

**Summary.** *New effective methods of extremities gunshot wounds treatment development has acquired a great importance because of military operations on the territory of Donetsk and Lugansk regions of Ukraine.*

*The development of the technological process in medical practice and personal experience allowed to develop an original approach in such patients treatment. The simultaneous use of different physical factors in extremities gunshot wounds treatment allowed us to obtain good results. The principle of mechanotransduction was used as a basis for our method: simultaneous application on the wound surface with inflammation after wound injury of debridement (primary and in some cases secondary wound surgical treatment), ultrasound (cavitation - preparation period), negative pressure (use of VAC system) and hyperbaric oxygenation. An individual algorithm of actions is developed. The efficacy of the extremities gunshot wounds treatment original method is confirmed by faster wound surface healing and the absence of complications.*

**Key words:** *gunshot wounds, mechanotransduction, microdeformation, efficacy of treatment.*

УДК 616-009.81

## **КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОНБАСЬКОГО СИНДРОМУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ — УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

**В. Й. Тещук, Н. В. Тещук**

*Військово-медичний клінічний центр Південного регіону України  
Київська обласна клінічна лікарня*

**Резюме.** *Після проведення антитерористичної операції (АТО) на території України у багатьох громадян України виник так званий донбаський синдром (ДС) (або післятравматичний стресовий розлад - ПТСР), який характеризується розвитком стійких специфічних симптомів разом з погіршенням функціонування та якості життя у людей, які пережили загрозливі для життя події або надмірну травму. В цій роботі поданий позитивний досвід застосування препарату Ноофен® у пацієнтів з ДС в умовах ангіоневрологічного відділення клініки нейрохірургії і неврології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону України. На думку авторів, під впливом Ноофену® значно покращився загальний стан пацієнтів, значно зменшились гіперкінетичні прояви та посилений фізіологічний тремор. Застосування Ноофену® є патогенетично обґрунтованим при лікуванні ДС, вегетативних дисфункцій. Ноофен® має*

*вегетотропну, симпатиколітичну й адаптогенну дію, антипароксизмальний ефект, що так потрібно для оздоровлення українського народу.*

**Ключові слова:** донбаський синдром, післятравматичний стресовий розлад, Ноофен, когнітивні розлади.

**Вступ.** Донбаський синдром (ДС) є природною емоційною реакцією на глибоко вражаючі події в зоні антитерористичної операції ( АТО ) на сході України . Це — нормальна реакція на ненормальну ситуацію. Сьогодні усе більша кількість медичних фахівців Військово-медичного клінічного центру (ВМКЦ) Південного регіону України (ПРУ) визнає, що ДС може бути зумовленим не лише подіями з масивною загрозою життю та здоров'ю, але й так званими «нормальними» життєвими обставинами — важкою втратою, професійними невдачами та значними фізично-емоційними перенавантаженнями на службі, особистими конфліктами, погрозами, переслідуванням, дискримінацією, труднощами у подружньому житті тощо , котрі пов'язані з подіями останніх років на сході України. Синонімами ДС є: післятравматичний стресовий розлад ( ПТСР ), післятравматичний синдром, «в'єтнамський синдром», «афганський синдром» тощо. ДС — це важкий психічний стан, різновид тривожного розладу (неврозу), що виникає в результаті поодинокі або повторних психотравмуючих ситуацій, як, наприклад, військові дії, важка фізична травма, сексуальне насильство або загроза смерті. ДС в більшості випадків супроводжуються вегетативними розладами. Основним патогенетичним механізмом цих проявів є дисбаланс вегетативної регуляції, дисфункція симпатико-парасимпатичних взаємовідносин з перманентним або пароксизмальним перебігом, який має генералізований, переважно системний характер. За цього порушуються інтегративні взаємозв'язки між надсегментарними вегетативними структурами, що проявляється у вигляді емоціональних, сенсо-моторних, ендокринно-вісцеральних та інших розладів, і внаслідок цього — проявами дезадаптації в сучасному українському суспільстві. Ці причини зумовлюють збільшення кількості пацієнтів з ДС, та збільшення кількості звернень до лікарів різних фахів в різноманітних лікувально- профілактичних закладах України.

**Актуальність.** Найбільш частими проявами ДС є соматичні, когнітивні, емоціональні, поведінкові, вегетативні. Серед вегетативних розладів найчастіше ми відмічали церебральну ангіодистонію, яка може суттєвим чином детермінувати центральні відділи регуляції вегетативного відділу нервової системи (ВВНС). Одними з найбільш важливих клінічних проявів є моторні порушення, які свідчать на користь обов'язковості додаткової корекції рухових розладів за ДС . Акцентування уваги на елементах моторної системи в ангіоневрологів виправдано інформативністю, можливістю об'єктивізації

цілої низки функціональних розладів. Тремор часто є основним симптомом вегетативних дисфункцій рухової сфери, частою ознакою вегетативної дизрегуляції та виразної лабільності ВВНС [1]. Важливим чинником медикаментозного впливу на синдром вегетативної дистонії з моторними розладами є такий засіб як Ноофен, внаслідок центрального впливу на системну та церебральну динаміку, нейротрансмісію, вегетативну лабільність, та нейрохімічний метаболізм [2—4].

Метою нашого дослідження було вивчення клінічної ефективності застосування препарату Ноофен® (виробництво АТ «Олайнфарм», Латвія) в комплексному лікуванні ДС.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами було виокремлено гурт з 138 військовослужбовців — учасників АТО, які проходили стаціонарне лікування та обстеження в умовах ВМКЦ ПРУ. Усі пацієнти — чоловічої статі, яким було проведено комплексне обстеження. Вік пацієнтів складав від 18 до 60 років. Основний гурт (108 пацієнтів) отримувал стандартне лікування відповідно до локальних протоколів з додаванням Ноофену® в дозі 0,25 по 1 капсулі 3 рази на добу, всередину. Контрольний гурт складали 30 пацієнтів, які отримували стандартне лікування без додавання Ноофену®. Основний і контрольний гурти були рівнозначними за клінічними та віковими проявами. Повністю з дослідження були виключені «аватари», які складали 10 % пацієнтів в зоні АТО, за даними [5]. Курс лікування складав 30 діб. Під час обстеження в усіх пацієнтів використовували інструментальні методи дослідження: комп'ютерну томографію головного мозку (КТГМ), ультразвукову доплерографію (УЗДГ) + транскраніальну доплерографію (ТКДГ), електроенцефалографію (ЕЕГ), реоенцефалографію (РЕГ); клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний (оцінка симптомів, синдромів, оцінка відповіді на попередні лікувальні заходи, визначення мішеней психокорекції/психотерапії та ресурсів особистості) методи обстеження. Основою цих методів було застосування принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічного анамнезу. Для оцінки ефективності та впливу Ноофену® на різноманітні системи організму досліджували комплекс електрофізіологічних та біохімічних показників, систему згортання крові. Для оцінки ефективності лікування застосовували такі методи контролю: шкалу коми Glasgow, оцінку когнітивних функцій за шкалою MMSE, аналіз активної життєдіяльності — бальну оцінку за індексом Barthell, оцінку тривожності та депресії за шкалами Гамільтон (HARS) та Госпітальною шкалою тривоги і депресії, для оцінки якості сну використовували Пітсбурзький опитувальник, для визначення мішеней психотерапії/психокорекції опитувальник якості життя (FS-36) та шкалу оцінки впливу травматичної події (IES-R).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Треба зауважити, що багато пацієнтів з обстежуваного гурту перебували на стаціонарному лікуванні в

гастроентерологічному відділенні ВМКЦ ПРУ. Перебіг ДС ( ПТСР ) ми визначали як гострий, коли симптоми зберігалися від 1 місяця до 3 міс, та хронічний — при збереженні симптомів більше 3 місяців. У випадках, коли початок симптомів відмічався через 6 міс після травматичної події, розлад визначали як ДС ( ПТСР ) з пізнім проявом. За ДС інколи спостерігався хвилеподібний перебіг. У більшості випадків пацієнти одужували, але інколи хвороба тривала протягом двох років після катастрофи і трансформувалася в хронічну зміну особистості . Такі пацієнти в подальшому перебували під спостереженням психіатра за місцем проживання. В більшості випадків у осіб чоловічої статі, за нашими спостереженнями, були встановлені супутні психіатричні діагнози, що обґрунтовує обов'язкову участь лікаря-психіатра в уточненні діагнозу та визначенні тактики ведення пацієнтів з ДС . Важливе значення має інтегрована медична допомога з комплексною соціальною реабілітацією пацієнтів із ДС , із залученням членів сім'ї (в тих випадках, коли вони були соціально адекватні). В усіх обстежуваних пацієнтів тою чи іншою мірою були відмічені симптоми рухової збудливості, посиленій (переважно стадопозній) фізіологічний тремор кінцівок, у 81 пацієнта (75 %) відмічалось постійне або періодичне тремтіння китиць, воно визначалось візуально і суб'єктивно не відчувалось. В момент «емоційних спалахів» тремор виникав в усіх (100 %) обстежуваних пацієнтів. Віковий компонент достовірно не впливав на виразність та суб'єктивні відчуття тремтіння. Окрім цього у 99 (91,6 %) пацієнтів відмічався періодичний озноб, у 94 (87 %) — утруднення дихання, «грудка у горлі» при ковтанні; запаморочення (переважно системного характеру) відмічали 88 (81,5 %) учасників АТО; підвищений артеріальний тиск (АТ) був у 83 (76,85 %) пацієнтів. Періодичні запаморочення відмічали на протязі останнього тижня — 75 (69,4 %) обстежуваних військовослужбовців; стомлюваність та загальну слабкість — 73 (67,6 %), скреготіння зубами під час сну — 69 (63,9 %) обстежуваних; виразний цефалгічний синдром відмічався у 64 пацієнтів (59,3 %); гіпергідроз — у 62 (57,4 %); звертали увагу на нудоту 58 хворих (53,7 %); перебої в ділянці серця відмічали 49 (45,4 %) військовослужбовців; пароксизми втрати свідомості на протязі останнього місяця відмічали 43 пацієнти (39,8 %); локальні судоми і міоклонуси спостерігалися у 4 (3,7 %) хворих. Не менш яскравою була і когнітивна симптоматика: 86 пацієнтів (79,6 %) звинувачували у своїх бідах працівників військових комісаріатів, керівників підприємств, дружин, чиновників тощо. У 34 (31,5 %) хворих відмічалось зниження розумових здатностей, надмірна настороженість, посилення або зниження орієнтації в навколишніх обставинах; причепливі «образи», зниження пам'яті, все це супроводжувалося нічними «кошмарами». 32 (29,6 %) учасники АТО скаржились на порушення абстрактного мислення, неможливість

сконцентрувати увагу, труднощі з прийняттям рішень, труднощі у вирішенні життєвих проблем. Емоційні прояви були виражені тривожністю у 68 (63 %) хворих; підвищеною настороженістю — у 63 (58,3 %) пацієнтів; депресивними розладами — у 43 (39,8 %) пацієнтів; «емоційними спалахами» та явищами емоційного автоматизму — у 32 (29,6 %) учасників АТО; «страхом смерті», «приливами жару», станом пригніченості, сумом, відчуттям провини за свої вчинки. Неадекватні емоційні реакції, подразливість, роздратованість, втрата контролю спостерігалися у 17 (15,7 %) військовослужбовців. У багатьох пацієнтів відмічалися поведінкові розлади у вигляді періодичного вживання алкогольних напоїв у 14 (13 %); проявлялися антисоціальною поведінкою з «емоційними спалахами» — в 11 (10,2 %) учасників АТО; проявлялися також змінами в сексуальній поведінці, змінами повсякденної активності та труднощами в спілкуванні з оточуючими в 9 (8,3 %) хворих. 8 (7,4 %) пацієнтів відмічали мовні порушення, неможливість розслабитися, зниження апетиту, підозрілість, соціальну самоізоляцію, надмірне реагування на стимули, скаржилися на високий темп життя тощо. В результаті проведеного комплексу клінічних спостережень у пацієнтів з ДС були виявлені моторні порушення у вигляді тремору (зокрема «тремору домінантної руки»). Виявлені клінічні прояви в обстежуваних пацієнтів вказують на виразні впливи з боку ВВНС на наявність та характеристики тремору. Підвищення амплітуди, частоти та інтенсивності тремору дозволяє думати про відхилення та дезадаптаційні тенденції моторних компонентів, внаслідок їх переходу від можливих функціональних порушень ЦВНС в органічні. За цього вони не відрізнялися суттєво від представників контрольного гурту. Враховуючи патогенетичну роль структур головного мозку в треморогенезі [6-8], слід вважати, що на інтегральні показники тремору в обстежуваних впливав функціональний стан ВВНС, який залежав, в свою чергу, від особливостей нейротрансмісії, функціональної активності гіпоталамічних утворів, частини ретикулярної формації, екстрапірамідно-лімбічних зв'язків тощо, а також можливі зміни в ЦВНС, які переважно вражають фронтально-стріарні, церебелло-фронтальні шляхи, підкіркові нейронні кола [6-8]. Під впливом проведеного лікування виявлено зменшення симпатичних впливів на механізми рухової гіперактивності, треморогенезу (симпатиколітичний вплив Ноофену). В пацієнтів, які добре адаптовані до зовнішніх впливів, відмічено повну нормалізацію цих проявів — зникнення тремору у 22 (20,37 %) обстежуваних нами пацієнтів з ДС вже після прийому Ноофену на протязі одного місяця в запропонованих нами дозуваннях. Максимальний позитивний ефект був досягнутий у пацієнтів з ДС, де переважав симпатичний компонент вегетативної іннервації. А відтак, за цього клінічного спостереження підтверджений вегетотропний, переважно симпатиколітичний, а також

адаптогенний ефекти Ноофену®[8]. Ми також відмічали позитивний ефект Ноофену® при лікуванні пацієнтів з ДС у разі пароксизмального перебігу вегетативних дисфункцій. Вищезгадане можна розглядати як антипароксизмальний ефект під час лікування пацієнтів з ДС, який характерний для транквілізаторів. Позитивний клінічний ефект Ноофену®, можливо, пов'язаний з покращанням метаболізму, забезпеченістю нейромедіаторних процесів в структурах ЦВНС та ВВНС [6—8]. Відомо, що Ноофен® є стимулятором продукції дофаміну, який посилює дофамінергічну нейротрансмісію, за рахунок наявності в молекулі фізіологічного модулятора нейро- трансмісії [8]. Вищезазначене в патогенетичному аспекті обґрунтовує застосування Ноофену® у пацієнтів з ДС, які зумовлені дофамінергічною недостатністю. Оцінюючи результати лікування пацієнтів з ДС, в комплексну терапію яких був включений Ноофен®, треба наголосити, що 87 (80,6 %) пацієнтів відмічали покращання загального стану; 9 (8,3 %) пацієнтів — незначне покращання загального стану; останні 12 (11,1 %) пацієнтів ефекту від проведеної терапії не відмічали, незважаючи на те, що в комплексне лікування цих пацієнтів були включені за потребою СІЗЗС, ІЗЗСН, атипіві антипсихотики, інгібітори MAO, трициклічні антидепресанти[8]. Під час використання Ноофену® в комплексному лікуванні пацієнтів з ДС ми відмічали покращання стану пацієнтів з переважанням симпатикотонічних проявів [8]. У хворих з ейтонією при застосуванні Ноофену® також спостерігалось покращання загального стану, зменшення амплітуди та інтенсивності «тремору домінантної руки» [8]. Виявлені клінічні ефекти Ноофену®, в першу чергу, спрямовані на оптимізацію механізму зворотного зв'язку в кірково-підкіркових нейрональних проєкціях [8], посилення активності паллідо-стріарних, лімбіко-ретикулярних комплексів і стовбурових структур, що в сукупності безпосередньо детермінує виникнення і підтримка тремору та інших гіперкінезів. Окрім цього, ми відмітили позитивну динаміку після прийому Ноофену®: у 61 пацієнта (61,6 % від кількості хворих до лікування) з ДС вже не відмічався періодичний озноб; у 72 (76,6 %) — нормалізувалися процеси та механізми дихання, зникла «грудка в горлі» при ковтанні; зникнення запаморочень системного характеру відмічали 48 (54,54 %) учасників АТО; нормалізація АТ була відбулася у 57 (68,7 %) пацієнтів. Зменшення кількості періодичних запаморочень відмічали на протязі останнього місяця 44 (58,7 %) обстежуваних військовослужбовців; зменшення стомлюваності та загальної слабкості відмічали 38 (52,05 %) хворих, усувалось скреготіння зубами під час сну у 32 (46,4 %) обстежуваних; цефалгічного синдрому позбулися 39 (60,94 %) пацієнтів; нормалізацію потовиділення ми відмітили у 46 (74,2 %) хворих[8].

Таким чином, застосування Ноофену® значно зменшувало кількість соматичних проявів та симптомів ДС в учасників АТО. Парадокс ДС в

учасників АТО полягає в тому, що повернувшись після демобілізації додому, вони не знаходять собі місця в «цивільному» житті, де нехтуються і порушуються їхні права. Реакції цих людей високо адаптовані в бою і сприяють хорошій підготовці та надбанню досвіду[8]. Під час військових дій адаптивними властивостями організму військовослужбовця є підвищена збудливість, понаднастороженість, уміння володіти собою та контролювати свої емоції при виникненні непередбачуваних обставин; реакції у відповідь на повторні психотравмуючі події, а також уміння функціонувати в умовах недосипання. Застосування Ноофену® усувало тою чи іншою мірою депресивні, тривожні, соціально-тривожні та панічні розлади[8]. Спостерігалось зниження кількості пацієнтів до 38 (44,2 % від кількості хворих до лікування), які звинувачували «когось в своїх бідах»; у 17 (50,0 %) хворих відмічалася нормалізація сну. Суб'єктивне оцінювання якості нічного сну проводили відповідно до рекомендацій Пітсбурзького опитувальника якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index) . До лікування  $31,5 \pm 3,63$  % обстежуваних з основного гурту та  $30,0 \pm 1,78$  % обстежуваних з гурту порівняння наголошували наявність різноманітних порушень сну, через 1 місяць лікування ці показники зменшилися до  $25,0 \pm 1,03$  % та  $26,7 \pm 0,67$  % відповідно. У перший день обстеження (до лікування) 36 пацієнтів (33,33 %) із ДС набрали за шкалою MMSE 28—30 балів, тобто їхня інтелектуальна продуктивність була в межах норми [8]. Когнітивні порушення легкого ступеня виразності (показник за шкалою MMSE становив 26—27 балів) спостерігалися у 37 (34,26 %) обстежуваних основного гурту[8]. Когнітивні порушення помірною ступеня тяжкості, що не досягали ступеня деменції (показники за шкалою MMSE становили 24—25 балів), спостерігалися у 33 (30,55 %) обстежуваних хворих. Зниження інтелекту у вигляді деменції було виявлене у 12 (11,11 %) хворих (показники за шкалою MMSE менше ніж 24 бали). На 31-й день лікування інтелектуальна продуктивність за шкалою MMSE покращилася: у 63 (58,33 %) пацієнтів інтелектуальна продуктивність була в межах норми; когнітивні порушення легкого ступеня тяжкості спостерігалися у 36 (33,3 %) осіб; когнітивні порушення помірною ступеня, що не досягали ступеня деменції, спостерігалися у 6 (5,55 %) хворих; та у 3 (2,78 %) пацієнтів відмічалось зниження інтелекту у вигляді деменції. Таким чином, за результатами методики MMSE у хворих із ДС у структурі порушень пізнавальних функцій переважали розлади вербальної пам'яті, лічильних функцій та перцептивно-гностичної сфери, які мали позитивну динаміку на фоні комплексної терапії з включенням препарату Ноофен®[8]. 13 (40,6 %) учасників АТО відмічали покращання пам'яті, здатності до концентрування уваги, здатності до прийняття рішень у вирішенні життєвих проблем[8]. Динаміка когнітивних порушень за шкалою MMSE (середній бал) виглядала таким чином: до лікування  $28,33 \pm 1,79$  бали

— основний гурт та  $28,61 \pm 1,53$  бали — гурт порівняння, після лікування —  $28,66 \pm 1,6$  та  $28,72 \pm 3,04$  бали відповідно. Тривожність після прийому Ноофену® відмічали 46 хворих (67,65 % від кількості хворих до лікування); підвищену настороженість — 49 (77,8 %) пацієнтів; депресивні розлади відмічені нами у 33 (76,7 %) пацієнтів. «Емоційні спалахи» та явища емоційного автоматизму у 16 учасників АТО (50,0 % від кількості хворих до лікування); «страх смерті», «приливи жару», стан пригніченості, сум, відчуття провини за свої вчинки, неадекватні емоційні реакції, подразливість, роздратованість, втрату конт-ролю над собою ми відмічали у 9 військовослужбовців (52,9 % від кількості хворих до лікування) [8].

Для перевірки адекватності та валідності української версії опитувальника якості життя FS-36 проведено обстеження 30 здорових осіб (контрольний гурт); 108 пацієнтів з ДС (основний гурт), які отримували в комплексному лікуванні Ноофен®, та 30 пацієнтів з ДС (гурт порівняння), які не отримували Ноофен®. Обстежувані гурти не відрізнялися за статеві-віковим складом ( $p > 0,05$ ). Перед порівнянням варіаційні ряди перевіряли на нормальність розподілу. В більшості випадків встановлено, що розподіл показників якості життя (ЯЖ) в обстежуваних гуртах відрізнявся від нормального, криві розподілу мали виражений ліво- і правобічний характер, тому порівняння показників ЯЖ проводили по середнім (M) з урахуванням середньої похибки (m). Українська версія опитувальника FS-36 показала високу інформативність та чутливість при порівнянні здорових осіб та пацієнтів з ДС. Проведена процедура адаптації міжнародного опитувальника FS-36 дає можливість використовувати його під час вивчення параметрів ЯЖ пацієнтів з різними патологічними станами [8].

Участь у бойових діях впливає на свідомість людини, піддаючи її серйозним якісним змінам. ДС сприяє формуванню специфічних сімейних стосунків, особливих життєвих сценаріїв і можуть впливати на все подальше життя людини. Україну потрясли ряд самогубств учасників АТО та застосування ними різноманітних підривних механізмів за тих чи інших обставин. На відміну від гострої стресової реакції, ДС виникає не під час травмуючої події, а у віддалені терміни — після виходу людини зі стану надтяжкого стресу. Латентний період складає, як правило, 2—6 місяців з моменту отримання психологічної травми. Пацієнтам з ДС потрібна якнайшвидша соціальна адаптація, покращання працездатності, можна стверджувати, що таку здатність повертає застосування Ноофену® у вищезгаданому дозуванні.

### **Висновки**

Бойові дії на Сході України спровокували хвилю проблем психосоціальної адаптації, в якій ДС набув нових якісних і кількісних характеристик. У будь-яку



муть бойові стреси можуть нагадати про себе різними проявами. Неврози виникають переважно в тих військовослужбовців, які побували на полі бою, жили в окопах, зазнали поранень, каліцтва, стали свідками загибелі бойових побратимів, були у полоні. Дуже часто самі учасники АТО не помічають у себе розладів психіки. Але якщо їм вчасно не допомогти, то військові події для них не закінчаться ніколи. Донбаський синдром — важкий та хронічний тривожний розлад, який характеризується порушеннями функціонування, частими суїцидальними думками та високими показниками коморбідності. Враховуючи наш досвід при лікуванні ДС, Ноофен® слід розглядати як медикаментозний засіб першої лінії терапії цього гурту розладів, який впливає одночасно на різні ланки формування ДС. Тремор — об'єктивна ознака вегетативних дисфункцій, пов'язаних з порушенням судинної регуляції — це функціональна дезадаптація організму в стресових умовах. Ефективність Ноофену® в комплексному лікуванні ДС підтверджено позитивними клінічними результатами, він здійснює коригувальний вплив на стан ВВНС і основні ланки тремтіння, що дає підставу говорити про патогенетичну потребу застосування Ноофену® під час лікування ДС. Під впливом лікування значно покращився загальний клінічний стан пацієнтів з ДС, було усунуто гіперкінетичний синдром, а також посилений фізіологічний тремор. На нашу думку, застосування Ноофену® є патогенетично обґрунтованим при ДС та коморбідних моторних розладах. Ноофен® спричинює вегетотропний, симпатиколітичний та адаптогенний впливи, а також антипароксизмальний ефект. Незважаючи на те, що загальна кількість пацієнтів з ДС, які відповіли на лікування Ноофеном®, складає в середньому близько 60%, тільки кожен четвертий з пацієнтів досягає повної ремісії, і знаходить своє місце в цьому житті.

### **Література**

1. Справочник по клинической нейровегетологии / под ред. В. А. Берсеньева, Г. П. Губы, О. А. Пятака. Киев : Здоров'я, 1990. 238 с.
2. Влияние курсового лечения ноофеном на двигательную активность, когнитивные функции и психоэмоциональное состояние у больных болезнью Паркинсона / Карабань И. Н., Луханина Е. П., Мельник Н. А., Березецкая Н. М. // Український вісник психоневрології. 2000. Т. 14, вип. 1 (46). С. 46—50.
3. Тещук В. Й., Тещук В. В. Динаміка когнітивних змін у хворих із наслідками гострих порушень мозкового кровообігу // Актуальні проблеми транспортної медицини. 2013. № 3 (33). С. 82—87.
4. Тещук В. Й., Тещук В. В. Досвід застосування ноофену у відновному лікуванні гострих порушень мозкового кровообігу в умовах ВМКЦ ПР // Там само. 2014. № 1 (35). С. 111—115.

5. До питання про санітарні втрати терапевтичного профілю, за даними 61 ВМГ, під час проведення антитерористичної операції / Тещук В. Й., Лавринець О. Г., Тещук Н. В. [та ін.]. // Бюллетень XIV чтений им. В. В. Подвысоцкого : [матер. науч. конф. 27—28 мая 2015 г.]. Одесса : «Фенікс», 2015. С. 190.

6. Курако Ю. Л., Стоянов О. М. Тремор в клинической неврологии. Одесса : ОГМУ, 2000. 128 с.

7. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / под ред. А. М. Вейна. Москва : Медицинское информационное агентство, 2000. 752 с.

8. Тещук В.Й. , Тещук Н.В. Підходи до лікування післятравматичних стресових розладів у військовослужбовців — учасників антитерористичної операції// Український вісник психоневрології .- Том 24, випуск 4 (89).- 2016.- С.122-128.

**Резюме.** *После проведения антитеррористической операции (АТО) у многих граждан Украины возник так называемый донбасский синдром (ДС) (посттравматические стрессовые расстройства -ПТСР), который характеризуется развитием стойких специфических симптомов вместе с ухудшением функционирования и качества жизни у людей, переживших угрожающие для их жизни события или чрезмерную травму. В работе представлен положительный опыт использования препарата Ноофен® у пациентов с ДС в условиях ангионеврологического отделения клиники нейрохирургии и неврологии Военно-медицинского клинического центра Южного региона Украины. По мнению авторов, под влиянием Ноофена® значительно улучшилось общее состояние пациентов, значительно уменьшились гиперкинетические проявления и усиленный физиологический тремор. Использование Ноофена® является патогенетически обоснованным при лечении ПТСР, вегетативных дисфункций. Ноофен® обладает вегетотропным, симпатиколитическим и адаптогенным действием, антипароксизмальным эффектом, что очень необходимо для оздоровления украинской нации.*

**Ключевые слова:** *донбасский синдром , посттравматическое стрессовое расстройство, Ноофен®, когнитивные расстройства.*

**Summary.** *After ATO (anti-terrorist operation) launch in the territory of Ukraine, many citizens of Ukraine have developed so called donbass-syndrome ( DS ) (post-traumatic stress disorders -PTSD), which are characterize by development of persistent specific symptoms along with impairment of functioning and quality of life in people who experienced life-threatening events or significant trauma. This paper presents positive experience of Noofen® use*

*in DS patients in the setting of angioneurology department of neurosurgery and neurology clinic of the Military-medical clinical centre of South region of Ukraine. In authors' opinion, Noofen® improves significantly general state of patients, decreases substantially hyperkinetic manifestations and excessive physiological tremor. Use of Noofen® is pathogenetically substantiated for treatment of PTSDs and vegetative dysfunctions. Noofen® has vegetotropic, sympathicotonic, and adaptogenic action, as well as antiparoxysmal effect, which are needed for health improvement of Ukrainian people.*

**Key words:** *donbass-syndrome, post-traumatic stress disorders, Noofen, cognitive disorders.*

УДК 616.831 – 005.1

**ДО ПИТАННЯ ПРО КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ЗІСТАВЛЕННЯ ПРИ  
ГОСТРИХ ПОРУШЕННЯХ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ**

**В.Й.Тещук, В.В.Тещук**

*Військово-медичний клінічний центр Південного регіону України  
Київська обласна клінічна лікарня*

**Резюме.** *В даній роботі представлено аналіз 629 історій хвороб пацієнтів з ГПМК, котрі знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці нейрохірургії і неврології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону України з 2000 року до 01.07.2017 року. Проведено зіставлення клініко-морфологічних характеристик різних типів ГПМК, характеру і частоти основних чинників, котрі, на нашу думку, впливали на перебіг і кінець захворювання, ступінь їх значущості. Порівняння частоти соматичних ускладнень у хворих з ГІ та ІІ показало значні відмінності показників для обох типів ГПМК. Оцінюючи результати дослідження нами виявлені пріоритетні ускладнення при ішемічних та геморагічних ГПМК, котрі безсумнівно викликали погіршення стану і сприяли прискоренню фатального кінця, а з часом і зумовлювали його. Аналіз причин смерті хворих і чинників, котрі впливають на фатальне закінчення, а також структурних змін головного мозку дозволив виявити закономірності, за допомогою яких можна прогнозувати виникнення обтяжливих процесів і вживати заходів, спрямованих на зниження летальності при ГПМК.*

**Ключові слова:** *гострі порушення мозкового кровообігу, ішемічний інсульт, геморагічний інсульт.*

**Вступ.** *Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК)- одна із самих актуальних проблем сучасної медицини [1-5]. Особливо актуальним є це*