лікарі-інтерністи все частіше зустрічаються з психосоматичними та соматопсихічними розладами, одним із проявів яких можуть бути тривожні розлади та панічні атаки. Безсумнівно, частіше панічні атаки турбують пацієнтів з емоційними недугами, але не виключені в будь-якого «терапевтичного» чи «хірургічного» пацієнта та на первинній ланці. Для встановлення діагнозу панічного розладу слід ретельно зібрати анамнестичні дані та переконатися, що панічні атаки є повторюваними, деякі з них – раптовими, без передвісників та зумовленістю чіткими зовнішніми ситуаціями [9].

В МКХ-10 панічну атаку не виділяють у окрему рубрику, даний сан розглядається в межах F41 Інші тривожні розлади, F41.0 Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривожність). В МКХ-11, яка набула чинності з 1 січня 2022 року після погодження з усіма країнами Всесвітньої організації охорони здоров'я та містить найбільш повний і систематизований перелік відомих та визнаних доказовою медициною хвороб і станів панічна атака (напад паніки) MB23.H, як єдиний епізод міститься в рубриці MB23 Симптоми і ознаки, пов'язані з зовнішнім виглядом та поведінкою. В цій класифікаційній категорії визначення та симптоматика панічної атаки визначені аналогічно міжнародної класифікації 10 перегляду. Серед етіологічних чинників зазначається зв'язок з певними ситуаціями або вони можуть виникати неочікувано [10].

На прийом до психіатра потрапляє незначна кількість пацієнтів з панічними атаками, переважна більшість пацієнтів продовжує спостерігатися у лікарів різних спеціальностей, в той час, як їхній психічний стан

погіршується і емоційний стан в значній мірі впливає на якість життя. Важливим аспектом емоційних, а саме панічних розладів є зв'язок з підвищеним ризиком появи суїцидальних думок, алкоголізації тощо.

Основні стратегії лікування панічного розладу полягають у психотерапевтичних та фармакотерапевтичних втручаннях. Психологічні інтервенції складаються з курсів когнітивно-поведінкової терапії, навчання принципам психологічної саморегуляції, дихальних вправ. Доведено, що при психосоматичних розладах, коморбідних з гіпертонічною хворобою, бронхіальною астмою техніки повільного дихання справляють позитивний вплив на соматичний стан. Методики тамування тривожних та стресових розладів позитивним чином впливають на наслідки серцево-судинної патології за рахунок зниження симпатичної активності, в той час як панічні стани декомпенсують судинні та кардіальні проблеми.

У випадках низької ефективності, тривалого та малоефективного застосування психотерапевтичних методик, наростанні емоційних розладів, в разі появи суїцидального ризику, фармакотерапевтичний вплив є необхідним для корекції емоційних розладів.

Висновки: Проблема емоційних розладів, пов'язаних зі стресом набуває все більшої актуальності. На панічні, тривожні, депресивні та інші стрес-асоційовані розлади страждає все більше людей, які проживають на території України, були вимушені залишити свої домівки та серед військовослужбовців, учасників бойових дій. Впровадження та навчання алгоритмам саморегуляції, інформування населення про необхідність звернення до психотерапевтів, психіатрів, які зможуть надати кваліфіковану медичну допомогу є надзвичайно важливим питанням сьогодення.

Список літератури

1. Kim YK. Panic Disorder: Current Research and Management Approaches. *Psychiatry Investig.* 2019. Vol. 16, № 1. P. 1–3. doi: 10.30773/pi.2019.01.08

2. De Jonge P, Roest AM, Lim CC et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety*. 2016. Vol.33, № 12. P. 1155–1177. doi: 10.1002/da.22572
3. Borysenko VV, Kydon PV, Kazakov OA. et al. Psychosocial maladaptation in the context of anxiety and depressive disorders under conditions of social and stressful events in Ukraine. *Azerbaijan Medical Journal*. 2023. № 3. P. 90–95. doi: 10.34921/amj.2022.4.010
4. Isakov RI, Skrypnikov AM, Herasymenko LO. et al. Clinical and psychopathological features of internally displaced women with adjustment disorders. *Світ медицини та біології*. 2021. № 1 (75). С. 64–68. doi: 10.26724/2079-8334-2021-1-75-64-68
5. Гринь КВ, Гринь ВГ, Дельва МІО, Пінчук ВА. Необхідність та шляхи збереження ментального здоров'я населення під час військових подій в Україні. *Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи*. Матеріали ІІІ Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 8 вересня 2023 р. Полтава, 2023. С. 4–9.
6. Crocq MA. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017. Vol. 19, №2. P. 107-116. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/macrocq.
7. Fritz M, Soravia S-M, Dudeck M, Malli L, Fakhoury M. Neurobiology of Aggression – Review of Recent Findings and Relationship with Alcohol and Trauma. *Biology*. 2023. 12, №3. 469. <https://doi.org/10.3390/biology12030469>
8. Kyriakoulis P, Kyrios M. Biological and cognitive theories explaining panic disorder: A narrative review. *Front. Psychiatry*. 2023. Vol.14:957515. doi: 10.3389/fpsy.2023.957515
9. Коробка О. Ведення пацієнтів із панічним розладом у межах первинної медичної допомоги. *НейроNEWS*. 2020. Вип. 4, №115. С. 34-38

10. Мішиєв В.Д., Михайлов Б.В., Гриневич Є.Г., Омелянович В.Ю. МКХ-11. Розділ VI: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку. Статистична класифікація. Київ, 2023. 285 с.

СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

Кулик Е.А. , Юрченко В.С.

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Різкий розвиток неврологічного дефіциту з симптомами односторонньої м'язової слабкості, втратою чутливості, розладами зору, мови, порушенням координації рухів та підвищенням або різким зниженням артеріального тиску прит відсутності підвищення температури тіла, як правило, вказує на інсульт. У більшості хворих може спостерігатися порушення свідомості.

Інсульты бувають ішемічні і геморагічні. Ішемічні інсульты діляться в залежності від етіологічного фактору на: атеротромботичні (в результаті атеросклеротичного стенозу або оклюзії крупних судин), емболічні (кардіальні або із варикозно розширених вен), лакунарні (при ураженні глибоких внутрішньомозкових судин при гіпертонічній хворобі, цукровому діабет). Крім того, серед типів інфаркта мозку ще виділяють гемодинамічний, коли артеріальний тиск падає нижче границі ауторегуляції мозкового кровообігу внаслідок стенозу екстра- та інтрацеребральних судин і по типу гемореологічної мікрооклюзії (внаслідок згущення крові, порушень в системі гемостаза). Геморагічні інсульты виникають при розриві артерій (аневризми або тяжка гіпертонічна хвороба). Окремо формою є субарахноїдальні крововиливи. Внутрішньомозкові крововиливи виникають гостро з розвитком локального або різко вираженого неврологічного дефіциту, з сильним головним болем, іншими загальномоозковими симптомами, з втратою свідомості. Клінічна картина субарахноїдального крововиливу відрізняється від інших типів патології судин мозку тим, що вона рідко

ЗМІСТ

Вітальне слово доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України, Ректора полтавського державного медичного університету Вячеслава Ждана	3
Вітальне слово завідувача кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою, доктор медичних наук, професора Ірини Голованової	4
Вітальне слово директора видавництва ALUNA (Польща), видавничого директору наукового журналу «Emergency Medical Service», док. н. гум. Анни Лучинської	5
Катеренчук І.П. Діагностика життєнебезпечних клініко-електрокардіографічних синдромів як причини раптової смерті (лекція).....	6
<u>СТАТТІ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ</u>	
Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А., Подвін А.М., Харченко Н. В., Ляхова Н. О. Порівняльний аналіз проходження військово -лікарської комісії: огляд міжнародного досвіду та викликів в Україні.....	17
Гринь К.В. Панічна атака, як невідкладний стан в контексті тривожних та стресових розладів в умовах воєнного стану в Україні.....	21
Кулик Е.А., Юрченко В.С. Судинні захворювання головного мозку та надання невідкладної допомоги.....	27
Левков А.А., Горошко В.І., Шарпов І.Г., Самбурська С.І., Гордієнко О.В., Мизгіна Т.І. Реабілітація після травми щелепи.....	35
Левков А.А., Клеценко Л.В., Вишар Є.В., Курило А.І., Колісник К.В. Надання екстреної медичної допомоги військовослужбовцям з осколковими пораненнями.....	39
Левков А.А., Марченко С.М., Боголюб М.А., Кулик Е.А., Юрченко В.С., Боголюб В.В. Домедична допомога при проникаючих пораненнях грудної клітки.....	45
Левков А.А., Рибалко Л.М., Москаленко П.О., Москаленко І.В., Гулько Т.Ю. Види ушкоджень у бойових і небойових умовах.....	52
Могильник А.І., Тарасенко К.В., Давиденко А.В., Могильник А.М., Шандиба О.В., Архіповець О.О. Медичне сортування – запорука ефективної екстреної медичної допомоги.....	58
Сергата Є. В. Особливості нормативно-правових актів, що гарантують медичне забезпечення співробітників МВС в мирний та воєнний час.....	66
Харченко Н. В., Плужнікова Т. В., Подвін А. М. Зарубіжний досвід психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях.....	77
<u>ТЕЗИ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ</u>	
Бойко В. В., Цвик М. А. Досвід роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди КП «Полтавський обласний санаторій для дітей з порушенням опорно-рухового апарату пор» в умовах сьогодення.....	83
Брехунцов В.О. Професійне вигорання медичних працівників під час війни.....	85
Бублик О.О. Аналіз показників надання хірургічної стоматологічної допомоги дитячому населенню на рівні м. Полтави.....	87
Бурмінова Н. В. Безпека та конфіденційність пацієнтів у контексті телемедицини в екстреній допомозі.....	89
Гаджула Н.Г., Федик Т.В., Квірікашвілі А.М. Ускладнення ендодонтичного лікування зубів на етапі obturaції кореневих каналів: ризики, клінічні прояви, невідкладна допомога.....	91
Городова-Андрєєва Т.В., Ляховський В.І., Кравців М.І., Краснов О.Г. Ефективність застосування вакуумної терапії з інстиляціями І-аргініну при лікуванні гнійних ран м'яких тканин.....	94
Данильченко Світлана, Бабкіна Олена Короткий огляд основних адаптивних приладів у фізичній реабілітації.....	98
Денисюк Т.М., Краснова О.І. Особливості діяльності КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради».....	102
Дмитрієва А. А. Своєчасне та адекватне виявлення хворих на мікроспорію для запобігання утворення епідеміологічних спалахів у колективі.....	105
Дудченко М.О., Краснов О.Г., Кравців М.І., Заєць С.М., Прихідько Р.А., Немченко І.І., Сагарадзе С.А. Актуальні питання діагностики та лікування кісткових уражень у хворих з синдромом діабетичної стопи.....	106
Жара Г. І. Європейський досвід надання екстреної та невідкладної допомоги біженцям під час війни.....	110