

Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков,
Д.І. Бойко, П.В. Кидонь, В.В. Шиндер

Полтавський державний медичний
університет

УДК: 616.89-008-02:616-001.17

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ В ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ІЗ ОПІКОВОЮ ТРАВМОЮ (огляд літератури)

Резюме. Кількість катастроф у світі невпинно зростає. Раптові, несподівані ситуації, аварії трапляються частіше і можуть супроводжуватись травмуванням людей. Досить поширеними із аварій є вибухи та пожежі. У картині уражень при повномасштабних катастрофах складно переплітаються і взаємодіють тяжкі опікові, травматичні, інтоксикаційні, соматичні й психогенні розлади. При цьому на їх перебіг справляють вплив і інші фактори: масовість, раптовість впливу високих температур, ударна хвиля, вплив хімічних речовин, що виділяються при горінні. Опікова травма є однією із найактуальніших проблем сучасної медицини, становлячи велику питому вагу в загальній структурі травматизму, адже, за даними ВООЗ, серед усіх травм термічні ураження посідають третє місце за частотою і дають надзвичайно високий відсоток смертності та інвалідності. Психічні розлади, що спостерігаються при опіковій хворобі, можна поділити на: розлади, що зумовлені безпосередньо опіковою травмою і інфекційними ускладненнями (симптоматичні психози — делірій, аменція, галюциноз тощо), та реакції особистості на опікову хворобу. У різні періоди опікової хвороби відзначається переважання то психогенних, то екзогенних типів розладів, а також іноді їх нашарування одне на одне. У розвитку психопатологічної симптоматики надзвичайно велику роль відіграє локалізація опіку. Зокрема, незважаючи на відносно невелику площу ураження, опіки обличчя супроводжуються вираженими невротичними розладами. Дані розлади значним чином перешкоджають нормальному функціонуванню особистості в повсякденному сімейному та суспільному житті, справляють негативний вплив на адаптивність психічних і поведінкових реакцій. Достатньо часто на тлі описаних порушень розвиваються різноманітні психосоматичні розлади, у тому числі психосоматози: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба шлунка, а також відповідні функціональні розлади різних органів і систем організму. З огляду на представлені дані, можна зробити висновок про те, що опікова травма в значній частині випадків є наслідком психічної патології не-психотичного регістра і потребує насамперед психокорекційної, а не лише хірургічної допомоги.

Ключові слова: опікова травма, стрес, адаптація, особистість, психосоматичний розлад.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає катастрофу як ситуацію, що являє собою несподівану, серйозну і невизначену загрозу для здоров'я суспільства. Кількість катастроф у світі невпинно зростає. Раптові, несподівані ситуації, аварії трапляються найчастіше і можуть супроводжуватись травмуванням окремих людей, їх груп і навіть значних контингентів. Досить поширеними із аварій є вибухи та пожежі на виробничих об'єктах і транспортних засобах [1-3].

Зборовський А.М. (2005) [4] відзначає, що психічні порушення належать до числа найбільш частих медичних наслідків різноманітних надзвичайних ситуацій. Тому особливу увагу психіатрів звертають на себе можливі негативні наслідки для психіки людини впливу на неї різноманітних екстремальних впливів: військових дій, антропогенних чи природних катастроф, терористичних акцій тощо [5, 6]. У структурі їх медико-соціальних наслідків вагому частину становлять порушення психічної сфери різного характеру [7, 8].

© Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, Д.І. Бойко, П.В. Кидонь, В.В. Шиндер

У картині уражень при повномасштабних катастрофах складно переплітаються і взаємодіють тяжкі опікові, травматичні, інтоксикаційні, соматичні й психогенні розлади [9-12]. При цьому на їх перебіг справляють вплив і інші фактори: масовість, раптовість впливу високих температур, ударна хвиля, вплив хімічних речовин, що виділяються при горінні [13].

Опікова травма є однією із найактуальніших проблем сучасної медицини, становлячи велику питому вагу в загальній структурі травматизму, адже, за даними ВООЗ, серед усіх травм термічні ураження посідають третє місце за частотою і дають надзвичайно високий відсоток смертності та інвалідності [14, 15]. Однак в умовах війни в Україні ці показники посідають провідні позиції, адже з 2014 року російські окупаційні збройні формування активно використовують міни та інші аналогічні небезпечні вибухові пристрої, у тому числі заборонені міжнародним правом. Використання цього виду озброєнь несе в собі серйозні, пролонговані в часі загрози й наслідки та призводить до численних випадків загибелі,

каліцтва серед цивільного населення, включаючи дітей. Тоді як весь цивілізований світ відмовляється від протипіхотних мін і забороняє їх використання, російська федерація збільшує масштаби їхнього застосування в Україні та випробує нові зразки такої зброї.

Частота термічних уражень в Україні в 1970-80-ті роки минулого сторіччя постійно зростала і досягла в 1985 р. 34,2, а в 1991 р. — 33,9 на 10 000 населення. З 1991 по 2002 рік вона знизилась на 58,04% у дорослих і на 60,09% — у дітей, при цьому загальна частота опіків зменшилась до 15,2 на 10 000 населення [16].

Найбільш часто термічні ураження реєструються в промислово розвинених регіонах України (у Донецькій області — 21,8, Луганській — 19,5, Дніпропетровській — 17,4, Запорізькій — 17,3 на 10 000 населення). Раніше в цих регіонах частота опіків досягала 44-45 на 10 000. Більше ніж в 1,8 раза рідше трапляються нині термічні опіки в Західних областях України (Хмельницькій — 12,34, Закарпатській — 11,2, Львівській — 10,2, Тернопільській — 9,9, Чернівецькій — 7,1 на 10 000) [17].

Частота опіків при техногенних аваріях і катастрофах залежить від їх характеру, виду і може (наприклад, при вибухах горючих речовин) абсолютно домінувати над усіма іншими видами уражень. Сукупність загальних змін при опіках називається опіковою хворобою, у якій вирізняють чотири періоди: опіковий шок, гостра опікова токсемія, септикотоксемія, реконвалесценція [18].

У вітчизняній та закордонній науковій літературі є низка досліджень [19-22], присвячених проблемі психопатологічних розладів при опіках. Зокрема, є дані про те, що розвиток психічних розладів при опіках залежить від таких факторів: локалізації, глибини й площі ураження, тяжкості соматичних порушень і розладів гемодинаміки, мікроциркуляції, волеїї, стадії опікової хвороби, віку, статі постраждалого тощо.

Психічні розлади, що спостерігаються при опіковій хворобі, можна поділити на [23]:

1. Розлади, що зумовлені безпосередньо опіковою травмою і інфекційними ускладненнями, — симптоматичні психози (делірій, аменція, галюциноз і т. ін.).
2. Реакції особистості на опікову хворобу.
3. У різні періоди опікової хвороби відзначається переважання то психогенних, то екзогенних типів розладів, а також іноді їх нашарування одне на одне.

Відмічається, що в ситуації, коли є загроза отримання опіку (при появі ситуації, пов'язаної із вогнем і загрозою життя), що поряд з іншими факторами має величезне психотравмуюче значення, майже в 30% випадків розвиваються психогенні афективно-шоків реакції за типом «рухової бурі», що часто перебігають на тлі зміненої

свідомості, особливо в осіб із преморбідними рисами тривожної помисливості [24, 25].

Спогади про ці епізоди у хворих уривчасті, фрагментарні, а іноді повністю відсутні. Подібні стани описуються як дуже нетривалі. Для них характерна клінічна одноманітність, при якій відмінності визначаються глибиною потьмарення свідомості [26]. Виникнення гострих стресових реакцій при опіковій травмі більше пов'язане із фактором несподіваності пожежі, із загрозою для життя і мало залежить від особистісних, вікових і статевих особливостей. Іншими словами, йдеться в даному випадку про формування афективно-шоків реакцій (гіперкінетична форма, чи «реакція рухової бурі») [27-29].

У віддаленому періоді опікової хвороби явища хронічного емоційного стресу все більше починають домінувати над явищами хронічного фізичного стресу та виявляють прямий і тісний зв'язок з особистісними рисами [30, 31]. У всіх хворих відзначаються складні поліморфні психопатологічні синдроми, серед яких домінує афективна (депресивна) симптоматика. На тлі зниженого настрою часто виникали тривога, страхи, злоба, проявлялись нестійкі ідеї самозвинувачення, що переходили в ідеї відношення. Загалом на цьому етапі опікової хвороби це дозволяло виділити низку психопатологічних синдромів: астено-депресивний, обсесивно-депресивний, депресивний із надцінними ідеями, депресивно-дисфоричний [32, 33].

Поряд із соматогенними психічними розладами все помітніше розширюється спектр особистісних реакцій на хворобу і наслідки катастрофи, психогенні впливи. У розвитку психопатологічної симптоматики надзвичайно велику роль відіграє локалізація опіку. Зокрема, незважаючи на відносно невелику площу ураження, опіки обличчя супроводжуються вираженими невротичними розладами [34-36].

Сформований у результаті термічної травми фізичний і косметичний дефекти, будучи біологічним фактором, часто мають соціальні наслідки, ускладнюючи утворення активних форм діяльності й спілкування. Встановлено [37], що соціальна активність не завжди залежить від вираженості наслідків опікової хвороби, а більше пов'язана із преморбідними емоційно-особистісними рисами пацієнта, який постраждав унаслідок термічного опіку.

Ентоні В.І. (2001) [38] провів обстеження нерво-психічного стану хворих після опікової травми в строки від 1 до 10 років. У 64% обстежених автор виявив дратівливість. У пацієнтів спостерігались надзвичайно бурхливі емоційні реакції із найнезначніших приводів, зниження кола інтересів, розлади сну.

Гельфанд В.Б. та Новоселов Г.В. (1980) [39] проводили психопатологічне обстеження 82 постраждалих у віддаленому періоді опікової травми (через 10-20 років). У них реєструвались розлади пам'яті,

осмислення, афективні порушення. Порушення пам'яті були у формі гіпомнезії, при цьому особливо страждала фіксація — хворі скаржились на важкість запам'ятовування нової інформації, на необхідність вести записи поточних, буденних справ.

При дослідженні інтелекту відзначались труднощі при абстрагуванні, осмисленні складних ситуацій, постраждали насили справлялись із завданнями на виділення переносного значення прислів'їв і розуміння метафор. Часто вони самостійно скаржились на зниження кмітливості.

Афективні переживання характеризувались вибуховістю, гнівливістю, відзначались коливання настрою з відтінком дисфорії, що виникали за механізмом надцінних порушень на базі ідеї відношення, переслідування. Така налаштованість у значній частині випадків слугує підставою перманентної конфліктності. Цей стан характеризується як опікова енцефалопатія.

В інших випадках у хворих переважали риси сором'язливості, нерішучості, стомлюваності, загальмованості, настрій переважно був пригніченим. На цьому тлі часто виникали ідеї стосунку, вони вважали, що їх постійно «розглядають» оточуючі, «сміються над ними», і це в результаті призводило до того, що постраждали різко обмежували різноманітні суспільні контакти, ставали замкненими як стосовно спілкування із медичними працівниками, так і рідними та близькими, іноді взагалі перестаючи виходити з дому і повністю припиняючи зовнішні контакти. Цей стан трактувався як гальмівний тип опікової енцефалопатії. У деяких випадках спостерігалась опікова енцефалопатія змішаного типу.

Висловлювалась також думка [40], що описані варіанти з психопатологічної точки зору відображають не стільки варіанти енцефалопатій, скільки типологію хронічних змін особистості після переживання катастрофи на тлі резидуально-органічного ураження головного мозку, що загалом далеко не завжди у своєму розвитку досягає ступеня тяжкості рівня психоорганічного синдрому.

Дані розлади значно перешкоджають нормальному функціонуванню особистості в повсякденному сімейному та суспільному житті, справляють негативний вплив на адаптивність

психічних і поведінкових реакцій. Достатньо часто на тлі описаних порушень розвиваються різноманітні психосоматичні розлади, у тому числі психосоматози: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба шлунка, а також відповідні функціональні розлади різних органів і систем організму. Такі хворобливі стани часто описують у науковій літературі [41, 42] як супровідні щодо так званого «психосоматичного розвитку особистості».

Світові науковці [43] відзначають участь у розвитку психічних розладів, зумовлених гострою психотравмою, таких причинних факторів, як характер психотравмуючого впливу, його раптовість, темп, суб'єктивна значущість, загальна тривалість. Передумовляючими факторами вони визначають особистісні риси постраждалих, а також наслідки травм черепа, нейроінфекцій, фізичну та психічну перевтому.

Важливою передумовою виникнення реактивних станів є наявність особливих особистісних рис — «невротичної структури особистості» і соціальних умов середовища, у якому вона існує. При цьому найбільш поширеними типами акцентуованих властивостей вважаються істероїдний, тривожно-помисливий і сенситивний.

У випадках формування посттравматичних стресових розладів, як правило, наявні такі характерологічні особливості: емоційна нестійкість, підвищена тривожність, незрілість особистості.

З огляду на представлені дані, можна зробити висновок про те, що опікова травма в значній частині випадків є наслідком психічної патології неспсихотичного регістра і потребує насамперед психокорекційної, а не лише хірургічної допомоги. Такі результати свідчать про необхідність побудови системи надання допомоги в галузі хірургії, при якій пацієнти з опіковою травмою перед проведенням реконструктивного втручання повинні проходити комплексне всебічне обстеження із залученням медичних психологів і психіатрів.

Усе вищевикладене, у свою чергу, повинно допомогти диференційовано сформулювати адекватну систему психопрофілактичної й психотерапевтичної роботи пацієнтам із опіковою травмою, а також сприяти поліпшенню їх якості життя.

Список використаної літератури

1. Babyuk IA, Zborovskiy AM, Fistol EY. K voprosu o korrektsii psichicheskikh rasstroystv pri ozhogovoy travme v rezultate tehnogennykh aviariy [To the question of the correction of mental disorders in burn injuries as a result of man-made accidents]. *Ukrainskyi zhurnal ekstremalnoi medytsyny im. H.O. Mozhaieva*. 2001;2(4):37-40. (Russian).
2. Orban-Lembrik LE. *Socialna psihologiya [Social psychology]*. Kyiv: Akademvidav, 2005:448. (Ukrainian).
3. Skrypnikov AM, Herasymenko LO, Isakov RI, Rud VO, Kydon PV. Suchasni psykhoterapevtychni stratehii v likuvanni patsiiientiv z defektamy ta deformatsiiami oblychchia [Modern psychotherapeutic strategies in the treatment of patients with facial defects and deformities]. *Visnyk problem biolohii i medytsyny*. 2016;2(1):98-101. (Ukrainian).
4. Zborovskiy AM. *Psichicheskie rasstroystva u postradavshih s ozhogovoy travmoy [Mental disorders in patients with burn injury]*. Arkhiv

- психіатрії. 2005;41(2):28-33. (Russian).
5. Gusak VK, Babyuk IA, Zborovskiy AM. Mechanizmy destabiliziruyushchego vliyaniya ozhogovoy travmy na psicheskoe sostoyanie [Mechanisms of the destabilizing effect of burn injury on the mental state]. Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitel'noy meditsiny. 2002;1:50-53. (Russian).
 6. Frankova IO. Zhyttia na mezhi: stres, travma ta psichopatohiia [Life on the edge: stress, trauma and psychopathology]. Neironews. 2017;87(3):20-25. (Ukrainian).
 7. Herasymenko LO. Kliniko-psichopatohichni ta patopsichologichni osoblyvosti patsientiv z defektamy i deformatsiay oblychchia i yikh psichoterapevtychna korektsiia [Clinic-psychopathological and pathopsychological peculiarities of patients with defects and deformations of the face and their psychotherapeutic correction] [dissertation]. Kharkiv, Kharkiv Medical Academy of post graduation education, 2007:21. (Ukrainian).
 8. Zhyvotovska LV, Skrypnykov AM, Sokil AA, Boiko DI. Afektyvni porushennia pry viddalenykh naslidkakh posttravmatychnoho stresu [Affective disorders in the remote consequences of post-traumatic stress]. Visnyk problem biolohii ta medytsyny. 2019;148(1):32-36. (Ukrainian).
 9. Maruta NA. Emotsionalnye narusheniya pri nevroticheskikh rasstroystvakh [Emotional disorders in neurotic disorders]. Kharkiv: RIF «Arsis LTD», 2000:159. (Russian).
 10. Rud VO. Rol khronichnoho bolovoho syndromu v motyvatsii suitsyadnoi povedinky psichichno khvorykh [The role of chronic pain syndrome in the motivation of suicidal behavior in mentally ill people]. Arkhiv psichiatrii. 2004;38(3):62-64. (Ukrainian).
 11. Rakhman LV. Stan i struktura sotsialnoho funktsionuvannya u patsientiv iz terapevtychno-rezystentnykh depresiy [The state and structure of social functioning in patients with treatment-resistant depression]. Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. 2015;11(5):110-121. (Ukrainian).
 12. Yurieva LM, Nosov SH, Mamchur OY, Malysheko TV, Bobro MH. Nevrotichni, somatoformni rozlady ta stres [Neurotic, somatoform disorders and stress]. Dnipropetrovsk, 2005:96. (Ukrainian).
 13. Gelfand VB, Nikolaev GV. Dinamika nevroticheskikh rasstroystv pri ozhogah litsa [Dynamics of neurotic disorders in facial burns]. Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova. 1980;5:680-682. (Russian).
 14. Kotenev IO. Psichologicheskaya diagnostika poststressovykh sostoyaniy u sotrudnikov organov vnutrennih del [Psychological diagnostics of post-stress conditions in employees of internal affairs bodies]. Moscow: MTs pri GUK MVD Rossii, 1996:40. (Russian).
 15. Karl JP, Hatch AM, Arcidiacono SM, Pearce SC, Pantaja-Feliciano IG, Doherty LA, Soares JW. Effects of Psychological, Environmental and Physical Stressors on the Gut Microbiota. Front Microbiol. 2018;9:2013.
 16. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. Can J Psychiatry. 2014;59(9):460-467.
 17. Tull MT, Vadaña AG, Betts JE. Emotion regulation difficulties in PTSD. In: Tull MT, Kimbrel NA, editors. Emotion in Posttraumatic Stress Disorder. Elsevier Academic Press. 2020:295-310. doi:10.1016/b978-0-12-816022-0.00010-7.
 18. Gelfand VB, Nikolaev GV. Psichonevrologicheskie rasstroystva v ostrom i otдалennom periodakh ozhogovoy bolezni [Psychoneurological disorders in acute and late periods of burn disease]. Klinicheskaya meditsina. 1999;9:75-81. (Russian).
 19. Tabachnikova VS. Vospriyatie boli i psichologicheskaya adaptatsiya k lecheniyu u stomatologicheskikh bolnykh [Pain perception and psychological adaptation to treatment in dental patients]. Tavricheskii zhurnal psichiatrii. 2006. 34(11):111-115. (Russian).
 20. Isakov RI. Yakist zhyttia zhink z depresiiu riznoho henezu ta riznoi vyrazhenosti makro-, mezo- i mikrosotsialnoi dezadaptatsii [Quality of life of women with depression of various genesis and varying severity of macro-, mezo- and microsocial maladjustment]. Visnyk sotsialnoi hihieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2020;83(1):31-41. (Ukrainian).
 21. Markova MV, Rakhman LV. Vzaïmozv'язok providnoi kliniko-psichopatohichnoi symptomatyky ta osoblyvosti kopinh-povedinky u khvorykh na terapevtychno rezystentni depresii [The relationship between leading clinical and psychopathological symptoms and features of coping behavior in patients with therapeutically resistant depression]. Ukrainskyi visnyk psichonevrologii. 2015;83(2):91-94. (Ukrainian).
 22. Skrypnykov AM, Herasymenko LO, Isakov RI. Psichosotsialna dezadaptatsiia pry posttravmatychnomu stresovomu rozladi u zhink [Psychosocial maladaptation in post-traumatic stress disorder in women]. Poltava: TOV «ASMI», 2016:155. (Ukrainian).
 23. Kachalov PV, Gelfand VB. Psichicheskie rasstroystva pri poluchenii ozhoga i v ozhogovom shoke [Mental disorders when receiving a burn and in burn shock]. In: Organizatsiya i klinicheskie voprosy pogranichnoy psichiatrii [Organization and clinical issues of borderline psychiatry]. Moscow, 1999:48-56. (Russian).
 24. Hryn EV. Komorbidnost afektivnykh rasstroystv i bolevogo sindroma u patsientov s posttravmaticheskimi stressovymi rasstroystvom [Comorbidity of affective disorders and pain syndrome in patients with post-traumatic stress disorder]. Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. 2020;18(3):288-291. doi:10.25298/2221-8785-2020-18-3-288-291 (Russian).
 25. Panchenko OA, Kutko II, Zaytseva NA. Sotsialno-stressovye rasstroystva: mirnoe naselenie v epitsentre voennykh deystviy [Social stress disorders: civilians in the epicenter of hostilities]. Novosti meditsiny i farmatsii v Ukraine. 2014;509(15):6. (Russian).
 26. Banerjee SB, Morriss FG, Ressler KJ. Genetic approaches for the study of PTSD: Advances and challenges. Neurosci Lett. 2017;649:139-46. doi:10.1016/j.neulet.2017.02.058.
 27. Isakov RI, Skrypnykov AM, Herasymenko LO, Hryn KV, Kydon PV, Vdovina OO. Clinical and psychopathological features of internally displaced women with adjustment disorders. Svit medytsyny ta biolohii. 2021;75(1):64-68.
 28. Ivanova T. Tryvoha yak psichologichnyi fenomen [Anxiety as a psychological phenomenon]. Visnyk Lvivskoho universytetu. Seriya psichologichni nauky. 2020;6:72-78. (Ukrainian).
 29. Kozhyna HM, Haichuk LM, Shykova VV. Efektyvnist psichooosvitnikh prohram v nadanni dopomohy osobam, shcho perenesly ekstremalni podii [The effectiveness of psychoeducational programs in providing assistance to persons who have experienced extreme events]. Ukrainskyi visnyk psichonevrologii. 2015;83(2):10. (Ukrainian).
 30. Chaban OS, Frankova IA. Sovremennyye tendentsii v diagnostike i lechenii posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva [Current trends in the diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder]. Neironews. 2015; 66(2):8-18. (Russian).
 31. Kryshatafor AA, Usenko LV, Yovenko YA, Kryshatafor DA, Chernenko VH, Shaïda OA. Kognitivnyye narusheniya v ostrom periode bojevoj travmy v sravnenii s sochetannoy travmoy myrnogo vremeni [Cognitive impairments in the acute period of combat trauma in comparison with combined trauma in peacetime]. Meditsyna neotlozhnykh sostojaniy. 2017;85(6):84-89. (Russian).
 32. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-traumatic stress disorder. N Engl J Med. 2017;376(25):2459-2469.
 33. Haws JK, Brockdorf AN, Gratz KL, Messman TL, Tull MT, DiLillo D. Examining the associations between PTSD symptoms and aspects of emotion dysregulation through network analysis. J Anxiety Disord. 2022;86:102536.
 34. Uzun S, Kozumplik O, Lauc G, and Pivac N. Metabolomic and glycomic findings in posttraumatic stress disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2019;88:181-193.
 35. Pshuk NG, Belov OO. Some trends of clinical and symptomatic pathomorphosis of depressive disorders taking into account the age factor. Wiadomości Lekarskie. 2019;72(9):1786-1790.
 36. Kozhyna HM. Kompleksnyi pidkhid v terapii rozladyv adaptatsii [A comprehensive approach in the therapy of adaptation disorders]. Ukrainskyi visnyk psichonevrologii. 2020;105(4):34-39. (Ukrainian).
 37. Herasymenko LO, Skrypnykov AM, Avetkov DS. Psichoterapevtychna korektsiia v roboti z patsientamy, yaki maiut defekty ta deformatsii oblychchia [Psychotherapeutic correction in work with patients who have facial defects and deformities]. Poltava, 2008:128. (Ukrainian).
 38. Entoni VI. Psichiatricheskaya reabilitatsiya [Psychiatric rehabilitation]. Kyiv: Sfera, 2001:278. (Russian).
 39. Gelfand VB, Novoselov GV. Psichopatohologicheskie rasstroystva v techenii ozhogovoy bolezni [Psychopathological disorders during burn disease]. Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova. 1980;11:1679-1681. (Russian).
 40. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Acta universalis auctore. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1965:748.
 41. Pshuk NH, Zolotarev RM. Doslidzhennia vplyvu deiakykh chynnykh na formuvannya klinichnoi struktury nevroziv [Study of the influence of some factors on the formation of the clinical structure of neuroses]. Ukrainskyi visnyk psichonevrologii. 1998;5(1):57-59. (Ukrainian).

42. Breslau N, Kessler R, Howard D, Schultz L, Davis G, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry*. 1998;55(7):626-632.
43. Goldberger L, Breznitz S, editors. *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. New York: The Free Press, 2012:969.

MENTAL DISORDERS IN BURN INJURY VICTIMS (LITERATURE REVIEW)

L.O. Herasymenko, A.M. Skrypnykov, D.I. Boiko, P.V. Kydon, V.V. Shinder

Abstract. The number of disasters in the world is constantly increasing. Sudden, unexpected situations, accidents occur more often and can be accompanied by injury to people. Explosions and fires are fairly common accidents. Severe burn, traumatic, intoxication, somatic and psychogenic disorders are intricately intertwined and interact in the picture of lesions in full-scale disasters. At the same time, their course is influenced by other factors: mass, sudden exposure to high temperatures, a shock wave, and the influence of chemicals released during combustion. Burn injury is one of the most urgent problems of modern medicine, making up a large specific weight in the general structure of traumatism, because according to the WHO, among all injuries, thermal damage ranks third in frequency and gives an extremely high percentage of mortality and disability. Mental disorders observed in burn disease can be divided into: disorders caused directly by burn injury and infectious complications (symptomatic psychoses — delirium, amentia, hallucinosis, etc.) and personal reactions to burn disease. In different periods of burn disease, there is a predominance of either psychogenic or exogenous types of disorders, as well as sometimes their layering one on top of the other. Localization of the burn plays an extremely important role in the development of psychopathological symptoms. In particular, despite the relatively small area of damage, face burns are accompanied by pronounced neurotic disorders. These disorders significantly interfere with the normal functioning of the individual in everyday family and social life, have a negative impact on the adaptability of mental and behavioral reactions. Quite often, against the background of the described disorders, various psychosomatic disorders develop, including psychosomatosis: hypertension, coronary heart disease, gastric ulcer, as well as corresponding functional disorders of various organs and systems of the body. In view of the presented data, it can be concluded that burn injury in a significant number of cases is a consequence of mental pathology of a non-psychotic register and requires, first of all, psychocorrective and not only surgical care.

Keywords: burn injury, stress, adaptation, personality, psychosomatic disorder.

Для цитування: Герасименко ЛО, Скрипніков АМ, Бойко ДІ, Кидонь ПВ, Шиндер ВВ. Психічні розлади в постраждалих із опіковою травмою (огляд літератури). *Практикуючий лікар*, 2023. № 1, с. 76-80. DOI: 10.31793/2413-5461.2023.12-1.76.

Адреса для листування: Герасименко Лариса Олександрівна, larysaherasymenko@gmail.com; Полтавський державний медичний університет, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, м. Полтава, вул. Медична, 1, 36013, Україна.

Відомості про авторів: Герасименко Лариса Олександрівна, докторка медичних наук, професорка, професорка закладу вищої освіти кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету. ORCID: 0000-0001-9002-3641; Скрипніков Андрій Миколайович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету. ORCID: 0000-0002-1562-9421; Кидонь Павло Володимирович, кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету. ORCID: 0000-0001-7336-0822; Шиндер В'ячеслав Володимирович, кандидат медичних наук, доцент закладу вищої освіти кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету. ORCID: 0000-0003-3140-7674.

Особистий внесок: Герасименко Лариса Олександрівна — генератор ідеї, написання статті, інтерпретація результатів. Скрипніков Андрій Миколайович — генератор ідеї, супровід під час написання статті. Кидонь Павло Володимирович — аналіз проблеми, інтерпретація результатів. Бойко Дмитро Іванович — проведення пошуку літератури, інтерпретація результатів. Шиндер В'ячеслав Володимирович — підбір і обстеження пацієнтів, оформлення статті відповідно до вимог.

Фінансування: Стаття підготовлена за власні кошти.

Декларація: Автори задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

Проходження статті: Надійшла до редакції 2.12.2022, прийнята на друкування 2.02.2023, надрукована 28.03.2023.

For citation: Herasymenko LO, Skrypnykov AM, Boiko DI, Kydon PV, Shinder VV. Mental disorders in burn injury victims (literature review). *The Practitioner*, 2023. № 1, p. 76-80. DOI: 10.31793/2413-5461.2023.12-1.76.

Correspondence address: Herasymenko Larysa Oleksandrivna, larysaherasymenko@gmail.com; Poltava State Medical University, Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Medychna, 1, Poltava, 36013, Ukraine.

Information about the authors: Herasymenko Larysa Oleksandrivna, Doctor of Medical Sciences, Professor, professor of institution of higher education of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Poltava State Medical University. ORCID: 0000-0001-9002-3641; Skrypnykov Andrii Mykolayovych, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Poltava State Medical University. ORCID: 0000-0002-1562-9421; Kydon Pavlo Volodymyrovych, PhD in Medical Sciences, Associate Lecturer of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Poltava State Medical University. ORCID: 0000-0001-7336-0822; Shinder Viacheslav Volodymyrovych, PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of institution of higher education of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Poltava State Medical University. ORCID: 0000-0003-3140-7674.

Personal contribution: Herasymenko LO — idea generator, writing an article, interpretation of results. Skrypnykov AM — idea generator, support during the writing of the article. Kydon PV — problem analysis, interpretation of results. Boiko DI — literature search, interpretation of results. Shinder VV — selection and examination of patients, design of the article according to requirements.

Funding: The article has been prepared with own funds.

Declaration of Ethics: The authors declare that there is no conflict of interest or financial bias

Article: Received 2.12.2022, accepted 2.02.2023, published 28.03.2023.