

## НЕВРОЛОГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ

## ЧИ ВСЕ ТАК ПРОСТО З БОЛЕМ ГОЛОВИ?

Боженко Н. Л., Боженко М. І.

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

Біль голови входить до числа 20 найбільш інвалідизуючих захворювань у світі. Більшість випадків болю голови є доброякісними, інші потребують постійного спостереження і лікування, а деякі несуть загрозу для життя пацієнта. Цефалгія є всесвітньою проблемою, яка уражає населення незалежно від віку, раси, рівня доходів і географічного району. Встановлено, що головний біль (ГБ) є четвертою причиною значного соціально-економічного збитку для суспільства. У світі головний біль розглядається як серйозна медична і економічна проблема.

Хоча невеликий відсоток пацієнтів страждає на синдром вторинного головного болю, проте дуже важливо, щоб клініцисти могли диференціювати первинні синдроми головного болю від вторинних, оскільки нездатність це робити значно погіршує захворюваність і навіть смертність. Останні досягнення в розумінні патобіологічних механізмів пропонують корисну інформацію про ці загадкові розлади. Причини вторинних синдромів головного болю можуть значно відрізнятися – вони можуть бути інфекційного, запального, судинного, травматичного або структурного походження. Тому добре зібраний анамнез і цілеспрямоване фізикальне обстеження в поєднанні з відповідними дослідженнями можуть дозволити послідовно розпізнавати ці синдроми, а отже, зробити можливим їх своєчасне та відповідне лікування. Негативні ознаки, включаючи раптовий початок, високу інтенсивність болю, характер зміни існуючого патерну головного болю, вогнищеві неврологічні ознаки або судоми, системні ознаки та посилення фізичної активності, можуть заставити клініциста запідозрити вторинний головний біль. Важливо, що існуючий головний біль не є виключенням вторинного головного болю – у деяких випадках це може бути поєднанням. Міжнародна класифікація розладів головного болю (ICHD)-3 відносить вторинні головні болі до причинних розладів, які мають судинну, запальну, травматичну та неопластичну етіологію. Раннє розпізнавання вторинних головних болів має вирішальне значення, оскільки в багатьох випадках раннє лікування рятує життя. Отже, важливим завданням кожного лікаря, який працює з пацієнтом з болем голови, є диференційна діагностика первинного та вторинного головного болю. Для цього лікар повинен знати критерії кожного виду головного болю. Якщо присутні червоні прапорці, ознаки вторинного ГБ, слід використовувати нейровізуалізацію або інші додаткові діагностичні тести. Перевага надається МРТ головного мозку.

## ОСОБЛИВОСТІ ЗВ'ЯЗКУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕСУРСНОСТІ ТА ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ: ВІКОВИЙ АСПЕКТ

Боженко Н. Л., Корнійчук Ю. В., Федотова Т. В.

*м. Луцьк, Комунальне підприємство «Волинська обласна клінічна лікарня» Волинської обласної ради**м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Розсіяний склероз (РС) – хвороба молоді популяції. Динаміка перебігу даного захворювання зумовлює переживання негативних станів у пацієнтів із РС, що знижує рівень їхнього психічного здоров'я та негативно позначається на життєдіяльності загалом [1]. Постає питання підтримки пацієнтів із діагнозом РС, визначення їхніх психологічних ресурсів, які б не лише виступали психологічними опорами в процесі лікування, а й сприяли б підвищенню якості їхнього життя.

**Мета:** визначення специфіки зв'язку психологічної ресурсності та оцінки якості життя у пацієнтів з діагнозом «розсіяний склероз» з урахуванням вікового аспекту.

**Матеріали та методи:** психодіагностичні (Опитувальник оцінки якості життя SF-36 [2], Тест ресурсності [3]; статистичні (середньогрупове значення, ф-кутовий Фішера, кореляційний аналіз).

**Результати дослідження.** Експериментальне дослідження було проведене на базі відділення неврології КП «Волинська обласна клінічна лікарня» Волинської обласної ради. Загальний обсяг вибірки склав 38 осіб (віком від 25 до 64 років). Результати дослідження проаналізовано за критерієм віку.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ за віковим аспектом респонденти були розподілені на групи: група 1 – від 18 до 43 років включно ( $X_{сер} = 35,7 \pm 5,10$ ) та група 2 – від 44 до 64 років ( $X_{сер} = 48,8 \pm 6,01$ ). Отже, особи групи 1 (від 18 до 43 років) – молода вікова категорія, а респонденти групи 2 (від 44 до 64 років) – особи середнього віку.

Статистично значущі відмінності у показниках виокремлених груп досліджуваних було виявлено за шкалами: 1) опитувальника оцінки якості життя SF-36: «фізичне функціонування» ( $F = 4,26$ , при  $\alpha \leq 0,05$ ) та «рольове функціонування, обумовлене фізичним станом» ( $F = 13,42$ , при  $\alpha \leq 0,01$ ); 2) теста ресурсності: «впевненість» ( $F = 5,01$ , при  $\alpha \leq 0,05$ ), «доброта» ( $F = 4,019$ , при  $\alpha \leq 0,05$ ), «любов» ( $F = 4,04$ , при  $\alpha \leq 0,05$ ) та «загальний показник ресурсності» ( $F = 3,48$ , при  $\alpha \leq 0,05$ ).

У групі 1 визначено кореляцію між шкалами: 1) показника «рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» із шкалами «впевненість» ( $r = 0,44$ ), «доброта» ( $r = 0,63$ ) та «творчість» ( $r = 0,41$ ); 2) показника «фізичне функціонування» із шкалами «доброта» ( $r = 0,66$ ), «допомога» ( $r = 0,41$ ), «творчість» ( $r = 0,44$ ) та «загальний показник ресурсності» ( $r = 0,54$ ); 3) шкали «впевненість» із показниками «інтенсивність болю» ( $r = -0,50$ ) та «соціальне функціонування» ( $r = -0,55$ ); 4) показника «життєздатність» із шкалою «оновлення ресурсів» ( $r = 0,54$ ).

У групі 2 констатовано розлогі кореляційні зв'язки: 1) показника віку зі шкалами «інтенсивність болю» ( $r = 0,62$ ) і «мудрість» ( $r = 0,52$ ), «життєздатність» ( $r = -0,47$ ) та «віра у добро» ( $r = -0,56$ ); 2) показника «інтенсивність болю» зі шкалами «доброта» ( $r = -0,75$ ), «допомога» ( $r = -0,53$ ) та «використання ресурсів» ( $r = -0,49$ ); 3) показника «фізичний стан» зі шкалами «віра у добро» ( $r = 0,43$ ), «використання ресурсів» ( $r = 0,41$ ), «оновлення ресурсів» ( $r = 0,53$ ) та «любов»

( $r = -0,50$ ); 4) показника «рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» зі шкалами «впевненість» ( $r = -0,65$ ) і «творчість» ( $r = -0,48$ ) та «оновлення ресурсів» ( $r = 0,52$ ); 5) показника «психічне здоров'я» зі шкалами «любов» ( $r = -0,64$ ), «відповідальність» ( $r = -0,60$ ) та «оновлення ресурсів» ( $r = 0,65$ ).

В осіб молоді вікової категорії встановлено середній рівень ресурсності ( $X_{сер} = 87 \pm 8,8$ ), тоді як у осіб середнього віку – високий її рівень ( $X_{сер} = 92,18 \pm 3,94$ ).

**Висновок.** Особи середнього віку гостріше відчувають біль, в оцінці власного загального стану здоров'я вказують на зниження його показників. Проте вони виявляють доброту до інших, впевненість у собі, їхні соціальні контакти та рівень спілкування, незважаючи на погіршення фізичного та емоційного стану, не знижуються. Пацієнти молодого віку докладають зусилля для самовдосконалення та самореалізації, мають вищий показник рольового функціонування.

Емпіричне дослідження має перспективу продовження, зокрема, у визначенні специфіки зв'язку психологічної ресурсності та оцінки якості життя у пацієнтів з діагнозом «розсіяний склероз» з урахуванням статевої приналежності та часової характеристики постановки діагнозу, а також у розробці низки програм медико-психологічного супроводу осіб з розсіяним склерозом з метою покращення їхнього психічного здоров'я.

#### Список використаних джерел

- Walton C., King R., Rechtman L., Kaye W., Leray E., Marrie R. A. et al. Rising prevalence of multiple sclerosis worldwide: Insights from the Atlas of MS. *Multiple Sclerosis Journal*. 2020. Vol. 26, no. 14. P. 1816–1821. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1352458520970841>
- Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб. Київ: Медицина, 2023.
- Штепа О. С. Опитувальник психологічної ресурсності особистості: результати розробки й апробації авторської методики. *Проблеми сучасної психології* : зб. наук. праць. 2018ю Вип. 39ю С. 380–399. Режим доступу: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-39.380-399>

## ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ЯК НАСЛІДОК ВІЙНИ У ВІЙСЬКОВИХ ТА ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Волошенюк Т. В., Федяк І. О., Лихотоп А. С.

м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет  
м. Луцьк, Волинський національний університет імені Лесі Українки

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це розлад психічного здоров'я, спричинений сильною стресовою подією та може розвиватися у людей, які її пережили або були свідками. Симптоми ПТСР можуть включати спогади, кошмари, сильну тривогу і неконтрольовані думки про цю подію.

Тривалі війни вивели ПТСР на перший план серед проблем охорони здоров'я. За останні кілька років різко зросла та продовжує зростати кількість військових і ветеранів війни, які звернулися за допомогою з приводу ПТСР [1], що привернуло увагу до цього виснажливого стану та поставило критичні питання щодо відповідних варіантів лікування та догляду.

ПТСР поширюється далеко за межі армії, вражаючи цивільних людей [2], але проблема особливо гостра серед ветеранів війни. Хоч нещодавні ветерани мають вищий ризик ПТСР, ніж ті, хто є в загальній популяції [3], вони також стикаються з різноманітними перешкодами і проблемами у цивільному житті під час лікування [4].

Згідно з дослідженнями, проведеними RAND Center for Military Health Policy Research, менше половини ветеранів, які повертаються і потребують психіатричних послуг, взагалі отримують будь-яке лікування, а серед тих, хто отримує лікування від ПТСР та великої депресії, менше однієї третини отримують допомогу, яка базується на доказах [5].

В Україні для лікування ПТСР застосовують селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС) відповідно до нового Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», який затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України № 1265 від 19.07.2024 року та розроблений з урахуванням сучасних потреб медицини і розглядає особливості діагностики та лікування пацієнтів з ПТСР.

Серед рекомендацій, які найчастіше отримують учасники бойових дій від лікаря, який надає медичну допомогу такі:

- 1) необхідність дотримання вимог здорового способу життя: дотримання режиму дня, гігієни сну, засад здорового харчування, режиму регулярної фізичної активності, уникання вживання алкоголю та топонопаління;
- 2) використання психологічних технік управління стресом (релаксація, дихальні вправи);
- 3) медикаментозне лікування;
- 4) залучення членів сім'ї до обговорення та планування лікування;
- 5) залучення до участі в програмах немедикаментозної корекції: програмах психологічної, соціальної та фізичної реабілітації.

Єдиними схваленими FDA препаратами для лікування ПТСР є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), сертралін (Zoloft, Pfizer) і пароксетин (Paxil, GlaxoSmithKline). СИЗС впливають головним чином на нейромедіатор серотонін, який важливий для регуляції настрою, тривоги, апетиту, сну та інших функцій організму [6].

СИЗС вважаються першою лінією терапії посттравматичних стресових розладів. Сертралін і пароксетин є антидепресантами, схваленими для лікування ПТСР, і найбільш дослідженими СИЗС для цього показання. Усі інші агенти використовуються не за призначенням. На додаток до сертраліну та пароксетину, селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну флуоксетин рекомендовано як лікування першої лінії (не за призначенням) для пацієнтів із ПТСР.

Бойові дії та екстремальні стресові умови, з якими стикаються військовослужбовці під час війни, можуть спричинити виникнення ПТСР та інших серйозних психічних наслідків. Реалізація та постійне оновлення спеціальних програм психологічної підготовки військовослужбовців, забезпечення вчасної діагностики та лікування військовослужбовців і ветеранів війни після травматичних подій та зменшить важкість перебігу ПТСР.

#### Список використаних джерел

- Norris FH, Slone LB. Understanding research on the epidemiology of trauma and PTSD. *PTSD Research Quarterly*. 2013. Vol. 24, no. 2–3. P. 1–13. Available at: [www.ptsd.va.gov/professional/newsletters/research-quarterly/V24n2-3.pdf](http://www.ptsd.va.gov/professional/newsletters/research-quarterly/V24n2-3.pdf). Accessed March 15, 2016.
- U.S. Department of Veterans Affairs How common is PTSD? Aug 13, 2015. Available at: [www.ptsd.va.gov/public/PTSD-overview/basics/how-common-is-ptsd.asp](http://www.ptsd.va.gov/public/PTSD-overview/basics/how-common-is-ptsd.asp). Accessed March 23, 2016.
- American Public Health Association Removing barriers to mental health services for veterans. Available at: [www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2015/01/28/14/51/removing-barriers-to-mental-health-services-for-veterans](http://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2015/01/28/14/51/removing-barriers-to-mental-health-services-for-veterans). Accessed April 3, 2016.
- Iribarren J, Prolo P., Neago N., Chiappelli F. Post-traumatic stress disorder: evidence-based research for the third millennium. *Evid. Based Complement. Alternat. Med.* 2005. Vol. 2. P. 503–512.
- Crocq M.-E. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2000. Vol. 2. P. 47–55.