

О.М. Радченко, д.м.н., професор, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Посттравматичний стресовий розлад в умовах воєнного стану: місце та можливості фізіотерапії



О.М. Радченко

Україна продовжує боронити свою незалежність у війні з росією. Наші військові борються в умовах тривалої та непередбачуваної загрози власному життю й життю побратимів, а наше цивільне населення страждає від щоденних новин про безглузді та безпричинні вбивства й катування на окупованих територіях, потрапляє під ракетні та снарядні обстріли, виживає під ворожим пресингом в окупаційних умовах. Це негативно впливає на психоемоційний стан людей, тому тепер не тільки психіатри, а й представники інших медичних спеціалізацій і навіть не медики можуть зіткнутися з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

ПТСР: дефініція, клінічні прояви, патогенез

Згідно із сучасним визначенням, ПТСР є розладом психічного здоров'я, котрий розвивається після пережитої або побаченої травматичної події чи безпосередньої травми, що загрожувала життю або гідності людини, ознаки якого зберігаються більш як місяць після травми (Sherin J. et al., 2011). ПТСР (англ.: combat stress reaction, син.: бойова психічна травма, бойова стрес-реакція) є одним із найтяжчих для діагностики розладів, оскільки на відміну від інших психосоматичних реакцій і хвороб не визначений стабільним поєднанням симптомів або синдромів. Цей стан може з'явитися не лише у військових, які беруть участь у бойових діях, а також у цивільних осіб, котрі стали свідками смертей, руйнувань, поранень, катувань або перебували в зоні бойових дій, полоні, оточенні чи в небезпеці, стали жертвами поранень, фізичного, психічного чи сексуального насильства тощо (МОЗ України, 2019; Sherin J. et al., 2011). Також на ПТСР часто страждають особи, які втратили під час війни своїх рідних, друзів, перебували під обстрілами й бомбардуванням, вимушені були стріляти та вбивати ворога, непокоїтися через рідних і друзів, що були в небезпеці (МОЗ України, 2019). До чинників ризику виникнення ПТСР належать жіноча стать, наявність психологічних травм у дитинстві чи психічного захворювання в анамнезі, тривале переживання та надмірний стрес під час травматичної події чи бойової травми, відсутність психологічної підтримки після пережитого, неконтрольоване вживання алкоголю чи психоактивних речовин.

Отже, ПТСР є дуже частим розладом психічного здоров'я людини під час воєнного часу, що може траплятися практично в кожній безпосередньо чи опосередковано втягнутої до війни особи, який триває понад 4 тиж і має певні передумови в спадковості, родинному й індивідуальному анамнезі.

Клінічна картина ПТСР

Клінічна картина ПТСР украї різноманітна, що суттєво утруднює діагностику. Існують дані про те, що

в комбатантів, які брали участь у війні, виникають специфічні психічні порушення, що проявляються підвищеною агресивністю, конфліктністю, інколи неадекватним застосуванням зброї чи фізичної сили проти колег/друзів/родини/цивільних, порушенням службової та виконавчої дисципліни, а також надмірним споживанням алкоголю та протиправними діями. Ці явища набувають найбільшої вираженості відтерміновано – через кілька тижнів, місяців і навіть років після перебування в ситуації травматичного стресу. Дуже часто ПТСР клінічно проявляється постійними думками про травматичні події, які виникають мимоволі, сняться або з'являються, мов спалахи. Особи з ПТСР постійно почуваються в небезпеці, переймаються думками щодо власної безпеки, постійно чи тривало перебувають у «бойовій готовності», стають гіперзбудженими, здатними драгуватися навіть без приводу та миттю спалахувати емоціями. Періодично пацієнти з ПТСР відзначають панічні атаки із сильним відчуттям страху та низкою вегетативних проявів: артеріальною гіпертензією, тахікардією, тахіпноєм, болем у серці, нудотою, блюванням, діареєю та судомою. За умови тривалого існування в стані ПТСР пацієнти відчувають негаразди в буденному житті (на роботі, в родині, в суспільстві), що можуть штучно зменшувати через алкоголь, сигарети чи навіть наркотики. Пацієнти з ПТСР відчувають постійну недовіру, переконані в небезпечності та ворожості навколишнього світу, мають несподівані напади люті й агресії, відчувають провини за те, що вижили, що не вжили всіх можливих заходів, що не врятували, що не втекли, тощо, що зумовлює погіршення соматичного здоров'я (поява чи прогресування ішемічної хвороби серця із серцевими нападами, інфарктом міокарда, артеріальною гіпертензією, загрозливим аритмії, посилене тромбоутворення й інсульту) та психічного здоров'я (депресія, тривога, імпульсивна поведінка, алкоголізм, токсикоманія, суїцидальні думки тощо). За даними Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, серед осіб із ПТСР украї поширені артеріальна гіпертензія, стенокардія, аритмії, стресові виразки шлунка, ерозивний

гастрит, цукровий діабет (Урядовий портал, 2022).

Клініка ПТСР украї різноманітна, передбачає численні розлади психіки та соматичні прояви, може бути відтермінована в часі, що суттєво утруднює діагностику.

Патогенетичні механізми розвитку ПТСР

Патогенетичні механізми розвитку ПТСР надзвичайно складні й дотепер остаточно не встановлені. Виокремлюють низку чинників (нейроендокринні, нейрохімічні, нейроанатомічні), які зумовлюють типові реакції організму на психологічний стрес або травматичну подію (Sherin J. et al., 2011). Серед них провідного значення надають нейрохімічному впливу специфічної γ -аміномасляної кислоти (ГАМК) (Schrader C. et al., 2021), яка є гальмівним фізіологічним нейромедіатором центральної нервової системи, що підтримує баланс між процесами збудження та гальмування (Shinjo N. et al., 2020). Доведено, що перебіг ПТСР асоційований зі значним зниженням рівня ГАМК як у крові, так і в окремих ділянках мозку: за даними протонно-магнітно-резонансної спектроскопії, в осіб із ПТСР знижується вміст ГАМК у префронтально-лімбічних ділянках мозку, залучених до регуляції процесів збудження та гальмування (Rosso I. et al., 2022). Такі низькі рівні ГАМК зафіксовано в пацієнтів із панічними та соціально-тривожними розладами воєнного генезу (Meyerhoff D. et al., 2014). Науковці вважають, що саме зниження мозкового вмісту ГАМК зумовлює розвиток різних психопатологічних реакцій (Rosso I. et al., 2022), первинного безсоння та ПТСР зокрема (Meyerhoff D. et al., 2014).

Зниження сироваткового рівня ГАМК за умови ПТСР зафіксовано в декількох дослідженнях. В одному з них оцінювали рівень ГАМК у ветеранів війни з ПТСР, порівнюючи його з таким у ветеранів, які зазнали травми, але не мали клінічних ознак ПТСР, і в представників групи контролю, котрі не мали ані травм, ані ПТСР (Sheth C. et al., 2019). За даними протонної магнітно-резонансної спектроскопії було встановлено істотне ($p=0,02$) зниження вмісту

ГАМК у передній частині поясної звивини головного мозку у ветеранів як із ПТСР, так і без нього, на відміну від контрольної групи. Ба більше, низький вміст ГАМК у пацієнтів із ПТСР асоціювався з порушенням сну (на відміну від хворих без ПТСР і контрольної групи). Отримані дані вчені пояснили порушенням циклу ГАМК – глутамат в осіб із ПТСР, що спричиняє виражений дисбаланс збудливо-гальмівної системи та призводить до порушення сну (Sheth C. et al., 2019).

Тривале монітування сироваткового рівня ГАМК в осіб, які потрапили в дорожньо-транспортну пригоду (ДТП), дало змогу констатувати важливий факт. Середні вмісти ГАМК і через 6 тиж, і через 1 рік після ДТП були істотно нижчими в пацієнтів, які відповідали всім або майже всім діагностичним критеріям ПТСР, порівняно з особами, котрі не мали ознак ПТСР (Vaiva G. et al., 2006). А зростання рівня ГАМК через 6 тиж після ДТП $>0,20$ ммоль/мл асоціювалося зі зникненням ознак ПТСР через рік спостереження в 75% хворих, які відразу після ДТП мали симптоми ПТСР. І навпаки, низький рівень ГАМК через 6 тиж ($<0,20$ ммоль/мл) супроводжувався збереженням ознак ПТСР через 1 рік у 80% пацієнтів, у більшості з яких він проявлявся ознаками великого депресивного розладу. Тому вміст ГАМК у плазмі крові $>0,20$ ммоль/мл є маркером відновлення стану центральної нервової системи після перенесеної травми (Vaiva G. et al., 2006), а сама ГАМК стала ключовою мішенню фармакотерапії ПТСР, тривоги та розладів сну.

Стратегія й тактика лікування ПТСР

Стратегія й тактика лікування ПТСР продовжують удосконалюватися. В Україні діє Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на тяжкий стрес і розлади адаптації. ПТСР», затверджений наказом МОЗ України від 23.02.2016 № 121, котрий відповідає сучасним міжнародним настановам.

Насамперед увагу привертають немедикаментозні методи корекції, котрі включають комплексну психологічну діагностику та лікування за участю лікаря-психіатра, психотерапевта, клінічного психолога,

військового психолога-консультанта, соціального працівника та середнього медичного персоналу, який пройшов спеціальну підготовку з психологічної діагностики, корекції та соціально-трудова реабілітації. Тільки за участі навченого медичного персоналу стає доцільною постійна моральна підтримка близьких і родини, що дає змогу набутися впевненості у власних силах, позбутися багатьох комплексів, пов'язаних з отриманими пораненнями чи психічними/фізичними/сексуальними травмами, не почуватися відірваними від життя. Обов'язковими моментами немедикаментозної корекції є правильний режим дня, достатнє адекватне фізичне навантаження (бажано під контролем спеціалістів), рухливі види спорту й організація відпочинку (табл.).

Медикаментозне лікування признається лікарем і має на меті зменшити клінічні прояви ПТСР. Варто звернути увагу на пункт щодо недоцільності використання фармакологічних препаратів одразу на перших етапах, особливо безпосередньо після травми чи травматичної події, оскільки на формування ПТСР потрібно близько 4 тиж. Саме на етапі початкового формування патологічних симптомомокомплексів можна використовувати фітотерапевтичні засоби.

Таблиця. Обов'язкові немедикаментозні заходи лікування ПТСР відповідно до наказу МОЗ України від 23.02.2016 № 121

1. Провести консультування пацієнта з роз'ясненням у доступній формі особливостей розвитку, клінічних симптомів і лікування ПТСР.
2. Надати інформацію щодо потенційно несприятливого впливу алкоголю й інших психоактивних речовин на перебіг ПТСР.
3. Надати позитивну інформацію щодо перспектив відновлення здоров'я, необхідних термінів.
4. Надати інформацію щодо необхідності дотримання лікарських рекомендацій.
5. Надати рекомендації щодо потреби дотримання вимог здорового способу життя, проведення заходів психологічної та соціальної реабілітації.
6. Надати інформацію щодо можливостей отримання спеціалізованої медичної допомоги.
7. Запропонувати пацієнту використання психологічних технік управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо).
8. Надати рекомендації щодо немедикаментозного та медикаментозного лікування пацієнтам із ПТСР, які відчувають клінічно значущі симптоми: хронічний біль, безсоння, тривогу.
9. Відповісти на запитання пацієнта.
10. Забезпечити моніторинг ефективності лікування, призначеного спеціалістом закладу охорони здоров'я, котрий надає вторинну медичну допомогу.
11. Проводити моніторинг і лікування пацієнтів, які відмовилися від консультації спеціаліста психіатричного профілю.
12. За можливості залучити членів сім'ї пацієнта до обговорення та планування лікування. Від самого початку лікування потрібно зосередити увагу пацієнта на необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації; інформувати пацієнта про потенційні переваги психосоціальної реабілітації й давати практичні поради про те, як отримати доступ до відповідної інформації та послуг; сприяти духовній і соціальній підтримці.
13. Ознайомити пацієнта з інформаційним листком «Посттравматичний стресовий розлад».

Фітотерапія ПТСР

Дані доказової медицини констатують ефективність пасифлори, валеріани, меліси для лікування тривожних розладів, депресії, безсоння (Khan A. et al., 2022), навіть на тлі COVID-19 (Nawrot J. et al., 2022). Таку анксиолітичну активність пояснюють здатністю цих рослин нормалізувати рівень ГАМК. Огляд результатів досліджень *in vitro* довів наявність ГАМК-модулювальної активності в пасифлори, валеріани, меліси, а також підтвердженого клінічно анксиолітичного ефекту (Savage K.

et al., 2018). Ба більше, анксиолітична дія цих рослин виявилася зіставною з такою сучасних фармацевтичних засобів за такого профілю безпеки та переносимості (Savage K. et al., 2018).

Валеріана (*Valeriana officinalis*) – висока лугова рослина з численними білими квітками, зібраними у велике суцвіття; застосовується в медицині протягом багатьох століть, адже ще стародавні греки та римляни використовували її для лікування тривоги, безсоння й називали рослиною здоров'я. Активними компонентами валеріани є іридоїди, відомі також як валепотриати (вальтрат, ізовальтрат, дидровальтрат, ацевальтрат), есенціальні ефірні олії, в тому числі монотерпени (борнеол, борнілацетат), сесквітерпени (валеренал, валеренова кислота) та карбонові сполуки (валеріанова, ізовалеріанова кислоти), лігнани, флавоноїди, а також незначна кількість ГАМК (Shinjo N. et al., 2020).

Валеріана (а точніше її похідні – валеренова кислота та валеренол) здатна модулювати ГАМК-рецептори, що зумовлює посилення відповіді на ГАМК і забезпечує анксиолітичний ефект (Shinjo N. et al., 2020). Валеріана здатна також впливати на серотонінові рецептори (5-HT_{2A}), тому як їхній частковий агоніст регулює сон і настрій, зменшує вираженість тривоги та депресії (Shinjo N. et al., 2020). Анксиолітична дія валеріани доведена в сучасному метааналізі (2020) за участю 60 досліджень (n=6894). Встановлено здатність валеріани покращувати якість нічного сну (10 випробувань; n=1065) і зменшувати тривогу (8 досліджень; n=535). Дослідники підкреслили сприятливий профіль безпеки валеріани та відсутність значних побічних явищ у пацієнтів віком від 7 до 80 років, але відзначили значущість використання якісного трав'яного матеріалу – цілих коренів і кореневищ рослини (Shinjo N. et al., 2020).

Меліса (*Melissa officinalis*) використовується в медицині завдяки здатності чинити заспокійливий ефект і поліпшувати пам'ять. Меліса містить фітонциди (нерал, гераніал, цитронелол), фенолові кислоти (розмаринова кислота), флавоноїди (лютеолін), тритерпеноїди тощо (Zam W. et al., 2022). Завдяки цим активним речовинам меліси притаманні не лише анксиолітичні й антидепресивні властивості, а й деякі додаткові ефекти (антиоксидантний, протівірусний, гіпоглікемічний, гіполіпідемічний, протипухлинний, антиноцицептивний, протизапальний, протиепілептичний, спазмолітичний і протимікробний) (Zam W. et al., 2022).

Нещодавно опубліковано результати систематичного огляду, в якому проаналізовано дані рандомізованих клінічних досліджень, у котрих хворим, які мали гострі/хронічні ознаки депресії та тривоги, призначали мелісу (Ghazizadeh J. et al., 2021). Застосування меліси було асоційовано з істотним зменшенням вираженості тривоги (стандартна середня різниця (ССР) -0,98; 95% довірчий інтервал (ДІ) від -1,63 до -0,33; p=0,003), депресії (ССР -0,47; 95% ДІ від -0,73 до -0,21; p=0,0005) порівняно з плацебо та не супроводжувалося розвитком побічних ефектів (Ghazizadeh J. et al., 2021).

Пасифлора (*Passiflora incarnata*) – багаторічна ліана, яка може досягати 10 м,

має дуже красиві квіти та їстівні плоди яйцеподібної форми. Основними активними речовинами пасифлори є алкалоїди, фенольні сполуки, флавоноїди (апігенін, лютеолін, кверцетин і кемпферол), флавоноїдні глікозиди (вітексин, ізовітексин, орієнтин, ізоорієнтин) і ціаногенні глікозиди, а плоди пасифлори збагачені вітамінами А, С, В₁, В₂, кальцієм, фосфором і залізом. Інший представник роду *Passiflora* – пасифлора їстівна – відома в усьому світі як **маракуя**, також має седативні та протистресові властивості, покращує сон. Проте найвищу анксиолітичну активність серед представників цього роду має *Passiflora incarnata* (Janda K. et al., 2020). Таку властивість рослини пояснюють наявністю особливого флавоноїду – хизину, який забезпечує анксиолітичну й антидепресивну дію завдяки активації кількох систем нейротрансмісії, в тому числі серотонінергічної та ГАМК-ергічної систем, залучення нейротрофічних факторів (фактор росту нервової тканини, нейротрофічний фактор головного мозку) (Rodríguez-Landa J. et al., 2022).

Пасифлору застосовують для зменшення тривожності, депресії, невралгій, що підтверджено в систематичному огляді 9 клінічних досліджень (Janda K. et al., 2020). Доведено, що прийом пасифлори сприяє зниженню рівня тривоги, причому заспокійливий ефект був менш вираженим у разі легких проявів і набував більшої вираженості за наявності помірних ознак (Janda K. et al., 2020). Клініцисти не спостерігали жодних

побічних ефектів під час застосування пасифлори, в тому числі втрати пам'яті чи зниження психометричних показників.

Квайт заспокійливий

Відомо, що терапевтичні властивості однієї рослини, котра має анксиолітичні властивості, можна оптимізувати завдяки поєднанню її з іншими рослинами аналогічної дії (Shinjo N. et al., 2020). Цей принцип покладено в основу створення комплексних фітопрепаратів, представником яких є фітопрепарат Квайт® заспокійливий.

Сучасний фітопрепарат **Квайт® заспокійливий** є комбінацією сухих екстрактів кореневищ валеріани, листя меліси та трави пасифлори, поєднання котрих чинить стійкий заспокійливий ефект у разі неспокою, тривоги, стресу, безсоння. Наявність у кожній складовій препарату метаболітів, здатних підвищувати вміст ГАМК, що має анксиолітичну дію, дає змогу патогенетично обґрунтовано застосовувати **Квайт® заспокійливий** для профілактики та лікування ПТСР на початкових стадіях із легкою вираженістю. **Квайт® заспокійливий** може застосовуватися для лікування дітей віком від 12 років і дорослих; звичайна доза препарату для корекції тривожних станів становить 2 таблетки 3 р/добу, а з метою подолання безсоння – 2 таблетки за 30-60 хв до сну.

Список літератури знаходиться в редакції.

Фармак

КВАЙТ заспокоює І НА ДУШІ СТАЄ ЛЕГШЕ!

1 ТАБЛЕТКА МІСТИТЬ:

- екстракт кореневища валеріани (*Valeriana officinalis* L.) - 125 мг;
- екстракт листя меліси (*Melissa officinalis* L.) - 112,5 мг;
- екстракт трави пасифлори (*Passiflora incarnata* L.) - 80 мг

СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 12 РОКІВ*

Для лікування станів занепокоєння приймати по 2 таблетки до 3 разів на день.

Для лікування безсоння 2 таблетки за півгодини – годину до сну. За потреби можна додатково приймати 2 таблетки раніше, протягом вечора.

* Інструкція для медичного застосування лікарського засобу КВАЙТ® ЗАСПОКІЙЛИВИЙ. Реклама лікарського засобу. Інформаційний матеріал для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на симпозіумах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Р.Л. № UA/17603/01/01, наказ МОЗ України від «21» серпня 2019 р. Виробник: АТ «Фармак», 04080, м. Київ, вул. Киріло-Софіївська, 63. Тел: +38 (044) 496-87-87; e-mail: info@farmak.ua; веб-сайт: www.farmak.ua; УКРПРОМОС/652021/КВАЙТ/ДМ/001