

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД: ЗАЛОГ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Дмитренко М. И.

Резюме. Эффективность ортодонтического лечения необходима для достижения оптимальных результатов лечения с меньшей затратой клинического времени и более коротким сроком для получения стабильной и сбалансированной окклюзии.

В статье проведен анализ и обобщение сведений о роли хирургических методик в комплексном лечении пациентов с зубочелюстными аномалиями.

Указывается на тот факт, что хирургический метод лечения зубочелюстных аномалий предусматривает коррекцию аномалий мягких тканей полости рта, серийное последовательное удаление зубов, коррекционное удаление временных зубов с учетом патологии прикуса по Энглю (сменный прикус), обнажение коронки ретенированного зуба, удаление сверхкомплектных зубов и отдельных комплектных зубов, компакстоэтомия, кортикотомия, проведение циркулярной супракрестальной фибротомии (постоянный прикус). Скелетные деформации представляют собой сложную проблему, которая у взрослых требует хирургического (ортогнатического) вмешательства.

Комплексное лечение зубочелюстных аномалий – ортодонтическое, в сочетании с применением современных хирургических методик, позволяет быстрее избавиться от аномалий в челюстно-лицевой области и обеспечить лучшую стабильность достигнутых морфологических результатов.

Ключевые слова: хирургический метод, ортодонтическое лечение, зубочелюстные аномалии.

SURGICAL TECHNIQUES – GARANTY OF SUCCESSFUL TREATMENT OF PATIENTS WITH MALOCCLUSION

Dmytrenko M. I.

Abstract. The article analyzes and summarizes information about the role of surgical techniques in the complex treatment of patients with dental anomalies. Improvement of dental aesthetics is known to be the major motivating factor in 48%-55% of orthodontic patients.

Duration of orthodontic treatment is a basic difficulty that patients can hardly overcome at any age. The process of disadaptation of patients to orthodontic appliances and the lack of motivation to continue treatment are often the main causes of its unfavorable results.

Surgical treatment of malocclusion involves correction of oral cavity soft tissues anomalies, serial sequential teeth extraction, corrective extraction of temporary teeth, in accordance with Angle's classification (temporary occlusion), crown exposure of retained tooth, extraction of supernumerary teeth and separate complete teeth, compactosteotomy, corticotomy, circumferential supracrestal fiberotomy (permanent dentition). Skeletal deformities is a complex problem when adults need orthognathic surgery.

According to the results of the study, it was found that three years after treatment stable results of treatment were in 89,19% of patients who underwent correctional extraction of temporary molars.

Clinical cases of moderate and severe dental crowding often require the extraction of separate permanent teeth to create a gap for teeth alignment. Most researchers keep to well-known methods of separate permanent teeth extraction and this approach is based on such etiological factors of dental crowding as evolutionary jaw reduction, which occurs faster than decrease in size and number of teeth. Over the past 500 years there has been a significant increase in inter-incisal and lower incisal angles. As a result, many authors consider third molars "unnecessary" and insist on their extraction to prevent dental crowding, thereby reducing the set of permanent teeth.

Complex orthodontic treatment of malocclusion combined with modern surgical techniques, allows faster to eliminate anomalies in craniofacial area and to ensure better stability of the achieved morphological results.

Key words: surgical techniques, orthodontic treatment, malocclusion.

Рецензент – проф. Ткаченко П. І.
Стаття надійшла 06.01.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-1-1-148-32-36

УДК 616.895-06:[616.45-001.1/3-06:616-001]-036.86

Животовська Л. В., Скрипніков А. М., Сокіл А. А., Бойко Д. І.

АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКАХ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

lzhyvotovska@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Стаття є фрагментом науково-дослідної теми «Клініко-психопатологічні дослідження та оптимізація лікувальних і реабілітаційно-профілактичних заходів за умов різних психічних розладів з урахуванням геліометеофакторів та біологічних ритмів» (№ державної реєстрації 0115U000839).

Різні екстремальні ситуації, стихійні лиха та катастрофи, як правило, викликають виражений негативний вплив на психіку постраждалих у них людей.

До того ж, протягом останніх років все більше лікарів різних спеціальностей зустрічають у своїй практиці вимушених переселенців та учасників бойових дій зі Сходу України, що підкреслює актуальність даної проблеми. Екстремальні та небезпечні для життя ситуації потенціують розвиток реакції на важкий стрес у вигляді гострих та посттравматичних стресових розладів. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є однією із найбільш частих та несприятливих форм психічних порушень у осіб, що пережили небезпечні

для життя ситуації, та займає центральну позицію у числі так званих нових межових психічних розладів [1].

Згідно статистичних даних, показники частоти виникнення ПТСР суттєво зростають протягом останніх десятиріч: у 80-ті роки ХХ ст. вони відмічались у 1-3% всього населення, а у 2000-х роках фіксувались у 7-8%, до того ж із суттєвими відмінностями за статтю – 10,4% жіночого населення та 5,0% чоловічого [2].

Результати досліджень, що проводились у Інституті неврології, психіатрії та наркології НАМН України, свідчать про те, що у всіх осіб, які пережили тяжку психічну травму у вигляді насилля проти особистості (замах на вбивство, нанесення важких тілесних ушкоджень, зґвалтування, торгівля людьми), виникли порушення психічного здоров'я у вигляді повного варіанту ПТСР (56% досліджених) або його часткових проявів (44%). Крім того, у 19% ветеранів війни у Афганістані був встановлений клінічний варіант ПТСР, часткові прояви – у 25%; відповідно клінічний варіант ПТСР діагностовано у 14% ліквідаторів аварії на ЧАЕС, а часткові прояви – у 21% [3].

Слід зазначити, що сукупність загальних захисних реакцій, що виникають в організмі тварин і людини при дії значних за силою і тривалістю зовнішніх і внутрішніх подразників, які сприяють відновленню порушеної рівноваги і спрямовані на підтримання сталості внутрішнього середовища організму, називаються загальним адаптаційним синдромом. Психічним проявам загального адаптаційного синдрому присвоєно назву «емоційний стрес», так як це афективні переживання, що супроводжують стрес та ведуть до несприятливих змін у організмі людини. Саме емоційне реагування першим включаються в стресову реакцію під час впливу екстремальних факторів, що пов'язано із залученням емоцій до структури будь-якого цілеспрямованого поведінкового акту. Внаслідок цього активуються вегетативні функціональні системи та їх специфічне ендокринне забезпечення, що регулюють поведінкові реакції [4,5].

У випадку неможливості досягнення життєво важливих результатів для подолання стресової ситуації виникає стан напруження, який разом із первинними гормональними змінами внутрішнього середовища організму викликає порушення його гомеостазу. За деяких обставин, замість мобілізації організму на подолання труднощів стрес може стати причиною серйозних розладів. При неодноразовому повторенні або за умов великої тривалості афективних реакцій емоційне збудження може прийняти застійну стаціонарну форму. У цих випадках, навіть при нормалізації ситуації, застійне емоційне збудження не слабшає. Більш того, воно постійно активує центральні механізми регуляції вегетативної нервової системи, а через них порушує діяльність внутрішніх органів та систем [6,7].

Як свідчать результати сучасних досліджень, виникнення ПТСР детерміноване складним взаємним впливом різних факторів та умов, які можна поділити на наступні групи:

1. Особливості пережитої екстремальної ситуації. Це група факторів, що включає в себе такі особливості як склад психотравмуючої ситуації (природні, техногенні, антропоморфні катастрофи, війни), рап-

товість, тривалість, інтенсивність (чим раптовіше, триваліше та інтенсивніше дія чинника, тим більша вірогідність розвитку ПТСР), масовий чи індивідуальний характер, організація рятувальних робіт, поінформованість (достатній рівень поінформованості постраждалого населення знижує травматизацію), наявність вторинних психотравмуючих факторів.

2. Професійні фактори включають в себе ефективність профвідбору (велике значення має виявлення осіб з певними особистісними рисами, як низька стресостійкість, високий рівень тривожності), рівень професійної підготовки (високий рівень професійної підготовки є фактором антиризик), ступінь сформованості готовності до діяльності в екстремальних умовах, загальний стаж служби, рівень стресогенності професійної діяльності, рівень психопрофілактичного забезпечення професійної діяльності (адекватна психопрофілактика знижує ризик ПТСР).

3. Соціально-демографічні фактори – це вік (діти та підлітки більш уразливі у відношенні виникнення у них психопатологічних реакцій на стрес), стать (у жінок частота ПТСР у середньому в два рази вища ніж у чоловіків), сімейний стан, професійний статус (наявність задовільних сімейних відносин та роботи є факторами антиризик ПТСР), приналежність до професій підвищеного ризику.

4. Фактори, пов'язані із станом здоров'я включають: наявність соматичних захворювань, наявність нервово-психічних захворювань, наявність психотравмуючих факторів у анамнезі. Всі фактори із даної групи підвищують ризик розвитку ПТСР.

5. Соціальні фактори, такі як соціальна підтримка та захист на державному рівні, доступність медичної допомоги та реабілітаційних програм, соціально-економічний статус постраждалого. За умов достатнього рівня соціальної підтримки, доступності медичної допомоги, реабілітаційних програм, та при задовільному соціально-економічному статусі постраждалих ризик розвитку ПТСР знижується.

6. Соціально-психологічні фактори: етнокультурні особливості (має значення прийнятне у різних етнічних чи релігійних общинах відношення до смерті та страждань), релігійність (виступає в цілому як фактор антиризик), розвинутість та характер мікросоціальних зв'язків (чим більше вони розвинуті у жертви катастрофічної події, тим менше ризик ПТСР), відношення суспільства до тієї чи іншої екстремальної події (зміст сформованих та функціонуючих суспільних стереотипів відносно конкретних катастроф та їх жертв можуть виступати як у ролі ризику, так і антиризик розвитку ПТСР).

7. Індивідуально-психологічні фактори включають індивідуальну значимість екстремальної події, емоційні особливості, індивідуально-типологічні особливості, провідні особистісні тенденції, мотиваційна та ціннісно-змістова сфери, фрустраційна толерантність, особливості життєвого стилю та стратегій подолання, механізмів психологічного захисту (преморбідні особистісні риси, ступінь залучення особистості до екстремальної події та розвинення стратегій подолання можуть бути як факторами ризику, так і факторами антиризик) [8,9].

Останнім часом можна спостерігати інтерес дослідників до проблеми впливу пережитого насилля на когнітивні здібності та афективну сферу потерпі-

лих. Масштабне дослідження, що включало обстеження неповнолітніх та дорослих, які мають досвід несприятливого дитинства, показало, що будь-який вид насильства діє як тригер, запускаючи зміни у фізіологічних та нейробиологічних процесах, які призводять до стійких порушень у структурах мозку. Для дорослих, котрі у дитинстві стали жертвами тривалого жорстокого поводження, був характерним когнітивний та афективний дефект. В ході досліджень, проведених у Стенфордському Університеті, присвячених гендерним відмінностям у психофізіологічних реакціях на стресові події, виявлено, що у дівчат із ПТСР у порівнянні з хлопчиками із тим же діагнозом та здоровими дівчатами об'єм передньої острівцевої круглої борозни був менше по об'єму та площі. К.І. Agnew-Blais і А. Danese в своїй роботі підтвердили результати попередніх досліджень, що свідчить про вплив дитячого досвіду внутрішнього сімейного насильства на нейробиологічні процеси у мозку, а також провели залежність між цими змінами та ризиком розвитку афективних розладів і суїцидальної поведінки [10].

Дослідження дорослих, що перенесли насильство в дитячому та підлітковому віці, показали, що в майбутньому для них характерні проблеми із навчанням, низький соціально-економічний статус та відсутність роботи, ревіктимізація, проблеми із вихованням власних дітей. Жорстоке поводження, пережите в дитинстві, як зі сторони членів сім'ї, так і однокласників, є прогностичним фактором проявів насильства колишньої жертви по відношенню до свого партнера або дітей [11,12].

Також сучасних дослідників цікавить питання віддалених наслідків перенесених стресових розладів. У дослідженні Ю. С. Бучок були обстежені діти, що проживають у Закарпатській області та перенесли масивний психотравмуючий вплив повеней у 1998 та 2001 роках. У 2001-2002 роках у 15,9% з них був виявлений клінічно виражений ПТСР, а в 84,1% – донозологічні мозаїчно представлені його прояви. Вираженість клінічних проявів залежала від віку дитини, рівня залученості в стресорну подію, та, найголовніше, – від характеру реагування на катастрофу найближчих родичів (батьків). В результаті обстеження даних осіб у 2009-2013 роках було встановлено, що серед 133 осіб, які не отримували медичної допомоги у 2001-2002 рр., у 127 були діагностовані віддалені прояви ПТСР [13].

Останнім часом актуальною стала тема бойової психічної травми (БПТ), під якою розуміють переживання великої сили, викликані короточасним або тривалим впливом психотравмуючих факторів бойової обстановки, що призводять до розладів психіки різного ступеня тяжкості. За умовами і часом БПТ можна розділити на дві групи. До першої належить БПТ, що виникає у відносно короткий проміжок часу, практично в момент травмуючої ситуації. Такий постраждалий із БПТ може впасти в повну загальмованість, слабо або взагалі не реагувати на навколишнє оточення чи навпаки – виявляти високу рухову активність. Нервові потрясіння, яке в цей момент переживає людина, настільки сильне, що вона тимчасово втрачає здатність критично оцінювати навколишнє середовище, аналізувати й планувати свої дії. До другої групи відносять наслідки БПТ, що розвивають-

ся відносно тривалий час під впливом менш виражених, але постійно діючих чинників. Накопичення психічної напруги відбувається постійно і непомітно для військовослужбовця. Його поведінка поступово змінюється, він може стати замкненим, похмурим, грубо реагувати на звернення до себе [14,15].

У структурі несприятливих психічних розладів у учасників АТО, за даними сучасних досліджень, переважають розлади адаптації – у 39,4%, ПТСР – у 28,5%, емоційно-вольові розлади – у 12,92%. У постраждалих найчастіше відмічається симптоматика у вигляді обсессивних ремінісценцій сюжетно-залежного характеру, що корелюють із психогенією, агрипнічних розладів із обтяжливо жахливими сновидіннями, розладів сексуальної сфери та інше. При цьому клінічна картина має тяжкий і прогностично несприятливий перебіг, гостра симптоматика часто переходить у хронічну, провокуючи невротоподібні та психопатоподібні розлади.

За даними сучасних досліджень, ПТСР в учасників бойових дій на Сході України мав відстрочений та хронічний характер. У обстежених комбатантів, котрі відповідали критеріям ПТСР, розлади починалися через тривалий час після демобілізації із зони бойових дій (7-12 місяців) та тривали більше ніж 6 місяців. До того ж, розлади у них виникали раптово, на фоні зовнішнього благополуччя. У досліджуваних спостерігалися три клінічні форми перебігу ПТСР: тривожно-фобічний (з поєднанням панічних, обсессивно-компульсивних розладів, які відображали події пережитої психотравмуючої ситуації), астеничний та дисфоричний [16].

На більш віддаленому етапі (через 12–14 міс.) можливе виникнення порушення сну, почуття розпачу, безвиході, з песимістичною оцінкою ситуації в країні, ототожненням цієї ситуації із власною долею й пов'язаними із цим думками про самогубство. Цей стан може бути настільки важким, що призводить до втрати працездатності [17]. За даними І. В. Стаднік та М. І. Мушкевич, найчастіше проявлялися такі ознаки, як порушення сну та прояви депресії – 46%; загальна тривожність – 42%, відмічалася наявність високого рівня агресії та невмотивованої пильності – 37,5%. Зловживання алкогольними напоями та лікарськими препаратами, нав'язливі спогади, почуття провини були характерні для 33,3% осіб. У 29,2% обстежених зустрічалися «вибухова» реакція, порушення пам'яті, концентрації уваги та притупленість емоцій [18].

До віддалених вторинних симптомів ПТСР, на які пацієнти можуть страждати впродовж років, відносять депресію, тривогу, імпульсивну поведінку. Депресія може сягати тяжкого рівня, що супроводжується відчуттям відчаю, безглуздості власного існування з нервово-психічним виснаженням, апатією та негативним ставленням до життя. Існують причинно-наслідкові зв'язки між депресією та залежністю від алкоголю у даних хворих [19].

В дослідженні Сочівко Ю.М. встановлена залежність віддалених проявів хронічного ПТСР у комбатантів від його клінічного варіанта. У хворих з психопатоподібним варіантом ПТСР через 2-3 роки після початку захворювання фіксувалось формування афективно-нестійкого (90,62%) типу зміни особистості у поєднанні із соціальною відгородженістю, відчуженням, ворожим відношенням до оточуючих.

Прояви афективно-нестійкого типу особистості проявлялись емоційною нестійкістю, тенденцією до імпульсивних дій без урахування можливих наслідків, спалахами жорстокості, афективно-деструктивними формами поведінки у відповідь на засудження та критику. В результаті формування адиктивного типу ПТСР на віддаленому етапі реєструвалось систематичне (практично щоденне) вживання алкоголю хворими для впливу на синдроми «реперезивання» та «втечі». До того ж у 100% комбатантів із даним типом ПТСР було виявлено первинний патологічний потяг до алкоголю. За умов розвитку неврозоподібного клінічного варіанта ПТСР реєструвались віддалені наслідки у вигляді зниження енергії у 70,49% випадків та ангедонія – у 49,18%. Втрата задоволення зачіпала також вітальні функції, такі як сексуальні відносини, відчуття спраги, голоду, смаку їжі. У 31,57% даних хворих реєструвалась епізодична пароксизмальна тривога (панічні атаки), що була представлена у вигляді «страху смерті», «зупинки серця», «інфаркта», «інсульта» або побоювання «зійти з розуму та втратити самовладання» [20].

Згідно дослідження Петрюк П. Т. та Якущенко І. А., у 75% осіб, що перенесли психоемоційний стрес, у віддаленому варіанті виявлялась соматогенна предриспозитивна, представлена сомато-вегетативною дисфункцією чи певними психосоматичними захворюваннями у поєднанні з неврозоподібними психопатологічними розладами та вогнищевими симптомами органічного характеру [21].

За даними Напреєнко О.К. виділяють кілька варіантів депресій у осіб з ПТСР, що пережили психотравмуючу подію у вигляді бойових дій:

1. Простий депресивний стан з переважанням пригніченого настрою, туги, заниженої самооцінки, втрати інтересу до оточуючих, ангедонією.

2. Дисфоричний з наявністю вогнищевої дратівливості, гнівливості та конфліктності на тлі зниженого настрою.

3. Тривожно-депресивний, що проявляється у поєднанні симптомів депресії з відчуттям внутрішньої напруги, дискомфорту, неспокою, очікуванням неприємностей, що насуваються.

4. Астенічний, який характеризується надмірною втомлюваністю, гіперестезією, що посилюється ввечері.

5. Іпохондричний – гіперболізація неприємних тілесних відчуттів, особлива увага до власного соматичного стану, «зануренням» у медичне середовище.

6. Апатичний – депресія, яка поєднується із в'ялістю, байдужістю до себе та оточуючих, адинамією.

Відмічається, що близько 70% суїцидальних дій при даних депресивних станах пов'язані з проблемами міжособистісних стосунків комбатантів з оточуючими після їх повернення із зони бойових дій [22].

Висновки. Незважаючи на те, що відсоток діагностованого посттравматичного стресового розладу в останні роки зростає, у літературі досить мало досліджень стосовно емоційно-особистісних порушень в періоді віддалених наслідків бойової психічної травми. Таким чином, дослідження афективних порушень при віддалених наслідках посттравматичного стресу є актуальним питанням сучасної психіатрії.

Перспективи подальших досліджень. Пріоритетним напрямком є дослідження предикторів, механізмів виникнення, клінічних особливостей віддалених наслідків посттравматичного стресу, що дозволить вдосконалити існуючі реабілітаційні програми, покращити показники якості життя та повернути пацієнтів до повноцінного соціального функціонування.

Література

- Voloshin PV, Shestopalova LF, Pidkoritov VS. Posttraumaticni stresovi rozladi: diagnostika, likuvannya, rehabilitatsiya: metod. rek. Harkiv; 2002. 47 s. [in Ukrainian].
- Zagurovskiy VM. Rol stressornoj reaktsii v klinicheskoy kartine neotlozhnyih sostoyaniy. Meditsina neotlozhnyih sostoyaniy. 2013;2(49):62-4. [in Russian].
- Belov VG, Parfenov YuA. Psihologiya krizisnih situatsiy: ucheb.posob. SPb.: Nevskiy Institut upravleniya i dizayna; 2010. 175 s. [in Russian].
- Voloshin PV, Shestopalova LF, Podkoryitov VS. Posttraumaticheskie stressovye rasstroystva: problemy lecheniya i profilaktiki. Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal. 2004;1:33-7. [in Russian].
- Briere J, Hodges M, Godbout N. Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model. J. Traum. Stress. 2010;23:767-74.
- Gurevich PS. Psihologiya chrezvychnykh situatsiy. M.: Yuniti; 2012. 495 s. [in Russian].
- Panchenko OA, Kutko II, Zaytseva NA. Sotsialno-stressovye rasstroystva: mirnoe naselenie v epitsentre voennykh deystviy. Novosti meditsiny i farmatsii. 2014;15(509):6. [in Russian].
- Maercker A, Brewin CR, Bryant RA. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. Lancet. 2013;381:1683-5.
- Voloshin PV, Maruta NO, Shestopalova LF. Diagnostika, terapiya ta profilaktika medikopsihologichnih naslidkiv boyovih diy v suchasniy umovah: metod. rek. Harkiv. 2014. 79 s. [in Ukrainian].
- Akarachkova ES. K voprosu diagnostiki i lecheniya psihovegetativnykh rasstroystv v obschesomaticheskoy praktike. Lechaschiy vrach. 2010;10:60-4. [in Russian].
- Kutko II, Panchenko OA, Rachkauskas GS, Linev AN. Distress vooruzhennogo konflikta: psihopatologiya i lechenie. Novosti meditsiny i farmatsii. 2014;16(510):7. [in Russian].
- Bryant RA, Creamer M, O'Donnell ML. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. J. Clin. Psychiatry. 2008;69:923-9.
- Buchok YuS. Viddaleni proyavi posttraumatichnogo stresovogo rozladu: osoblivosti kliniki, formuvannya ta kompleksnogo likuvannya. Ukrayinskiy visnik psihonevrologiyi. 2014;22,3(80):42-7. [in Ukrainian].
- Markova MV, Kozira PV. Poststresovi dezadaptivni stani na tli sotsialnih zmin: analiz problemi. Medichna psihologiya. 2015;1:8-13. [in Ukrainian].
- Yurtsenyuk OS, Rotar SS. Nepsihotichni psihichni rozladi v osib, yaki brali uchast v zbroynomu protistoyanni na Shodi Ukrayini. Zdobutki klinichnoyi i eksperimentalnoyi meditsini. 2015;4:85-7. [in Ukrainian].
- Denisenko MM, Lakinskiy RV, Shestopalova LF, Linskiy IV. Osnovni klinichni varianti post stresovih rozladiv u kombataniv. Ukrayinskiy visnik psihonevrologiyi. 2017;25,2(91):40-4. [in Ukrainian].
- Bryant RA. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. J. Clin. Psychiatry. 2011;72:233-9.
- Stadnik IV, Mushkevich MI. Psihologichni osoblivosti perezhivannya posttraumatichnogo stresovogo rozladu (PTSR) uchastnikami zoni antiteroristichnoyi operatsiyi (ATO). Zbirnik naukovih prats RDGU. 2015;4:224-48. [in Ukrainian].

19. Bryant RA. Grief as a psychiatric disorder. Br. J. Psychiatry. 2012;201:9-10.
20. Sochivko YuM. Otdalennyye posledstviya posttraumaticheskikh stressovyih rasstroystv u kombatanov (kliniko-psihopatologicheskii i reabilitatsionnyiy aspektiy) [avtoreferat]. Tomsk; 2012. 25 s. [in Russian].
21. Petryuk PT, Yakuschenko IA. Sotsialno-psiologicheskii i psichiatricheskii aspektiy psichosomaticheskikh rasstroystv u bolnykh, perenyosshih psichoeemotsionalnyiy stress. Vestnik Assotsiatsii psichiatrov Ukrainyi. 2003;3-4:140-59. [in Russian].
22. Napreenko OK, Napreenko NYu. Kompleksna psichologichna, psichiatrichna ta narkologichna dopomoga postrazhdalim u zbroynih konfliktah pri mirnih protestah i vimushenim pereselentsyam. Ukrayinskiy terapevtichnyi zhurnal. 2015;3:80-5. [in Ukrainian].

АФЕКТИВНИ ПОРУШЕННЯ ПРИ ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКАХ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ

Животовська Л. В., Скрипніков А. М., Сокіл А. А., Бойко Д. І.

Резюме. Незважаючи на те, що відсоток діагностованого посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в останні роки зростає, у літературі досить мало досліджень стосовно емоційно-особистісних порушень в періоді віддалених наслідків бойової психічної травми. У хворих з ПТСР через 2-3 роки після початку захворювання фіксувалося формування змін особистості афективно-нестійкого типу у поєднанні із ангедонією, соціальною відгородженістю, деструктивними формами поведінки, виявлялась соматогенна предрисповищеність. Дослідження предикторів, механізмів виникнення, феноменології афективних порушень при віддалених наслідках посттравматичного стресу дозволить вдосконалити існуючі реабілітаційні програми, покращити показники якості життя та повернути пацієнтів до повноцінного соціального функціонування.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, віддалені наслідки, афективні розлади.

АФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Животовская Л. В., Скрипников А. М., Сокол А. А., Бойко Д. И.

Резюме. Несмотря на то, что процент диагностированного посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в последние годы растет, в литературе достаточно мало исследован относительно эмоционально-личностных нарушений в периоде отдаленных последствий боевой психической травмы. У больных с ПТСР через 2-3 года после начала заболевания фиксировалось формирование изменений личности аффективно-нестойчивого типа в сочетании с ангедонией, социальной отгороженностью, деструктивными формами поведения, отмечалась соматогенная предрисповищенность. Исследование предикторов, механизмов возникновения, феноменологии аффективных нарушений при отдаленных последствиях посттравматического стресса позволит усовершенствовать существующие реабилитационные программы, улучшить показатели качества жизни и вернуть пациентов к полноценному социальному функционированию.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, отдаленные последствия, аффективные расстройства.

AFFECTIVE DISORDERS IN LONG-TERM CONSEQUENCES OF POST-TRAUMATIC STRESS

Zhyvotovska L. V., Skrypnikov A. M., Sokil A. A., Boiko D. I.

Abstract. The extreme and life-threatening situations provoke the development of response to severe stress in the form of acute and post-traumatic stress disorders. Post-traumatic stress disorder (PTSD) is one of the most frequent and unfavorable forms of mental disorders in people who have experienced life-threatening situations.

According to the recent research data the post-traumatic stress disorders in combatants of combat operations in the East of Ukraine have delayed and chronic form. Moreover, it has been determined that the long-term manifestations of chronic PTSD in combatants depend on its clinical variant. In 2-3 years after the onset of disease the patients with PTSD presented with the development of affective-unstable type of personality disorder in combination with social exclusion, alienation and hostility towards others. Manifestations of affective-unstable type of personality in patients were characterized by emotional instability, tendency to impulsive actions disregarding the possible consequences, outbursts of violence, affective-destructive forms of behavior in response to disapproval and criticism.

As the result of the addictive PTSD type development, the systematic (almost daily) alcohol consumption to influence the "reexperience" and "flight" syndromes was registered in patients at the long-term stage. Moreover, in 100% of combatants with this type of PTSD, the primary pathological craving for alcohol was registered.

In case of neurosis-like clinical variant of PTSD development, the long-term effects in the form of "energy reduction" was observed in 70.49% of patients and "loss of interests and pleasure" (anhedonia) – in 49.18% of cases. The loss of pleasure also affected the vital functions, such as sexual relations, feeling of thirst, hunger and taste of food. In 31.57% of patients the episodic paroxysmal anxiety (panic attacks) was observed. The study conducted has determined that in 75% of people who experienced psycho-emotional stress in long-term variant the somatogenic predisposition was associated with local (organ) somato-vegetative dysfunction or certain psychosomatic diseases in combination with neurosis-like psychopathological disorders and focal symptoms of organic nature. About 70% of suicidal acts in case of depressive states were associated with the problems of interpersonal relations of combatants with other people after their return from the combat area.

Despite the fact that the percentage of the diagnosed post-traumatic stress disorder has been growing in recent years, there are few researches regarding emotional and personality disorders in the period of long-term effects in case of combat psychic traumas. Thus, the study of affective disorders in case of long-term effects of post-traumatic stress remains relevant issue in the modern psychiatry. The priority direction is the study of predictors, mechanisms of development and clinical features of long-term post-traumatic stress effects, which will make it possible to improve the present-day rehabilitation programs, quality of live indicators and return patients to full-fledged social functioning.

Key words: post-traumatic stress disorder, long-term effects, affective disorders.

*Рецензент – проф. Сонник Г. Т.
Стаття надійшла 02.01.2019 року*