МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

щодо роботи з пацієнтами-ветеранами
та учасниками бойових дій

ingenius IREX VETERAN HUB

Слова подяки

Ці методичні рекомендації є результатом співробітництва трьох організацій: INGENIUS, Veteran Hub та IREX. Матеріали та використана інформація базуються на досвіді, знаннях і висновках попередньої діяльності групи українських експертів. Ми вдячні всім за значний внесок та продуктивну роботу.

Ці методичні матеріали було розроблено та опубліковано в рамках проекту IREX «Програма реінтеграції ветеранів».

Над книгою працювали:

Переклад та адаптація тексту:

ЮРІЙ РОЖКО
ВЛАДИСЛАВ ФЕДОРЧЕНКО
УЛЯНА КАЩІЙ
АНАСТАСІЯ МОІСЄЄНКО

Редакція та вичитка:

ЛІНДА МАЙОР
ВІРА БАРАНОВСЬКА-АНДРІГО
ІВОНА КОСТИНА
АРТЕМ ДЕНИСОВ
ТЕТЯНА РУДЕНКО
КАТЕРИНА МЕЛІКОВА
ІРИНА ДОБРОГОРСЬКА

Спеціалісти-консультанти:

ДАРИНА ДМИТРІЄВСЬКА
ПАВЛО ЯКОВЛЕВ
ІРИНА ФРАНКОВА

Дизайн та верстка:

ВАЛЕРІЯ ПІНЧУК
МИХАЙЛО СИДОРЕНКО

Команда, що працювала над проєктом:

ІВАНКА НЕБОР
ПАВЛО ГАВАЛКО
АЛІНА РАТУШНА
ІГОР СОЛОВЕЙ

Зміст

Вступ. Ветерани та учасники бойових дій: ситуація в Україні vii

БЛОК 1:
ПСИХОЛОГІЯ СПІЛКУВАННЯ, ПСИХІЧНА ТА НЕВРОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ 1

1. Діалог з пацієнтом 1

2. Особливості роботи з пацієнтами, які мають ознаки психічних розладів 7

I. Робота із особами, які страждають на посттравматичний стресовий розлад 7

II. Пацієнти з депресією 11

III. Пацієнти з біполярним афективним розладом 17

IV. Пацієнти з порушеннями сну 19

V. Пацієнти, які мають ознаки тривожних розладів 22

VI. Особливості спілкування з ветеранами, які мають проблеми із психічним здоров'ям 24

VII. Зловживання алкоголем та наркотичними речовинами 25

A. Алкогольна залежність 25

B. Наркотична залежність 26

C. Контактні дані організацій 28

3. Неврологічна патологія. Хронічний біль різного генезу 32

I. Головний біль 32

A. Первинний головний біль 33

B. Вторинний головний біль 35

C. Головний біль після ЧМТ 36

II. Біль в спині 37

III. Фантомний біль після ампутації 39

БЛОК 2:
ТЕРАПЕВТИЧНА ПАТОЛОГІЯ 42

1. Порушення слуху 42

I. Зниження та втрата слуху 42

A. Травми та втрата слуху 44

II. Шум у вухах 45

2. Захворювання шлунково-кишкового тракту 49

I. Закреп 50

II. Діарея 51

III. Диспепсія 51

IV. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба 53

V. Некардіальний біль у грудях 53

VI. Синдром подразненого кишківника (СПК) 44

VII. Інфекції 55

VIII. Гепатит 55

A. Гепатит A 57

B. Гепатит B 57

C. Алкогольний гепатит 58

IX. Панкреатит 59

X. Травматичні пошкодження ШКТ 60

XI. Гастрит 61

XII. Виразкова хвороба 62

3. Захворювання серцево-судинної системи 66

I. Гіпертонічна хвороба 67

II. Атеросклероз та ішемічна хвороба серця 69

III. Інфаркт міокарда 72

IV. Запальні захворювання серця (перикардити,міокардити, ендокардити) 74

V. Кардіоміопатії 77

4. Травми та хвороби опорно-рухової системи 80

I. Наслідки переломів 80

II. Ушкодження м'язів 81

III. Ушкодження сухожиль 82

IV. Ушкодження нервів 83

V. Остеоартроз 83

5. Інфекційні захворювання 86

I. ВІЛ/СНІД 86

II. Туберкульоз 88

III. Коронавірусна хвороба (Covid-19) 89

БЛОК 3:
ХВОРОБИ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ 90

1. Спілкування з пацієнтом та особливості збору анамнезу 90

2. Хронічні інфекції у жінок та чоловіків і їх ускладнення **94**

I. Гонорейна інфекція **95**

II. Хламідійна інфекція **95**

III. Трихомоніаз **96**

3. Запальні захворювання органів тазу у чоловіків **97**

I. Хронічний бактеріальний простатит **97**

II. Хронічний простатит/синдром хронічного тазового болю **98**

4. Запальні захворювання органів тазу у жінок **98**

5. Віддалені ускладнення травм сечостатевої системи **100**

6. Гіперпролактинемія **101**

7. Жіноче репродуктивне здоров'я **102**

Вступ. Ветерани та учасники бойових дій: ситуація в Україні

За даними Міністерства у справах ветеранів, тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб, станом на осінь 2020 року в Україні налічується близько 460000 ветеранів АТО/ООС[1].

Наслідки бойових травм, поранень та хвороб можуть вперше проявитись через тривалий проміжок часу після закінчення служби та мати різні прояви на різних етапах життя ветерана. Щоб краще розуміти і враховувати потреби пацієнтів-ветеранів, ви можете ознайомитися зі спільною розробкою Veteran Hub та IREX «Шлях Ветерана», яка містить детальну інформацію про потреби ветеранів на кожному етапі їх життєвого шляху.

Хто такі сучасні українські ветерани?

Досвід Veteran Hub показує, що з сучасні ветерани бойових дій на сході України можуть не вписуватися у типове уявлення про військовослужбовців: їхній вік набув дуже широкого діапазону, вони проживають в усіх типах населених пунктів, більшість з них не мали попереднього досвіду служби З 2017 року жінки-військовослужбовиці здобули офіційне право обіймати бойові посади, хоча в реальності це відбувалось з самого початку бойових дій. Система медичного забезпечення збройних сил не була готова надати комплексну та вчасну медичну підтримку жінкам на бойових посадах, яка б враховувала особливості їх здоров'я.
Враховуючи специфіку бойових дій на сході України від 2014 року й до сьогодні, умови бойового побуту військових різнились, від проживання у холодних та сирих бліндажах, постійних переміщень важким транспортом, довгих піших переходів, неякісної води та харчування, до життя на сталих утеплених позиціях, покращеної уніформи та різноманітного меню. Обставини служби могли змінюватись з часом для кожного окремого військового. Нерівномірний рівень фізичної підготовки, посилене навантаження, постійна присутність стресу та переживань — усі ці фактори могли вплинути на стан їх здоров'я.

Нерівномірний рівень фізичної підготовки, посилене навантаження, постійна присутність стресу та переживань — усі ці фактори могли вплинути на стан їх здоров'я.

На що варто звертати увагу лікарям первинної ланки у роботі з пацієнтами-ветеранами?

З досвіду американських колег, отриманого під час регіонального пілотного дослідження, проведеного серед лікарів первинної ланки в західному Нью-Йорку, ветерани часто не отримують належної медичної допомоги на первинному рівні саме через проблеми з комунікацією[2]. Так, під час первинного інтерв'ю, ветерани можуть не вказати наявності бойового досвіду або досвіду служби. Водночас, далеко не кожен лікар, вперше побачивши пацієнта чи пацієнтку, запідозрить порушення, спричинене бойовою травмою. Мало хто здогадається уточнити наявність попереднього військового досвіду, оскільки звичні візуальні ознаки на зразок уніформи чи мілітарного стилю одягу стають набагато менш очевидними з часом.

Іншими словами, лікарі первинної ланки часто не знають, що їхній пацієнт є ветераном. Відповідно, подальший підхід до діагностики та лікування може не враховувати первинної причини скарг пацієнта.

Для чого ми створили цей посібник?

Ми віримо, що можемо підвищити обізнаність лікарів первинної ланки про досвід та типові захворювання, травми та поранення ветеранів. Це зможе покращити якість подальшої діагностики та лікування захворювань серед сучасних українських ветеранів, аби вони продовжували жити насиченим та якісним життям.
Ми також ставимо собі за мету покращити командну взаємодію та підказати лікарям первинної ланки шляхи якісного перенаправлення ветеранів до профільних колег.

Для кого цей посібник?

Цей посібник призначений для лікарів первинної ланки як найважливішого елементу в отриманні належної медичної допомоги ветеранами і ветеранками. З його допомогою сімейні лікарі зможуть отримати сучасну, релевантну та легку у застосуванні на практиці інформацію, яка значно покращить спілкування з учасниками бойових дій та позитивно вплине на якість надання медичної допомоги.

Розлади та захворювання, розглянуті в даних матеріалах, не завжди зустрічатимуться у всіх ветеранів, які приходять на прийом до сімейних лікарів. Не кожен ветеран протягом життя неодмінно матиме вказані проблеми. Тим не менш, ті з ветеранів, хто стикається з підвищеними потребами фізичного та психічного здоров'я мають отримати якісну та вчасну допомогу. Варто пам'ятати, що військовий досвід може збільшувати ймовірність і складність проявів різних патологічних станів. Оскільки більшість ветеранів звертаються по допомогу саме до лікарів первинної ланки, своєчасне виявлення може стати вирішальним у житті пацієнта.

У цьому посібнику ми розглянемо ключові та найбільш часті наслідки участі у бойових діях:

- порушення слуху;
- розлади травного тракту (закрепи, діарея, гастрити, виразкова хвороба тощо);
- кардіологічні порушення (інфаркт міокарда, гіпертонічна хвороба, кардити кардіоміопатії);
- інфекційні захворювання (гепатити, ВІЛ-інфекція, туберкульоз, інфекції сечостатевої системи);
- травми та хвороби опорно-рухової системи (наслідки переломів, ушкодження сухожиль, нервів і м'язів, остеоартроз);
- хвороби сечостатевої системи (запальні ураження органів малого тазу, гіперпролактинемія тощо).

Цей перелік не є вичерпним. Ключем до якісного лікування ветеранів залишається чуйність та обізнаність лікарів первинної ланки. Ми закликаємо вас ознайомитись із матеріалами, наведеними у примітках та підвищувати свою поінформованість щодо здоров'я ветеранів надалі.

БЛОК 1:
Психологія спілкування, психічна та неврологічна патологія

1. ДІАЛОГ З ПАЦІЄНТОМ

Під час першого візиту лікарю не завжди вдається правильно оцінити стан пацієнта, особливо якщо статус ветерана чи учасника бойових дій не було враховано. Особливої уваги фахівця охорони здоров'я вимагає побудова довірливих стосунків із пацієнтом та дотримання усіх норм медичної етики та деонтології. Дефіцит інформованості фахівця або упередженість («пацієнт/пацієнтка не захоче обговорювати період перебування у зоні військових дій») можуть додатково ускладнювати спілкування. В Україні етичний кодекс лікаря ставить на меті упорядкування стосунків між лікарями, пацієнтами, медичними організаціями, а також визначення етичних норм при проведенні наукових досліджень[20]. Основні етичні засади спілкування з пацієнтами, затверджені Верховною Радою України, перераховані в цьому кодексі.

Ключові етичні принципи, покладені в основу професійного спілкування лікаря:

- конфіденційність;
- безоцінкове судження;
- професійна незалежність;
- гуманність;
- повага;
- чесність;
- рівність у наданні медичної допомоги усім, хто її потребує;
- інформативність і правдивість.

Сучасний комплексний підхід до лікування пацієнта має базуватись на біопсихосоціальній моделі. Зважаючи на взаємовплив психіки та соми, зрозуміло, що кожна хвороба дезорганізує психічну рівновагу та обмежує соціальне функціонування особистості.

Комунікативні навички лікаря мають вирішальну роль в подальшій реалізації фаховості: діагностиці, формуванні прихильності до лікування та реабілітації[21].

Основними компонентами спілкування є:

- почуття присутності;
- уміння слухати, сприймати;
- прояви турботи;
- прийняття чужих поглядів;
- співпереживання;
- щирість;
- взаємоповага.

Почуття присутності має викликати психологічне відчуття зворотного зв'язку між співрозмовниками. Уміння слухати та почути означає концентрацію своєї уваги на словах, думках і почуттях інших людей під час розмови з ними. Це активні свідомі зусилля для формування почуття присутності, а не просто пасивне сприймання інформації. Цей компонент спілкування вимагає чуйності, розуміння й утримання від якихось суджень і установок щодо співрозмовника. Вміння слухати, окрім простого розуміння сенсу слів, вимагає щирого зацікавлення тим, про що йдеться в розмові. Уміння слухати полегшує розпізнавання потреб пацієнта, його турбот. Співпереживання має вирішальне значення для встановлення та налагодження довірливих міжособистісних взаємин.

Лікар має докладати певних зусиль, щоб налагодити ці стосунки і досягти порозуміння, яке сприятиме швидшому одужанню ветерана та допоможе йому легше пристосуватися до змін і обмежень в особистому, професійному та соціальному житті, пов'язаних із хворобою.

Лікар, який враховує психологічні особливості своїх пацієнтів, не лише користується їхньою прихильністю та довірою, а й має змогу глибше зрозуміти сутність перебігу патологічного процесу та ймовірні причини його виникнення. Без довіри ветеран не буде готовий розповідати про особистий травматичний досвід, що ускладнює діагностування хвороби та робить терапію менш ефективною.

Комунікативна компетентність — це не просто комплекс специфічних психологічних знань, а, перш за все, сформованість навичок встановлення контакту, слухання, розуміння та використання невербальних складових спілкування, структурування бесіди та можливості спрямування її у необхідне русло, формулювання відкритих та закритих запитань, вміле їх комбінування. Важливими складовими комунікативної компетентності є також контроль лікаря над проявами особистих емоцій та поведінки в цілому, толерантність до стилю спілкування та реакцій хворого. Комунікативна компетентність лікаря забезпечує взаєморозуміння, довіру в спілкуванні з хворим, допомагає ефективно збирати скарги, анамнез і формувати повне й неупереджене уявлення про хворого. Комунікативна компетентність лікаря включає в себе як соціальні, так і особисті компетенції. Так, до соціальних можна віднести: вміння правильно розмовляти з ветеранами та їхніми родичами, вміння мотивувати хворого до лікування, дотримання прав пацієнтів, повага до колег, відкритість при обговоренні складних та суперечливих випадків.

Для побудови ефективної комунікації важливо знати та дотримуватися деяких загальних порад:

- Спілкування неможливе без встановлення контакту зі співрозмовником. Для цього продемонструйте співрозмовнику зацікавленість і готовність до розмови виразом обличчя і положенням тіла.
- Слухайте активно: подавайте співрозмовнику сигнали, що ви слухаєте його уважно та намагаєтесь зрозуміти. Для цього час від часу повторюйте своїми словами найбільш важливі висловлювання співрозмовника. Робіть це з позитивною або питальною інтонацією, робіть короткі зауваження: «розумію», «так», «цікаво», «чудово».
- Будьте спостережливими, уважно стежте за емоціями, настроєм співрозмовника.
- Не перебивайте співрозмовника, дайте йому можливість висловити свою думку до кінця. Саме думку, а не фразу чи пропозицію.
- Щоб співрозмовник правильно зрозумів вашу основну думку, не захоплюйтеся загальними словами або занадто довгими фразами. Чим конкретніше буде висловлена ідея, тим простіше

- Говоріть достатньо голосно та чітко — це додає вашій мові впевненості.
- Під час розмови підтримуйте зоровий контакт зі співрозмовником, використовуйте адекватні невербальні сигнали, які можуть сказати співрозмовнику більше, ніж слова (жести, рухи, міміку тощо).

Ефективна комунікація — це довіра до лікарів та співучасть пацієнта в терапевтичних діях та реабілітації, це створення мети життя без хвороби, мотивація на зміну якості життя на краще. Інформація про військову службу зазвича й не зазначена в медичній картці, тому важлива частина анамнезу життя пацієнта може бути випущена з уваги. Незалежно від місця надання медичної допомоги, досвід перебування на військовій службі має значення для оцінки стану здоров'я та виявлення потреби у лікуванні[3, 4].

У діалозі з пацієнтом ви можете використовувати наступні питання, які допоможуть виділити з анамнезу життя найважливіше:

Скажіть, будь ласка, чи перебували ви на військовій службі, чи є/були учасником бойових дій?

Перед детальним розпитуванням про досвід військової служби слід пересвідчитись, що між вами з'явився емоційний контакт і пацієнту комфортно обговорювати цю тему, наприклад, запитавши:

Чи комфортно вам говорити про ваш військовий досвід зі мною?

Також слід пояснити, що ви питаєте саме про військовий досвід у пацієнта/пацієнтки з метою привнести у спілкування більше комфорту та відкритості, покращити взаєморозуміння.

Запитайте про терміни проходження військової служби, чи вона триває досі, в якій частині. Уточніть вид діяльності, якою потрібно було (або досі) займатись протягом служби.

Якщо ветеран налаштований на діалог, запитайте:

1. ***Чи хворіли ви (і чим саме) під час несення служби? Чи знаєте ви про наявність у себе будь-яких захворювань, які, можливо, були у вас ще до початку служби?***

2. ***Чи отримували ви або ваші товариші травми, поранення? Чи були госпіталізовані?***

3. ***Чи було у вас поранення голови, що супроводжувалось знепритомненням, втратою пам'яті, баченням «зірок перед очима» або тимчасовим дезорієнтуванням?***

4. ***Чи були ви військовополоненим?***

5.***Чи були ви свідком поранення інших людей, ворожого вогню під час бойових дій?***

6. ***Чи обстежували вас колись на наявність інфекційних захворювань? Чи бажаєте ви провести таке обстеження?***

Слід розуміти, що іноді травми можуть сприйматись ветеранами як чинник, який ускладнював або не давав можливість виконати бойового завдання. Часто увагу ветеранів оминають травми та стани, спричинені самою службою: фізичне виснаження, низький рівень побутових та санітарних умов, переохолодження, одноманітне й неякісне харчування, постійне носіння бронежилету, каски й іншого спорядження. Все це може сприйматись ветераном як «звичайне» і не варте окремого обговорення, але при тому може мати відбиток на його стані. Саме тому важливо не пропускати жодної деталі.

Можете також додатково запитати, чи має ветеран/учасник бойових дій татуювання, і, якщо так, коли саме та в яких умовах вони були зроблені, при цьому не стигматизуючи ветерана за саму наявність татуювань. Уточніть також, чи були в анамнезі випадки переливання крові, чи пацієнт мав контакт з кров'ю іншої людини (наприклад, при наданні домедичної допомоги в умовах бою). Уточніть інформацію щодо приймання будь-яких ін'єкційних препаратів.

До цієї категорії можна віднести експозицію бойових отруйних речовин, активну взаємодію без захисних засобів із паливно-мастильними матеріалами (робота з військовою технікою), безпосереднє перебування в зоні ураження вибуху, контакт із біологічною зброєю тощо:

Чи мали ви контакт із отруйними речовинами під час служби?

Чи відбувались під час вашої служби ситуації, які ви могли б класифікувати як фізичне або психологічне насильство?

Чи мали ви можливість або бажаєте говорити про цей досвід із кимось, наприклад, із психологом або психотерапевтом?

Мотивація кожного ветерана до вступу до армії є унікальною. Військова служба — це життєвий досвід, який, як правило, сприяє зростанню та розвитку особистості. Якщо ви запитуєте про військову службу, формулювання запитань має бути мовою пацієнта — простим і доступним.

Обов'язково пояснюйте, що збір даних проводиться виключно з професійною метою і що ви не будете оцінювати ветерана або поширювати отриману інформацію без згоди.

Важливо також вміти пояснити пацієнтам, які потребують допомоги психолога, психотерапевта чи психіатра, чому саме ці спеціалісти можуть сприяти покращенню стану. Тема психічного здоров'я сприймається населенням неоднозначно, тому пацієнти можуть заперечувати наявність проблем через страх або упередження та відмовлятись від звернення за кваліфікованою допомогою. Важливо донести, що порушення психічного здоров'я — це такі самі порушення, як і будь-яких інших систем і органів нашого тіла, які заважають людині жити повноцінно та потребують звернення до лікаря.

Детальніше особливості спілкування з ветеранами, які мають проблеми з психічним здоров'ям розглянуті у Підрозділі І.

2. ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З ПАЦІЄНТАМИ, ЯКІ МАЮТЬ ОЗНАКИ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Слід розуміти, що більшість психологічних наслідків є нормальними реакціями на сильні емоційні переживання, складні ситуації тощо. При цьому далеко не всі переживання переростають у порушення та не кожен ветеран стикається з психічними розладами після служби. Саме тому важливо уникати стигматизації й автоматично сприймати ветерана як людину з психотравмою. Однак, важливо, щоб усі ветерани, які цього потребують, могли отримати доступ до вчасної та якісної професійної підтримки.

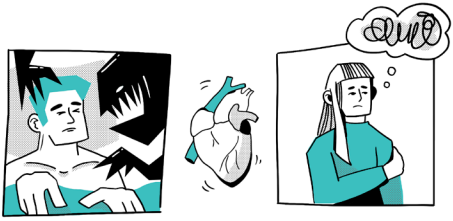
І. Робота із особами, які страждають на посттравматичний стресовий розлад

В уяві багатьох лікарів образ ветерана нерозривно пов'язаний із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), що може негативно впливати на сприйняття пацієнта та перешкоджати комунікації. Насправді ж, згідно з даними досліджень Науково-дослідного центру гуманітарних проблем, станом на 2017 рік в Україні ознаки ПТСР спостері-

Об'єднаних Сил. Згідно з міжнародними дослідженнями, статистика коливається в межах 4%-25%[22]. Відповідно, слід уникати стигматизації, адже далеко не кожен ветеран однозначно матиме цей діагноз, але й не слід випускати його з уваги.

ПТСР виникає внаслідок прямого впливу травми або серії травматичних подій (реальна або потенційна загроза життю, фізичне або сексуальне насильство). Також можливе виникнення даної психопатології внаслідок опосередкованого впливу травматичних подій: під цю категорію підпадають свідки травматичних подій, особи, які стикнулися з травматизацією рідних та близьких або особи, професійними обов'язками яких є робота, потенційно пов'язана з впливом гострого стресу.

Для ветеранів це може бути полон, важке поранення (своє або товариша), вперше побачена смерть, ворожий вогонь тощо. Розум і тіло можуть переживати стрес і бути у стані напруження після такої події, що є нормальною реакцією. Однак, у випадках, коли нервова система «застрягає» на події та ніяк не може відновити свій стан, ця реакція може трансформуватись у ПТСР[5].



Критерії діагнозу ПТСР за МКХ-10

1. Повторне переживання травматичної події «тут і зараз»:

- Яскраві нав'язливі спогади або образи травми;
- Флеш-беки: від легких (є тимчасове відчуття події, що повторюється тут і тепер) до важких (відбувається повна втрата усвідомлення про навколишній світ);

- Повторювані сни або кошмари, які тематично пов'язані з травматичною
- подією;
- Супроводжуються сильними емоціями (страх, жах, сильні фізичні відчуття),
- почуттями занурення в ті самі емоції, що й під час травматичної події;
- Виникають у відповідь на нагадування про подію (тригер).

NB! Роздумів про події та згадування почуттів, пережитих під час травми недостатньо для задоволення 1 критерію.

2. Навмисне уникання нагадувань, які можуть спричинити повторне переживання травматичної події:

- Активне внутрішнє уникання думок і спогадів;
- Зовнішнє уникання людей, розмов, діяльності чи ситуацій, що нагадують
- подію.

3. Стійке відчуття підвищеної поточної загрози:

- Надмірна пильність;
- Посилена реакція на несподівані подразники;
- Постійне оберігання себе від небезпеки та відчуття знаходження під
- безпосередньою загрозою;
- Відмова від сидіння спиною до дверей, постійна перевірка в авто дзеркала
- заднього виду.

Поширені додаткові симптоми ПТСР: дисфорія, соціальна ізоляція, дисоціативні симптоми, соматичні скарги незрозумілої етіології, суїцидальні думки та поведінка, надмірне вживання алкоголю або наркотиків, почуття гніву, сорому, провини, приниження, підвищена тривожність, панічні напади, нав'язливі думки або поведінка у відповідь на спогади про травматичну подію.

Діагноз ПТСР можна розглядати, коли вказані симптоми зберігаються впродовж 4 тижнів або довше. Розлад діагностується, якщо наявні симптоми та скарги призводить до суттєвого погіршення сімей-

та соціальних відносин, професійної або академічної діяльності чи інших важливих сфер функціонування.

Важливим є збір анамнезу травматичних подій в дитинстві та на інших життєвих етапах (до та після участі у бойових діях або служби). Не завжди ознаки ПТСР пов'язані саме з військовими діями –– вони могли бути присутніми й раніше, наприклад, у дитячому чи підлітковому віці, що теж необхідно врахувати при розмові з ветераном.

Важливою складовою медичної комунікації є вербальне і невербальне вираження емпатії, занепокоєння з приводу стану пацієнта/пацієнтки (наприклад, за допомогою фраз «мені шкода, що це трапилося з вами»). Також слід пояснити, що дана реакція на травму виникла не через певні особливості, слабкість чи недоліки особистості. Бажано, щоб лікар висловлював готовість допомогти впоратись із проблемою («ви не повинні боротись із цим на самоті», «ви не самі» тощо) та уникав висловлювань, що можуть знецінювати досвід ветеранів («ви знали куди йдете», «головне, що ви живі», «інші теж там були, в них таких скарг немає»). Також не варто говорити щось на кшталт «я вас розумію». Бо якщо ви не мали суміжного бойового досвіду, ця фраза може бути провокаційною для ветерана [6].

Ветеранів у шлюбі можна розпитати про стосунки в сім'ї. В дослідженні, присвяченому взаємозв'язку між спілкуванням подружжя та симптомами ПТСР було виявлено, що чим частіше сім'я комунікує й чим вища якість спілкування, тим менш вираженими були клінічні прояви[7].

Для пацієнтів із ПТСР існує спеціально адаптована форма когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), травма-фокусована КПТ, в якій використовуються поведінкові техніки для модифікації мислення, негативних реакцій і поведінки[8,9]. Цю форму КПТ ви можете проводити з ветеранами самостійно, якщо володієте відповідною кваліфікацією, але кращим варіантом є запропонувати звернутись до психотерапевта, який спеціалізується на КПТ. Ви також можете запропонувати пацієнтам співпрацю з психологами та роботу у групах підтримки (див. контактні дані організацій в кінці розділу).

II. Пацієнти з депресією

Депресивний розлад є досить поширеним станом: щорічна захворюваність складає близько 4-5%. Згідно з популяційними дослідженнями, ризик захворіти на депресію впродовж життя складає 15%. У жінок цей розлад зустрічається у 1,5-2 рази частіше, ніж у чоловіків[8]. Серед ветеранів депресія є досить поширеним розладом, проте часто залишається без уваги, належної діагностики та лікування. Для діагностики депресивного епізоду існують спеціальні критерії, запропоновані в Діагностичному Статистичному Керівництві п'ятого перегляду (DSM-5). Враховуючи те, що зміни в розділі МКХ-11, присвяченому психіатрії, мають бути більш узгодженими з DSM-5, слід використовувати ці критерії правомірно[19]. Для встановлення діагнозу необхідна наявність мінімум 5 з наступних критеріїв (наявність хоча б одного симптому з афективного кластера є обов'язковою), наявних щонайменше протягом двох тижнів, що присутні майже кожен день та протягом більшої частини дня:

Афективний кластер:

1. Знижений настрій. Скарга наявна більшу частину дня, майже кожен день; може бути суб'єктивною (наприклад, пацієнт каже, що відчуває сум, безнадійність) або відзначається іншими (плаксивий, розбитий).
2. Втрата інтересу до оточуючого / відчуття задоволення. Стосується всіх (або майже всіх) видів діяльності; симптом наявний більшу частину дня, майже щодня; може бути суб'єктивним або спостерігатися іншими.

Когнітивно-поведінковий кластер:

1. Зниження концентрації уваги.
2. Відчуття нікчемності або надмірної / неадекватної провини. Ознака наявна майже кожного дня, поява не пов'язана з конкретною подією або вчинком.
3. Думки про смерть / самогубство. Повторювані, нав'язливі думки про смерть (а не просто страх перед смертю), повторювані суїцидальні ідеї без конкретного плану, спроби самогубства чи наявність конкретного плану суїциду.

Нейровегетативний кластер:

1. Зміна апетиту. Втрата або набір ваги. Значна втрата ваги без зміни раціону; збільшення (>5% маси тіла за місяць), або зниження чи збільшення апетиту, наявні майже кожен день.
2. Безсоння або гіперсомнія. Майже щодня.
3. Психомоторне збудження або загальмованість. Майже щодня, не лише суб'єктивна ознака, а й відмічена іншими.
4. Відчуття втоми, що не відповідає рівню навантаження або за умови відсутності навантаження.

Додаткові обов'язкові критерії (мають бути наявні всі 4, плюс ≥5 симптомів депресії вище):

1. Симптоми викликають клінічно значущий дистрес або порушення у соціальній, професійній чи інших важливих сферах функціонування.
2. Епізод депресії не пов'язаний із фізіологічним впливом ліків, наркотичних речовин або іншими медичними станами.
3. Епізод, який не можна пояснити шизоафективним розладом, шизофренією, шизофреніформним розладом, маячним розладом або іншими уточненими та неуточненими спектрами шизофренії та іншими психотичними розладами.
4. В анамнезі немає маніакального чи гіпоманіакального епізоду (якщо є, слід розглянути можливість біполярного афективного розладу).

Рекурентний депресивний розлад діагностується за умови наявності принаймні двох депресивних епізодів в історії пацієнта (див. вище основні ознаки депресивного епізоду), в тому числі поточний епізод, розділені кількома місяцями ремісії (без значного порушення настрою) при умові відсутності маніакальних, змішаних або гіпоманіакального епізодів, які б свідчили про наявність біполярного розладу.

Якщо пацієнт із депресією висловлює суїцидальні наміри (думки зі свідомим наміром чи плануванням можливих варіантів вчинення самогубства) рекомендовано використовувати спеціальний алгоритм[31]. По-перше, слід зібрати детальну інформацію:

1. Причина звернення.
2. Анамнез суїцидальних думок, почуттів і поведінки:

   a. Провокативний чинник останнього епізоду суїцидальності (сімейні/міжособистісні, когнітивні, емоційні/психологічні, біологічні, соціальні, фінансові);
   b. Психологічний стан під час останнього епізоду суїцидальності:

      I. змінні психічного статусу: міра дезорієнтації/спроможність адекватно оцінювати реальність (разом із психозом, інтоксикацією тощо), критика до свого стану, судження, настрій, афект, міра збудження, наявність психіатричних симптомів;
      II. змінні суїцидального ризику: суїцидальні думки, міра суїцидального наміру, міркування про методи, доступність методу, міра суїцидального планування, підготовчі дії,

   c. Захисні чинники: міра, якою особа могла опиратися суїцидальним ідеям чи імпульсам, здатність толерувати дистрес, долати амбівалентність, толерувати фрустрацію, спрямованість у майбутнє, ставлення до звернення за допомогою, міжособистісні зв'язки, здатність зберігати почуття приналежності і надії перед лицем втрати, контроль імпульсів, міцність терапевтичного альянсу.
   d. Вразливості: втрата джерела підтримки, розлад психічного здоров'я, моделювання суїциду членами родин і міра ототожнення, когнітивні вразливості, імпульсивність.
   e. Суїцид в анамнезі:.

      I. провокативні чинники: сімейні/міжосо бистісні, когнітивні, емоційно/психологічні, біологічні, соціальні/фінансові;

II. суїцидальний стан і поведінка: намір міра планування, оцінка летальності, здатність до самопорятунку, міра імпульсивності, міра емоційного збудження, реакція на спробу.

f. Наслідки суїцидальної поведінки: функціональний аналіз, міжособистісні наслідки, полегшення/жаль.

3. Оцінка ризику: зведені воєдино чинники, що ведуть до зростання ризику)сімейні/міжособистісні, когнітивні, емоційні/психологічні, біологічні, соціальні, фінансові, розлади психічного здоров'я, суїцидальний анамнез).

По-друге, на основі зібраної інформації слід визначити прогнозований ризик вчинення суїциду:

- Негайний;
- У короткотривалій перспективі;
- У довготривалій перспективі.

Оцінюючи ризик скоєння суїциду варто скористатися наступними маркерами:

- Низький: пацієнт озвучує свої суїцидальні думки, але вони сприймаються критично, у пацієнта багато факторів щоб обрати життя, відсутнє планування суїциду.
- Помірний: думки про суїцид є, але присутній опір цим думкам. Присутні елементи планування, але дуже не чіткі, пацієнт ствердно заявляє, що «не зробить цього».
- Високий: думки про суїцид часті, мало опору до них, проте, він є. Присутній продуманий план, пацієнт вибрав засоби суїциду. Пацієнт каже, що вагається, але постарається не робити цього.
- Критично високий: думки часті або постійні, не має опору до них. Пацієнт стверджує, що це «єдиний вихід» і він зробить це.

По-третє, виходячи зі ступеня ризику суїциду слід визначити наявність показів до госпіталізації. Однозначними показами є високий та критично високий рівень ризику. В такому разі лікар має право та обов'язок викликати невідкладну психіатричну допомогу для примусової госпіталізації (згідно Закону України «Про психіатричну допомогу»). У випадку коли рівень ризику скоєння суїциду розцінюється як помірний або низький варто додатково провести бесіду щодо медикаментозного лікування та психіатричного супроводу. Детальніше — у посібнику щодо роботи з пацієнтами з депресією та суїцидальними намірами, розробленому Veteran Hub[31].

Спілкування з пацієнтами, які мають симптоми депресивного розладу також включає функціональну оцінку стану здоров'я, в ході якої слід дізнатись про вплив проблеми на роботу, побут чи стосунки з іншими людьми. Відповіді «дуже важко» або «надзвичайно важко» говорять про те, що функціональність пацієнта порушена.

Пацієнти з множинними соматичними симптомами, в яких ви запідозрили наявність депресивного синдрому, вимагають подальшого скринінгу та скерування до спеціалістів для уточнення симптоматики.У випадку підозри депресії середнього чи важкого ступеня тяжкості, варто рекомендувати пацієнту звернутись до спеціаліста з охорони психічного здоров'я (клінічний психолог, психотерапевт, психіатр). Сімейні лікарі можуть ставити синдромальний діагноз (депресивний синдром) і їм рекомендовано призначати лікування для більш легких форм депресії.

У пацієнтів із депресією для проведення диференційної діагностики є критично важливим зібрати інформацію про:

- Сексуальне, фізичне та емоційне насильство (в анамнезі або в поточний момент). Детальніше в Блоці 3;
- Наявність залежності (наприклад, вживання психоактивних речовин, азартні ігри тощо)[12]. Детальніше в Блоці 2.

Проконсультуйтесь зі спеціалістом, якщо:

- пацієнт схильний до суїциду;
- є проблеми з лікуванням або встановленням діагнозу;
- з пацієнтом важко або неможливо співпрацювати;
- пацієнт є непрацездатним впродовж двох місяців і довше;
- є підозра на біполярний афективний розлад;
- розглядається питання призначення тривалої підтримувальної терапії;
- є необхідність у психотерапії.

Важливо пояснити пацієнту, що великий депресивний розлад ефективно лікується та що він/вона отримає усю необхідну допомогу та підтримку від медичних працівників. Психологічні втручання рекомендовані переважно у випадку легких та помірних форм депресивного розладу, тому ви можете порадити пацієнту звернутись до кваліфікованого спеціаліста. Наприклад, якщо ветеран не хоче одразу звертатись саме до психіатра або психотерапевта, існують орієнтовані на ветеранів сервіси, такі як CETA (проєкт, присвячений психологічній підтримці людей, які постраждали внаслідок бойових дій на сході України) та Veteran Hub, де серед консультантів є ветерани. Можливість отримати Консультацію від ветерана може стати вирішальною для пацієнта та допомогти йому прийняти рішення про необхідність кваліфікованої допомоги. Є також Life Line, гаряча лінія протидії суїцидам, куди можна порадити звертатися у разі кризових ситуацій і яка забезпечує анонімність звернення.

Під час контрольних візитів пацієнта використовуйте загальні психотерапевтичні підходи. При депресивному розладі важлива освіта щодо психічного здоров'я. Варто надати достатньо інформації про розлад та допоміжну літературу, розроблену для пацієнтів, яка є у відкритому доступі, наприклад, книжка «Подолати депресію»[30].

- Допомагайте пацієнту розібратись в його/її життєвій ситуації.
- Підтримайте самооцінку пацієнта.
- Допомагайте пережити тяжку втрату. Використовуйте рекомендації ВООЗ щодо першої психологічної допомоги[22].

- Допомагайте в зміні спотвореного депресивного мислення.
- Співпрацюйте з соціальним оточенням пацієнта.
- Інформуйте пацієнта та його близьких щодо перебігу депресії та результатів лікування.

III. Пацієнти з біполярним афективним розладом

Дана категорія включає розлади, для яких основним симптомом є емоційні зміни або зміна настрою від депресії (з асоційованою тривогою або без) до нестримної радості.

Якщо це біполярний афективний розлад, для нього властиві періоди глибокої, тривалої депресії, які чергуються з періодами надмірно підвищеного та/або дратівливого настрою (манія)[14].

Для діагностики маніакального епізоду існують відповідні критерії DSM-5 (для встановлення діагнозу необхідно 5 і більше критеріїв)[17]:

1. Період аномально та постійно підвищеного настрою та активної, цілеспрямованої поведінки (мета не обов'язково реальна та пов'язана з діяльністю пацієнта), що триває щонайменше 1 тиждень і присутній більшу частину дня, майже кожен день.
2. У період порушення настрою та підвищеної енергії чи активності три (або більше) з перерахованих нижче симптомів зберігаються (чотири, якщо настрій дратівливий), значно виражені, є суттєві відмінності від звичної поведінки:

   a. Завищена самооцінка або відчуття власної грандіозності;
   b. Зниження потреби у сні (наприклад, до 3 годин);
   c. Підвищена потреба у розмові;
   d. Потік ідей або суб'єктивне відчуття, наче думки занадто швидко з'являються і змінюють одна одну;
   e. Погіршення здатності до концентрації (тобто, увага фіксується на неважливих або неактуальних зовнішніх подразниках);

f. Збільшення цілеспрямованої активності (соціальної, на роботі чи сексуальної) або психомоторне збудження;
g. Наявна психотична симптоматика (галюцинації, псевдогалюцинації тощо);
h. Надмірна участь у заходах, що мають високий ризик неприємних наслідків (наприклад, нестримна купівля речей, небезпечна сексуальна поведінка (незахищений секс із незнайомими людьми) або великі спонтанні інвестиції у бізнес);

3. Симптоми не підходять під критерії змішаного епізоду.
4. Порушення настрою є достатньо сильним, щоб спричинити помітні порушення соціального чи професійного функціонування, загрозу оточуючим;
5. Епізод не може бути пов'язаним із прямими фізіологічними ефектами речовини (наприклад, наркотиками, алкоголем, ліками) або іншим захворюванням.

Епізоди гіпоманії мають спільні критерії з маніакальними епізодами, але недостатньо сильно виражені, щоб спричинити помітні порушення соціального чи професійного функціонування, або вимагати госпіталізації. Для встановлення діагнозу «гіпоманія» дані ознаки мають зберігатись мінімум 4 дні[18].

Діагноз циклотимічного розладу встановлюється особам з періодами як симптомів гіпоманії, так і депресії, які не відповідають достатній кількості критеріїв манії, гіпоманії або великої депресії.

IV. Пацієнти з порушеннями сну

Розлади сну дуже поширені серед військовослужбовців та ветеранів, і більш поширені серед цих груп населення, ніж у цивільних осіб. Безсоння, що виникає після гострих наслідків травматичної події, є значним фактором ризику для подальшого розвитку ПТСР як у цивільного населення, так і у військових і ветеранів[23]. В свою чергу, проблеми зі сном, особливо хронічне безсоння та нічні жахи, часто є одними з найбільш дестабілізуючих аспектів ПТСР[24].

Хоча розлади сну часто вважаються симптомами ПТСР, цілком можливе існування безсоння самостійного або як симптому іншого захворювання (наприклад, депресивного синдрому/розладу).

Багато факторів повсякденного життя на службі можуть мати довгостроковий негативний вплив на сон: стрес, травматичний досвід, вплив шкідливих речовин, порушення режиму день-ніч, травми, хронічний біль тощо. Згідно з результатами міжнародних досліджень, серед опитаних військовослужбовців до 48,6% мають погану якість сну, а поширеність симптомів безсоння складає до 41% серед військовослужбовців, які мають бойовий досвід, та 25% серед осіб, які не були в бою. Ветерани з порушеннями сну також можуть страждати на розлади афективної сфери, такі як тривога чи депресія, або можуть мати в анамнезі черепно-мозкову травму, що може ускладнити ідентифікацію та лікування саме безсоння. І навпаки, раніше існуюче безсоння може погіршувати картину афективних розладів, черепно-мозкової травми, накладатись на ПТСР, який виник пізніше.

Деякі з найпоширеніших симптомів безсоння включають:

- труднощі з засинанням, часті прокидання серед ночі, занадто раннє пробудження вранці (без будильника та нагальної потреби);
- відсутність відчуття відновлення сил після сну;
- відчуття втоми та/або зниженої енергії;
- проблеми з концентрацією уваги;
- розлади настрою: знижений настрій , дратівливість, імпульсивність та/або агресія;

- когнітивні порушення[25].

Існує два основних типи безсоння: гостре та хронічне. Гостре безсоння зазвичай триває лише короткий проміжок часу (від однієї ночі до місяця). Хронічне безсоння є складнішим і важчим за гостре, виникає кілька разів на тиждень і триває принаймні один місяць або довше.

Найпоширеніші причини первинного безсоння, безпосередньо пов'язаного з військовою службою ветерана, це високий рівень стресу та фактори навколишнього середовища (шум, світло, температура та зміни у графіку сну). Знаючи, що основними причинами безсоння є загальні умови життя багатьох військових, легко зрозуміти, чому так багато ветеранів страждають від цього стану. Військові регулярно стикаються зі стресом, пов'язаним із їхньою роботою, незалежно від того, на фронті вони чи ні[26].

Якщо пацієнт скаржиться на порушення сну, для деталізації скарг та встановлення діагнозу слід задати наступні питання[27]:

1) ***Коли почались ваші проблеми зі сном? Можливо, ви можете пов'язати їх початок із певною подією?***

2) ***Скільки днів на тиждень ваш нічний сон порушений?***

3) ***Який ваш типовий час засинання та пробудження у будні та вихідні дні? 4) На скільки годин ваш сон коротший через безсоння?***

5) ***Яке ваше середовище сну (температура, світло, рівень шуму)?***

6) ***Що ви робите перед сном (вечеря, час, тривалість і інтенсивність фізичних навантажень/ вечірніх занять спортом)?***

7) ***Чи ви п'єте каву або міцний чай і, якщо так, за скільки годин перед сном зазвичай останній прийом? В якій кількості?***

8) ***Як змінюється ваша активність протягом дня?***

9) ***Чи вам коли-небудь казали, що у вас є інші порушення сну?***

Лікування безсоння є комплексним і включає в себе немедикаментозні та медикаментозні способи (заспокійливі, снодійні засоби). Серед немедикаментозних значна роль відводиться наступним методам:

- Когнітивно-поведінкова терапія, спрямована на лікування порушень сну, що сфокусована на зміні хибних переконань та ставлення до сну на конструктивні;
- Проведення освіти щодо психічного здоров'я з метою навчання ветеранів гігієні сну. Поняття гігієни сну включає відсутність тварин у ліжку, відмова від кофеїновмісних продуктів мінімум за 4 години до сну, підтримання ліжка прохолодним і готовим до сну, відмова від нікотину (або від його використання за 4 години до сну), тимчасова відмова від використання будильника, виконання фізичних вправ максимум за 2-3 години до сну;
- Обмеження сну: час перебування в ліжку можна скоротити, оцінивши фактичний загальний час, протягом якого пацієнт спить (наприклад, якщо пацієнт лежить 8 годин, але спить 5,5 годин, час перебування в ліжку можна зменшити до 5,5 годин, але не менше ніж до 5 годин. Після того, як ефективність сну (відношення часу сну до часу перебування в ліжку) досягне 90%, час перебування в ліжку можна збільшити на 15 хвилин кожного тижня;
- Контроль стимулів: лягати в ліжко лише за появи бажання спати, при неможливості заснути довше 15-20 хв –– перейти в іншу кімнату або зайнятись будь-якою активністю, що не супроводжується голосними звуками (наприклад, читання книжки) до появи бажання заснути.

Якщо немедикаментозні способи лікування були неефективними, можна рекомендувати прийом медикаментів (антидепресанти, протитривожні, снодійні). Проте важливо пам'ятати, що снодійні препарати Z класу (zopiclone, zolpidem) можуть викликати залежність при тривалому приймання.

V. Пацієнти, які мають ознаки тривожних розладів

До групи досить розповсюджених скарг серед ветеранів і цивільного населення, є підвищена тривожність або невмотивована схвильованість. Не дуже значний на перший погляд, цей симптом може бути ознакою великої групи розладів, що призводять до вираженого погіршення якості життя. Існує багато різних типів тривожних розладів, наприклад, генералізований тривожний розлад або соціальний тривожний розлад. Панічний розлад –– це також тип тривожного розладу, який викликає часті, повторювані, на перший погляд незрозумілі соматичні симптоми (прискорене серцебиття, дихання, пітливість тощо), напади тривоги або панічні атаки. Крім того, тривога та панічні атаки іноді є симптомами ПТСР.

Симптоми тривожного розладу можуть включати:

- надмірне занепокоєння щодо повсякденних рішень (наприклад, похід у магазин, приготування їжі, вихід на прогулянку тощо);
- відчуття неспокою, збентеження, підвищеної готовності (спонтанно, без видимої причини);
- труднощі з концентрацією уваги;
- відчуття пришвидшеного серцебиття у спокої та за відсутності фізичних навантажень, холодні липкі руки;
- тремтіння кінцівок, окремих частин тіла, посмикування окремих м’язів (наприклад, кути губ, повіки);
- нудота або запаморочення;
- труднощі зі сном (нав’язливі тривожні думки, від яких важко або майже неможливо позбутись, які можуть бути пов’язані з певними подіями в майбутньому або просто виникають нізвідки);
- пацієнти відчувають тривогу як надзвичайно складну для контролю, вона може легко переходити від однієї теми до іншої.

Можна також додатково задати наступні питання[28]:

Як часто ви раніше відчували тривогу чи схвильованість з приводу різних подій у вашому повсякденному житті?

Як довго ви маєте ці скарги?

Чи відчуваєте ви контроль над своїм занепокоєнням?

Чи уповільнюють вашу реакцію/заважають повсякденній діяльності відчуття тривоги та схвильованості?

Крім самостійного відстеження появи симптомів, пацієнт/пацієнтка також може повідомити, що першими звернули увагу на підвищену тривожність саме близькі/друзі/колеги. Ветерани можуть також не усвідомлювати небезпеку симптомів тривожності та вважати це нормою, яка не потребує втручання. Саме тому дуже важливо вміти ідентифікувати тривожні симптоми спочатку окремо, не прив'язуючись до інших синдромів: вони можуть бути єдиною ознакою того, що ветерани потребують психотерапевтичної або психологічної допомоги.

Ветеранам із підвищеною загальною тривожністю іноді кажуть, що вони занадто сильно хвилюються, радять їм заспокоїтись або змінити погляд на речі у позитивний бік, що не є правильним підходом: тривожні розлади як раз і виникають через неможливість припинити хвилюватись самостійно, тому генералізований тривожний розлад, як і інші тривожні порушення, є показом до якнайшвидшого отримання психологічної допомоги.

Лікування тривожних розладів зазвичай включає психотерапевтичні втручання або медикаментозну терапію (залежно від переконань пацієнта та доступності методу), причому деякі дослідження демонструють, що поєднання лікарських препаратів та психотерапії може бути більш ефективним для пацієнтів із помірною та значною вираженістю симптомів, ніж окремо фармако- або психотерапія.

Емпатичне вислуховування пацієнтів та освіта щодо психічного здоров'я є вкрай важливими у лікуванні тривожних розладів. Сама по собі освіта щодо психічного здоров'я може допомогти зменшити тривогу, тому налагодження довірливого та комфортного спілкування між пацієнтом і лікарем є важливим для зменшення побоювання пацієнта щодо втручань.

Загальні рекомендації щодо способу життя, які можуть зменшити симптоми, пов'язані з тривогою, включають виявлення та усунення можливих тригерів (наприклад, кофеїну, стимуляторів, нікотину, дієтичних тригерів, стресу), покращення якості/кількості сну та фізична активність. Психотерапевтичне лікування зазвичай включає когнітивно-поведінкову терапію[29].

VI. Особливості спілкування з ветеранами, які мають проблеми з психічним здоров'ям

Важливо не стигматизувати захворювання ані у власних очах, ані в очах пацієнта. Якщо пацієнт вже має діагноз і приходить із упередженнями або стереотипами стосовно власного стану, завдання сімейного лікаря –– розвіяти їх і пояснити, що це нормальна реакція на ненормальні обставини. Більшість психологічних переживань люди проживають самостійно, проте деякі стани потребують фахової медичної та психотерапевтичної підтримки[16].

Симптоми депресивного епізоду можуть маскувати або накладатись на клінічну картину соматичних захворювань або виникати на тлі патології, що вже існує. Так, безсоння, типове для депресивних розладів, може виникати разом із гіпертонічною хворобою або бронхіальною астмою. Аналогічно зниження або відсутність апетиту, швидка втрата маси тіла (більше 5% за місяць за умови відсутності фізичних навантажень), часто супроводжують не лише депресію, але і хвороби травного тракту.

Слід враховувати психосоціальний контекст і його вплив. Труднощі з працевлаштуванням або міжособистісними стосунками можуть бути наслідком погіршення настрою або джерелом емоційної напруги, тому під час збору анамнезу приділіть час таким деталям, як якість комунікації з оточуючими, робота, побут ветерана тощо[15]. Заохочуйте базове піклування пацієнта про себе (регулярне харчування, особиста гігієна, повноцінний сон тощо).

Існують також чек-листи для того, щоб пацієнт або/та його родичі могли самостійно відстежувати покращення чи погіршення стану[16]. Чек-лист включає, наприклад, інформацію та питання про перебіг симптомів (наприклад, «Чи помічали ви покращення/погіршення і коли?»), розуміння стану пацієнтом і близькими («Чи дійсно ви розумієте, що із вашою близькою людиною? Чи знаєте, що робити у випадку погіршення?» тощо), дані про ефективні методи лікування та поінформованість про ці методи пацієнта і близьких.

Родичам і близьким особам можна запропонувати звернутись до психолога або психотерапевта з метою кращого розуміння того, як допомогти ветерану.

Сімейний лікар може контролювати динаміку стану пацієнта та лише за необхідності корекції дози або зміни схеми лікування повторно відправити до психіатра. Якщо пацієнту незручно кожного разу відвідувати вас особисто, запропонуйте онлайн-консультацію, щоб він або вона мали змогу обговорити поточний стан речей: пацієнт швидше відчує довіру, якщо ви навіть у такий спосіб будете на зв'язку. Надайте пацієнту інформацію про його стан не лише в усній, але й у письмовій формі (ваші рекомендації, психоосвітня література, дні та тижні психічного здоров'я, сучасні методики лікування, їхні переваги тощо).

VII. Зловживання алкоголем та наркотичними речовинами

А. Алкогольна залежність

Відомо, що військові внаслідок перебування в зоні військових конфліктів можуть страждати на ПТСР, депресію, тривожність та інші психічні розлади. Доведено, що серед людей, які мають супутнє психічне захворювання в три рази частіше за загальну популяцію зустрічається залежність від алкоголю та наркотиків. Серед тих, хто страждає алкоголізмом, 36,6% мали супутній психічний розлад. Ветерани мають підвищений ризик психіатричних захворювань, які асоціюються з алкоголізмом. Окрім того, вживання алкоголю часто нормалізується

в українському суспільстві та у військових культурах зокрема[25].

У ветеранів збільшуються ризик різних психічних захворювань. Наприклад, поширеність ПТСР становить близько 23%, що значно вище, ніж у загальній дорослій популяції (6,4–7,8%). Висока коморбідність ПТСР та пов'язаних з ним розладів з алкоголізмом, у поєднанні з підвищеним ризиком розвитку алкоголізму після бойових дій, підкреслює важливість розуміння поширеності цієї проблеми серед військових ветеранів.

На сьогодні в Україні катастрофічно мало валідних досліджень, присвячених темі ветеранів. Як свідчать дані досліджень, проведених у США, значний відсоток ветеранів (42,2%) мають анамнез алкоголізму протягом життя. Залежність також асоціюється з суттєво підвищеним навантаженням на супутні психіатричні захворювання, суїцидальність та вживання наркотиків.

Лікарю на прийомі важливо виявити фактори, які збільшуються імовірність розвитку алкоголізму. Вони включають молодший вік, історію травм, бойові дії та сімейне становище[18].

B. Наркотична залежність

Встановлено, що наявність ПТСР у ветеранів асоціюється зі зловживанням наркотичними препаратами[21]. Також доведено, що діагностування будь-якої залежності у ветеранів (від алкоголю, кокаїну, канабісу, опіоїдів, амфетаміну або седативних) було істотно пов'язане зі збільшенням ризику самогубства як для чоловіків, так і для жінок. Найбільший ризик самогубства спостерігається при опіоїдній залежності[22]. Також важливо пам'ятати, що серед ветеранів поширеною є залежність від знеболюючих препаратів (зокрема опіоїдів, які часто пропису́ються ветеранам з ПТСР, депресією та болем різного характеру) у зв'язку з їх попереднім прийомом за медичними показами. Така залежність зустрічається в 11% призначень. Залежність від лікарських препаратів особливо велика серед пацієнтів, яким призначались опіоїди, стимулятори, седативні препарати та транквілізатори[6].

До симптомів, що можуть вказувати на наркозалежність належать:

- зміна соціальної поведінки;
- проблеми з законом;
- толерантність до дії певних субстанцій, необхідність збільшувати дозу для отримання бажаного ефекту;
- повторні спроби кинути / контролювати використання певних субстанцій;
- фізичні та психологічні проблеми, пов'язані з їх використанням;
- відмова від занять, якими особа займалася до того (хобі, робота)[23].

Лікування:

- медикаментозне: використання агоністів та антагоністів опіоїдів
- (бупренорфін, налтрексон, метадон);
- психотерапія;
- організація груп взаємопідтримки[24].

Шкали для самооцінки пацієнтом наявності симптомів та ступеня вираженості найрозповсюдженіших порушень психічної сфери:

- Перелік симптомів ПТСР (PTSD checklist for DSM-5, PCL-5);
- Госпітальна шкала тривоги і депресії (The hospital anxiety and depression scale,
- HADS);
- AUDIT тест для оцінки вживання алкоголю (The alcohol use disorders identification test, AUDIT);
- Діагностична шкала біполярного спектру (Bipolar spectrum diagnostic scale, BSDS).

С. Контактні дані організацій

Назва організації	Опис	Контакти
Veteran Hub	Комплексна підтримка для ветеранів та їхніх родин з напрямків психологічної підтримки, юридичної підтримки та пошуку роботи. Можливий виїзд додому в межах областей діяльності. Консультування вживу, онлайн та телефоном. Локації: Київ, Вінниця, Дніпро Графік роботи: 11:00 –– 20:00, понеділок-п'ятниця	+38(067) 348-28-68 (єдиний інформаційний центр) veteranhub.com.ua Київ: вул. Юрія Іллєнка 42, 20 поверх Вінниця: вул. 8-го березня, 29 Дніпро: вул. Мечникова, 19, 17 поверх
Вільний Вибір	Психологічна підтримка для ветеранів та їхніх родин у Когнітивно-поведінковому підході (КПТ). Консультування вживу та онлайн. Локації: Київ, Вінниця, Дніпро	+38 (063) 646-49-91 +38 (063) 225-46-39 vvybir.org.ua Київ: вул. Юрія Іллєнка 42, 20 поверх Вінниця: вул. 8-го березня, 29 Дніпро: вул. Мечникова, 19, 17 поверх
Побратими	Групи підтримки для ветеранів за принципом «рівний-рівному». Психологічна підтримка для ветеранів та їхніх родин у тілесно-орієнтованому підході та за принципом «рівний-рівному». Консультування вживу та онлайн. Локації: Київ, Вінниця, Дніпро	+38 (096) 109-19-12 pobratymy.org.ua Київ: вул. Юрія Іллєнка 42, 20 поверх Вінниця: вул. 8-го березня, 29 Дніпро: вул. Мечникова, 19, 17 поверх

Блакитний Птах	Психологічна підтримка для родин заручників, зниклих безвісти та полонених, а також колишніх полонених та людей, що пережили тортури. Консультування вживу та онлайн. Локації: Київ	+38(095) 016-26-22 +38(066) 984-32-35 e-mail: p.o.bluebird@gmail.com м. Київ, вул. Шолуденка, 1-б, оф. 306
CETA	Психологічна підтримка для ветеранів та їхніх родин у Когнітивно-поведінковому підході (КПТ) та принципом рівний-рівному. Локації: Київ, Запоріжжя, Харків	+38(066) 147-43-17 +38(068) 283-20-98 ceta.org.ua Київ: вул. Глазунова 2/4, Центр психосоціальної реабілітації НАУКМА
Лісова Поляна	ДЗ «Госпіталь ветеранів війни «Лісова поляна» МОЗ України	+38(063) 450-64-50 facebook.com/Forest Glade.vet
LifeLine	Лінія запобігання самогубствам.	7333 lifelineukraine.com

Список використаних джерел

1. В Україні нараховується понад 460 тисяч учасників бойових дій. Accessed July 31, 2021. https://www.unn.com.ua/uk/news/1892181-v-ukrayini-narakhovuyetsya-ponad-460-tisy ach-uchasnikiv-boyovikh-diy

2. Vest B, Kulak J, Hall V, Homish G. Addressing patients' veteran status: Primary care providers' knowledge, comfort, and educational needs. Family Medicine. https://journals.stfm.org/familymedicine/2018/june/vest-2017-0409/. Accessed July 31, 2021.

3. Burgo-Black AL, Brown JL, Boyce RM, Hunt SC. The importance of taking a military history. Public health reports (Washington, D.C. : 1974). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5230818/. Published September 2016. Accessed July 31, 2021.

4. Rosenheck R, Massari L. Wartime military service and utilization of VA health care services. Military Medicine. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8479627/ Published April 1993

5. Melinda. PTSD in military veterans. HelpGuide.org. https://www.helpguide.org/articles/ptsd-trauma/ptsd-in-military-veterans.htm. Published July 15, 2021. Accessed July 31, 2021.

6. Ames D, Erickson Z, Geise C, et al. Treatment of Moral injury in U.S. veterans with PTSD using a Structured CHAPLAIN INTERVENTION. Journal of Religion and Health. 2021. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34148181/ Accessed July 31, 2021.

7. Mardee Anne Kohlmann. Characteristics of effective communicative partners for veterans with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). https://commons.emich.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2023&context=theses Accessed November 4, 2015

8. Настанови від Veteran Hub

9. J. Edwards. Supportive counselling is ineffective for managing PTSD in youth. ACAMH. https://www.acamh.org/research-digest/supportive-counselling-is-ineffective-for-managing-ptsd-in-youth/. Accessed July 31, 2021.

10. Ті, що повертаються з війни. Reporters. https://www.reporters.media/ti-shho-povertayutsya-z-vijny/. Published September 28,2020. Accessed July 31, 2021.

11. J. Ellen Anderson, Erin E. Michalak, Raymond W. Lam, Depression in primary care: tools for screening, diagnosis, and measuring response to treatment. https://bcmj.org/articles/depression-primary-care-tools-screening-diagnosis-and-measu ring-response-treatment. Accessed July 31, 2021.

12. Mcgill.ca. https://www.mcgill.ca/familymed/files/familymed/depression_updated_2020.pdf. Published 2021. Accessed July 31, 2021.

13. 2020 National Veteran Suicide Prevention Annual Report. Mentalhealth.va.gov. https://www.mentalhealth.va.gov/suicide_prevention/docs/Office-of-Mental-Health-an d-Suicide-Prevention-National-Strategy-for-Preventing-Veterans-Suicide.pdf. Published 2021. Accessed July 31, 2021.

14. Bipolar Disorder: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. Emedicine.medscape.com. https://emedicine.medscape.com/article/286342-overview. Published 2021. Accessed July 31, 2021.

15. J.SloanManning,RobertG.Zylstra,PamelaD.Connor. TeachingFamilyPhysiciansAbout Mood Disorders: A Procedure Suite for Behavioral Medicine. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC181047/ Accessed February 1999

16. Family physician guide for depression, anxiety disorders, early psychosis and substance use disorders. Health.gov.ua https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2008/fpg_full.pdf Accessed November 2008

17. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Table 11, DSM-IV to DSM-5 manic EPISODE Criteria comparison - Dsm-5 changes - Ncbi bookshelf. DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance [Internet]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t7/.

18. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Table 3.8, DSM-IV to DSM-5 Hypomania Criteria comparison - impact of the DSM-IV to Dsm-5 changes on the national survey on drug use and health - Ncbi bookshelf. Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health [Internet]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519704/table/ch3.t9/.

19. Dsm-5 criteria for major depressive disorder. MDCalc. https://www.mdcalc.com/dsm-5-criteria-major-depressive-disorder.

20. Етичний кодекс лікаря України https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text

21. Асанова А, Хаустова О. Типові складні ситуації у взаємодії лікар-пацієнт в залежності від особистісних особливостей і психічного стану реагування пацієнта. PMGP [інтернет]. 13, Вересень 2018 [цит. за 20, Серпень 2021];3(3):e0303125 https://www.google.com/url?q=https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/vie w/125&sa=D&source=editors&ust=1629571384918000&usg=AOvVaw2TIWoubfKIpCuzW90Aqg53

22. Перша психологічна допомога: Посібник для працівників на місцях. https://www.google.com/url?q=https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/4461 5/9786176150787-ukr.pdf;jsessionid%3D43D3E7EF8A7080E79F7F48EA589EF9FF?seque nce%3D72&sa=D&source=editors&ust=1629146312882680&usg=AOvVaw1UdrUdjiGyW EdhyZ0FbA7r

23. VA, DOD release guidelines for insomnia, obstructive sleep apnea. Healio.com. https://www.healio.com/news/primary-care/20200402/va-dod-release-guidelines-for-in somnia-obstructive-sleep-apnea

24. VA.gov. Veterans Affairs. Sleep Problems in Veterans with PTSD. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/sleep_problems_vets.asp

25. VA Disability Ratings for Insomnia - Hill & Ponton, P.A. https://www.hillandponton.com/va-disability-ratings-for-insomnia/

26. VA Disability & Insomnia: A Guide to https://ptsdlawyers.com/veterans-disability-sleep-apnea/insomnia/

27. Management of Common Sleep Disorders. https://www.aafp.org/afp/2013/0815/p231.html

28. VA Disability Rating for General Anxiety Disorder | PTSD https://ptsdlawyers.com/veterans-mental-psychiatric-disabilities/general-anxiety-disord er-for-va-disability/

29. Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. AAFP. https://www.aafp.org/afp/2015/0501/p617.html#sec-4

30. IREX. Veterans Reintegration Survey Results on Healthcare Utilization: Determinants of Physical and Mental Healthcare Utilization. Published July 2021

31. Подолати депресію. https://issuu.com/svichado.ua/docs/depresiya_web

32. ВЕДЕННЯ КЛІЄНТА ІЗ ДЕПРЕСІЄЮ ТА СУЇЦИДАЛЬНИМИ НАМІРАМИ. СХЕМА ОБСТЕЖЕННЯ СУЇЦИДУ. https://docs.google.com/document/d/1wY9XZ-GXjV10VtbY9T8Q0yJhnaAvYIbSGgREVSB LeJ0/edit#heading=h.r13tqup0085m

3.НЕВРОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ. ХРОНІЧНИЙ БІЛЬ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

І.Головний біль

Ветерани та учасники бойових дій стикаються з проблемами зі здоров'ям, характерними лише для їхнього досвіду, включаючи головний біль різного генезу та мігрень, що виникають внаслідок черепно-мозкових травм чи інших ушкоджень, які можливі при бойових діях[1]. Головний біль є станом, що, згідно з досвідом іноземних колег, частіше зустрічається серед військовослужбовців, ніж у загальній популяції[2]. У широкому розумінні його можна розділити на 2 основні групи (таблиця 1):

- первинний головний біль: ідіопатичний, повторюваний, з типовим перебігом та не пов'язаний з іншою патологією;
- вторинний головний біль: виникає внаслідок широкого спектру причин (системні захворювання, патологічні стани, вплив медикаментів, порушення гомеостазу тощо).

Таблиця 1. Класифікація головного болю

Первинний	Напруги	Найчастіш а форма головного болю
	Мігрень	Менш поширені, проте з важчим перебігом та зниженням якості життя.
	Кластерний	
Вторинний	Медикаментозно-індукований	Виникає, коли ліки для боротьби з головним болем застосовуються на постійній основі
	Внаслідок ЧМТ	Зазвичай гострий, проте може набути хронічного перебігу із серйозними наслідками
	Інші причини	Потребує подальшого обстеження для встановлення причини

Окрім факту проходження служби варто звернути увагу на інші чинники, що пов'язані із високим ризиком розвитку головного болю. Наприклад, мігрень частіше зустрічається у військових-жінок, ніж серед чоловіків. Проте найважливішим фактором, на який необхідно звернути увагу, звісно, є черепно-мозкова травма (ЧМТ) в анамнезі. Наприклад, результати іноземних досліджень вказують на те, що частота легкої ЧМТ та супутнього головного болю у 4-5 разів вища серед військовослужбовців, ніж серед загальної популяції. Не варто забувати й про супутні психічні стани, що у поєднанні з ЧМТ також підвищують ризик виникнення головного болю.

А. Первинний головний біль

Найчастішими представниками цієї категорії є:

- головний біль напруги;
- мігрень;
- кластерний головний біль.

З основними характеристиками кожного з названих видів головного болю можна ознайомитись у таблиці 2. Важливо зауважити, що ці дані слід використовувати лише для швидкої класифікації

та ні в якому разі не як заміну повних критеріїв ICHD-3 Міжнародної асоціації головного болю[3].

Головний біль напруги поділяється на нечастий (як мінімум 10 епізодів головного болю, що виникають рідше, ніж 1 день на місяць), частий (10 епізодів, що виникають від 1 до 14 днів на місяць протягом часового проміжку, що перевищує 3 місяці) та хронічний (епізоди болю виникають понад 15 днів на місяць протягом часового проміжку, що перевищує 3 місяці).

Мігрень. Хронічним вважається перебіг, коли епізоди болю виникають понад 15 днів на місяць протягом часового проміжку, що перевищує 3 місяці. Якщо ж напади болю трапляються рідше, то йдеться про епізодичний перебіг. Мігрень також поділяється на таку без аури та з аурою (симптоми, що виникають до та/або під час головного болю: різноманітні візуальні, сенсорні, моторні та інші прояви).

Кластерний головний біль є одним із найсильніших відомих нам видів болю. Для встановлення діагнозу необхідно щонайменше 5 епізодів одностороннього сильного або дуже сильного головного болю в орбітальній, надорбітальній та/або скроневій ділянках, що виникає від одного разу на 2 дні до 8 разів на день та триває від 15 до 180 хвилин. Хронічним вважається кластерний головний біль, що триває понад 1 рік без ремісій або з ремісіями коротше 3 місяців.

Таблиця 2. Види первинного головного болю

Параметр	Головний біль напруги	Мігрень	Кластерний головний біль
Тривалість	30 хвилин–7 днів	4-72 години	15-180 хвилин
Частота	Різна	Різна	Від одного разу на 2 дні до 8 разів на день; часто в одну і ту ж пору дня

Наскільки сильний біль	Від легкого до середнього	Від середнього до важкого	Важкий або дуже важкий
Локалізація болю	Двосторонній	Односторонній	Односторонній орбітальний, надорбітальний та/або скроневий
Властивості	Тиснучий, не пульсуючий	Пульсуючий	Колючий, пекучий
Зв'язок з фізичним навантаженням	Не посилюється	Посилюється	Характеризується симптомами збудження та стурбованості, фізична активність може покращити стан
Фотофобія та фонофобія	Присутня одна з двох фобій, але не обидві водночас	Обидві	Можуть бути присутніми
Нудота та блювання	Відсутні	Присутній один або обидва симптоми	Можуть бути присутніми
Автономні риси	Відсутні	Можуть з'являтись, проте пацієнт рідко звертає на них увагу	Виникають на тій же стороні, що біль (міоз, птоз, набряк обличчя, ринорея, почервоння кон'юктиви та сльозотеча)

В. Вторинний головний біль

Вторинний головний біль з'являється незадовго до чи після діагностування патологічного стану, що може бути причиною головного болю (або при погіршенні існуючого до цього головного болю — у цьому випадку діагностується як первинний головний біль, так і вторинний). Саме тому надзвичайно важливим першим кроком при оцінці стану пацієнта з головним болем є аналіз всіх можливих вторинних причин.

До можливих причин вторинного головного болю належать:

- Черепно-мозкові травми та травми шиї;
- Судинна патологія шиї та голови;
- Несудинні внутрішньочерепні розлади;
- Застосування медикаментів (інших речовин) та їх відміна;
- Інфекції;
- Розлади гомеостазу;
- Інші патології черепа, шиї, очей, вух, синусів, ротової порожнини тощо;
- Психічні розлади.

С. Головний біль після ЧМТ

Ступінь важкості (легкої, середньої та тяжкої) впливає на вираженість та характер симптоматики. Окремо виділяють гостру (тривалість болю не перевищує 3 місяців після ЧМТ) та персистентну (довше 3 місяців) форми головного болю після ЧМТ. У обох випадках необхідним критерієм для діагностування є факт того, що головний біль виник у часовому проміжку до 7 днів після ЧМТ або після відміни медикаментів, що впливають на сприйняття болю. Проте у класифікації ICHD-3 окремо розрізняють віддалений дебют, коли головний біль виникає у часовому проміжку від 7 днів до 3 місяців після ЧМТ.

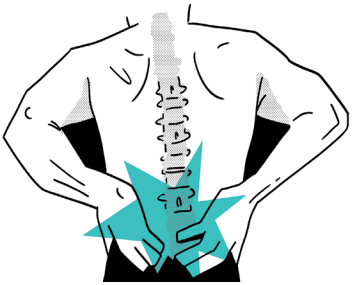
Клінічно головний біль після ЧМТ може бути схожим на головний біль напруги, мігрень або ж кластерний біль та часто поєднується з іншими симптомами: нудотою, блюванням, запамороченням, порушенням балансу, розладами пам’яті та сну тощо. На додаток, завжди слід виключити інші суттєві причини головного болю після травми (наприклад, внутрішньочерепна гематома).

Приклади запитань до пацієнта:

1. ***Чи отримували ви травми під час військової служби? Якщо так, які?***
2. ***Коли вперше з'явився біль?***
3. ***Скільки часу тривають епізоди болю?***
4. ***Як часто виникає біль?***
5. ***Наскільки сильний біль по шкалі від 1 до 10? Опишіть характер болю (наприклад, тиснучий, пульсуючий, пекучий тощо).***
6. ***Де саме болить та чи іррадіює біль?***
7. ***Чи є якісь дії чи фактори, які провокують появу або посилення болю (фізичне навантаження, шум, світло тощо)?***
8. ***Чи помічали ви появу якихось симптомів незадовго до виникнення болю (наприклад, мерехтіння або потемніння в очах, незвичні тактильні відчуття, раптова слабкість, нездатність говорити тощо)?***
9. ***Чи супроводжується біль нудотою та/або блюванням?***
10. ***Чи помічали ви почервоніння або набряк обличчя, сльозотечу, виділення з носу?***

Не менш важливою є також необхідність оцінки психічного стану пацієнта, який може безпосередньо впливати на перебіг головного болю, його інтенсивність, частоту, та локалізацію.

II. Біль в спині



Біль у попереку є одним з найчастіших станів, з якими стикається населення. Ветерани у цьому випадку не є виключенням, а іноземні дослідження вказують на те, що сильний біль зустрічається частіше серед осіб, що проходили службу у війську.

частіше серед осіб, що проходили службу у війську.

Біль у нижніх відділах спини є радше симптомом, а не самостійним захворюванням. Незважаючи на це, у більшості випадків підхід до діагностики та лікування пацієнтів із локалізованим болем без іррадіації є однаковим незалежно від етіології[4]. Повсякденне використання засобів індивідуального захисту та носіння зброї активно впливають на навантаження нижніх відділів спини.

Біль у попереку за перебігом можна поділити на:

- гострий (тривалістю до 4 тижнів);
- підгострий (4-12 тижнів);
- хронічний (понад 12 тижнів).

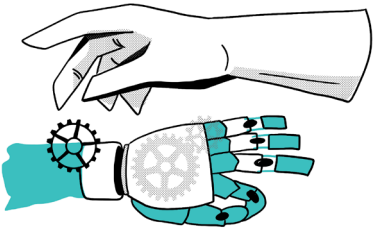
До ймовірних причин розвитку цього стану належать дегенеративні зміни в міжхребцевих дисках, артропатії, протрузії та грижі міжхребцевих дисків. Біль може виникати при наявності радикулопатій, бути міофасціального характеру (в фасції) або симптомом фіброміалгії. У деяких випадках певна роль належить і психологічному компоненту.
При оцінці стану пацієнта із болем в спині варто звертати увагу на симптоми, що потребують негайної уваги та подальшої діагностики –– так звані червоні прапорці. З такими симптомами можна ознайомитись у таблиці 3.

Таблиця 3. «Червоні прапорці» при болі в спині

Можлива причина	Симптом або ознака — «червоний прапорець»
Рак	Рак в анамнезі та поява болю в спині; безпричинна втрата ваги; відсутність покращення через один місяць; вік понад 50 років.
Інфекція	Гарячка; використання внутрішньовенних препаратів; недавня інфекція в анамнезі; імунодепресія.
Перелом	Остеопороз в анамнезі; тривале використання кортикостероїдів; вік понад 75 років; недавня травма; молодший пацієнт із ризиком перелому через перевантаження.

Анкілозуючий спондилоартрит	Ранкова скутість; покращення після фізичної активності; альтернуючий біль в сідницях; пробудження у другій половині ночі через біль в спині; молодий вік.
Міжхребцева грижа	Корінцевий біль; пара- та дизестезія у нижній кінцівці; позитивний симптом Ласега або перехресний симптом Ласега; важкий/неврологічний дефіцит нижньої кінцівки, що прогресує; тривалість симптомів понад 1 місяць.
Стеноз спинномозкового каналу	Корінцевий біль; пара- та дизестезія у нижній кінцівці; нейрогенна кульгавість; старший вік; важкий/прогресуючий неврологічний дефіцит нижньої кінцівки; тривалість симптомів понад 1 місяць.
Синдроми медулярного конусу та кінського хвоста	Затримка сечі; нетримання сечі та калу; втрата чутливості в ділянці сідниць та промежини; зміна ректального тонусу; важкий/прогресуючий неврологічний дефіцит нижньої кінцівки.

III. Фантомний біль після ампутації



Тут слід розрізняти декілька станів, з якими може стикатись пацієнт після ампутації кінцівки[5].

Біль у частині кінцівки, що залишилась — це біль, що виникає в тканинах та структурах, які залишились після ампутації. Загалом це очікуваний симптом, пов'язаний із масивним ушкодженням тканин.

Фантомний біль — відчуття болю в кінцівці, яку було ампутовано. Цей тип болю є надзвичайно складним для контролю у порівнянні з болем у за-

лишкових тканинах, а природа його виникнення достеменно невідома (у таблиці 4 наведена порівняльна характеристика цих двох видів болю).

Фантомні відчуття — небольові відчуття в ампутованій кінцівці, які мають більшість пацієнтів та які можуть супроводжувати їх протягом усього життя. Їх проявами є парестезії, відчуття втраченої кінцівки у просторі тощо.

М'язово-скелетний біль, що виникає у інших ділянках тіла, а не в ампутованій кінцівці: в спині, плечах, протилежній кінцівці. Причиною їх виникнення можуть бути перевантаження чи компенсаторні рухи неураженої кінцівки та тулуба, супутні захворювання, використання протезу тощо.

Таблиця 4. Порівняння болю у частині кінцівки, що залишилась з фантомними болями.

Біль у частині кінцівки, що залишилась	Фантомний біль
• Біль виникає у ділянці кінцівки, яка все ще присутня. • Біль може виникати від небольових стимулів (наприклад, дотиків), особливо біля рубця або шкірного клаптя. • Є очікуваним після операції та потребує необхідного менеджменту. • Пізніше може бути пов'язаним із невромою, ішемією, механічними причинами або гетеротопічною оси-фікацією. • Піддається контролю при усуненні причини та фармакологічно.	• Відчуття болю у ампутованій або відсутній частині тіла. • Згідно з дослідженнями, виникає у 60-70% пацієнтів. • Виникнення відразу після оперативного втручання є нетиповим. • Може мати епізодичний (тривалістю від секунд до днів) або постійний характер. • Причина виникнення достеменно невідома (ектопічна нервова активність, порушення регенерації нейронів, порушення обробки імпульсів в ЦНС). • Може бути пов'язаним із інтенсивністю та тривалістю передопераційного болю. • Для менеджменту застосовуються фармакологічні та нефармакологічні методи лікування. • Складніше контролювати, ніж біль у залишкових тканинах.

Пацієнтів, які приходять із вищезгаданими симптомами важливо вчасно скеровувати на психологічну на фізичну реабілітацію відповідно до місця проживання/служби.

Список використаних джерел

1. VA/Dod CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE PRIMARY CARE MANAGEMENT OF HEADACHE. Department of Veterans Affairs Department of Defense; 2020. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/pain/headache/VADoDHeadacheCPGFinal5 08.pdf. Accessed August 7, 2021.

2. Veterans and Migraine | American Migraine Foundation. American Migraine Foundation. https://americanmigrainefoundation.org/resource-library/veterans-and-migraine/. Accessed August 7, 2021.

3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211. doi:10.1177/0333102417738202

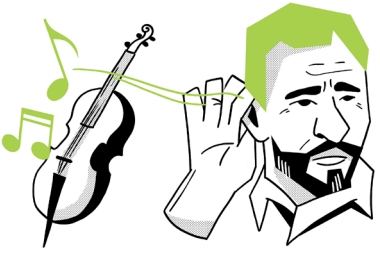
4. VA/Dod CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LOW BACK PAIN. Department of Veterans Affairs Department of Defense; 2017. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/lbp/VADoDLBPCPG092917.pdf. Accessed August 7, 2021.

5. VA/Dod CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE MANAGEMENT OF UPPER EXTREMITY AMPUTATION REHABILITATION. Department of Veterans Affairs Department of Defense; 2014. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/UEAR/VADoDCPGManagementofU EAR121614Corrected508.pdf. Accessed August 7, 2021.

6. Jeffery DD, May L, Luckey B, Balison BM, Klette KL. Use and abuse of prescribed opioids, central nervous system depressants, and stimulants among U.S. active duty military personnel in FY 2010. Mil Med. 2014 Oct;179(10):1141-8. doi: 10.7205/MILMED-D-14-00002. PMID: 25269133.

БЛОК 2: **ТЕРАПЕВТИЧНА ПАТОЛОГІЯ**

1. ПОРУШЕННЯ СЛУХУ



I. Зниження та втрата слуху

Часто пацієнти можуть не звертати достатньо уваги на зниження слуху чи інші симптоми, які вказують на ураження слухового апарату. Важливо направити пацієнтів на роздуми щодо даних симптомів, використовуючи наступні запитання:

1. ***Чи були у вас травми голови, захворювання вух чи інфекції під час служби/бойових дій?***
2. ***Чи ваші симптоми почались вперше/повторно? Раптово чи поступово?***
3. ***Чи буває у вас запаморочення чи проблеми з рівновагою?***
4. ***Чи перевіряли вам слух після повернення зі служби/зони бойових дій?***
5. ***Чи працювали ви зі значним шумом, коли брали безпосередню участь в бойових діях?***
6. ***Чи звучали поряд з вами вибухи, артилерійські постріли під час участі в бойових діях? Чи супроводжувалось це частковою втратою слуху або відчуттям закладеності вух?***
7. ***Чи маєте ви складнощі з розумінням мови інших людей? Чи потрібно 7. Чи легко ви чуєте, коли хтось наближається/закриває двері?***
8. ***Чи легко ви чуєте, коли хтось наближається/закриває двері?***

Втрата слуху (ВС) є серйозною проблемою здоров'я військових. У великій групі поранених військовослужбовців було виявлено, що шанси на ПТСР приблизно втричі вищі в осіб із двосторонньою ВС після поранення, порівняно з особами без ВС. Цей стан може знижувати якість життя з подальшим загостренням проблем із психічним здоров'ям[3].

Дослідження показало, що у пацієнтів із різкою або раптовою ВС ризик розвитку депресивних розладів у два рази вищий, ніж у пацієнтів без ВС[12].

Ризик ВС у військовослужбовців вищий, ніж у цивільних осіб[3, 4]. До факторів ризику ВС, з якими може стикнутися особа час бойових дій, належать постійний шум, травми голови та вуха, надмірно гучні звуки, зокрема звуки вибуху, які більш ніж удвічі збільшують ризик ВС[5,6].

Навіть із слуховими апаратами люди з ВС повідомляють про труднощі в розумінні мови. Це збільшує навантаження на компенсаторні процеси, що включають зорові сигнали та робочу пам'ять, що призводить до високого рівня стресу в соціальних ситуаціях.

Звертаючись до лікаря, пацієнт може скаржитись не тільки на порушення сприйняття звукових сигналів, а й на наявність шуму у вухах або запаморочення. Слід зазначити, що проблеми зі слухом часто супроводжуються депресією, безсонням, хронічним головним болем, на що слід звертати увагу при обстеженні.

Класифікація ВС

ВС поділяється на три основні категорії:

- Кондуктивна ВС. Може бути спричинена будь-чим, що обмежує потрапляння зовнішнього звуку у внутрішнє вухо. При цьому гучні звуки можуть бути приглушеними. І може бути важко почути тихі звуки. Причини можуть включати: інфекцію вуха (середній отит), вушну сірку в слуховій трубі, перфорована барабанна перетинка тощо. Цей тип ВС можна лікувати медикаментозно або хірургічним втручанням.

- Сенсоневральна ВС. Це найпоширеніший тип довічної ВС. Він вражає внутрішнє вухо (вушну раковину) або слуховий нерв. Пацієнтам може бути важко почути тихі звуки. Більш гучні звуки можуть бути не чіткими або приглушеними. Причини можуть включати: вікову втрату слуху (пресбіакузис), травму голови, гучний вплив шуму, деякі порушення обміну речовин на зразок діабету. У більшості випадків сенсоневральну ВС неможливо вилікувати медикаментозно чи хірургічним втручанням. Можуть знадобитися слухові апарати.
- Змішана ВС. Це поєднання кондуктивної та сенсоневральної ВС. Травма, інфекція, захворювання кісток можуть її спричинити. Лікування змішаної ВС може бути поєднанням медикаментів або хірургічних втручань із використанням слухових апаратів.

А. Травми та втрата слуху

Одне з досліджень показало, що серед осіб із двосторонньою ВС 72,9% постраждали від вибуху. Частота ВС була значно вищою у піхотного персоналу та у осіб із бойовими пораненнями, вибуховими травмами та струсом головного мозку.

Загальний коефіцієнт ПТСР становив 10,4%. В осіб з двосторонньою ВС рівень ПТСР становив 29,2%, з односторонньою ВС –– 13,9%, без ВС –– 9,1%[14]. ВС, набута у зрілому віці призводить до проблем із адаптацією як особисто, так і професійно[16]. Це може спричинити психічний дистрес через соціальну ізоляцію, що може мати значний вплив на особисті стосунки. У професійних умовах працівники з ВС відзначають більшу чутливість до фонових шумів, проблем зі спілкуванням, що порушують їхню роботу, та керівників, що їх не підтримують[17].

Затримки з ідентифікацією станів на зразок ВС та ПТСР можуть призвести до зниження якості життя пацієнтів, тому рання діагностика та втручання можуть бути дуже корисними. Приблизно 80% медиків, які надають первинну медичну допомогу не проводять скринінг на предмет ВС, а особи з ВС часто не розпізнають проблему, поки не пройдуть обстеження та не отримають консультації[19]. Це додатково заохочує міцну співпрацю лікарів пер-

винної ланки з аудіологами та працівниками психічного здоров'я, оскільки військовий персонал із двосторонньою ВС повинен контролюватися на предмет можливого розвитку ПТСР.

При прийомі пацієнтів із погіршенням слуху лікарю варто поставити наступні питання:

1. ***Чи почуваєтесь ви засмучено, коли розмовляєте з людьми, бо вам важко їх чути?***
2. ***Чи важко вам чути чи розуміти розмову колег або близьких?***
3. ***Чи відчуваєте ви обмеження через проблеми зі слухом?***
4. ***Чи часто ви думаєте, що щось чуєте, але не розумієте, про що йдеться?***
5. ***Чи виникають у вас проблеми з розумінням діалогу в відеофільмах чи в театрі?***
6. ***Чи проблема спілкування через поганий слух змушує вас сперечатися з членами сім'ї?***
7. ***Чи просите ви людей повторювати те, що вони говорять?***
8. ***Чи вважаєте ви, що інші бурмочуть?***
9. ***Чи важко вам чути те, що говорять по телефону?***
10. ***Чи є у вас проблеми з тим, щоб чути телевізор чи радіо? Чи збільшуєте ви гучність таким чином, що це є занадто голосним для інших?***
11. ***Чи відчуваєте ви, що ваше особисте чи соціальне життя обмежене?***

II. Шум у вухах

Шум у вухах (ШВ, тинітус) –– це патологічне звукове відчуття (гудіння, дзвін або інші звуки), що виникає внаслідок активності нервової системи

ез зовнішнього акустичного впливу на рецепторний апарат вуха. Існує багато причин ШВ, які можуть включати вплив сильного шуму, травму голови, ліки, вушну сірку, емоційний стрес, безсоння, депресію, алкоголізм тощо. Ліків від цього стану поки немає, однак є багато способів почувати себе краще, не усуваючи при цьому сам шум.

Існує кореляція між ПТСР і ШВ: рівень ПТСР значно вищий серед тих, хто страждає на ШВ, при цьому звуки, що викликають загострення ШВ так само впливають на тяжкість симптомів ПТСР[9,10].

При скаргах пацієнта на ШВ ви можете надати наступні рекомендації:

- Навчитись керувати своїми реакціями на цей шум. Наприклад, порадьте пацієнту використовувати звук, щоб зробити життя з ШВ більш комфортним та приємним. Заспокійливий звук може допомогти їм почувати себе краще, не роблячи при цьому ШВ тихішим. Цікаві або розважальні звуки можуть допомогти їм відволіктись від ШВ.
- Фонові звуки полегшують ігнорування ШВ. Ви можете порадити складання плану використання звуків, які допоможуть у будь-який час подолати ШВ. Навчившись розслаблятися за потреби, пацієнти почуватимуться краще.
- Порадьте пацієнтам планувати приємні заняття, навіть коли їх турбує ШВ. Ці заняття можуть допомогти їм насолоджуватися життям і відволіктись від шуму.
- Порекомендуйте пацієнтам змінити їхнє ставлення до ШВ: від «немає надії вилікуватись від нього» до думок типу «я вивчаю нові способи покращити своє самопочуття, не роблячи ШВ тихішим». З практикою, зміна думок і поглядів може допомогти почуватись краще.

Ведення пацієнтів із шумом у вухах

- Почніть із ретельного опитування пацієнта, дізнайтесь та деталізуйте всі скарги. Пам’ятайте, що пацієнти з проблемами зі сприйняттям звуків часто мають супутні патології (депресія, ПТСР, травми голови тощо), які необхідно діагностувати та ранньому етапі.
- За необхідності, проведіть слухові тести.
- За потреби, направте пацієнта за спеціалізова-

ною допомогою до ЛОРа, аудіолога. Пацієнтам із шумом у вухах слухові апарати також можуть допомогти у вирішенні проблем із слухом, підсилюючи звуки. Більшість людей каже, що вони менше помічають ШВ, коли вони носять слухові апарати.

Список використаних джерел

1. Friedman MJ. Post-traumatic and acute stress disorders: the latest assessment and treatment strategies. 4th ed. Kansas City: Compact Clinicals; 2006

2. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. JAMA. 2006;295(9):1023–32.

3. U.S. Department of Veterans Affairs. Veterans Benefits Administration. Annual Benefits Report Fiscal Year 2012. Washington, DC: Department of Veterans Affairs; 2013. https://www.benefits.va.gov/REPORTS/abr/archive.asp. Accessed 7 Oct 2019.

4. Centers for Disease Control and Prevention. Severe hearing impairment among military veterans--United States, 2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011;60(28):955–8.

5. Joseph AR, Horton JL, Clouser MC, MacGregor AJ, Louie M, Galarneau MR. Development of a comprehensive blast-related auditory injury database (BRAID). J Rehabil Res Dev. 2016;53(3):295–306.

6. Joseph AR, Shaw JL, Clouser MC, MacGregor AJ, Galarneau MR. Impact of blast injury on hearing in a screened male military population. Am J Epidemiol. 2018;187(1):7–15.

7. Swan AA, Nelson JT, Swiger B, Jaramillo CA, Eapen BC, Packer M, et al. Prevalence of hearing loss and tinnitus in Iraq and Afghanistan veterans: a chronic effects of Neurotrauma consortium study. Hear Res. 2017;349:4–12.

8. Scofield DE, Proctor SP, Kardouni JR, Hill OT, McKinnon CJ. Risk factors for mild traumatic brain injury and subsequent post-traumatic stress disorder and mental health disorders among United States Army soldiers. J Neurotrauma. 2017;34:3249–55.

9. Hinton DE, Chhean D, Pich V, Hofmann SG, Barlow DH. Tinnitus among Cambodian refugees: relationship to PTSD severity. J Trauma Stress. 2006; 19(4):541–6.

10. Fagelson MA. The association between tinnitus and posttraumatic stress disorder. Am J Audiol. 2007;16(2):107–17.

11. https://www.veteranshealthlibrary.va.gov/142,41686_VA

12. Tseng CC, Hu LY, Liu ME, Yang AC, Shen CC, Tsai SJ. Risk of depressive disorders following sudden sensorineural hearing loss: a nationwide population-based retrospective cohort study. J Affect Disord. 2016;197:94–9.

13. https://www.veteranshealthlibrary.va.gov/Search/142,83592_VA

14. MacGregor, A.J., Joseph, A.R., Walker, G.J. et al. Co-occurrence of hearing loss and posttraumatic stress disorder among injured military personnel: a retrospective study. BMC Public Health 20, 1076 (2020).

15. Koren D, Norman D, Cohen A, Berman J, Klein EM. Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. Am J Psychiatry. 2005;162(2):276–82.

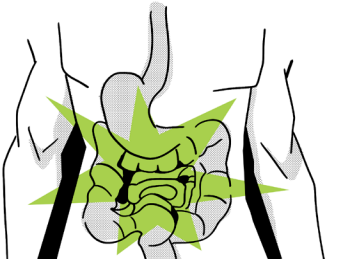
16. National Research Council Committee on Disability Determination for Individuals with Hearing Impairments. In: Dobie RA, Van Hemel S, editors. Hearing loss: determining eligibility for Social Security benefits. Washington, DC: National Academies Press; 2005.

17. Schroedel JG, Geyer PD. Long-term career attainments of deaf and hard of hearing college graduates: results from a 15-year follow-up survey. Am Ann Deaf. 2000;145(4):303–14.

18. Aubert-Khalfa S, Granier JP, Reynaud E, El Khoury M, Grosse EM, Samuelian JC, et al. Pure-tone auditory thresholds are decreased in depressed people with post-traumatic stress disorder. J Affect Disord. 2010;127(1–3):169–76.

19. Laroche C, Garcia LJ, Barrette J. Perceptions by persons with hearing impairment, audiologists, and employers of the obstacles to work integration. J Acad Rehabil Audiol. 2000;23:63–90.

2. ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ



Захворювання шлунково-кишково тракту (ШКТ) доволі поширені серед військовослужбовців. Існують роботи, в яких описано, що протягом 6-12 місяців після повернення з зони бойових дій до 25% ветеранів мають хронічні симптоми захворювань ШКТ, які пов'язані з військовою службою. Економічний вплив цих хронічних розладів ШКТ (опрацювання, лікування, непрямі витрати, втрата роботи) оцінюється у понад 897 мільйонів доларів у США та Великій Британії.

Після 6–12-місячного перебування в районі бойових дій до 80% військових повідомляють про порушення у роботі ШКТ. Симптоми включають метеоризм, рідкі випорожнення, >3 випорожнень на день, відчуття неповної евакуації кишечника, біль у животі, біль при дефекації. Близько 20% ветеранів повідомляють про симптоми, які зберігалися після їх повернення до мирного життя. Дослідження прийшли до висновку, що раптовий початок симптомів ШКТ зазвичай пов'язаний із розміщенням ветеранів у стресовому середовищі військового часу, отже, свідчить про синдром подразненого кишечника[2].

Слід пам'ятати, що такі психосоціальні фактори, як ПТСР, депресія та тривога відіграють важливу роль у патогенезі функціональних захворювань ШКТ[9].

Надалі буде розглянуто поширені скарги зі сторони ШКТ в собі які проходили військову службу, або перебували в зоні бойових дій.

I. Закреп

Поширеність закрепів досягає 34% серед людей у бойовому середовищі. Є дані, що показали, що частота закрепів значно збільшується у військовослужбовців на діючій службі[1].

Для полегшення зберігання та транспортування продуктів харчові інгредієнти та дієтичні звички часто сильно відрізняються від тих, які є у повсякденному житті. Крім того, часто військовослужбовцям важко отримати доступ до свіжих овочів та фруктів, що може призвести до закрепу. Оскільки ефект клітковини на профілактику та лікування закрепів визнаний, збільшення споживання клітковини з їжею військовослужбовцями може спричинити нижчу поширеність закрепів.

Критеріями закрепу є:

1. Менше 3 дефекацій на тиждень;
2. Фрагментований (бобовидний) або твердий кал при> 25% актів дефекації;
3. Відчуття неповної евакуації при > 25% актів дефекації;
4. Відчуття аноректальної обструкції при> 25% актів дефекації;
5. Ручна допомога для полегшення акту дефекації при > 25% актів дефекації (пальцеве звільнення кишки, підтримка тазового дна).

При зверненні пацієнта зі скаргами лікарю варто провести детальний збір анамнезу з метою діагностики імовірної причини закрепу (функціональний чи органічний). Відомо, що у військовослужбовців часто спостерігаються функціональні порушення роботи ШКТ без будь-якої органічної патології. Від цього залежатиме, до якого спеціаліста першочергово необхідно направити пацієнта.

Варто запитати:

Який раціон харчування у вас зараз та яким він був під час військової служби? Як давно у вас з'явився закреп?
Чи відбулась якась стресова чи незвичайна подія напередодні?

II. Діарея

Діарея є однією з найчастіших скарг у військовослужбовців. 76,8 % військових під час операцій «Іракська свобода» та операції «Незламна свобода» зазнали діареї[6,7]. Вона також була поширена серед Українських військових та у навчальних центрах.

Зустрічається гостра та хронічна діарея. Гостра діарея часто асоціюється з бактеріальними та вірусними інфекціями. В той самий час, багато випадків хронічної діареї не можна поєднати з органічними причинами. Тому це вважають функціональним захворюванням (функціональною діареєю або синдромом роздратованого кишечника (СРК)

Провідними симптомами діареї є:

- м'які або водянисті випорожнення > 25 % акту дефекації;
- почастішання акту дефекації.

Діарею мандрівника визнано найпоширенішим типом гострої діареї у військових ситуаціях. Основною причиною діареї мандрівника є бактеріальне зараження. E. Coli є найбільш поширеним збудником. Кампілобактер та сальмонела також є важливими патогенними збудниками[3]. Вона часто може виникнути після вживання забрудненої води або їжі, що підвищує ризик виникнення цієї діареї у військових, так як перебування в місцях військових конфліктів часто асоційоване з вживанням забрудненої води та їжі.

III. Диспепсія

Диспепсія характеризується больовим синдромом та дискомфортом в епігастрії, відчуттям перепов-

нення після їжі, відрижкою, печією, нудотою та метеоризмом.

Диспепсія є однією з найпоширеніших скарг зі сторони системи травлення серед ветеранів. Багато випадків диспепсії викликані пептичною виразкою. Така диспепсія називається виразковою та відноситься до класу органічних.

Тривожними симптомами при органічній диспепсії є: швидка прогресія симптомів, втрата ваги на 10 кг і більше без очевидної причини, періодичне блювання, дисфагія, шлунково-кишкова кровотеча (мелена або блювота за типом кавової гущі), залізодефіцитна анемія, вік старше 55 років, сімейна історія раку шлунку.

Наразі більшість військовослужбовців страждає від функціональної диспепсії (ФД). При цьому у пацієнтів спостерігаються симптоми болю у верхній частині живота, дискомфорту або нудоти за відсутності будь-якої органічної причини. При ФД у пацієнта часто є супутні захворювання, характерні для функціональних розладів, включаючи розлади настрою (наприклад, депресію, тривогу) та функціональний біль не з боку ШКТ (наприклад, фіброміалгія, мігрень, хронічний тазовий біль, синдром хронічної втоми). Соматизацію, наявність безлічі больових відчуттів у різних системах можна виявити у 40% пацієнтів з ФД. Огляд анамнезу ліків у пацієнта з ФД може виявити множинну непереносимість або «алергію», часто з нетиповими побічними реакціями. У сукупності ці дані анамнезу надають клініцисту більшу впевненість у тому, що вони мають справу з функціональним розладом ШКТ.

Всупереч зменшенню поширеності виразкової диспепсії, захворюваність на ФД значно зросла. Однак причина цього залишається неясною. Стресові стани можуть мати важливе етіологічне значення для ФД, особливо якщо стресові фактори є інтенсивними та тривалими, такі як військова служба та бойові дії. Високий рівень захворюваності на психіатричну патологію у пацієнтів з ФД підтверджує це[19].

Лікування функціональної диспепсії можна розділити на дві основні категорії: фармакотерапія та нефармакологічний підхід. При фармакотерапії застосовують прокінетики (метоклопрамід, дом-

перидон), антиацидні препарати (омепразол), антихелікобактерну терапію (при позитивному результаті неінвазивного тестування на H.pylori), антидепресанти (амітриптилін, міртазапін).

Нефармакологічний підхід включає в себе психотерапію та дієту (багато пацієнтів з ФД пов'язують свої симптоми з певними тригерними продуктами). Крім того, дослідження показали, що мікрозапалення та еозинофілія дванадцятипалої кишки підвищують вірогідність того, що харчові антигени відіграють роль у формуванні симптомів у деяких пацієнтів. Рекомендації щодо зміни дієти є різними і включають зміни об'єму споживання їжі, частоти прийому їжі та конкретних продуктів харчування (часто продукти, що містять пшеницю, високий вміст жиру та ферментованих вуглеводів, алкоголь, кофеїн і спеції)[20].

IV. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба

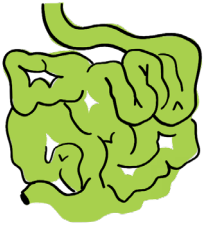
Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) вважається основним захворюванням, що викликає печію[4]. Типові симптоми ГЕРХ включають печію, відрижку, біль у грудях, кашель, охриплість голосу, гіркий присмак у роті тощо. Діагноз ГЕРХ можна поставити за анамнезом печії та/або відрижки.

Езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС) потрібна лише за наявності тривожних симптомів або під час обстеження пацієнтів із високим ризиком ускладнень та важкого перебігу захворювання (до якої належать військовослужбовці).
У одному з досліджень військовослужбовців та ветеранів було показано 70% поширеність ендоскопічного езофагіту[4].

V. Некардіальний біль у грудях

Пацієнти з некардіальним болем у грудях часто проходять ретельне обстеження легень та серця, яке зазвичай не виявляє нічого патологічного. В такому випадку біль у грудях вважається болем стравохідного походження та є функціональним. Некардіальний біль у грудях також є поширеним симптомом, про який повідомляють військовос-

лужбовці[5]. Для пацієнтів, які скаржаться на некардіальний біль у грудях, емпіричне лікування залишається першою лінією лікування цього стану. Нестероїдні протизапальні препарати часто проявляють терапевтичний ефект, лише деяким пацієнтам потрібні опіоїди або антидепресанти.



VI. Синдром подразненого кишківника (СПК)

Синдром подразненого кишківника (СПК) — функціональний розлад ШКТ, поширеність якого серед військових коливається від 10 до 15%. Етіологія є багатофакторною з доведеною роллю травматичних подій у молодому віці, шлунково-кишкових інфекцій, психічних розладів, включаючи ПТСР, депресію.

Стрес та кишкові інфекції часто зустрічаються серед військових, тому в армії існує підвищений ризик виникнення СПК. Відомо, що 30% випадків з діагнозом СПК у військових мають пост-інфекційну етіологію.

Діагноз СПК виставляється згідно з Римськими критеріями IV:

- періодичний біль в животі (щонайменше 1 день/тиждень протягом останніх 3 місяців), пов'язаний із дефекацією;
- зміна частоти випорожнень;
- супутня зміну форми випорожнень.

СПК ділять на два види: з переважанням діареї (СПК-Д, серед військових зустрічається частіше) та з переважанням закрепів (СПК-З). Існує також змішана форма СПК, при якій діарея чергується з закрепом.

VII. Інфекції

Гострі інфекції ШКТ можуть бути викликані багатьма бактеріальними, вірусними і паразитарними збудниками. Проте, говорячи про військових, варто найбільше зосереджувались на Campylobacter spp., нетифоїдній Salmonella spp., Shigella spp., Escherichia coli як організмах, що відповідають за більшість інфекцій ШКТ у цієї категорії[29].

Шигельоз. Зазвичай характеризується лихоманкою та діареєю з домішками крові та слизу. Зараження серед військових часто відбувається аліментарним шляхом. Для достовірної діагностики необхідно направити кал пацієнта на бактеріологічне дослідження для виявлення збудника. Ключовими компонентами в лікуванні є регідратація, сорбенти та дієта. При особливо тяжкому перебігу додається антибіотикотерапія[30].

Кампілобактеріоз. Інфекція, яка найчастіше зустрічається серед військових. Проявляється тяжкою діареєю, температурою та інтенсивним болем у животі. Оскільки дані симптоми є неспецифічними, а діарея супроводжує більшість ШКТ-інфекцій, золотим стандартом для їх діагностики є бактеріологічне дослідження калу для виявлення збудника. У лікуванні найважливіше, як і у всіх пацієнтів з діареєю, зосередитись на регідратації та корекції електролітних порушень. В особливо важких випадках застосовується антибіотикотерапія (зокрема, азитроміцин)[31].

Сальмонельоз. Характеризується раптовим виникненням лихоманки, болю в животі, діареї, нудоти, блювання. Основним шляхом передачі цієї інфекції серед військових є аліментарний. Тут має місце особливо великий ризик зневоднення, тому ключовою ланкою лікування є регідратаційна терапія. Етіотропна терапія включає в себе антибіотики (фторхінолони, цефалоспорини)[32].

VIII. Гепатит

Гепатит — поліетіологічне запалення печінки, яке супроводжується некрозом гепатоцитів з подальшим розвитком цирозу. Серед військових особливо часто зустрічаються вірусні гепатити.

Одним із найпоширеніших шляхів передачі гепатитів є парентеральний. Інфекції, що передаються через кров, є як професійним, так і соціальним ризиком для військового. Під час військових конфліктів або катастроф мирного часу масові жертви потребують швидкого переливання крові. Часто єдиним безпосереднім джерелом донорства крові є інші військові поблизу. Може бути мало часу або можливостей для попереднього обстеження донорів крові під час надзвичайної ситуації.

Так само, як і в цивільному житті, гепатит В завжди є професійною загрозою для військових лікарів, стоматологів, медсестер та лабораторних працівників, які контактують із кров'ю. Цей ризик збільшується, коли медичні працівники та військові з регіонів з низьким рівнем поширеності гепатитів надають допомогу жителям або працюють у районах з високою їх поширеністю.

Будь-який учасник бойових дій або військовий, який надає першу допомогу, може інфікуватися під час лікування кровоточивих ран або здійснення інших заходів для підтримки життя (наприклад, серцево-легенева реанімація).

Саме тому лікарю на прийомі важливо задати пацієнту наступні питання:

1. ***Чи були у вас гемотрансфузії? Якщо так, дізнатись про причини та умови, в яких проводились.***
2. ***Чи були у вас відкриті поранення?***
3. ***Чи були ви донором крові?***
4. ***Чи надавали допомогу постраждалим з відкритими ранами/ ранами, що кровоточать?***

A. Гепатит A

Симптоми інфекції є неспецифічними та варіабельними і можуть включати втому, лихоманку, нудоту, блювання, анорексію, біль у животі та жовтяницю. Більше 70% дорослих випадків демонструють жовтяницю під час клінічної фази.
Клінічна картина різних видів гепатитів схожа між собою та неспецифічна, тому для постановки діагнозу необхідна серологічна діагностика з визначенням етіологічного фактору, у даному випадку — антитіла IgM до HAV.

Лікування обмежується симптоматичною терапією, лікуванням нудоти, блювання та інших симптомів, а також навчанням щодо запобігання подальшій передачі, підкреслюючи належну гігієну рук.

B. Гепатит B

Часто протікає безсимптомно (приблизно у 50% пацієнтів). Прояви подібні до гепатиту A і включають лихоманку, нездужання, біль у животі, нудоту, блювання та грипоподібні симптоми.

Лабораторне обстеження при підозрі на гострий гепатит B ідентичне гепатиту A та покаже подібні зміни у печінці. Під час гострого захворювання спостерігається помітне підвищення рівня АЛТ і АСТ, часом більше 1000. Білірубін може бути нормальним, особливо якщо у пацієнта немає жовтяниці. Трансамінази печінки повинні нормалізуватися протягом 4 місяців після гострої інфекції. Як і при інфекції HAV, після виявлення гострого гепатиту слід провести тестування на антитіла до HBV, оскільки клінічно інфекції дуже схожі. Гостра інфекція вірусом гепатиту B проявляється позитивним HBsAg та позитивними антитілами до HBV (IgM)[13]. Серонегативне вікно, коли тестування на антитіла буде негативним, складає від 2 до 6 місяців після зараження.

Сімейному лікарю важливо запитати пацієнта про попередню вакцинацію від вірусного гепатиту B, можливий контакт із кров'ю та іншими біологічними рідинами, ін'єкціями в нестерильних умовах, переливання крові та інші фактори ризику.

Основним методом профілактики інфікування вірусом гепатиту В є вакцинація. Враховуючи те, що ветерани та особи, які беруть участь в бойових діях мають вищий ризик зараження гепатитом В через особливості польових умов в зоні бойових дій, їм рекомендується провести профілактичну вакцинацію. Якщо ветеран не був вакцинований до початку служби, важливо лабораторно визначити наявність антитіл до гепатиту В (HBcorAG) і відповідно до результатів дослідження вибрати тактику лікування.

На сьогоднішній день в Україні доступна вакцина Енджерикс, якою вакцинують як дитяче, так і доросле населення країни.

С. Алкогольний гепатит

Алкогольна хвороба печінки є провідною причиною смертності від алкоголю у всьому світі. Алкоголь сприяє прогресуванню інших захворювань печінки та збільшує ризик розвитку гепатоцелюлярної карциноми. Зловживання алкоголем особливо широко поширене серед військовослужбовців як своєрідний «метод боротьби» зі спогадами про пережиті події та військові конфлікти.
Тривале надмірне вживання алкоголю може викликати запальні зміни в печінці, що призведе до більш серйозних пошкоджень. У таких пацієнтів згодом розвинеться важкий алкогольний гепатит, що має набагато страшніший короткостроковий прогноз. Залежно від ступеня запалення та пошкодження, ці стани можуть призвести до фіброзу, а в кінцевому підсумку –– до цирозу та печінкової недостатності.

При діагностиці патології печінки лікарю важливо розрізнити алкогольний гепатит та направити пацієнта за належною допомогою. Найефективнішою ланкою лікування в такому випадку буде утримання від прийому алкоголю, а медикаментозне лікування відходить на задній план.

Основні рекомендації:

- Рекомендувати повне утримання від алкоголю для пацієнтів із цирозом печінки;
- Оцінити вживання алкоголю у всіх пацієнтів з цирозом;
- Обговорити наслідки активного вживання алкоголю у пацієнтів із цирозом печінки: ризик декомпенсації печінки та протипоказання до трансплантації печінки;
- Пацієнти можуть самостійно контролювати та зменшувати споживання
- алкоголю за допомогою щоденника вживання алкоголю[14, 15].

IX. Панкреатит

Це прогресивне хронічне запалення підшлункової залози, яке призводить до її фіброзу, що веде до прогресуючої екзокринної та ендокринної її недостатності.

Основний симптом хронічного панкреатиту –– гострий біль в епігастрії, який посилюється при вживанні їжі. Це призводить до відмови від харчування та в подальшому, до втрати ваги. У пацієнтів також виникають проблеми з травленням, які проявляються у вигляді стеатореї та хронічної діареї.

Для встановлення діагнозу потрібно зібрати анамнез (включаючи зловживання алкоголем, тютюнопаління та сімейний анамнез), провести лабораторну діагностику (рівень ферментівпідшлункової залозитатригліцеридів)таінструментальніметоди дослідження (УЗД черевної порожнини, комп'ютерну томографію або магніт-

но-резонансну холангіопанкреатографію)

При підозрі або виявленні у пацієнта панкреатиту, потрібно направити його до гастроентеролога для подальшої діагностики та підбору методу терапії (медикаментозного чи хірургічного)[16].

Відомо, що в учасників бойових дій, які зловживають алкоголем та/або наркотиками, підвищується ризик панкреатиту. Поширеність панкреатиту в цій популяції становить щонайменше 3%[17]. Проте існує велика ймовірність недостатньої діагностики у деяких пацієнтів з помірним підвищенням ферментів або відсутністю морфологічних змін на ранніх стадіях панкреатиту. Розвиток морфологічних змін підшлункової залози, помітних при візуалізації (кальцинати, атрофія, розширення протоки підшлункової залози тощо) або екзокринна/ендокринна недостатність можуть зайняти кілька років після початку захворювання.

X. Травматичні пошкодження ШКТ

Незважаючи на покращення якості захисних бронежилетів, проникаюча травма черевної порожнини залишається неминучим компонентом військової хірургії. Швидке розпізнавання та лікування внутрішньочеревних травм необхідне для забезпечення максимальної виживаності з мінімальною кількістю подальших захворювань та проблем зі сторони ШКТ.

Травма живота, як тупа, так і проникаюча, може призвести до прихованих травм, які можуть бути руйнівними або смертельними, якщо їх не розпізнати і лікувати своєчасно. У нестабільного пацієнта з травмою живота прийняття рішення про операцію зазвичай є простим. Проте варто пам’ятати, що часто бувають травматичні ураження ШКТ, які не призводять до гострого порушення стану, проте в подальшому впливають на здоров’я ветеранів.

Травма живота, як тупа, так і проникаюча, може призвести до прихованих травм, які можуть бути руйнівними або смертельними, якщо їх не розпізнати і лікувати своєчасно. У нестабільного пацієнта з травмою живота прийняття рішення про операцію зазвичай є простим. Проте варто пам'ятати, що часто бувають травматичні ураження ШКТ, які не призводять до гострого порушення стану, проте в подальшому впливають на здоров'я ветеранів.

Діагностика абдомінальної травми:

- Зберіть детальний анамнез, включаючи час травми, її механізм, попереднє застосування препаратів.
- Огляньте повністю пацієнта починаючи з відкритих грудей, живота та спини, що є найнадійнішою та найнеобхіднішою частиною фізикального огляду, особливо щодо проникаючих травм.
- Застосуйте додаткові методи діагностики (УЗД, контрастна рентгенографія, діагностична лапароскопія, КТ).

XI. Гастрит

Показник захворюваності гастритом серед військовослужбовців досягає 33,9%, тому для сімейного лікаря важливим є своєчасна діагностика гастритів та запобігання прогресування цього захворювання.

Така поширеність гастритів серед військових зумовлена поширеністю Helicobacter pylori (HP), соціальними умовами проживання, особливостями харчування, шкідливими звичками тощо.

Пацієнти скаржитимуться на:

- епігастральний біль;
- нудоту;
- тяжкість в епігастрії;
- здуття живота;
- відчуття переповнення і швидкого насичення в епігастрії.

Діагностичні обстеження повинні включати в себе:

- ЕФГДС;
- ультрасонографічне обстеження органів черевної порожнини;
- визначеня НР за допомогою швидкого тесту для визначення антигену НР у
- фекаліях;
- дихальний уреазний тест.

Лікування включає в себе антихелікобактерну та антисекреторну терапії з подальшим повторним тестом на визначення НР.

Важливим підходом у лікуванні є дієтотерапія (обмеження гострих, смажених та жирних продуктів), усунення хронічного стресу та відмова від шкідливих звичок. Саме тому, що після медикаментозного лікування військові повертаються до звичного способу життя, серед даної категорії населення висока частота рецидиву хронічного гастриту та його прогресія у виразкову хворобу[26].

XII. Виразкова хвороба

Термін «виразкова хвороба» містить в собі два поняття: виразку шлунка та/або виразку дванадцятипалої кишки. Її основними клінічними проявами є біль у епігастрії, відчуття повноти, здуття шлунку, раннє насичення. Хронічні виразки часто можуть протікати безсимптомно. Сучасні дані підтверджують, що НР є провідним етіологічним фактором виразкової хвороби. Серед інших частих причин виникнення цієї патології є прийом нестероїдних протизапальних препаратів або аспірину, постійний вплив стресу на організм.

Шлунково-кишкові кровотечі є найчастішим ускладненням виразкової хвороби (проявляються як мелена/кавова гуща), за яким слідує перфорація.

Досі існує мало досліджень про особливості виразкової хвороби у військових, які є особливою категорією населення, яка завжди перебуває у стресовому стані[25]. Проте відомо, що у військових виразки зустрічаються у більш молодому віці, ніж у цивільного населення та частіше супроводжується рецедивами після проведеного лікування у зв’язку

з продовженням існування стресового фактору. Для підтвердження діагнозу виразкової хвороби золотим стандартом є проведення ЕГДС із біопсією. Для виявлення HP проводиться тест на уреазну активність.

Лікування включає в себе:

- ерадикація HP (антибіотики + інгібітори протонної помпи);
- прийом антацидів;
- усунення стресового фактору;
- дієтотерапія з обмеженням гострих, жирних продуктів;
- психотерапія.

Список використаних джерел

1. Wang, WF., Guo, XX. & Yang, YS. Gastrointestinal problems in modern wars: clinical features and possible mechanisms.Military Med Res 2, 15 (2015). https://doi.org/10.1186/s40779-015-0042-5

2. Zhang B, Verne ML, Fields JZ, Verne GN, Zhou Q. Intestinal Hyperpermeability in Gulf War Veterans With Chronic Gastrointestinal Symptoms. J Clin Gastroenterol. 2019;53(7):e298-e302. doi:10.1097/MCG.0000000000001135

3. Riddle MS, Rockabrand DM, Schlett C, et al. A prospective study of acute diarrhea in a cohort of United States military personnel on deployment to the Multinational Force and Observers, Sinai, Egypt. Am J Trop Med Hyg. 2011;84(1):59-64. doi:10.4269/ajtmh.2011.10-0093

4. Roushan N, Zali F, Abtahi H, Asadi M, Taslimi R, Aletaha N. Reflux esophagitis in war-related sulfur mustard lung disease. Med J Islam Repub Iran. 2014;28:30. Published 2014 May 7.

5. Cohen SP, Kapoor SG, Anderson-Barnes VC, et al. Noncardiac chest pain during war. Clin J Pain. 2011;27(1):19-26. doi:10.1097/AJP.0b013e3181f06b06

6. Wojcik BE, Hassell LH, Humphrey RJ, Davis JM, Oakley CJ, Stein CR. A disease and non-battle injury model based on Persian Gulf War admission rates. Am J Ind Med. 2004;45(6):549-557. doi:10.1002/ajim.20016

7. Putnam SD, Sanders JW, Frenck RW, et al. Self-reported description of diarrhea among military populations in operations Iraqi Freedom and Enduring Freedom. J Travel Med. 2006;13(2):92-99. doi:10.1111/j.1708-8305.2006.00020.x

8. Stermer E, Bar H, Levy N. Chronic functional gastrointestinal symptoms in Holocaust survivors. Am J Gastroenterol. 1991;86(4):417-422.

9. Grundy D, Al-Chaer ED, Aziz Q, et al. Fundamentals of neurogastroenterology: basic science. Gastroenterology. 2006;130(5):1391-1411. doi:10.1053/j.gastro.2005.11.060

10. Thabane M, Kottachchi DT, Marshall JK. Systematic review and meta-analysis: The incidence and prognosis of post-infectious irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 2007;26(4):535-544. doi:10.1111 j.1365-2036.2007.03399.x

11. Porter CK, Gloor K, Cash BD, Riddle MS. Risk of functional gastrointestinal disorders in U.S. military following self-reported diarrhea and vomiting during deployment. Dig Dis Sci. 2011;56(11):3262-3269. doi:10.1007/s10620-011-1762-3

12. Bancroft WH, Kelley PW, Takafuji ET. The military and hepatitis B. Vaccine. 1990;8 Suppl:S33-S43. doi:10.1016/0264-410x(90)90214-7

13. Thuener J. Hepatitis A and B Infections. Prim Care. 2017;44(4):621-629 doi:10.1016/j.pop.2017.07.005

14. https://www.hepatitis.va.gov/cirrhosis/cirrhosis-alcohol.asp

15. Hosseini N, Shor J, Szabo G. Alcoholic Hepatitis: A Review. Alcohol Alcohol. 2019;54(4):408-416. doi:10.1093/alcalc/agz036

16. Dominguez-Munoz JE, Drewes AM, Lindkvist B, et al. Recommendations from the United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis [published correction appears in Pancreatology. 2020 Jan;20(1):148. Okhlobystiy, Alexey V [corrected to Okhlobystin, Alexey V]]. Pancreatology. 2018;18(8):847-854. doi:10.1016/j.pan.2018.09.016

17. Yadav D, Eigenbrodt ML, Briggs MJ, Williams DK, Wiseman EJ. Pancreatitis: prevalence and risk factors among male veterans in a detoxification program. Pancreas. 2007;34(4):390-398. doi:10.1097/mpa.0b013e318040b332

18. Fuehrlein BS, Mota N, Arias AJ, et al. The burden of alcohol use disorders in US military veterans: results from the National Health and Resilience in Veterans Study. Addiction. 2016;111(10):1786-1794. doi:10.1111/add.13423

19. Bennett E, Beaurepaire J, Langeluddecke P, Kellow J, Tennant C. Life stress and non-ulcer dyspepsia: a case-control study. J Psychosom Res. 1991;35(4-5):579-590. doi:10.1016/0022-3999(91)90052-p

20. Sayuk GS, Gyawali CP. Functional Dyspepsia: Diagnostic and Therapeutic Approaches. Drugs. 2020;80(13):1319-1336. doi:10.1007/s40265-020-01362-4

21. Price RK, Risk NK, Haden AH, Lewis CE, Spitznagel EL. Post-traumatic stress disorder, drug dependence, and suicidality among male Vietnam veterans with a history of heavy drug use. Drug Alcohol Depend. 2004;76 Suppl:S31-S43. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.08.005

22. Bohnert KM, Ilgen MA, Louzon S, McCarthy JF, Katz IR. Substance use disorders and the risk of suicide mortality among men and women in the US Veterans Health Administration. Addiction. 2017;112(7):1193-1201. doi:10.1111/add.13774

23. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. Am J Psychiatry. 2013;170(8):834-851. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12060782

24. VA/DOD clinical practice guideline (cpg) for management of substance use disorders. 2015.

25. HasinD.S.,GoodwinR.D.,StinsonF.S.,GrantB.F.Theepide- miology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Condi- tions. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 1097–6

26. Song T, Sun R, Guo X, Qi X. Characteristics of peptic ulcer in military officers/soldiers: A preliminary analysis. AME Medical Journal. 2018;3:78-78. doi:10.21037/amj.2018.07.05

27. Осьодло Г.В., Котик Ю.Я., Калашніков М.А., Осьодло В.В. Поширеність, клінічний перебіг та лікування хронічного гастриту на сучасному етапі. Gastroenterologìa. 2021;55(2):74-80. doi:10.22141/2308-2097.55.2.2021.233627

28. Goodwin L, Bourke JH, Forbes H, et al. Irritable bowel syndrome in the UK military after deployment to Iraq: what are the risk factors?. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;48(11):1755-1765. doi:10.1007/s00127-013-0699-6

29. Drossman DA, Dumitrascu DL. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders. J Gastrointestin Liver Dis. 2006;15(3):237-241.

30. Ziadeh C, Clark LL, Williams VF, Stahlman S. Update: Incidence of acute gastrointestinal infections and diarrhea, active component, U.S. Armed Forces, 2010-2019. MSMR. 2020;27(8):9-14.

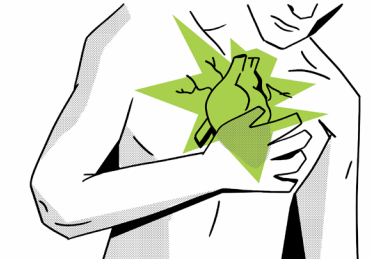
31. Williams VF, Stahlman S, Oh GT. Incidence of Shigella intestinal infections, active component, U.S. Armed Forces, 2007-2016. MSMR. 2017;24(6):11-15.

32. O'Donnell FL, Stahlman S, Oh GT. Incidence of Campylobacter intestinal infections, active component, U.S. Armed Forces, 2007-2016. MSMR. 2017;24(6):2-5.

33. Williams VF, Stahlman S, Oh GT. Incidence of nontyphoidal Salmonella intestinal infections, active component, U.S. Armed Forces, 2007-2016. MSMR. 2017;24(6):6-10.

34. Енджерикс / Engerix B –– Вакцина для профілактики вірусного гепатиту B http://likicontrol.com.ua/%D1%96%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA %D1%86%D1%96%D1%8F/?[21904]

3. ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ



На сьогодні серцево-судинні захворювання (далі ССЗ) займають перше місце серед причин смерті населення[1]. Військові, як правило, краще фізично підготовлені і мають меншу ймовірність зайвої ваги, яка сприяє ураженню серцево-судинної системи. Раніше вчені вважали, що така протективна дія фізичної підготовки може «відтерміновувати» захворювання від 10 до 30 років. Але на сьогодні відомо, що ветерани мають вищу ймовірність захворюваності на ССЗ в молодому віці, порівняно з цивільним населенням, більш різноманітний спектр нозологій та важчий перебіг[2, 3].

Міжнародні дані свідчать, що ветерани більш схильні до ризикованої поведінки щодо сфери здоров'я, пов'язаної з ССЗ (наприклад, вживання алкоголю та тютюну). Існує також зв'язок між ССЗ і ПТСР: останній може слугувати тригером для розвитку ураження серця та судин та подальшої ішемії міокарду[4], а ветерани з ПТСР можуть мати майже на 50% більший ризик серцевої недостатності, порівняно з ветеранами, які не страждають на цей розлад[4, 5].

У ветеранів різного віку частота виникнення ССЗ упродовж наступних 20 років життя вища, ніж у цивільного населення, навіть при врахуванні соціально-демографічних та інших факторів. Згідно з даними одного масштабного дослідження, у ветеранів віком від 35 до 70 років частіше діагностують ССЗ, ніж у цивільного населення, тому ветерани будь-якого віку потребують максимально деталізованого збору анамнезу та фізикального обстеження.

Важливим для роботи з ветеранами з ССЗ є вміння провести диференційну діагностику із психосоматичними станами, які не потребують лікування кардіологічними препаратами. Так, зокрема, панічні атаки можуть характеризуватись відчуттям нестачі повітря, стисненням або болем в грудях, підвищенням артеріального тиску, але при цьому органічне ураження

серцево-судинної системи, яке потребує фармакотерапії, буде відсутнім. Це ще раз підкреслює важливість детального збору анамнезу та комунікації з пацієнтами для коректної діагностики та лікування.

I. Гіпертонічна хвороба

Гіпертонічна хвороба –– це захворювання серцево-судинної системи, яке проявляється систематичним підвищенням систолічного артеріального тиску (далі САТ) ≥140 мм рт.ст. та/чи ізольованим підвищенням діастолічного артеріального тиску до 90 мм рт. ст.

Гіпертонічна хвороба є одним із найпоширеніших ССЗ у загальній популяції, але у пацієнтів-ветеранів вона має істотні відмінності від цивільного населення. Згідно з медичними дослідженнями Асоціації Ветеранів США, артеріальна гіпертензія є одним з найпоширеніших хронічних станів у ветеранів (частота –– до 37%)[6]. Ветеранки, попри кардіопротекторну дію естрогенів, мають істотно вищий ризик гіпертонічної хвороби порівняно з цивільними. Було також виявлено, що контроль артеріального тиску при гіпертонічній хворобі у ветеранок значно гірший, ніж у чоловіків. Серед військових, що курять, згідно з даними досліджень Американської асоціації серця (АНА), відсоток жінок вищий; відповідно, набагато вищий він і за відсоток курців серед цивільних жінок, що теж впливає на ризик ССЗ[7].

Клінічна картина і скарги можуть значно варіювати і залежать від механізму розвитку захворювання. Пацієнти можуть відзначати:

- головний біль (тупий і стискаючий, «наче обруч», можливе частіше виникнення в першій половині дня);
- відчуття серцебиття, посиленої пульсації судин в голові, ділянці скронь тощо;

- неприємні відчуття в ділянці серця (біль або стиснення);
- порушення зору («мушки перед очима», відчуття розмитості предметів
- — частіше при тривалій нелікованій гіпертонічній хворобі);
- появу задишки, навіть при звичайному навантаженні;
- набряки в ділянці кісточок.

Оскільки вказані симптоми є неспецифічними і притаманні не лише для гіпертонічної хвороби, оптимальним буде поставити декілька питань, які допоможуть наблизитись до діагнозу. Приклади таких питань включають:

1. ***Чи є у вас близькі родичі, які мають підвищений артеріальний тиск?***
2. ***Чи вимірювали ви колись тиск самостійно? Якщо так, які були найвищі цифри систолічного та діастолічного?***
3. ***Чи приймали або приймаєте ви ліки від підвищеного тиску?***
4. ***Якщо ви приймаєте інші медикаменти, чи пов'язаний їхній прийом із появою або прогресуванням/зменшенням вираженості ваших скарг?***
5. ***З чого складається ваш раціон? Чи рясно ви солите їжу?***
6. ***Чи змінювалась вираженість ваших скарг при зміні раціону, рівня фізичної активності та/або психоемоційного навантаження?***
7. ***Який ви маєте режим фізичної активності?***
8. ***Чи приймаєте ви оральні контрацептиви?***

Діагностика гіпертонічної хвороби

- Хоча б одноразова реєстрація САТ вище 139 мм рт. ст. та/або ДАТ вище 90 мм рт.ст.
- Для підтвердження, уточнення ступеня хвороби та диференційної діагностики з іншими станами, які провокують підвищення артеріального тиску — двотижневий моніторинг тиску із зазначенням денної активності.
- Для встановлення стадії потрібні додаткові методи обстеження (ниркові функціональні проби, ліпідограма, ЕКГ, УЗД серця, огляд очного дна тощо), тому такі пацієнти мають бути скеровані

до кардіолога, офтальмолога та на лабораторне обстеження.

Лікування гіпертонічної хвороби

- Модифікація способу життя;
- Фармакотерапія. Використовується 5 основних груп препаратів (як монотерапія, так і в різних комбінаціях): діуретики, інгібітори АПФ, блокатори ангіотензинових рецепторів, блокатори кальцієвих каналів, бета-адреноблокатори[8, 9].

II. Атеросклероз та ішемічна хвороба серця

Атеросклероз характеризується зміною судинної стінки та звуженням просвіту артерій внаслідок відкладання холестерину, клітинного детриту, кальцію та фібрину під інтимою. У міру накопичення цих речовин стінки артерій стають ригідними та потовщуються.

Атеросклероз характеризується зміною судинної стінки та звуженням просвіту артерій внаслідок відкладання холестерину, клітинного детриту, кальцію та фібрину під інтимою. У міру накопичення цих речовин стінки артерій стають ригідними та потовщуються.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) –– найпоширеніший вид ССЗ і провідна причина смерті як серед чоловіків, так і серед жінок. ІХС виникає, коли стінки коронарних артерій внаслідок атеросклеротичних змін ущільнюються, а їхній просвіт звужується, що призводить до погіршення надходження кисню до міокарду. У міру прогресування ішемії невідповідність між потребою та надходженням призводить до появи болю в грудях (стенокардії) або розвитку інфаркту міокарду (критична стадія ішемії).

Більшість серцевих нападів трапляється, коли згорток крові раптово перериває кровопостачання, спричиняючи пошкодження міокарду.

Класифікація ІХС

Раптова коронарна смерть	*Клінічна, з успішною реанімацією	*Летальний наслідок	
Стабільна стенокардія	*Стабільна стенокардія напруження	*Вазоспастична стенокардія (Принцметала)	*Коронарний синдром Х
Нестабільна стенокардія	*Вперше виникла (до 28 діб)	*Прогресуюча (поява болю в спокою, нічних нападів, підвищення ФК тощо)	*Рання постінфарктна
Гострий коронарний синдром	*З елевацією ST	*Без елевації ST	
Постінфарктиний кардіосклероз	*Дифузний	*Вогнищевий	

Дослідження цивільного населення демонструють, що жінки мають більше факторів ризику, отримують менш агресивне лікування та мають гірші загальні результати, ніж чоловіки, коли йдеться про ІХС. Також ветеранки, згідно з науковими даними, є більш схильними до розвитку депресивних розладів і ПТСР. Депресія та ПТСР можуть проявлятися болем в грудях, не пов’язаним із обструкцією коронарної судини. Але в той же час ці стани є факторами ризику подальшого розвитку ІХС і тому потребують належної уваги сімейного лікаря[10].

Існує декілька форм ІХС, які різняться за характером ураження коронарних артерій, і, відповідно, мають різну клінічну картину.

Стабільна стенокардія характеризується тривалим звуженням просвіту коронарної артерії та повільним прогресуванням ішемії.

Скарги при стабільній стенокардії включають:

- біль у ділянці серця, що виникає при фізичному або сильному психоемоційному навантаженні та зменшується в спокої (може поширюватись у ліву руку, нижню щелепу, міжлопаткову ділянку), іноді холодне повітря може провокувати біль;
- може виникати також відчуття нестачі повітря, задишка (при цьому об'єктивні ознаки дихальної недостатності відсутні).

Нестабільна стенокардія є набагато важчою формою ішемії міокарду і, за відсутності лікування, може передувати розвитку інфаркту або раптової серцевої смерті. Причиною її є перехід бляшки в коронарній судині в нестабільний стан і швидке прогресування ішемії.

Такі пацієнти скаржаться на:

- появу тиснучого або пекучого болю в ділянці серця в спокої, що може поширюватись у ліву руку, нижню щелепу, міжлопаткову ділянку, епігастрій тощо;
- відчуття нестачі повітря;
- ознаки загального нездужання (підвищена пітливість, загальна втома, слабкість).

Для уточнення діагнозу важливо запитати:

1. ***Чи були у вашій родині випадки інфаркту міокарда або/та схожі напади болю?***
2. ***Можливо, хтось із родичів першої лінії (батьки) переніс інфаркт міокарду у віці до 50 років?***
3. ***Чим провокується виникнення цього болю?***
4. ***Чи приймаєте ви якісь ліки для припинення або зменшення болю? Якщо так, то які саме і чи вони допомагають?***
5. ***Як довго ви маєте дані скарги, чи помітили ви їхню динаміку?***

Додаткові методи обстеження включають:

- лабораторні (ліпідограма, тропоніни крові);
- інструментальні (ЕКГ, ЕхоКГ, стрес-тест (тредміл або велоергометрія), коронарографія).

Лікування ІХС включає:

- модифікація способу життя (корекція раціону із виключенням тваринних жирів, простих цукрів, додаванням рослинної їжі тощо; дозоване фізичне навантаження; за наявності ожиріння або надмірної маси тіла — нормалізація ваги);
- медикаментозне лікування: симптоматичне (нітрати або сидноніміни) і патогенетичне (бета-адреноблокатори, гіполіпідемічна терапія, недигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів, антиагрегантна терапія).

Нестабільна стенокардія є небезпечним для життя станом і потребує стаціонарного лікування на вторинному і третинному рівнях (антитромботична, подвійна антитромбоцитарна терапія та проведення реканалізації просвіту коронарних судин).

III. Інфаркт міокарда

Нестабільна стенокардія, при відсутності своєчасної медичної допомоги, може перейти в інфаркт міокарда.

Залежно від вираженості морфологічного ураження, виділяють гострий коронарний синдром з елевацією ST (свідчить про оклюзію однією або більше коронарної артерії з розвитком трансмуральної ішемії, яка, не лікована, може перейти в міокардіальне пошкодження або некроз) та гострий коронарний синдром без елевації ST, коли зміни менш виражені[11].

Типові симптоми при інфаркті міокарду включають:

- біль у грудях, пекучий або стискаючий, інтенсивний і невпинний протягом 30-60 хвилин, за грудниною, але часто поширюється в ділянку шиї, лівого плеча та нижньої щелепи, а також у ліву руку;
- болю можуть передувати продромальні симптоми за декілька днів до події (втома, дискомфорт у

у грудях або загальне нездужання);
- при атипових формах інфаркту (наприклад, при задньо-діафрагмальній локалізації) єдиним проявом є епігастральний біль з відчуттям розладу травлення або переповнення шлунку та метеоризмом[3].

Існують також атипові форми: астматична (больовий синдром відсутній, але пацієнт скаржиться на задишку, відчуття нестачі повітря), аритмічна (болю немає, але присутнє відчуття порушення ритму, пришвидшеного або неритмічного серцебиття) та безболісна (скарги з боку серцево-судинної та інших систем відсутні)[12].

Згідно з даними досліджень, у молодих жінок і чоловіків, внаслідок різниці в механізмі гострого коронарного синдрому та інфаркту, можуть відрізнятись клінічні прояви: у жінок частіше виникають скарги на біль у ділянці між лопатками, щелепі, шиї, відчуття посиленого пришвидшеного серцебиття, нудоту або блювання, запаморочення та головокружіння, і рідше — на посилене потовиділення (діафорез)[13].

Інші скарги зустрічались приблизно з однаковою частотою, але, тим не менш, під час роботи з ветеранами слід брати до уваги важливість не лише типових, але й менш характерних для інфаркту симптомів.

Пацієнти можуть самостійно зрозуміти, що вони раніше перенесли інфаркт міокарда, під час збору анамнезу. Зазвичай на це вказують такі дані:

- незвично довгий напад стенокардії, який не знімається нітрогліцерином;
- відсутність виклику швидкої, очікування, доки біль мине самостійно;
- помітне погіршення самопочуття після тривалого больового нападу, посилення задишки тощо.

Діагностика інфаркту міокарда:

- лабораторна: тропоніновий тест, розгорнутий аналіз крові, електролітний баланс та ліпідний профіль;
- інструментальна: ЕКГ у 12-відведеннях, ургентна коронарографія.

Такі пацієнти потребують термінової госпіталізації та лікування у відділенні невідкладної допомоги.

Лікування на етапі первинної медичної допомоги:

- антиагрегантна терапія (аспірин);
- фібринолітична (тканинні активатори плазміногену (тенектеплаза, урокіназа), гепарин) терапія;
- симптоматично — нітрогліцерин.

IV. Запальні захворювання серця (перикардити, міокардити, ендокардити)

Важливість своєчасної діагностики та лікування запальних уражень серця у ветеранів зумовлена тим, що частим наслідком їх є розвиток серцевої недостатності, яка може призводити до інвалідизації.

Перикардит часто має вірусну етіологію, але поширені випадки аутоімунних, ідіопатичних, а також перикардитів, спричинених супутніми захворюваннями. Клінічні прояви зумовлені утворенням запального випоту між листками перикарду, що погіршує їхнє тертя та спричиняє зовнішній тиск на серце, перешкоджаючи його скороченням.

Пацієнти скаржаться найчастіше на:

- гострий, колючий або тиснучий біль у грудях, що може посилюватись у положенні лежачи та при глибокому диханні;
- пришвидшене, посилене серцебиття;
- загальне нездужання;
- появу непродуктивного сухого кашлю (без зв'язку із болем у горлі та іншими симптомами, характерними для респіраторних інфекцій);
- відчуття нестачі повітря;
- набряки (найчастіше — на нижніх кінцівках).

Для уточнення та попередньої диференційної діагностики можна задати наступні питання:

1. ***Чи пов'язуєте ви виникнення болю з фізичним навантаженням?***
2. ***Чи змінюється ваш біль у положенні на хворому або здоровому боці?***
3. ***Можливо, появі ваших теперішніх скарг передували ознаки вірусної інфекції (нежить, кашель, задишка тощо)?***

4. ***Чи пов'язане виникнення набряків на нижніх кінцівках із часом доби? Вони зникають протягом дня?***
5. ***Відчуття нестачі повітря залежить від положення тіла, фізичного навантаження та глибини дихання?***

Для встановлення діагнозу потрібно мінімум 2 із наступних критеріїв:

1. Характерний гострий біль у грудях;
2. Аускультативно –– шум тертя перикарда;
3. Характерні зміни на ЕКГ (спочатку елевація ST, потім сегмент повертається на ізолінію, відбувається сплощення, потім інверсія зубця Т)
4. Поява перикардіального випоту (ехоКГ).

Діагностичні заходи:

- інструментальні: рентгенографія ОГК, ЕКГ;
- лабораторні: розгорнутий аналіз крові, основна метаболічна панель, рівень тропоніну-І та креатинкінази, ШОЕ, С-реактивний білок[14].

Лікування може включати діуретичну терапію, нестероїдні протизапальні засоби, колхіцин (при резистентності до лікування), глюкокортикоїди (не є засобами першої лінії).

Міокардит найчастіше викликається вірусною інфекцією, але може мати й неінфекційну етіологію. Типові скарги включають:

- відчуття посиленого, неритмічного серцебиття;
- загальну втому, сильну безпричинну слабкість;
- періодичний або постійний біль у ділянці серця різної інтенсивності, виникнення якого не залежить від фізичного навантаження, положення тіла, часу доби або глибини дихання;
- виникнення задишки, не пов'язаної з фізичним навантаженням;
- появу набряків на нижніх кінцівках (пов'язана із прогресуванням міокардиту та розвитком серцевої недостатності)[15].

Гострий міокардит можливо без інструментального обстеження запідозрити у пацієнтів із клінічними ознаками та симптомами, що відповідають клінічній картині хвороби, особливо у молодих осіб (віком 25-50 років), які раніше не мали серцевих захворювань в анамнезі.

Початкова оцінка повинна включати ЕКГ, ехокардіограму, сироватковий тропонін та натрійуретичний пептид типу B (BNP). Лікування включає бета-адреноблокатори, інгібітори АПФ або блокатори рецепторів ангіотензину II, а також при необхідності діуретики.

Інфекційний ендокардит є найпоширенішою серцево-судинною інфекцією у всьому світі і асоційований зі значною смертністю та захворюваністю. Оскільки ветерани під час військових дій мають значну ймовірність отримати поранення, яке потребуватиме оперативного втручання, їхній ризик захворіти на інфекційний ендокардит значно зростає.

Пацієнти можуть скаржитись на:

- появу болю в грудях (не пов'язаний із часом доби, положенням тіла, актом дихання);
- задишку;
- кашель (непродуктивний, без попереднього зв'язку з респіраторним захворюванням);
- посилення нічного потовиділення;
- лихоманку, яка може тривати до тижня або довше і погано реагувати на жарознижувальні засоби;
- загальну слабкість, втому, втрату апетиту (можливо і до втрати ваги).

Ендокардит слід запідозрити у будь-якого пацієнта з незрозумілою лихоманкою, посиленим нічним потовиділенням або ознаками системного захворювання, особливо якщо присутні будь-які з наступних факторів ризику:

- протезування клапана серця;
- структурне або вроджене захворювання серця;
- вживання внутрішньовенних наркотиків;
- в анамнезі –– інвазивні процедури (наприклад, догляд за ранами, гемодіаліз).

Клінічна історія інфекційного ендокардиту включає поєднання попереднього ураження серця та свідчення недавнього джерела бактеріємії[16].

Діагностика:

- лабораторні методи (бактеріологічний посів крові);
- інструментальні (ехоКГ, за можливості — біопсія вегетацій на клапанах із подальшим гістологічним дослідженням) методи.

Лікування:

- етіотропне (антибіотикотерапія);
- патогенетичне (антикоагулянти (варфарин або НОАК);
- за потреби — симптоматичне. При структурному ураженні клапанів із порушенням їхньої функції рекомендоване хірургічне втручання.

V. Кардіоміопатії

Кардіоміопатія — це загальний термін для захворювань міокарда, коли стінки камер серця розтягуються, потовщуються або стають патологічно жорсткими, і це впливає на насосну функцію серця.

При первинній кардіоміопатії патологічний процес переважно обмежується серцем. Вторинні кардіоміопатії виникають, коли ураження серця розвиваються як частина системного стану. Згідно з даними досліджень, жінки-військові та ветеранки, які страждають на ПТСР, мають вищий ризик розвитку ССЗ, зокрема і кардіоміопатій[17].

До основних видів кардіоміопатії відносяться дилатаційна (характеризується розтягненням порожнин серця, що призводить до систолічної дисфункції і зменшення серцевого викиду), гіпертрофічна (відбувається значне потовщення стінок серця, що призводить до обструкції вихідного тракту та діастолічної дисфункції; часто має спадковий характер) та рестриктивна кардіоміопатія (ураження стінок серця, що призводить до їхньої ригідності, зниження скоротливої здатності та діастолічної дисфункції, оскільки камери не можуть розслабитись і достатньою мірою наповнитись кров'ю).

Характерні симптоми включають:

- Задишка при навантаженні або в спокої;
- Набряки нижніх кінцівок, щиколоток і стоп;

- Здуття живота;
- Поява кашлю у положенні лежачи;
- Загальне нездужання, виражена втома;
- Відчуття прискореного, посиленого серцебиття;
- Дискомфорт або тиск у грудях;
- Запаморочення або знепритомнення.

Діагностика:

- лабораторна: загальний аналіз крові, метаболічна панель, В-натрійуретичний пептид;
- ехокардіографія, ЕКГ, за потреби –– катетеризація серця та біопсія міокарда, МРТ серця з внутрішньовенним контрастуванням;
- МЕТ-тест.

Лікування є переважно патофізіологічним і симптоматичним і залежить від клінічних проявів і типу кардіоміопатії[18, 19].

Список використаних джерел

1. The WHO. Cardiovascular diseases https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1

2. Ramon Hinojosa. Veterans' Likelihood of Reporting Cardiovascular Disease https://www.jabfm.org/content/32/1/50 Accessed January 2019

3. University of Central Florida. A new battle: Veterans more likely to have heart disease https://www.sciencedaily.com/releases/2019/03/190315115934.htm Accessed March 2019

4. Jesse H Turner, Thomas C Neylan, Nelson B Schiller, Yongmei Li, Beth E Cohen. Objective evidence of myocardial ischemia in patients with posttraumatic stress disorder https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23978403/ Accessed December 2014

5. US Department of Veterans Affairs. Cardiovascular Disease https://www.research.va.gov/topics/cardio.cfm

6. VA Rating for Hypertension (High Blood Pressure) Explained –– The Ultimate Guide https://vaclaimsinsider.com/va-rating-for-hypertension-explained/ Published 27 January 2021

7. Janet K. Han, Elizabeth M. Yano, Karol E. Watson, Ramin Ebrahimi. Cardiovascular Care in Women Veterans A Call to Action https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.037748 Published 19 February 2019

8. ESC/ESH Guidelines on Arterial Hypertension (Management of) https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Arterial-Hypertension -Management-of Published in 2018.

9. Veterans Affairs/Department of Defense. The diagnosis and management of hypertension in the primary care setting https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/htn/VADoDHypertensionCPGProviderS ummary508Corrected792020.pdf Published in 2020

10. Melinda B Davis, Thomas M Maddox, Paula Langner,Mary E Plomondon, John S Rumsfeld, Claire S Duvernoy. Characteristics and outcomes of women veterans undergoing cardiac catheterization in the Veterans Affairs Healthcare System: insights from the VA CART Program. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25714820/ Accessed March 2015

11. Hina Akbar; Christopher Foth; Rehan A. Kahloon; Steven Mountfort. Acute ST Elevation Myocardial Infarction https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532281/ Accessed August 2020.

12. Myocardial Infarction Clinical Presentation: History, Physical Examination Emedicine.medscape.com https://emedicine.medscape.com/article/155919-clinical Published May 2019

13. Roos E. M. van Oosterhout, Annemarijn R. de Boer, Angela H. E. M. Maas, Frans H. Rutten, Michiel L. Bots, and Sanne A. E. Peters. Sex Differences in Symptom Presentation in Acute Coronary Syndromes: A Systematic Review and Meta-analysis https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.119.014733 Published May 2020

14. 14. Matthew J. Snyder, Jennifer Bepko, Merima White Acute Pericarditis: Diagnosis and Management https://www.aafp.org/afp/2014/0401/p553.html Published May 2014

15. Mohammad Al-Akchar; John Kiel. Acute Myocarditis https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441847/ Accessed May 2021.

16. Deborah Pierce, Bethany C. Calkins, Kristen Thornton, University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Rochester, New York. Infectious Endocarditis: Diagnosis and Treatment https://www.aafp.org/afp/2012/0515/p981.html Published May 2012

17. Lindsey Carr. Female Veterans with PTSD at Higher Risk of Heart Disease https://www.psychiatrictimes.com/view/female-veterans-with-ptsd-at-higher-risk-of-he art-disease Published January 2021

18. Mary C. Vance, Wyndy L. Wiitala, Jeremy B. Sussman, Paul Pfeiffer, Rodney A. Hayward Increased Cardiovascular Disease Risk in Veterans With Mental Illness https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22717656/ Accessed February 2013.

19. Cardiomyopathy | VA Disability Attorneys Blog https://www.lawyers4veterans.com/cardiomyopathy/

4. ТРАВМИ ТА ХВОРОБИ ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ

Ризик отримання різних видів травм є безумовно вищим серед осіб, що проходять військову службу, що обумовлено не лише можливістю отримання поранень, а й важкими повсякденними завданнями, що виконують військовослужбовці. І часто йдеться не про ізольовану травму, а про комплексні ушкодження різних ділянок тіла та органів.

І. Наслідки переломів

Порушення цілісності кістки є важкою травмою, що може супроводжуватись різноманітними гострими ускладненнями, що потребують невідкладної спеціалізованої допомоги: ушкодження артерій та нервів, тромбоемболія, синдром тривалого здавлювання тощо. Проте не варто забувати і про віддалені ускладнення переломів, з якими може стикатись сімейний лікар у повсякденній практиці та про які йтиметься далі[1].

Остеомієліт — запальне захворювання кісткової тканини, однією з причин якого є травми, включаючи безпосередньо переломи. Найбільший ризик розвитку остеомієліту існує після відкритих переломів та при значному пошкодженні м’яких тканин. Гострий остеомієліт, симптоми якого зазвичай погіршуються протягом декількох днів, характеризується почервонінням, набряком, підвищеною чутливістю у місці перелому, а також гарячкою.

Проте у інших випадках остеомієліт супроводжується обмеженою симптоматикою, що характерно для підгострого або хронічного перебігу та молодих пацієнтів. Крім класичних симптомів болю, почервоніння та набряку, заживлення таких переломів відбувається повільніше, ніж очікувалось.

Неповне заживлення перелому/заживлення з деформацією — основними симптомами такого ускладнення є біль, набряк та нестабільність після часового проміжку, коли вже очікувалось нормальне зрощення кістки. Причинами таких станів є погане кровопостачання ділянки перелому, шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю), неправильно виконана фіксація, інфекції, прийом певних медикаментів (НПЗП, глюкокортикоїди, хіміотерапія, фторхінолони, варфарин, гепарин тощо) та супутні захворювання (цукровий діабет, ожиріння, остеопороз тощо).

Комплексний регіонарний больовий синдром (КРБС) — розлад, типовими причинами якого є переломи з та без пошкодження нервів. КРБС характеризується болем, набряком, обмеженим обсягом рухів, зниженням м'язової сили, вазомоторною нестабільністю, трофічними змінами шкіри та кістковою демінералізацією.

Посттравматичний артрит виникає внаслідок переломів із залученням суглобів. У таких випадках пошкодження хряща є вирішальним фактором, що сприяє подальшому розвитку захворювання.

II. Ушкодження м'язів

Удари, розриви та вплив гострих предметів — усі вони спричиняють схожі пошкодження м'язів[2]. Вираженість симптоматики та віддалена симптоматика залежить перш за все від ступеня ушкодження (1 ступінь — розірвано декілька волокон, сила збережена; 2 ступінь –– пошкоджена більша кількість волокон, сила знижена, внутрішньом'язова гематома; 3 ступінь — 25-50% м'язових волокон розірвано, ушкоджена фасція; 4 ступінь — більшість волокон розірвано, втрата функції м'яза).

Можливими ускладненнями таких ушкоджень є:

- формування рубцевої тканини із зниженням еластичності м'яза;
- повторний розрив внаслідок надто жорсткої або ранньої фіксації;
- внутрішньом'язова інкапсуляція гематоми;
- осифікація (формування кісткової тканини) м'яза із повторюваними болями та обмеженням рухів.

Оцінку сили м'язів спочатку проводять без спротиву і лише згодом із застосуванням зовнішньої сили. Важливо також відмітити, що процес відновлення займає від 3 до 6 тижнів та потребує поступового збільшення навантажень під час реабілітації.

III. Ушкодження сухожиль

Ураження сухожиль можуть мати як гострий, так і хронічний характер. В основі хронічного пошкодження, або тендинопатії, лежать дегенеративні процеси (найчастіше внаслідок надмірного використання кінцівки) з відсутністю запальних клітин[3]. Водночас при гострих ушкодженнях сухожиль внаслідок розривів розвивається і запальний процес. Варто також відмітити, що сухожиття характеризуються повільним метаболізмом, внаслідок чого процес регенерації може тривати до 2-3 місяців.

Зазвичай діагностика не є надто складною після збору анамнезу та огляду. У випадку гострих ушкоджень хворі повідомляють про раптове відчуття розриву або тяжіння, водночас тендинопатії характеризуються поступовим розвитком. При огляді пацієнти скаржаться на біль при рухах та особливо при виконанні провокативних тестів (які є специфічними для кожного сухожилля). Окрім цього хворі відмічають підвищену чутливість в уражених ділянках та можливий набряк.

При хронічних же ураженнях є можливим зменшення м'язової сили та атрофія внаслідок болю та невикористання кінцівки або її відділу.

IV. Ушкодження нервів

Нерви можуть бути пошкодженими як безпосередньо від травми (наприклад, уламками кістки при переломі), так і під час періоду реабілітації (як ускладнення фіксації або внаслідок надмірного формування кісткового мозоля)[4, 5].

Стиснення — стан, що зустрічається найбільш часто як на верхніх, так і на нижніх кінцівках. Причинами стиснення можуть бути переломи, гематоми, кили, пухлини тощо. Вираженість симптоматики залежить від ступеня стиснення. При легкому здавленні симптоми можуть бути тимчасовими (наприклад, при зігнутій кисті при синдромі зап'ястного каналу); якщо стиснення є постійний та суттєвим, то біль та слабкість стають більш вираженими; у найважчих випадках може спостерігатись повна дегенерація нерва.

Перерізання нерва зустрічається набагато рідше та виникає внаслідок важких травм (наприклад, ножове поранення), коли дистальні і проксимальні нервові волокна є повністю відділеними один від одного. У пацієнтів спостерігається повна втрата чутливості та рухових функцій.

Усі з перелічених ускладнень переломів потребують подальшої діагностики та спеціалізованої травматологічної медичної допомоги.

V. Остеоартроз

Остеоартроз –– це дистрофічне захворювання суглобів, що є найчастішою формою артритів та однією з найбільш поширених хронічних патологій в світі[6, 7]. До суглобів, що уражаються найчастіше, належать колінні, кульшові та суглоби рук.

Типовими скаргами пацієнтів з остеоартрозом є:

- біль;
- скутість;
- зменшений обсяг рухів в ураженому суглобі;
- набряк.

Залучення колінних суглобів до патологічного процесу зазвичай є двостороннім, проте ступінь ура-

ження одного з колін може бути важчим. Водночас остеоартроз кульшового суглоба здебільшого є одностороннім.

Остеоартроз може діагностуватись у різних вікових груп, проте ризик зростає з віком. Що стосується військовослужбовців, то вони часто зазнають повторюваних навантажень на суглоби під час фізичної активності та виконання щоденних завдань (підйом важких вантажів, опускання на коліна тощо). Водночас дослідження вказують на те, що такі перевантаженням, а також травматичні та нетравматичні пошкодження суглобів є ймовірними факторами, що сприяють розвитку остеоартрозу. До інших факторів ризику належать жіноча стать, надлишкова вага, генетична схильність, форма суглоба (наявні деформації), а також практикування видів спорту, що передбачають високі навантаження на суглоби.

На додаток до фізичних обмежень остеоартроз негативно впливає на психічне благополуччя хворих: депресія та порушення сну часто доповнюють клінічну картину. Іншими ймовірними наслідками захворювання є м'язова слабкість, нестабільність та порушення балансу –– все це призводить до падінь та виникнення інших проблем з опорно-руховим апаратом.

Список використаних джерел

1. Howe AS. General principles of fracture management: Early and late complications. In: Post TW, ed. UpToDate. UpToDate; 2021. https://www.uptodate.com/contents/general-principles-of-fracture-management-early- and-late-complications. Accessed August 7, 2021.

2. Kannus P. Muscle injuries. Ebm-guidelines.com. https://www.ebm-guidelines.com/ebmg/ltk.free?p_artikkeli=ebm00373. Published 2019. Accessed August 8, 2021.

3. Paoloni J. Tendon injuries--practice tips for GPs. Aust Fam Physician. 2013;42(4):176-180.

4. Rutkove SB. Overview of upper extremity peripheral nerve syndromes. In: Post TW, ed. UpToDate. UpToDate; 2021. https://www.uptodate. com/contents/overview-of-upper-extremity-peripheral-nerve-syn
5. dromes. Accessed August 8, 2021. Rutkove SB. Overview of lower extremity peripheral nerve syndromes. In: Post TW, ed. UpToDate. UpToDate; 2021. https://www.uptodate.com/contents/overview-of-lower-extremity-peripheral-nerve-syn dromes. Accessed August 8, 2021.

6. VA/Dod CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE NON-SURGICAL MANAGEMENT OF HIP & KNEE OSTEOARTHRITIS. Department of Veterans Affairs Department of Defense; 2020. https://www. healthquality.va.gov/guidelines/CD/OA/VADoDOACPG.pdf. Accessed August 7, 2021.

7. Osteoarthritis (OA) | Arthritis | CDC. Cdc.gov. https://www.cdc.gov/arthritis/basics/osteoarthritis.htm. Published 2020. Accessed August 7, 2021.

5. ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

І. ВІЛ/СНІД

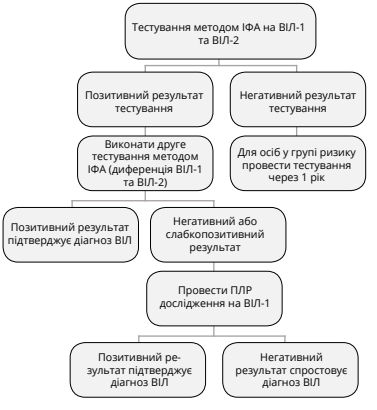
Тестування на ВІЛ рекомендовано виконувати всім особам, які звертаються за медичною допомогою, але лише за бажанням та добровільною згодою пацієнта.

Ветерани можуть знаходитись у групі високого ризику зараження ВІЛ, адже до цієї групи відносять осіб, які:

- Мали статевий контакт без використання бар'єрних методів контрацепції;
- Мали хоча б один зареєстрований випадок ЗПСШ;
- Були жертвами сексуального насильства[11].

Особам, які мають високий ризик інфікування ВІЛ рекомендовано проходити тестування хоча б один раз на рік.

Перше тестування на ВІЛ необхідно виконувати методом ІФА 4-го покоління, без диференціації між ВІЛ-1 та ВІЛ-2. За допомогою імуноферментного аналізу четвертого покоління можна визначити наявність антитіла до ВІЛ приблизно через 20-23 дні після зараження. У випадку позитивного тесту обов'язково необхідно провести друге ІФА тестування з диференціацією між ВІЛ-1 та ВІЛ-2. У випадку негативного або слабо-позитивного результату другого тесту необхідно провести ПЛР-дослідження на ВІЛ-1. Позитивний результат ПЛР тестування підтверджує
діагноз ВІЛ, негативний — спростовує (навіть за умови позитивного результату ІФА)[12].



Алгоритм лабораторної діагностики ВІЛ

ВІЛ-інфікованих осіб необхідно скерувати до спеціалізованої медичної допомоги,
відповідно до місцевих настанов відразу після встановлення діагнозу[13].

З метою запобігти інфікування ВІЛ можливе використання вторинної профілактики
(ВП) особам, що мають ВІЛ-негативний статус.

Алгоритм прийняття рішення щодо вторинної профілактики ВІЛ:

Перед призначенням ВП необхідно визначити ВІЛ-статус людини. Для цього можна використати експрес-тест. У випадку відсутності експрес-тесту можна використати імуноферментний аналіз, призначити ВП та прийняти рішення про продовження/відміну ВП після отримання результатів дослідження[14].

II. Туберкульоз

Згідно з даними щорічного Глобального звіту по туберкульозу ВООЗ за 2020 рік, Україна входить до списку країн із великим навантаженням мультирезистентного туберкульозу.[15]

Станом на 2020 рік в Україні захворюваність на туберкульоз складає 40,2 випадки на 100,000 населення[16]. Для прикладу, у США у 2019-му році показник захворюваності склав 2,7 на 100,000 населення[17].

У квітні 2021 року в Україні було зареєстровано 1,554 нові випадки захворювання на туберкульоз[18].

Зважаючи на високий рівень захворюваності на туберкульоз в Україні, а також на можливі жорсткі умови на фронті (холод, відсутність доступу до нормального раціону, можливий контакт з іншими хворими) у ветеранів важливо звернути увагу на симптоми, що можуть вказувати на захворювання на туберкульоз.

До типових симптомів туберкульозу відносять кашель з періодичною появою крові у мокротинні, біль у грудній клітці, слабкість, втрату ваги, підви-

щення температури тіла, пітливість вночі.
Для діагностики туберкульозу ВООЗ рекомендує використовувати швидкі молекулярні діагностичні тести Xpert MTB/RIF та Xpert Ultra.

Також всім пацієнтам із підозрою на легеневу форму туберкульозу рекомендовано виконати мікроскопічне дослідження мокротиння на наявність кислотостійких паличок (КСП)[19].

Наявність ВІЛ збільшує ризик інфікування туберкульозом приблизно у 18 разів.

III. Коронавірусна хвороба (COVID-19)

COVID-19 –– гостре респіраторне вірусне захворювання, з різними ступенями тяжкості перебігу, спричинене вірусом SARS-Cov-2. Людьми з групи ризику важкого перебігу захворювання є люди з супутньою хронічною патологією та особи літнього віку. Враховуючи, що виконуючи військову службу та в зонах бойових дій дотримання соціальної дистанції, використання медичних масок та вчасна дезінфекція рук є часто неможливою, військовослужбовці входять до групи підвищеного ризику інфікування вірусом.

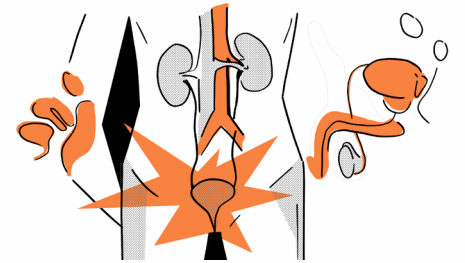
Наразі в Україні не існує етіотропної терапії даного захворювання, проте є можливою профілактична вакцинація. Більше інформації про вакцини та центри вакцинації можна отримати на сайті Міністерства Охорони Здоров'я України.

Важливо інформувати ветеранів та учасників бойових дій про важливість профілактичної вакцинації, рівень її безпеки та доступності для населення.

БЛОК 3: **ХВОРОБИ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ**

1. СПІЛКУВАННЯ З ПАЦІЄНТОМ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЗБОРУ АНАМНЕЗУ

Захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), військові сексуальні травми (ВСТ) та захворювання сечостатевої системи — розповсюджені стани, з якими ветерани звертаються за медичною допомогою. Вищезазначені патології можуть значно впливати на психічне та фізичне здоров'я ветеранів. Наприклад, ВСТ асоційована з частим головним болем, проблемами з системою травлення, сексуальною дисфункцією, хронічним болем та хронічною слабкістю [1].



Слід враховувати те, що ветерани можуть навіть не підозрювати про наявність захворювання. З огляду на це, лікарю слід уважно збирати анамнез статевого життя та проводити скринінг на наявність ВСТ у всіх осіб, що були на службі.

Зазвичай пацієнти не надто охоче обговорюють питання, пов'язані зі статевим життям, сексуальними домаганнями чи сексуальним насильством та іноді вважають, що вони – одні з небагатьох, хто має складнощі після пережитого сексуального насильства чи домагань. Однак, дані статистики Сполучених Штатів Америки (дані української статистики відсутні) свідчать, що серед ветеранів 1 з 3 трьох жінок та 1 з 50 чоловіків мають ВСТ, яка може значно впливати на психічне та фізичне здоров'я [2].

Спробуйте заспокоїти пацієнта та дати зрозуміти, що розпитування з приводу статевого життя є важливою частиною регулярного медичного обстеження та збору інформації щодо стану здоров'я. Створіть приємні, комфортні та приватні умови для обговорення делікатних тем. Це досягається шляхом виконання наступних заходів:

- Ведення всієї медичної документації таким чином, щоб пацієнт був упевнений в конфіденційності.
- Проведення консультації у приватній атмосфері, у кімнаті зі звукоізоляцією та без сторонніх спостерігачів [3].

Перед початком збору анамнезу отримайте згоду пацієнта на обговорення статевого життя. У випадку згоди, розпочніть діалог з пацієнтом фразою на кшталт:

«Я збираюсь поставити вам декілька запитань з приводу вашого статевого життя та статевого досвіду. Я розумію, що ці питання можуть бути особистими, але вони важливі для вашого здоров'я. Я ставлю ці запитання всім дорослим пацієнтам, незалежно від віку, статі, сімейного статусу. Ця інформація залишиться суворо конфіденційною. Чи є у вас ще якісь питання перед тим, як ми почнемо?» [4].

Після цього варто пересвідчитись у наявності чи відсутності ВСТ. Для цього ви можете задати питання:

«Коли ви були на службі, чи ви колись були об´єктом небажаної сексуальної уваги, наприклад, вербальних знаків, доторкань, піддавались тиску для отримання послуг сексуального характеру? Чи хтось колись застосовував до вас силу чи погрожував для отримання сексуальних послуг проти вашої волі?» [5].

Якщо ви дізнались, що пацієнт/пацієнтка стали жертвами сексуального насильства, одразу призначте емпіричну антибіотикотерапію!

Також кожній жертві сексуального насильства необхідно провести вакцинацію проти вірусу папіломи людини (жінки віком від 9 до 26 та чоловіки віком

від 9 до 21 року) та призначити профілактику вірусного гепатиту В (в залежності від імунного статусу), профілактику ВІЛ (консультація зі спеціалістом та за умови, що пройшло не більше 72 годин після події).

Кожній жінці, незалежно від фази менструального циклу, необхідно запропонувати екстрену (посткоїтальну) контрацепцію!

Так як перебування на службі або в зоні бойових дій може передбачати відсутність можливості дотримання адекватної гігієни та доступу до контрацептивів, під час збору анамнезу варто зосередитись на ***5 П:***

1. Партнери,
2. Практика,
3. Попередження розвитку ЗПСШ,
4. Попередні випадки ЗПСШ,
5. Попередження вагітності.

Важливо не засуджувати поведінку, вчинки та рішення пацієнта. Уникайте термінів, що вносять припущення щодо статевої поведінки чи орієнтації (наприклад, краще спитати ***«Скільки партнерів у вас було протягом останнього року?»*** замість ***«Чи ви моногамні?»***). Враховуйте принципи деонтології та етичного спілкування при зборі сексуального анамнезу. Будьте впевнені у розумінні термінології для уникайте непорозуміння (наприклад, якщо пацієнт використовує сленгові слова для позначення ділянок тіла, використайте анатомічну назву ділянки у своїй відповіді). Важливо звернути увагу на наступне:

- Встановіть атмосферу довіри перш ніж ставити делікатні питання.
- Поважайте право пацієнта не давати відповідь.
- Використовуйте чуттєвий тон.
- Використовуйте нейтральні та інклюзивні терміни для запобігання припущень щодо орієнтації (наприклад, партнер).

1. Партнери

Для оцінки ризику контакту із ЗПСШ необхідно отримати інформацію щодо кількості та гендерної приналежності статевих партнерів пацієнта.

Запам'ятайте: ніколи не робіть припущення щодо сексуальної орієнтації пацієнта.

Запитайте про тривалість стосунків з останнім партнером, наявність факторів ризику у пацієнта та партнера (попередні партнери, вживання наркотиків), використання презервативів.

2. Практика

Розпитування щодо статевих практик може надати більше інформації щодо факторів ризику, запобіганню ризиків та визначенню анатомічних ділянок для забору зразків на аналіз (за необхідності).

Для цього ви можете поставити питання пацієнту на кшталт:

«Я хочу більш детально розпитати вас про типи статевих контактів, які ви мали протягом останніх 12 місяців, аби зрозуміти, чи знаходитесь ви у групі ризику ЗПСШ».

Які типи статевих контактів ви практикуєте/практикували (генітальні/оральні/анальні)?

3. Попередження розвитку ЗПСШ

Для того, аби зрозуміти більше про статеве життя пацієнта, використовуйте питання з відкритою відповіддю. Беручи до уваги відповіді, ви зможете скерувати діалог у потрібному напрямку. Необхідно обрати?

Якщо пацієнт знаходиться у моногамних стосунках більше 12 місяців, консультування з приводу попередження ЗПСШ не потрібне.

4. Попередні випадки ЗПСШ

Випадки ЗПСШ у минулому можуть наражати пацієнта на більший ризик зараз.

Поставте питання на кшталт:

«Чи у вас колись діагностували ЗПСШ? Коли? Як ви лікувались?»

«Чи є у вас симптоми, що повторюються?»

«Чи ви колись проходили тестування на ВІЛ чи інші ЗПСШ? Чи хотіли б ви протестуватись»

«Чи вашому теперішньому/колишньому партнеру/ці діагностували ЗПСШ? Чи проходили ви тестування на ті самі ЗПСШ? Якщо так, то коли? Яким був діагноз? Лікування?»

5. Попередження вагітності

Беручи до уваги відповіді на питання з попередніх секцій, ви можете оцінити ризик пацієнтки бути вагітною чи пацієнта стати батьком. Якщо так, першочергово дізнайтесь, чи вагітність бажана.
У кінці розпитування пацієнт може згадати інформацію чи питання, які не хотів обговорювати раніше. Поставте питання на кшталт:

«Які інші теми чи питання ви хотіли б обговорити стосовно вашого статевого життя?»

Подякуйте пацієнту за відвертість. Пацієнтам із ризиком ЗПСШ запропонуйте відповідне тестування, розкажіть про методи запобігання ризиків ЗПСШ (утримання, моногамія, використання презервативів).

2. ХРОНІЧНІ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК ТА ЧОЛОВІКІВ І ЇХ УСКЛАДНЕННЯ

Відсутність доступу до засобів гігієни, тривале пе

ребування в одному положенні, переохолодження, травмування ділянок тазу та зовнішніх статевих органів, зменшене вживання рідини, відсутність доступу до презервативів може призвести до розвитку інфекцій та запальних захворювань сечостатевої системи (особливо у жінок, внаслідок близького розміщення органів сечостатевої системи до зовнішнього середовища) [20].

Отже, у пацієнтів які мали досвід військової служби та досвід участі у бойових діях варто звернути увагу на симптоми, що можуть вказувати на наявність захворювань сечостатевої системи (див. нижче).

I. Гонорейна інфекція

У жінок гонорея проявляється болем у нижніх відділах живота, слизового гнійними виділеннями з уретри, збільшенням кількості виділень з піхви (рідкі, гнійні, із слабким запахом), дизурією, болем при пальпації шийки матки, придатків.

У чоловіків характерними симптомами є відчуття печіння під час сечовипускання та значні виділення з уретри. Іноді захворювання може прогресувати до епідидиміту, викликаючи біль у ділянці моношнки та яєчок.

Золотим стандартом діагностики гонорейної інфекції як чоловіків, так і у жінок є полімеразна ланцюгова реакція на виявлення збудника — Neisseria gonorrhoeae. Матеріал для дослідження — перша порція сечі або мазок з піхви [6].

II. Хламідійна інфекція

У жінок хламідійна інфекція характеризується наявністю жовтуватих слизово-гнійних виділень з уретри та/або піхви, дизуричних явищ, аномальних піхвових кровотеч (особливо після статевого акту). Однак, приблизно у 80% жінок-носіїв Chlamydia trachomatis симптоми відсутні.

У чоловіків основними симптомами є виділення з уретри, біль та набряк мошонки з однієї сторони [7].

Стандартом діагностики хламідійної інфекції як

чоловіків, так і у жінок є полімеразна ланцюгова реакція на виявлення збудника. Беручи до уваги той факт, що зараження Neisseria gonorrhoeae та Chlamydia trachomatis зазвичай відбувається одночасно, рекомендується проводити діагностику та лікування цих двох станів одночасно (див. вище) [8].

III. Трихомоніаз

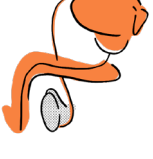
Збудником трихомоніазу є Trichomonas vaginalis — одноклітинний мікроорганізм роду трихомонади. T. vaginalis – один з найпоширеніших збудників цервіциту (гнійні виділення з каналу шийки матки та його підвищена кровоточивість) та вагініту.

Інфікування T. vaginalis у жінок викликає наступні симптоми: поява неприємного запаху з піхви (гнильний, затхлий запах), відчуття печіння, свербежу або болю у ділянці зовнішніх статевих органів, біль під час статевого акту (диспареунія), дизуричні явища.

Чоловіки при інфікуванні T. vaginalis зазвичай мають слизові або гнійні виділення з уретри, дизуричні явища та свербіж [9].

Діагностика:

- У жінок для діагностики трихомоніазу зазвичай достатньо виконати мікроскопічне дослідження вагінальних виділень. За умови підтвердження діагнозу подальші дослідження не виконують. При негативному результаті мікроскопії рекомендовано виконання ПЛР тесту на виявлення збудника. Також рекомендують паралельно виконати дослідження на гонорейну та хламідійну інфекції.
- Для чоловіків рекомендують виконувати ПЛР дослідження (матеріал — перша порція сечі), адже мікроскопія мазка з уретри не є інформативною [10].



3. ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ТАЗУ У ЧОЛОВІКІВ

У чоловіків, які мали досвід військової служби та досвід участі у бойових діях варто звернути увагу на симптоми, що можуть вказувати на наявність захворювань сечостатевої системи:

- Біль у нижніх відділах живота, надлобковій ділянці, ділянці сечового міхура, промежині, мошонці (яєчках), статевому члені;
- Варто детальніше розпитати про характеристику болю, тривалість, провокуючі фактори (сечовипускання, статевий акт, тривале перебування в одному положенні, порушення режиму гігієни, еякуляція);
- Розлади сечовипускання (часті поклики до сечовипускання, дизуричні явища, зміна кольору сечі);
- Підвищення температури тіла;
- Наявність інфекцій сечостатевої системи в анамнезі.

У чоловіків з вищеописаними симптомами (особливо з тривалим болем у ділянці тазу та/або промежині) та наявністю циститу, що повторюється, варто запідозрити хронічний бактеріальний простатит або синдром хронічного тазового болю.

I. Хронічний бактеріальний простатит

Діагноз встановлюється на основі вищеописаних скарг та у разі виявлення бактеріальної флори у сечі. Однак, більшість пацієнтів мають лише один або декілька з вищеописаних симптомів.

Для виявлення бактеріальної флори саме у передміхуровій залозі можливе виконання двостаканного тесту: бактеріологічне дослідження сечі після масажу передміхурової залози та порівняння із зразком сечі, отриманим до масажу. Найкраще буде відправити такого пацієнта до уролога, який має достатній досвід у проведенні такого роду досліджень [21].

Лікування: для ефективної ерадикації збудника та достатнього насичення передміхурової залози препаратом, рекомендується довготривале (4-6

тижнів і більше) призначення антибіотиків (левофлоксацин або, при непереносимості фторхінолонів, сульфаметоксазолу-триметоприму у загальноприйнятих дозуваннях).

II. Хронічний простатит/синдром хронічного тазового болю

Хронічний простатит (ХП) /синдром хронічного тазового болю (СХТБ) — це наявність тазового болю тривалістю три місяці протягом останніх шести місяців, що часто пов'язаний із симптомами з боку сечовидільної системи та/або сексуальною дисфункцією.

Первинний симптом ХП/СХТБ — це біль. Типові локалізації болю це промежина (63%), яєчка (58%), надлобкова ділянка (42%) та статевий член (32%). У пацієнтів також виникає дизурія (43%) та біль під час еякуляції (48%). Біль зазвичай має гострий або тупий характер та різний по тривалості, але не носить характер кольки (на противагу болю при обструкції нирки чи сечоводу).

Діагноз встановлюється на основі наявності характерних симптомів болю або дискомфорту в ділянці тазу, часто у поєднанні з симптомами з боку сечовидільної системи або сексуальною дисфункцією, тривалістю більше трьох місяців протягом останніх шести місяців, за умови відсутності іншої причини симптомів (наприклад, хронічного бактеріального простатиту (див. вище).

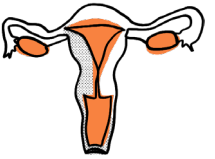
Лікування: застосування короткого курсу блокаторів α1-адренорецепторів (наприклад, тамсулозину) та НПЗП (наприклад, ібупрофену) [22].

4. ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ТАЗУ У ЖІНОК

Як вже було зазначено, перебування на службі може передбачати відсутність доступу до презервативів та інших бар'єрних методів контрацепції, що може значно підвищувати ризик інфікування захворюваннями, що передаються статевим шляхом. Тому особливо важливо звернути увагу на перенесені або присутні ЗПСШ у ветеранок, адже близько 85% запальних захворювань органів тазу (ЗЗОТ)

пов'язані з патогенами, що передаються статевим шляхом («Збір анамнезу статевого життя» див. вище).

У свою чергу ЗЗОТ можуть призвести до серйозних наслідків, пов'язаних з репродуктивним здоров'ям жінки (див. нижче).



До ЗЗОТ у жінок відносять наступні інфекційні захворювання верхніх статевих шляхів: ендометрит, сальпінгіт, оофорит, тазовий перитоніт та перигепатит. ЗЗОТ варто підозрювати у всіх молодих та/або сексуально-активних жінок, які мають:

- Біль у нижніх відділах живота та дискомфорт у ділянці тазу;
- Підвищений ризик ЗПСШ;
- Відчувають біль при зміщенні шийки матки, матки та/або придатків після фізикального обстеження [23].

Беручи до уваги значний вплив ЗЗОТ на репродуктивне здоров'я жінки та можливі важкі ускладнення, цих даних зазвичай достатньо для початку емпіричної антибіотикотерапії.

Якщо протягом 48-72 годин після призначення антибіотикотерапії у пацієнтки все ще наявні підвищена температура тіла, озноб та біль при зміщенні шийки матки, матки та/або придатків, розгляньте інший діагноз:

- Пухлина придатків;
- Апендицит;
- Позаматкова вагітність;
- Ендометріоз;
- Інтерстиціальний цистит (болісний сечовий міхур);
- Кіста яєчника;
- Перекрут яєчника [24].

Жінки зі ЗЗОТ в анамнезі мають підвищений ризик рецидиву та розвитку ускладнень [25]. До них відносяться:

- **Гідросальпінкс.** Після розрішення ЗЗТ ушкоджена Фаллопієва труба може бути заблокована та, як наслідок, заповнена стерильною рідиною, що призведе до її збільшення;
- **Синдром хронічного тазового болю;**
- **Безпліддя.** Як симптоматичне так і безсимптомне ЗЗТ може призвести до пошкодження маткової труби, особливо ендосальпінгсу. Зміни у матковій трубі (зниження функції війок, фіброз та оклюзія) призводять до трубної неплідності;
- **Позаматкова вагітність.** Ушкодження маткових труб призводить до збільшення ризику розвитку трубної вагітності. Після першого, другого, третього епізоду ЗЗТ шанси відношення позаматкової вагітності до маткової становить 1:15, 1:6, 1:3 відповідно. У жінок після легкого, середнього та важкого епізоду ЗЗТ це відношення становить 1:35, 1:25 та 1:5 відповідно;
- **Рак яєчників.** Зв'язок між ЗЗТ та раком яєчників достеменно невідомий. Результати деяких досліджень демонструють збільшення ризику розвитку раку яєчників після ЗЗТ. Наразі невідомо, чи ЗЗТ є незалежним фактором ризику розвитку раку яєчників, чи посилює інші фактори ризику.

5. ВІДДАЛЕНІ УСКЛАДНЕННЯ ТРАВМ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

Ушкодження органів сечостатевої системи у XX столітті складали приблизно 5% від усіх поранень, що трапляються в умовах бойових дій. Однак, протягом насичених конфліктами останніх років цей показник зріс до 10% [26].

Травми сечостатевої системи, отримані на фронті, можуть мати пізні (віддалені) ускладнення, які можуть значно впливати на якість життя ветерана/ветеранки після повернення до цивільного життя, а тому варто завжди пам'ятати та звертати увагу на наявність травм сечостатевої системи в анамнезі та наявність віддалених ускладнень.

До такий ускладнень відносять: гідронефроз, артеріальну гіпертензію, формування конкрементів сечовивідних шляхів, стриктури уретри, нетримання сечі, сексуальну дисфункцію [27].

Зазвичай діагностика та лікування вищеописаних станів, що виникли внаслідок травми, потребує спеціальних навичок та обладнання, тому при підозрі на наявність вищезазначених захворювань найдоцільніше направити пацієнта до високо спеціалізованого закладу для подальшого обстеження та лікування.

6. ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЯ

Стрес та вживання деяких медичних препаратів (зокрема, антидепресантів або антипсихотиків, які широко використовуються для лікування ПТСР) може призвести до підвищення рівня пролактину сироватки крові [28].

Гіперпролактинемія викликає типові симптоми у пременопаузальних жінок та у чоловіків. Жінки у менопаузі вже знаходяться у стані гіпогонадизму, а тому гіперпролактинемію у них діагностують зазвичай випадково і у зв'язку з іншими причинами.

Симптоми захворювання корелюють в залежності від рівня пролактину (норма 5-20 нг/мл).

Ознаки гіперпролактинемії у жінок:

- Гіпогонадизм (оліго- та аменорея);
- Порушення менструального циклу;
- Безпліддя;
- Зниження мінеральної щільності кісток;
- Галакторея.

Ознаки гіперпролактинемії у чоловіків:

- Гіпогонадизм (зниження лібідо, зменшення м'язової маси, випадіння волосся, остеопороз);
- Еректильна дисфункція;
- Безпліддя;
- Галакторея.

Діагноз встановлюється на основі наявності вищеописаних симптомів та концентрації пролактину сироватки крові вище 20 нг/мл (чоловіки, жінки пе

ред менопаузою) або 30 нг/мл (жінки у менопаузі). Вимірювання варто обов'язково виконувати натще [29].

Незалежно від причини розвитку захворювання, препаратами першої лінії для лікування гіперпролактинемії є агоністи дофамінових рецепторів (каберголін, бромкриптин).

Зниження рівня пролактину зазвичай настає протягом двох-трьох тижнів після початку терапії.

У випадку гіперпролактинемії, що викликана внаслідок прийому медикаментів, можна спробувати змінити препарат на інший з тієї ж групи або додати до лікування агоніста дофамінових рецеторів (у випадку з антипсихотиками це варто робити дуже обережно і виключно після консультації з лікуючим психіатром) [30].

7. ЖІНОЧЕ РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я

Перебування у місцях ведення служби та бойових дій може значно впливати на репродуктивне здоров'я жінки.

Запальні захворювання органів тазу, тривалий стрес, травми органів сечостатевої системи, ВСТ, вживання певних речовин та медикаментів можуть призводити до порушення менструального циклу та/або розвитку патології органів сечостатевої системи та, як наслідок, до безпліддя [31].

Безпліддя — це стан, коли пара, за умови наявності регулярного незахищеного сексу, не може зачати дитину протягом одного року (жінка молодше 35 років), або протягом 6 місяців (жінка віком 35 років і старше).

Варто зазначити, що безпліддя – це не лише жіноча проблема. Приблизно 26% випадків безпліддя пов'язані з патологією чоловіка [32]. Тому у випадку безпліддя виконувати подальші дослідження необхідно як жінці, так і чоловіку.

Коли необхідно призначати подальші дослідження з приводу безпліддя?

- Призначте подальші дослідження ***через 1 рік*** за

- умови регулярного незахищеного сексу ***парі, де жінка молодше 35 років без факторів ризику безпліддя.***
- Призначте подальші дослідження ***через 6 місяців*** за умови регулярного незахищеного сексу ***парі, де жінка віком 35 років і старше.***

Призначте подальші дослідження ***одразу,*** не зважаючи на менш ніж піврічний термін регулярного незахищеного сексу:

- Парі, де ***жінка:***
  - старше 40 років;
  - з олігоменореєю/аменореєю;
  - має в анамнезі хіміотерапію, променеву терапію або з занедбаним ендометріозом;
  - має підозри щодо патології матки/маткових труб;
- Парі, де ***чоловік:***
  - має імпотенцію або іншу сексуальну дисфункцію;
  - переніс оперативне втручання на яєчках або паховій ділянці;
  - переніс паротит у дорослому віці;
  - мав проблеми репродуктивного характеру з іншим партнером.

Лікар первинної ланки має направити пацієнтів до лікаря-репродуктолога для лікування безпліддя, але може призначити початкові обстеження:

- Детальний збір анамнезу (тривалість безпліддя, анамнез ментруацій, перенесені оперативні втручання, запальні захворювання, травми, анамнез сексуального життя тощо) та фізикальне обстеження можуть допомогти знайти причину безпліддя та визначити тактику подальших досліджень;
- Дослідження сперми;
- Підтвердження нормальної овуляторної функції (жінки з регулярними менструаціями та менструальним синдромом майже завжди мають нормальну овуляторну функцію);
- Дослідження прохідності маткових труб (наприклад, гістеросальпінгографія);
- Дослідження оваріального резерву (наприклад, дослідження рівня фолікулостимулюючого гормону або естрадіолу на третій день менструаль-

Список використаних джерел:

1. TOP 10 THINGS ALL HEALTHCARE AND SERVICE PROFESSIONALS SHOULD KNOW ABOUT VA SERVICES FOR VETERANS WHO EXPERIENCED MILITARY SEXUAL TRAUMA (MST). Mentalhealth.gov.uahttps://www.mentalhealth.va.gov/docs/top_10_public.pdf# Published 2020. Accessed August 5, 2021.

2. Military Sexual Trauma. Mentalhealth.va.gov https://www.mentalhealth va.gov/docs/mst_general_factsheet.pdf Published 2020. Accessed August 5, 2021.

3. Margot Savoy, David O'Gurek, Alexcis Brown-James. Sexual Health History: Techniques and Tips. https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/journals/afp/Savoy.pdf Published February 1, 2020. Accessed August 5, 2021

4. A GUIDE TO Taking a Sexual History. CDC.gov. https://www.cdc.gov/std/treatment/sexualhistory.pdf. Published 2021. Accessed August 6, 2021.

5. Iraq War Clinician Guide. [White River Junction, Vt.]: [National Center for Post-Traumatic Stress Disorder]; 2004.

6. Gonorrhea Clinical Presentation: History, Physical Examination. Emedicine.medscape.com. https://emedicine.medscape.com/article/218059-clinical. Published June 15, 2021. Accessed August 7, 2021.

7. Chlamydia (Chlamydial Genitourinary Infections) Clinical Presentation: History, Physical Examination, Complications. Emedicine.medscape.com. https://emedicine.medscape.com/article/214823-clinical. Published May 09, 2021. Accessed August 7, 2021.

8. Gonorrhea: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. Emedicine.medscape.com. https://emedicine.medscape.com/article/218059-overview. Published June 15, 2021. Accessed August 7, 2021.

9. Trichomoniasis Clinical Presentation: History, Physical Examination, Complications. Emedicine.medscape.com. https://emedicine.medscape.com/article/230617-clinical. Published January 02, 2020. Accessed August 7, 2021.

10. Trichomoniasis. Uptodate.com. https://www.uptodate.com/contents/trichomoniasis?search=Trichomoniasis&source=ch_result&selectedTitle=1~94&usage_type=default&display_rank=1#H7 Published 2021. Accessed August 7, 2021.

11. VA.gov | Veterans Affairs. Hiv.va.gov. https://www.hiv.va.gov/patient/testing/risk-factors.asp. Published 2021. Accessed August 7, 2021

12. Laboratory testing for the diagnosis of hiv infection : Updated recommendations. Centers for Disease Control and Prevention. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/23447. Accessed August 5, 2021.

13. Настанова 00018. ВІЛ-інфекція. moz.gov.ua https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2946. Published March 2021. Accessed August 7, 2021.

14. Dominguez K, Smith D, Vasavi Thomas et al. Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV—United States, 2016. Stacks.cdc.gov. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/38856. Published 2021. Accessed August 7, 2021.

15. Global tuberculosis report 2020, who.int. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf. Published 2020. Accessed August 7, 2021.

16. Статистика з ТБ | Центр громадського здоров'я. Phc.org.ua. https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb. Published 2021. Accessed August 7, 2021.

17. Data & Statistics | TB | CDC. Cdc.gov. https://www.cdc.gov/tb/statistics/default.htm.
Published 2021. Accessed August 7, 2021.

18. Туберкульоз в Україні: за місяць - 1,5 тисячі нових випадків. Ukrinform.ua. https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3244965-tuberkuloz-v-ukraini-za-misac-15-tisaci-novih-vipadkiv.html. Published 2021. Accessed August 7, 2021.

19. Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV—United States, 2016. Stacks.cdc.gov. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/38856. Published 2021. Accessed August 6, 2021.

20. РЕПРОДУКТИВНЕ ТА СОМАТИЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ВІЙСЬКОВО-ЛУЖБОВЦІВ ТА ТИХ, ХТО ПЕРЕБУВАЄ У ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ, ПІД ЧАС ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/8605/Lurin.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Published 2021. Accessed August 6, 2021.

21. Chronci bacterial prostatitis. UpToDate. Uptodate.com. https://www.uptodate.com/contents/chronic-bacterial-prostatitis?search=prostatitis&source=search_result&selectedTitle=2~102&usage_type=default&display_rank=2. Published 2021. Accessed August 6, 2021.

22. Chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome. UpToDate. Uptodate.com. https://www.uptodate.com/contents/chronic-prostatitis-and-chronic-pelvic-pain-syndrome?search=chronic%20pelvic%20pain%20men&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Published 2021. Accessed August 6, 2021.

23. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. Uptodate.com. https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=pelvic%20iflammatory%20disease&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2. Published 2021. Accessed August 6, 2021.

24. Pelvic Inflammatory Disease Differential Diagnoses. Emedicine. medscape.com. https://emedicine.medscape.com/article/256448-differential#:~:text=The%20differential%20diagnosis%20includes%20appendicitis,pelvic%20pain%20and%20tubal%20infertility. Published 2021. Accessed August 6, 2021.

25. Long-term complications of pelvic inflammatory disease. Uptodate.com. https://www.uptodate.com/contents/long-term-complications-of-pelvic-inflammatory-disease?search=Long-term%20complications%20of%20pelvic%20inflammatory%20disease&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Published 2021. Accessed August 6, 2021.

26. Cubano M, Lenhart M, Institute B, U. S. Army O. Emergency War Surgery 5th Edition. Washington, D.C.: United States Dept. of Defense; 2018.

27. Genitourinary trauma - Knowledge @ AMBOSS. Amboss.com. https://www.amboss.com/us/knowledge/Genitourinary_trauma/. Published 2021. Accessed August 6, 2021.

28. Causes of hyperprolactinemia. UpToDate. Uptodate.com. https://www.uptodate.com/contents/causes-of-hyperprolactinemia?search=hyperprolactin&source=search_result&selectedTitle=1~110&usage_type=default&display_rank=1 Published 2021. Accessed August 6, 2021.

29. Clinical manifestations and evaluation of hyperprolactinemia. UpToDate. Uptodate.com https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-evaluation-of-hyperpr olactinemia?search =hyperprolactin&source=search_result&selectedTitle=2~110&usage _ type=default&display_rank=2 Published 2021. Accessed August 6, 2021.

30. Management of hyperprolactinemia. UpToDate. Uptodate.com https://www.uptodate.com/contents/management-of-hyperprolactinemia?search=hype rprolactin&source=search_result&selectedTitle=3~110&usage_type=default&display_ra nk=3 Published 2021. Accessed August 6, 2021.

31. Infertility | Reproductive Health | https://www.cdc.gov/reproductivehealth/infertility/index.htm. Accessed August 17, 2021

32. Overview of infertility. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/overview-of-infertility?search=infertility&source=s earch_result&selec tedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Published 2021. Accessed August 17, 2021.

33. Evaluation of female infertility. UpToDate. Uptodate.com. https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-female-infertility?search=infertility& topicRef=7396&source=see_link. Published 2021. Accessed August 17, 2021.