

О. С. Фітькало

**КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ, ЗУМОВЛЕНІ КРИТИЧНИМ ПСИХОЛОГІЧНИМ СТАНОМ БІЙЦІВ
З ЛЕГКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ**

O. S. Fitkalo

**COGNITIVE DISORDERS CAUSED BY THE CRITICAL PSYCHOLOGICAL STATE OF SOLDIERS
WITH MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY**

Ключові слова: легка черепно-мозкова травма, посттравматичний розлад як наслідок стресових ситуацій, когнітивні порушення

Keywords: mild traumatic brain injury, post-traumatic stress disorder as a result of stressful situations, cognitive disorders

Поширеність когнітивних порушень у пацієнтів із черепно-мозковою травмою легкої та середньої тяжкості — надзвичайно висока та наближається до 100 %.

Метою дослідження було вивчення особливостей клінічних проявів когнітивних розладів у пацієнтів, які перенесли легку черепно-мозкову травму.

У роботі показано, що у бійців, які перенесли легку черепно-мозкову травму, виявлено відхилення за тим чи тим показником інтелектуально-мнестичної сфери у 100 % обстежених. Наявність когнітивних порушень у пацієнтів такої категорії потребує комплексного підходу: нейропсихологічної діагностики, медикаментозної підтримки та нейрореабілітаційних заходів для запобігання формуванню посттравматичного стресового розладу.

Динаміка та особливості симптомів дають змогу встановити правильний діагноз, що важливо для тактики лікування та реабілітації.

The prevalence of cognitive impairment in patients with mild to moderate traumatic brain injury is extremely high and approaches 100 %.

The purpose of the study is to study the features of clinical manifestations of cognitive disorders in patients who have suffered a mild brain injury.

The paper shows that 100 % of the examined had a deviation in one or another indicator of the intellectual-mnestic sphere among soldiers who suffered a mild traumatic brain injury. The presence of cognitive disorders in this category of patients requires a comprehensive approach: neuropsychological diagnosis, drug support and neurorehabilitation measures to prevent post-traumatic stress disorder.

The dynamics and features of the symptoms make it possible to establish the correct diagnosis, which is important for treatment and rehabilitation tactics.

Згідно з епідеміологічними дослідженнями, у 60 % пацієнтів, які перенесли навіть легку черепно-мозкову травму (лЧМТ), виникають різні порушення центральної нервової системи [1—3]. В Україні, під час повномасштабної війни з Росією, як у цивільного населення, так і бійців, психоемоційна напруга досягає найвищого ступеня. Стрес, який виникає за цих обставин, постійно тримає людину в напрузі, пригнічує нейрогенез в гіпокампі та призводить до атрофії дендритів гіпокампа у зв'язку з масивним вивільненням глутамату. Вивільнення серотоніну під час стресу збільшує активність глутамату та впливає на NMDA-рецептори. Варіабельність реагування на травму також залежить від темпераменту людини, у якої підвищена адренергічна активність. Якщо правильно підходити до питання патогенезу черепно-мозкової травми, то виходить, що спочатку страждають нейрогуморальні зв'язки і тільки потім порушується функція органів і систем організму [2; 4; 5]. Саме розлади вищих мозкових функцій, а не рухової та сенсорної сфери зрештою призводять до посттравматичних стресових розладів [6]. Однак потрібно відзначити той факт, що при лЧМТ, як з боку постраждалого так і часто медичних працівників, відбувається нехтування

психологічними навантаженнями, які призводять до виснаження. На початках ці стани супроводжуються стійкими когнітивними порушеннями (втрата пам'яті, зниження концентрації) та фізичними симптомами (безсоння, дратівливість, головний біль). Надалі постраждалі з лЧМТ потрапляють у медичний заклад (у мирну обстановку), де когнітивні порушення підкріплюються іншими агресивними емоціями (спалахами гніву, почастиванням серцебиття, підвищенням артеріального тиску), які підсилюються загальмованістю, пригніченням, замкнутістю, небалакучістю, усамітненням [3]. Усе це надалі без лікування трансформується у посттравматичний стресовий розлад, руйнуючи емоційне здоров'я, стосунки та працездатність. Отже, можна стверджувати, що перші симптоми, навіть сформованого посттравматичного розладу, більше схожі на звичайну депресію, що жодною мірою, на думку постраждалих, не впливає на їхню подальшу долю. Як правило, більшість із них заперечують власний хворобливий психічний стан і вважають, що їм просто потрібний відпочинок. Однак медики, особливо військові, враховуючи справжній клінічний стан постраждалих, стверджують, що наявність таких симптомів є «бомбою уповільненої дії», яка спрацює у віддалені терміни через півроку, а іноді — через десятки років [1].

Після отримання інформаційної згоди проведено обстеження 20 бійців, у яких діагностовано легку черепно-мозкову мінно-вибухову травму та 16 цивільних пацієнтів з легкою черепно-мозковою травмою, що зазнали її під час дорожньо-транспортної пригоди (контрольна група). Усі пацієнти перебували на лікуванні у медичних закладах м. Львова.

Метою дослідження є вивчення особливостей клінічних проявів когнітивних розладів у пацієнтів, які перенесли легку черепно-мозкову травму.

Клініко-неврологічне обстеження хворих здійснено відповідно до загальноприйнятих схем з використанням неврологічних та психологічних методик з метою виявлення у обстежуваних порушень когнітивних функцій. Нейропсихологічне дослідження

проведено за допомогою психологічного тестування: тест запам'ятовування 10 слів за методикою А. Лурія; Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS); тест Спілберґера — Ханіна з визначенням особистісної та реактивної тривожності; шкала депресії А. Т. Бека (Beck Depression Inventory, BDI).

Останніми роками відбулася зміна поглядів на патогенез формування когнітивних порушень. Суттєвих змін зазнали уявлення про найважливіші клінічні прояви когнітивних порушень, що відображають порушення діяльності головного мозку.

Відповідно до одержаних даних (таблиця), виявлено істотні коливання когнітивних показників у пацієнтів обох досліджуваних груп. Нижче наведено докладний аналіз виявлених порушень.

Основні скарги у пацієнтів з легкою черепно-мозковою травмою

Скарги	Бійці, які перенесли черепно-мозкову травму (n = 20)		Мирні люди, які перенесли легку черепно-мозкову травму (n = 16)	
	абс.	%	абс.	%
Періодичні коливання настрою	8	40,0	2	12,5
Відчуття невпевненості	5	25,0	2	12,5
Зниження професійних навичок	6	30,0	2	12,5
Швидка втомлюваність	15	75,0	6	37,5
Збудження	9	45,0	4	25,0
Кошмарні сновидіння	7	35,0	1	6,25
Порушення відносин в сім'ї (відчуття самотності у колі родини, дітей)	7	35,0	—	—
Нав'язливі спогади	11	55,0	1	6,25
Соціальна відчуженість	9	45,0	2	12,5
Вживання спиртних напоїв	10	50,0	—	—

За результатами проведених досліджень виявлено досить широкий спектр скарг (коливання настрою, швидка втомлюваність, зниження працездатності та ін.), які свідчать про емоційно-когнітивні порушення.

Провівши аналіз результатів дослідження, ми визначили, що частота виявлених порушень коливання настрою у бійців була у 3,2 раза вищою ніж у цивільних пацієнтів; швидка стомлюваність перевищувала удвічі; кошмарні сновидіння — у 5,6 раза частіше у бійців, ніж у цивільних пацієнтів; порушення відносин у сім'ї — у 7 випадків серед бійців, тоді як у цивільних пацієнтів такої скарги не було; соціальна відчуженість виявлена у 3,6 раза частіше серед бійців ніж у цивільних пацієнтів; половина обстежуваних бійців вживали спиртні напої, тоді як серед цивільних пацієнтів — жоден. Крім цього, зміни когнітивних показників істотно відрізнялись за глибиною і виразністю порушень у бійців проти пацієнтів контрольної групи. Аналіз отриманих результатів дав змогу визначити, що критичний стан після перенесеної бойової травми є емоційним тригером

проявів пограничних психічних станів, психічної дезадаптації та посттравматичних стресових розладів, тоді як у пацієнтів з лЧМТ мирного часу — це пряме фізичне ушкодження мозку, що спричиняє симптоматику органічного походження з переважанням неврологічних розладів. Підтримка невролога, психіатра та реабілітолога допомагає повернутися до нормального психічного стану.

Психічні порушення віддаленого періоду характеризуються різними варіантами психоорганічного синдрому в рамках травматичної енцефалопатії. Виразність дефекту, що сформувався, визначається важкістю черепно-мозкової травми, об'ємом ушкодження мозку, віком, у якому вона відбулася, якістю проведеного лікування, спадковими й особистісними особливостями, установками особистості, додатковими екзогенними шкідливостями, соматичним станом та ін.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Бойова лЧМТ або контузія у комбатантів ускладнювалась появою когнітивних та психоемоційних

порушень у зв'язку з психотравматичним характером подій, пов'язаних з реакціями на стрес. Водночас дані щодо вираженості та значення когнітивного складника за умов посттравматичного стресового розладу малочисельні у такої групи пацієнтів та стосуються частіше посттравматичного стресового розладу мирного часу — за умов травматичного пошкодження мозку, постінсультного періоду, пухлин тощо. Згідно отриманих даних когнітивний компонент має важливе значення під час встановлення діагнозу, уточнення особливостей хвороби та планування оптимальної тактики ведення пацієнта, оскільки ці порушення будуть супроводжуватись поганим комплаєнсом та, відповідно, незадовільними результатами обраного лікування. Замість Травматичне ушкодження головного мозку може мати серйозні когнітивні та психоемоційні наслідки. Проблема бойової черепно-мозкової травми ускладнюється психотравматичним характером подій і потенційним виникненням психогенних пограничних психічних розладів. Походження симптоматики в постраждалих нерідко існує у вигляді *overlap*-синдрому між легкою черепно-мозковою травмою та посттравматичним стресовим розладом.

Динаміка й особливості симптоматики дають змогу встановити правильний діагноз, що має важливе значення для тактики лікування та реабілітації.

З огляду на те, що у пацієнтів, які перенесли одночасно з ЧМТ психічну травму, не завжди звертають увагу на когнітивні порушення, пропонуємо отримані результати використовувати як моніторований показник, який дасть змогу заздалегідь виявити когнітивні розлади, що істотно змінить стратегію лікування та вплине на здатність пацієнта адаптуватися до психотравматичної події.

Список літератури / References

1. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації / Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. [та ін.]. Харків, 2014. 79 с. Voloshyn P. V., Maruta N. O., Shestopalova L. F., Linskiy I. V., Pidkoryhov, V. S. Lipatov I. I., Zavorotnyi V. I., Buchok Yu. S. [Diagnosis, therapy and prevention of medical and psychological consequences of hostilities in modern conditions]. Kharkiv, 2014. 79 p. (In Ukrainian).
2. Черненко І. І., Маркова М. В. Особливості афективного і посттравматичного реагування у хворих з бойовою черепно-мозковою травмою в анамнезі залежно від тяжкості: аналіз симптоматики і принципи терапії // Психіатрія, неврологія

та медична психологія. 2024. Т. 11, № 4 (26). Chernenko I. I., Markova M. V. [Peculiarities of affective and posttraumatic response in patients with a history of combat traumatic brain injury depending on its severity: analysis of symptoms and principles of therapy]. *Psihiatriâ, nevrologiâ ta medichna psihologîâ* [Psychiatry, neurology and medical psychology]. 2024;11(4(26)):348-360. DOI: 10.26565/2312-5675-2024-26-01. (In Ukrainian).

3. Самінін Я. Г., Соколова Л. І. Когнітивні та емоційно-афективні розлади в учасників бойових дій із черепно-мозковою травмою (огляд літератури). *Український неврологічний журнал*. 2023. № 1—4. С. 28—44. Saminin Ya. H., Sokolova L. I. [Cognitive and Emotional-Affective Disorders in Participants of Combat Actions with Traumatic Brain Injury (Review)]. *Ukrains'kij nevrologičnij žurnal* [Ukrainian Neurological Journal]. 2023;1-4: 28-44. DOI: 10.30978/UNJ2023-1-4-28. (In Ukrainian).

4. Roby PR, Chandran A, Barczak-Scarboro NE, et al. Cerebrovascular Reactivity in Special Operations Forces Combat Soldiers. *Ann Biomed Eng*. 2020;48(6):1651-1660. DOI: 10.1007/s10439-020-02514-z

5. Yasir M, Mechanic OJ. *Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion*. [Updated 2023 Mar 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507777/>. PMID: 29939554.

6. Thibeault CM, Thorpe S, O'Brien MJ, et al. A Cross-Sectional Study on Cerebral Hemodynamics After Mild Traumatic Brain Injury in a Pediatric Population. *Front Neurol*. 2018;9:200. Published 2018 Apr 5. DOI: 10.3389/fneur.2018.00200

7. Tschiffely AE, Haque A, Haran FJ, et al. Recovery from mild traumatic brain injury following uncomplicated mounted and dismounted blast: a natural history approach. *Mil Med*. 2018;183(3-4):e140-e147. DOI: 10.1093/milmed/usx036

Надійшла до редакції 10.07.2026
Ухвалена до друку 4.08.2026

ФІТЬКАЛО Олег Степанович, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії та дитячої психіатрії, психотерапії та клінічної психології факультету післядипломної освіти Державного некомерційного товариства «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького» Міністерства охорони здоров'я України, м. Львів, Україна; <https://orcid.org/0000-0001-6321-9518>; e-mail: fitkalo@gmail.com

FITKALO Oleg, MD, PhD, Lecturer of the Department of Psychiatry and Child Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology of Faculty of Postgraduate Education of the State Nonprofit Company "Danylo Halytsky Lviv National Medical University" of the Ministry of Healthcare of Ukraine, Lviv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0001-6321-9518>; e-mail: fitkalo@gmail.com