

# ОСОБЛИВИЙ КОНТИНГЕНТ

Те, що певні психологічні стани можуть впливати на фізичне самопочуття людини, — давно відомий факт. Однак останніми роками уявлення про взаємозв'язок психологічного стресу і соматичних захворювань були суттєво переглянуті. Сьогодні дослідники вважають: коли мова йде не про звичайне психологічне напруження, а про важкий психічний стан, наприклад, зумовлений перебуванням у зоні бойових дій, то до бійців із будь-якою соматичною патологією потрібен особливий підхід.



**Олексій ЄРОШКІН**, лікар-нейрохірург  
Центрального госпіталю МВС України,  
провідний спеціаліст-альголог, кандидат  
медицинських наук

## Клінічний випадок

Анатолія — бійця АТО — направили до нас із лікарні Маріуполя. Його основною скаргою був сильний біль у ділянці попереку з іррадіацією в ноги. Вже з оглядових рентгенівських знімків стало зрозуміло — проблема дуже серйозна. Spina bifida occulta — аномалія розвитку, яка полягає у відсутності дуг 5-го поперекового хребця, у цьому випадку була «прихованою»: спинний мозок і нервові корінці в нормі, дефект у ділянці спини відсутній. Ця вроджена патологія була настільки компенсована, що пацієнт про неї навіть не підозрював. Його, звичайно, періодично турбував біль у спині, але він ніколи не надавав цьому великого значення. Іноді це захворювання у дорослих може спричинити нетримання сечі та проблеми з кишківником, але пацієнт жодного разу не висловлював подібних скарг. Під час огляду спини

в пацієнта зі spina bifida occulta можна помітити родиму пляму або білу пігментацію, чи острівця волосся в тій ділянці, де сталося розщеплення хребта, — ці ознаки й підказують лікарям, де шукати порушення.

Із початком служби в АТО біль у спині в Анатолія посилювався, а з часом став просто нестерпним. Але хлопець продовжував виконувати свій бойовий обов'язок ще півроку, поки його не демобілізували. Проведені нами згодом МРТ і КТ підтвердили діагноз. Для початку ми вирішили зупинитися на консервативній терапії — місцевих блокадах. Якийсь час пацієнт відповідав на них і йому ставало легше. Однак консервативна терапія мала тимчасовий ефект і за будь-якої провокації у вигляді фізичного навантаження біль з'являвся знову. Тоді ми дійшли висновку, що оперативного лікування не уникнути. Бійця успішно прооперували, встановивши системи транспедикулярної фіксації і забезпечивши декомпресію каналів хребта. Звичайно, про його повернення в зону бойових дій мова не йде, але для мирного життя прогноз сприятливий — за умови врахування одного важливого нюансу...

## Дві сторони медалі

Приймаючи у своє відділення на лікування бійців АТО, ми щодня стикаємося з тим, що багато тяжких хронічних захворювань, які мали бути визначені ще на етапі обстеження під час призову, залишаються непоміченими. Це грижі дисків, стенози, нейрогенна кульгавість,

різноманітна радикарна симптоматика тощо. А на тлі складного психогенного компонента служби, ці, на перший погляд нетяжкі патології перетворюються на проблеми, що потребують тривалого та дорогоцінного лікування. Ми помічаємо закономірність: одна й та сама патологія в бійця АТО і мирного жителя перебігає по-різному. Змінюється навіть не сам больовий поріг, а ставлення до хвороби. Бійці набагато більше акцентовані на своїх проблемах, для них характерна дуже висока тривожність. Їх скарги мають психосоматичний характер і яскраве забарвлення, вони навіть потребують набагато інтенсивнішого знеболювання в післяопераційний період.

Світова статистика свідчить про зростаючу актуальність проблеми психологічних втрат у процесі бойових операцій. На жаль, досі не проведено комплексних і теоретично обґрунтованих досліджень посттравматичного синдрому, що спостерігається у військових, які несли службу в гарячих точках. Але заперечувати наявність у бійців посттравматичного стресового розладу (ПТСР) не можна. Згідно зі статистикою, в осіб, які брали участь у бойових діях у рамках АТО, найчастіше діагностують гостру реакцію на стрес (36,6% випадків), розлади адаптації (29,7%), органічні афективні та тривожні розлади (1,6%). Але лідирує (38,8% випадків) саме ПТСР. До найпоширеніших типів ПТСР належать: астеничний (27%), тривожний (32%), дисфоричний (21%) і сомато-

формний (20%). Слід зазначити часту коморбідність ПТСР. Серед найпоширеніших супутніх ПТСР станів виділяють біполярні порушення, депресію, розлади внаслідок зловживання психоактивними речовинами, психози, розлади особистості, тілесні ушкодження з формуванням хронічного болю.

## Багатоетапна підтримка

До таких пацієнтів потрібен особливий підхід. Лікування ПТСР триває як мінімум шість місяців. Перші три-чотири тижні пацієнти проводять у стаціонарі, й у нашому відділенні їх обов'язково оглядають психологи, які надають індивідуальну психологічну підтримку під час усього курсу лікування. У комплексній терапії бійці обов'язково отримують анксиолітики, антидепресанти, антипсихотики, а також засоби, що поліпшують мозковий метаболізм. Серед психотерапевтичних методик при ПТСР найефективнішими є поведінкова, когнітивна (або когнітивно-поведінкова) і психодинамічна. Основні методи психотерапевтичного впливу при розладах адаптації передбачають проведення когнітивної терапії Бека, використання поведінково-моделюючих технік, прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном.

Відновний період у бійців АТО також істотно відрізняється: і за тривалістю, і за інтенсивністю. Реабілітаційні заходи не мають закінчуватися в стінах нашого відділення. Пацієнта з ПТСР потрібно направити до психіатра або медичного психолога за місцем проживання, пояснивши важливість усунення наслідків психічної травми для успішного лікування соматичного захворювання, з приводу якого він звернувся по медичну допомогу. Це необхідно, оскільки «хронічний біль», характерний для бійців, не дає їм повноцінно жити і змушує багаторазово звертатися до лікарів тоді, коли проблему на фізичному рівні вже вирішено.

Тетяна ПРИХОДЬКО, «ВЗ»

ДЕРЖАВНА НАУКОВА УСТАНОВА «НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЦЕНТР  
ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ» ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ  
СПРАВАМИ (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС)

## ОГОЛОШУЄ КОНКУРС

**НА НАВЧАННЯ В АСПІРАНТУРІ** з відривом та без відриву від виробництва за спеціальностями: «Внутрішні хвороби», «Кардіологія», «Нервові хвороби», «Соціальна медицина».

Оплата за навчання за кошти фізичних і юридичних осіб.

Для участі в конкурсі необхідно подати такі документи: заяву на ім'я директора; особовий листок з обліку кадрів; медичну довідку про стан здоров'я за формою №286-о; копію паспорта, копію диплома про вищу медичну освіту та присвоєння кваліфікації «Лікар»; копію сертифіката про присвоєння кваліфікації лікаря-спеціаліста з відповідної лікарської спеціальності («Внутрішні хвороби», «Кардіологія», «Нервові хвороби», «Соціальна медицина»); копію по-

свідчення про присвоєння (підтвердження) лікарської кваліфікаційної категорії з відповідної лікарської спеціальності (за наявності); витяг з трудової книжки; список опублікованих наукових праць, винаходів і корисних моделей (за наявності) або наукову доповідь (реферат) з обраної наукової спеціальності. Паспорт, диплом про вищу освіту та сертифікат лікаря-спеціаліста вступник пред'являє особисто.

Термін подання документів — 2 місяці з дня опублікування оголошення.

Документи приймаються ученим секретарем ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС за адресою: 01014, м. Київ, вул. Верхня, 5.

Тел.: (044) 284-79-93, факс: (044) 284-72-83.

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТА ІНФЕКЦІЙНИХ  
ХВОРОБ ІМ. Л. В. ГРОМАШЕВСЬКОГО НАМН УКРАЇНИ»

03680, М. КИЇВ, ВУЛ. М. АМОСОВА, 5

## ВИВЧАЄ ПОПИТ НА ОРЕНДУ

майданчика з асфальтованим покриттям площею 7 кв. м, розташованого на земельній ділянці за адресою: м. Київ, вул. М. Амосова, 5, з метою розміщення мобільної кав'ярні.

Вартість майна відповідно до оцінки ринкової вартості станом на 30 червня 2015 р. становить 73477 грн (сімдесят три тисячі чотириста сімдесят сім грн).

Орендна плата за базовий місяць оренди станом на липень 2015 р. становить 489,85 грн (чотириста вісімдесят дев'ять грн 85 коп.) без ПДВ.

Пропозиції приймаються протягом 10 робочих днів з дня публікації оголошення в газеті за адресою:

м. Київ, вул. М. Амосова, 5, кімн. 5. Телефон для довідок: (044) 275-37-33