

УДК 616.8–008.615–02:616-001–039.51]–07

DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.20.6.2024.1102>Фітькало О.С. 

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Особливості діагностики ПТСР у пацієнтів з контузією, ускладненою адиктивною та іншою коморбідною психопатологією

For citation: International Neurological Journal (Ukraine).2024;20(6):280-283. doi: 10.22141/2224-0713.20.6.2024.1102

Резюме. Актуальність. Під час мінно-вибухової хвилі (blast traumatic brain injury) головний мозок отримує стрес — контузію, яка має віддалені наслідки у вигляді посттравматичного стресового розладу (ПТСР), не завжди діагностується, а відтак не отримує вчасно ефективного лікування. **Мета:** виявлення клінічних специфічних симптомів ПТСР, ускладненого адиктивною та іншою коморбідною патологією, у пацієнтів з контузією. **Матеріали та методи.** У ході дослідження проведено оцінювання клінічної симптоматики ПТСР та визначено частоту певних його клінічних проявів. **Результати.** Так, у комбатантів з ізольованим ПТСР найчастішими проявами були симптоми уникання ($88,66 \pm 2,58\%$), у половини фіксувались нав'язлива поведінка ($51,33 \pm 4,08\%$) та надмірне збудження ($50,66 \pm 4,08\%$), а відстороненість і заціпеніння реєструвались лише у п'ятій частині пацієнтів ($20,66 \pm 3,31\%$). Військовослужбовці з перенесеною контузією відмічали у себе наявність головного болю — $50,94\%$, $32,08\%$ — запаморочення, $66,04\%$ — періодичного погіршення зору, підвищеної дратівливості — $20,75\%$, нервозності — $30,19\%$, апатії — $16,98\%$ та загальмованості — $11,32\%$. **Висновки.** Доведено, що навіть легка перенесена мінно-вибухова контузія може призвести до стійких пошкоджень ЦНС, зокрема виражених вегетативних розладів.

Ключові слова: ПТСР; контузія; коморбідна патологія

Вступ

Мінно-вибухова хвиля займає одне із найперших місць за частотою поранень і становить 6,6–7,1 % від загальної структури бойових травм. Вибухова хвиля безпосередньо впливає на мозок людини, однак не завжди супроводжується механічними пошкодженнями органів та тканин. Під час впливу відбувається поза межне гальмування центральної нервової системи, яке виникає у відповідь на надсильний стрес мозку — контузію. Особливу небезпеку для організму та психоемоційного стану становлять повторювані ураження. З високою ймовірністю повторного ураження бійці, отримавши легку черепно-мозкову травму, відлежуються кілька днів і повертаються в зону бойових дій. При цьому патологічні симптоми акумулюються, накопичуються, а організм має все менше можливостей швидко відновитися. Тому саме непролікований

гострий період після контузії в майбутньому має найнебезпечніші наслідки.

Ще за часів Першої світової війни такий стан (тоді відомий як «контузійний шок» або «неврастенія») був визнаний серйозною проблемою. Актуальність проблеми полягає ще й в тому, що дотепер немає чіткого трактування визначення контузії. Патологію, яка виникає у 20 % військовослужбовців, одні називають легким стресом мозку, інші контузією або контузійним шоком, легкою черепно-мозковою травмою (ЧМТ). У пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) часто описаний стан трактують як «військовий невроз» або «контузійний шок». Сьогодні травму, отриману людиною під дією мінно-вибухової хвилі, ще називають акубаротравмою (акустична травма та травма внаслідок тиску). Нині практично немає специфічних біомаркерів для визначення пошкодження,

 © 2024. The Authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY, which allows others to freely distribute the published article, with the obligatory reference to the authors of original works and original publication in this journal.

Для кореспонденції: Фітькало Олег Степанович, кандидат медичних наук, доцент, кафедра психіатрії і психотерапії ФЛДО, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна; e-mail: avfitkalo@gmail.com; тел.: +380 (97) 293-76-92; факс: +380 (372) 55-37-54

For correspondence: Oleh Fitkalo, PhD in Medicine, Associate Professor, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halatsky Lviv National Medical University, Pekarska st., 69, Lviv, 79010, Ukraine; e-mail: avfitkalo@gmail.com; phone: +380 (97) 293-76-92; fax: +380 (372) 55-37-54

Full list of author information is available at the end of the article.

наявні низький діагностичний поріг та високий рівень коморбідності.

Доведено, що ураження головного мозку часто супроводжується віддаленими наслідками у вигляді ПТСР, який комбінується з «м'якими» баротравмами та поєднує різні кластери симптомів. Згідно з літературними даними нараховують більше ніж 10 тисяч різних комбінацій із 17 симптомів, що часто призводить до встановлення неправильного діагнозу, а відтак — до неефективного лікування [1, 2]. Основні скарги, які супроводжують такий стан пацієнта, це головний біль, порушення рівноваги, запаморочення, шум у вухах, амнезія, слабкість, втома, неспокій, роздратованість, проблеми з пам'яттю та увагою, сном, труднощі з концентрацією, розлади адаптації, тривожність та депресія [3]. Контузія, або черепно-мозкова травма легкого ступеня, часто поєднується з такими психологічними порушеннями, як тривога, відстороненість, флешбеки і дратівливість, що є значущими предикторами ПТСР [5, 6]. Довгострокові наслідки черепно-мозкової травми легкого ступеня можуть мати суттєвий вплив у сімейних взаєминах, відслідковується зниження соціальної активності. Приблизно 58 % бійців, яким встановлено діагноз «контузія», мають надалі низьку соціальну адаптованість, а у 12 % осіб цієї категорії відмічено ознаки повної соціальної дезадаптації з вираженою негативною реакцією на ситуації, непримиренним ставленням до всього довкола, явними реакціями агресії [7, 8]. Таким чином, симптоматика травми надзвичайно широка і, що характерно, її наслідки (лікворо-динамічного удару) часто залишаються непоміченими на початку лікування та доволі відчутні у віддаленому періоді. Тому, з огляду на всі невирішені питання діагностики, лікування та реабілітації постраждалих з мінно-вибуховими пораненнями як у вітчизняній, так і в зарубіжній літературі, стверджуємо, що проблема залишається актуальною та дискусійною.

Мета дослідження: виявлення клінічних специфічних симптомів ПТСР, ускладненого адиктивною та іншою коморбідною патологією, у пацієнтів з контузією.

Матеріали та методи

Робота виконувалась на кафедрі психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Набір клінічного матеріалу здійснювали впродовж 2015–2024 рр. на клінічних базах: у наркологічному відділенні № 2 Львівського обласного клінічного наркологічного диспансеру; відділенні № 16 Військово-медичного клінічного центру Західного регіону м. Львова, реабілітаційному центрі «Незламні». Критерії включення в дослідження 535 осіб: чоловіки-комбатанти віком 20–60 років з діагностованими ПТСР (F43.1) та алкогольною адикцією, з ознаками психічних та поведінкових розладів; наявність інформованої згоди на участь у дослідженні; задовільний комплаєнс; відсутність критеріїв виключення.

Дослідження проведено із дотриманням Конвенції Ради Європи з прав людини (04.04.1997) та Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні

принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини в якості суб'єкта дослідження (1964–2013 рр.). Хід дослідження розглянутий та схвалений комісією з біоетики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (початковий протокол дослідження № 10 від 16.12.2019).

Визначення тривожних і депресивних розладів, які, з одного боку, є віддзеркаленням судинних хвороб головного мозку, а з іншого — додатковим чинником афективних (емоційних) порушень, здійснювали з використанням низки валідизованих тестів: тесту Спілбергера — Ханіна з визначенням особистісної та реактивної тривожності; суб'єктивної госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety Depression Scale, HADS); об'єктивної шкали депресії Hamilton-21 (Hospital Depression Rating Scale, HDRS) та шкали манії Yang.

Клініко-психопатологічне дослідження базувалося на стандартних підходах до психіатричного та наркологічного обстеження через інтерв'ювання та спостереження з акцентом на виявленні порушень, пов'язаних із вживанням алкоголю (Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.E., 1993; Лінський І.В., Мінко О.І., Артемчук А.П. зі співавт., 2009), що давало можливість комплексно оцінити адиктивний статус.

Акцент ставився на когнітивній сфері (когнітивні й інтелектуально-мнестичні розлади — значне зниження пам'яті, уваги, концентрації та анозогнозія), емоційно-вольовій сфері (астеноневротичні та тривожно-депресивні розлади тощо) та на виявленні загальної неврологічної симптоматики (часті головні болі, запаморочення, загальна слабкість, розлади сну та ін.).

Результати та обговорення

Проведено оцінювання клінічної симптоматики ПТСР та визначено частоту певних його клінічних проявів. Аналіз провідних 4 доменів ПТСР показав, що у комбатантів з ізольованим ПТСР найчастішими проявами були симптоми уникання ($88,66 \pm 2,58 \%$), у половини фіксувались нав'язлива поведінка ($51,33 \pm 4,08 \%$) та надмірне збудження ($50,66 \pm 4,08 \%$), а відстороненість та заціпеніння реєструвались лише у п'ятій частині пацієнтів ($20,66 \pm 3,31 \%$). За усіма цими провідними доменами ПТСР комбатанти з коморбідністю ПТСР та алкогольною адикцією (АА) (основна група 2, ОГ2) істотно не відрізнялись від основної групи 1 (ОГ1), у них так само найчастішими були симптоми уникання ($83,87 \pm 3,30 \%$), нав'язлива поведінка та надмірне збудження фіксувались практично у половині осіб ($45,16 \pm 4,47 \%$ та $52,41 \pm 4,48 \%$), однак частота заціпеніння та відстороненості була вищою у півтора рази, ніж за умов ізольованого перебігу ПТСР ($37,09 \pm 4,34 \%$) (табл. 1).

Цілком очікувано, що частота усіх визначених доменів істотно перевищувала аналогічну у військових КГ, в $17,14 \pm 3,67 \%$ яких було зареєстроване надмірне збудження, тоді як інші домени ПТСР не виявлялись.

Більше половини учасників повідомили про високий рівень вживання алкоголю, споживання тютюно-

Таблиця 1. Провідні домени ізолюваного посттравматичного стресового розладу (ОГ1), поєднаного з алкогольною адикцією (ОГ2), а також у пацієнтів групи порівняння з алкогольною адикцією (ГП) та групи контролю (КГ) (%; M ± m)

Симптоми	ОГ1 n = 150	ОГ2 n = 124	ГП n = 156	КГ n = 105	p
Нав'язлива поведінка	77/150 51,33 ± 4,08 %	56/124 45,16 ± 4,47 %	23/156 14,74 ± 2,83 %	0/105 0 ± 0 %	p _{ОГ1-КГ} < 0,001 p _{ОГ2-КГ} < 0,001 p _{ГП-КГ} < 0,05
Симптоми уникання	133/150 88,66 ± 2,58 %	104/124 83,87 ± 3,30 %	12/15 67,69 ± 2,13 %	0/105 0 ± 0 %	p _{ОГ1-ГП} < 0,001 p _{ОГ2-ГП} < 0,001 p _{ОГ1-КГ} < 0,001 p _{ОГ2-КГ} < 0,001 p _{ГП-КГ} < 0,05
Заціпеніння та відстороненість	31/150 20,66 ± 3,31 %	46/124 37,09 ± 4,34 %	5/156 3,20 ± 1,41 %	0/105 0 ± 0 %	p _{ОГ1-КГ} < 0,01 p _{ОГ2-КГ} < 0,01 p _{ГП-КГ} < 0,05
Надмірне збудження	76/150 50,66 ± 4,08 %	65/124 52,41 ± 4,48 %	56/156 35,89 ± 3,84 %	18/105 17,14 ± 3,67 %	p _{ОГ1-ГП} < 0,05 p _{ОГ2-ГП} < 0,05 p _{ОГ1-КГ} < 0,05 p _{ОГ2-КГ} < 0,05 p _{ГП-КГ} < 0,05

вих виробів, недостатній сон поганої якості, низький рівень рухової активності. Паралельно з'ясовано наявність ПТСР та/або депресії. Зроблено висновок про необхідність корегування способу життя для підвищення здоров'я військовослужбовців.

Істотні відмінності встановлені за проявами когнітивного синдрому та поведінковими реакціями. Зокрема, серед пацієнтів з ПТСР у 45,25 % був виявлений потяг до алкоголю, особливо для зняття напруження та гостроти переживань. Ці пацієнти характеризувались найчастішим утрудненням концентрації уваги (87,90 ± 2,93 %; p_{ОГ1-ОГ2} < 0,01; p_{ОГ1-ГП} < 0,01) та частими проявами відчуття самотності у колі родини, дітей, близьких і друзів серед усіх груп (58,87 ± 4,42 %).

Вегетативний синдром, який характеризує фізіологічні реакції, оцінено за частотою головного болю, швидкої підвищеної втомлюваності, коливань артеріального тиску, запаморочення та нудоти. Встановлено, що 50,94 ± 6,87 % досліджуваних (219) відмічали у себе наявність головного болю, 32,08 ± 6,41 % (138) відмічали запаморочення, 45,28 ± 6,84 % (195) скаржилися на диспептичні розлади, як-от нудота та навіть блювання, 66,04 ± 6,51 % (284) відмічали періодичне погіршення зору. За частотою головного болю та швидкої підвищеної втомлюваності ОГ1, ОГ2 та ГП були подібними. Натомість коливання артеріального тиску траплялися найчастіше серед осіб ГП (55,12 ± 3,98 %) та у комбатантів з коморбідним перебігом ПТСР з АА (44,35 ± 4,84 %; p < 0,05). Припускаємо, що саме АА призводить до нестабільності артеріального тиску та створює передумови виникнення судинних катастроф. Також ОГ2 (ПТСР + АА) характеризувалась істотно частішим виникненням запаморочень та нудоти порівняно з ОГ1 та ГП (42,74 ± 4,44 % проти 31,33 ± 2,84 % та 28,20 ± 4,04 %; обидва p < 0,05). У середньому фіксувалася наявність 2–3 визначених ознак одночасно. Ха-



Рисунок 1. Частотний профіль виявлення симптомів ПТСР та його клінічних проявів у комбатантів з ізолюваним перебігом ПТСР, поєднанням ПТСР з АА, АА та групи контролю

рактер з'ясованих симптомів дозволяє дійти висновку про погіршення регуляції діяльності основних органів та систем організму, що, відповідно до наявних літературних відомостей, також є характерним для наслідків контузії.

Окрім зазначених симптомів, достатньо значну поширеність мали ознаки загального погіршення здоров'я. Так, 88,02 ± 5,16 % (379) скаржилися на загальне стомлення та погіршення працездатності, 88,83 ± 4,35 % (382) відмічали погіршення сну, причому 45,35 ± 6,84 % (195) характеризували їх як труднощі із засинанням, а 43,25 ± 6,81 % (186) — як поверхневий сон, що не дозволяє відновитися працездатності. Це повинно бути оцінено як доказ правильності припущень, зроблених на підставі аналізу відповідних режимних моментів. Достатньо велика кількість респондентів зазначала наявність у себе поведінкових розладів у вигляді підвищеної дратівливості — 20,75 ± 5,57 %, нервозності — 30,19 ± 6,31 %, апатії — 16,98 ± 5,16 % та загальмованості — 11,32 ± 4,35 % (рис. 1).

Висновки

Базуючись на передовому світовому досвіді та даних наукової літератури, результатах особистих комплексних досліджень, ми довели, що навіть легка перенесена мінно-вибухова контузія може призвести до стійких пошкоджень ЦНС, зокрема виражених вегетативних розладів.

Динамічні порушення вищих психічних функцій після перенесеної бойової ЧМТ є характерними ознаками травматичних ушкоджень головного мозку, мають складний, неоднорідний характер залежно від ступеня вираженості загальнономозкової симптоматики, ураження кіркових і підкіркових структур і можуть бути підставою для грамотно вибудованої тактики раннього початку реабілітації та комплексної терапії.

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Інформація про фінансування. Джерело фінансування — власні кошти.

References

1. Galushka AM, Podolian YuV, Shvets AV, Ivantsova GV, Rychka OV. Retrospective analysis of acutetrauma symptoms spreading among wounded and sick ATO (JFO) members. *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2019;19(2):17-24. Ukrainian.
2. Galushka AM, Podolyan YuV, Shvets AV, Gorshkov OO. Peculiarities of military injury accompanying acubarotrauma in military services participating in military action. *Ukrainian Journal of Military*

Medicine. 2019;19(3):56-66. Ukrainian.

3. Korshnyak VO, Nasibullin BA. Modern views concerning the mechanisms of blast wave influence on the central nervous system and formation of neurological symptoms. *Meždunarodnyj nevroloģičeskij žurnal*. 2016;(84):139-142. Ukrainian. doi: 10.22141/2224-0713.6.84.2016.83129.

4. Matveiko O, Kunynets S, Boierchuk O, Romanchuk V, Yavorskyi A. Means of physical education - the direction of restoration of combat readiness of servicemen after a brain contusion. *Ukraїnskij žurnal medicini, biologii ta sportu*. 2019;4(3):13-19. Ukrainian.

5. Chin DL, Zeber JE. Mental Health Outcomes Among Military Service Members After Severe Injury in Combat and TBI. *Mil Med*. 2020 Jun 8;185(5-6):e711-e718. doi: 10.1093/milmed/usz440.

6. De Oliveira IM, Vila MH, Burgos-Martos FJ, Cancela JM. Physical fitness in Spanish naval cadets. A four-year study. *Int Marit Health*. 2021;72(1):10-17. doi: 10.5603/IMH.2021.0002.

7. Funch O, Hasselstrøm HA, Gunnarsson TP. Validation and Practical Applications of Performance in a 6-Min Rowing Test in the Danish Armed Forces. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 3;18(4):1395. doi: 10.3390/ijerph18041395.

8. Stevelink SAM, Opie E, Pernet D, et al. Probable PTSD, depression and anxiety in 40,299 UK police officers and staff: Prevalence, risk factors and associations with blood pressure. *PLoS One*. 2020 Nov 12;15(11):e0240902. doi: 10.1371/journal.pone.0240902.

Отримано/Received 06.08.2024

Рецензовано/Revised 17.08.2024

Прийнято до друку/Accepted 26.08.2024 ■

Information about author

Oleh Fitkalo, PhD in Medicine, Associate Professor, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine; e-mail: avfitkalo@gmail.com; phone: +380 (97) 293-76-92; fax: +380 (372) 55-37-54; <https://orcid.org/0000-0001-6321-9518>

Conflicts of interests. Author declares the absence of any conflicts of interests and own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of the manuscript.

Information about funding. The source of financing is own funds.

O.S. Fitkalo

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Features of PTSD diagnosis in patients with a concussion complicated by addictive and other comorbid psychopathology

Abstract. Background. During a blast-related traumatic brain injury, the brain sustains a concussion, which has distant consequences in the form of post-traumatic stress disorder (PTSD), is not always diagnosed, and therefore is not managed timely and effectively. The purpose of the study is to identify specific clinical symptoms of PTSD complicated by addictive and other comorbid pathologies in patients with concussion. **Materials and methods.** During the study, the clinical symptoms of PTSD were evaluated, and the frequency of its certain clinical manifestations was determined. **Results.** Thus, in combatants with isolated PTSD, the most frequent manifestations were symptoms of avoidance (88.66 ± 2.58 %), half of patients reported an obsessive behavior

(51.33 ± 4.08 %) and excessive excitement (50.66 ± 4.08 %), detachment and numbness were recorded only in a fifth of patients (20.66 ± 3.31 %). Servicemen with a concussion noted the presence of headache — 50.94 %, dizziness — 32.08 %, periodic deterioration of vision — 66.04 %, increased irritability — 20.75 %, nervousness — 30.19 %, apathy — 16.98 % and retardation — 11.32 %. **Conclusions.** It has been proven that even a slight blast-related traumatic brain injury can lead to persistent damage to the central nervous system, in particular, pronounced autonomic disorders.

Keywords: post-traumatic stress disorder; contusion; comorbid pathology