УДК 616.89-085-036.82:316.61]-057.36:355.4

І. О. Черненко

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ В СТРУКТУРІ ДИФЕРЕНЦІЙНИХ ІНДИВІДУАЛІЗОВАНИХ ПРОГРАМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СТАНІВ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В УЧАСНИКІВ ЛОКАЛЬНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь» Міністерства оборони України, м. Київ, Україна

Актуальність. На сьогодні все більшої актуальності набувають наукові дослідження стрес-асоційованих психічних порушень, що характеризуються високим інтересом до аналізу ефективності терапії ПТСР, як найпоширенішого розладу, що супроводжується значними біопсихосоціальними наслідками.

Мета – розробити комплекс методів, процедури та алгоритм застосування психофармакотерапії в комплексному лікуванні станів дезадаптації в учасників локальних бойових дій; оцінити ефективність запропонованого підходу.

Матеріали та методи. Використовували метод AGREE II; клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, психодіагностичний; методи математичної статистики. Вибірку дослідження склали 93 учасники локальних бойових дій (УЛБД) зі станами дезадаптації внаслідок бойової психічної травми (БПТ) у вигляді ПТСР (F43.1), встановленого за критеріями МКХ-10.

Результати. В роботі описано процес лікування пацієнтів з постстресовими психічними розладами (ППР), поєднаного з психотерапевтичними (ПТ) інтервенціями. Використовували психофармакотерапію, яку проводили за умови надання пацієнтом інформованої згоди. Вибір психофармакологічних препаратів для проведення цільової психофармакотерапії (ПФ) базувався на даних мета-аналізів, рекомендацій провідних світових науково-дослідних центрів щодо лікування стрес-асоційованих розладів психіки, власному емпіричному досвіді. Для лікування у якості ПТ інтервенцій першої лінії обрані різні варіанти травма-фокусованої ПТ (ТФ-КПТ), другої лінії – ПТ, яка не орієнтована на травму. Препаратами першого вибору ПФ були селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (ІЗЗСН), другого – трициклічні антидепресанти (ТЦА). Наведено програми застосування окремих методів ПТ, які включали порядок та алгоритм їх використання.

Висновки. Пріоритетним напрямком у лікуванні стрес-асоційованих психічних розладів в УЛБД є специфічна психофармакотерапія. Важливим компонентом надання психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги військовослужбовцям з постстресовими психічними розладами є її послідовність, повне використання процедур кожного етапу медичної допомоги задля запобігання дублюванню методів лікування, які застосовуються і, таким чином, підвищення часової та економічної ефективності рекомендованих заходів.

Ключові слова: учасники локальних бойових дій, посттравматичний стресовий розлад, постстресовий психічний розлад, бойові психічні травми, психофармакотерапія.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ В СТРУКТУРЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫХ ПРОГРАММ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СОСТОЯНИЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

И. А. Черненко

Национальный военно-медицинский клинический центр

«Главный военный клинический госпиталь» Министерства обороны Украины, г. Киев, Украина

Актуальность. На сегодня все большую актуальность приобретают научные исследования стресс-ассоциированных психических нарушений, характеризующиеся высоким интересом к анализу эффективности терапии ПТСР, как наиболее распространенного расстройства, сопровождающегося значительными биопсихосоциальными последствиями.

Цель – разработать комплекс методов, процедуры и алгоритм применения психофармакотерапии в комплексном лечении состояний дезадаптации у участников локальных боевых действий; оценить эффективность предложенного подхода.

Материалы и методы. Использовали метод AGREE II; клинико-психопатологический, социально-демографический, психодиагностические; методы математической статистики. Выборку исследования составили 93 участника локальных боевых действий (УЛБД) с состояниями дезадаптации вследствие боевой психической травмы (БПТ) в виде ПТСР (F43.1), установленного по критериям МКБ-10.

Результаты. В работе описан процесс лечения пациентов с постстрессовыми психическими расстройствами (ППР), сочетанного с психопевтическими (ПТ) интервенциями. Использовали психофармакотерапию, которую проводили при условии предоставления пациентом информированного согласия. Выбор психофармакологических препаратов для проведения целевой психофармакотерапии (ПФ) базировался на данных мета-анализов, рекомендаций ведущих мировых научно-исследовательских центров по лечению стресс-ассоциированных расстройств психики, собственном эмпирическом опыте. Для лечения в качестве ПТ интервенций первой линии выбраны различные варианты травма-фокусируемой (ПФ) (ТФ-КПТ), второй линии – ПТ, которая не ориентирована на травму. Препаратами первого выбора ПФ были селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН), второго – трициклические антидепрессанты (ТЦА). Приведены программы применения отдельных методов ПТ, которые включали порядок и алгоритм их использования.

Выводы. Приоритетным направлением в лечении стресс-ассоциированных психических расстройств в УЛБД является специфическая психофармакотерапия. Важным компонентом оказания психолого-психиатрической и психотерапевтической помощи военнослужащим с постстрессовыми психическими расстройствами является ее последовательность, полное использование процедур каждого этапа медицинской помощи для предотвращения дублирования методов лечения, которые применяются и, таким образом, повышение временной и экономической эффективности рекомендованных мероприятий.

Ключевые слова: участники локальных боевых действий, посттравматическое стрессовое расстройство, постстрессовое психическое расстройство, боевые психические травмы, психофармакотерапия.

© І. О. Черненко, 2018

THE PSYCHOPHARMACOTHERAPY IN THE STRUCTURE OF DIFFERENCIATED INDIVIDUALIZED PROGRAMS OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF MALOADAPTIVE STATES IN PARTICIPANTS OF LOCAL COMBAT ACTIONS

I. O. Chernenko
National Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital» of the Ministry of Defense of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Background. In the present time, scientific studies of stress-associated mental disorders characterized by high interest to analysis of efficiency of therapy of PTSD, as the most common disorder, accompanied by significant biopsychosocial consequences, become more and more important.
Objective – to develop a complex of methods, procedures and algorithm of psychotherapy appliance in comprehensive treatment of maladaptive states in participants of local combat actions and to assess the efficiency of the suggested approach.
Materials and methods. We used method AGREE II; clinical psychopathological method, social-demographic method, psychodiagnostic method, mathematical statistic methods. The study sample consisted of 93 participants of local combat actions (PLCA) with the maladaptive states of combat psychological trauma (CPT) in the form of PTSD (F43.1) established by ICD-10 criteria.
Results. The work describes the process of treating patients with post-stress mental disorders (PSMD) associated with psychotherapy (PT) interventions, using psychopharmacotherapy, which was conducted under informed consent conditions for the patient, the choice of psychopharmacological drugs for the target psychopharmacotherapy (PP) was based on data meta-analyzes, recommendations of the world's leading research centers on the treatment of stress-associated mental disorders, own empirical experience. Different variants of trauma-focused PT (TF-KPT), the second one – PT, not focused on an injury, selected for treatment as first-line PT interventions. In the case of PP, preparations of the first choice are SSRI, SNRI, the second line – TCA. The programs of application of separate methods of PT are presented, including the order and algorithm of their use.
Conclusions. The priority direction of treatment of stress-associated psychiatric disorders in PLCA's psychotherapy is a specific psychopharmacotherapy. An important component of providing psychosocial and psychotherapeutic assistance to post-stress mental disorders is its consistency, full use of the procedures of each stage of medical care to avoid duplication of methods used in treatment and thus increase the temporal and economical effectiveness of the recommended measures.

Keywords: participant in local combat actions, post-traumatic stress disorder, post-stress mental disorder, combat psychological trauma, psychopharmacotherapy.

For citation: Chernenko I. O. The psychopharmacotherapy in the structure of differenciated individualized programs of psychosocial rehabilitation of maloadaptive states in participants of local combat actions. *Arkhiv Psykhiatrii*, 2018, 24(4): 182–186. (In Ukr.)

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): dgylia.as@gmail.com

Received / Поступила: 10.10.2018
Accepted / Прийнята до друку: 06.11.2018

Актуальність. Сучасний період наукових досліджень стрес-асоційованих психічних порушень характеризується високим інтересом до аналізу ефективності терапії ПТСР, як найпоширенішого розладу, що супроводжується значними біопсихосоціальними наслідками.

Незважаючи на велику доказову базу щодо застосування психотерапії (ПТ) у якості монотерапії постстресових психічних розладів (ППР) [1–3], українські реалії обумовлюють необхідність комплексного лікування стрес-асоційованих розладів психіки із застосуванням гнучкої комбінації ПТ інтервенцій (окремі форми ПТ, елементи ПТ, поєднання декількох видів/елементів ПТ) і психофармакотерапії (ПФ).

Мета дослідження – розробити комплекс методів, процедури та алгоритм застосування психофармакотерапії в комплексному лікуванні станів дезадаптації в учасників локальних бойових дій; оцінити ефективність запропонованого підходу.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили впродовж 2014–2018 рр. на базах клініки психіатрії Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ ГВКГ) та військової частини А0139.

У дослідження були включені 93 УЛБД зі станами дезадаптації внаслідок бойової психічної травми (БПТ) у вигляді ПТСР (F43.1), встановленими за критеріями МКХ-10. Усі обстежені були чоловіками, середній вік склав 33,71±1,34 років. Переважно це були сержанти та рядові загальновійськового складу ЗСУ, які служили за контрактом, середня тривалість їх участі у бойових діях склала 214,7±41,55 дні. Ми застосовували парний дизайн формування груп – кожному хворому основної групи був підібраний хворий контрольної групи (по 46 осіб) шляхом стандартизації за тривалістю участі в бойових діях, їх глибиною, ступенем напруженості, особливостями та шкідливими чинниками професійної діяльності, специфічними для бойових дій психотравмуючими чинниками, соціально-демографічними показниками. При цьому в основній групі були застосовані розроблені диференційні індивідуалізовані програми психосоціальної реабілітації (ДІППР), хворих контрольної групи лікували традиційним способом.

Використані наступні методи дослідження: метод AGREE II [4], теоретико-інформаційний аналіз наукових даних мета-аналізів, систематичних оглядів наукових досліджень з питань терапії ПТСР; для оцінки ефективності запропонованого комплексу лікування – клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, психодіагностичний методи (Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) [5–7], психометрична шкала оцінки загального клінічного враження (CGI) [8]), методи математичної статистики [9].

Результати та їх обговорення

В процесі лікування пацієнтів з ППР у поєднанні з ПТ інтервенціями використовували психофармакотерапію, яку проводили за умов надання пацієнтом інформованої згоди (на основі відомостей, отриманих від лікаря, що регламентовані законодавством України, етичними принципами).

Вибір психофармакологічних препаратів для проведення цільової ПФ базувався на даних мета-аналізів, рекомендацій провідних світових науково-дослідних центрів щодо лікування стрес-асоційованих розладів психіки, власному емпіричному досвіді [10–12].

На рисунку 1 представлені узагальнені результати дослідження ефективності застосування ПФ, мішені впливу, побічні явища (ПЯ), способи призначення лікарських засобів відповідно до кожної з психофармакологічних груп.

Як препарати вибору першої лінії терапії використовували селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), а також серотоніну і норадреналіну (ІЗЗСН) (рівень достовірності (РД) досліджень складає 1++А за шкалою градації доказів і сили рекомендацій, наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751).

Результати трьох систематичних оглядів свідчать про доцільність використання при лікуванні ППР трьох

Рис. 1. Групи психофармакотерапевтичних препаратів, які застосовували при лікуванні постстресових психічних розладів в УЛБД

СІЗЗС, а саме: сертраліну, пароксетину і флуоксетину, а ІЗЗСН – венлафаксину [1, 11–13].

У кожному з цих трьох мета-аналізів дослідники дійшли до висновку про більшу ефективність сертраліну, пароксетину, флуоксетину і венлафаксину, порівняно з іншими СІЗЗС та ІЗЗСН, яка, до речі суттєво перевищує їх можливі ПЯ.

При призначенні СІЗЗС на перше місце серед ПЯ займали головний біль, тривога, нервозність, ажитація, запаморочення, сексуальні дисфункції, гіпергідроз, розлади функціонування шлунково-кишкового тракту, сонливість та підвищена втомлюваність. При лікуванні ІЗЗСН, крім цього, зареєстроване підвищення артеріального тиску (у випадках застосування досить високих доз), що потребує вкрай обережного їх призначення особам із гіпертонічною хворобою.

Крім того, виходячи з результатів нашого дослідження (РД 1+В), така симптоматика ППР (дані подані у порядку зменшення інтенсивності симптомів, представлених у вигляді значень розрахованих нами коефіцієнтів інтенсивності симптомів психічного статусу, КІ) як зниження апетиту (КІ=3,04±0,18 балів), відчуття тривоги (КІ=3,58±0,19 балів), нестриманість (КІ=3,22±0,22 балів), внутрішній дискомфорт (КІ=3,06±0,20 балів), дратівливість (КІ=3,30±0,19 балів), підвищена фізична втомлюваність (КІ=3,09±0,19 балів), підвищена психічна втомлюваність (КІ=3,04±0,19 балів), зниження ініціативи, пасивність (КІ=2,99±0,20 балів) в структурі афективних та астенічних проявів ПТСР в УЛБД в умовах АТО посилювалась при застосуванні СІЗЗС, внаслідок ПЯ, і потребувала інтенсифікації ПТ лікування або додаткового призначення седативних засобів (з наданням переваги небензодіазепіновим препаратам).

Дані сучасних мета-аналізів [1, 11, 12] ефективності використання нетипових і трициклічних антидепресантів (ТЦА) та інгібіторів моноаміноксидази (МАО) в якості монотерапії ППР вказують на хоч і менш ефективний, але достатній вплив на психопатологічну симптоматику нефазодону, іміпраміну та фенелзину. Ці препарати також використовують як терапію другого вибору при відмові пацієнта від ПТ та при неможливості прийому вказаних вище СІЗЗС і ІЗССН внаслідок об'єктивних обставин, зокрема ПЯ.

Слід зазначити, що власне ПЯ цих лікарських засобів обумовлюють обмежене їх призначення більшістю клініцистів.

До таких ПЯ належать, наприклад, рідкісні випадки гепатотоксичного впливу нефазодону, антихолінергічний, кардіальний та седативний ефекти іміпраміну, а також ризик гіпертонічного кризу при прийомі фенелзину (за умов недотримання дієти з низьким вмістом тираміну та уникнення прийому інгібіторів МАО). Проте при ретельному моніторингу (у тому числі, періодичному проведенні печінкових проб [нефазодон], електрокардіограми [іміпрамін], суворої дієти [фенелзин]) безпечність застосування цих препаратів суттєво підвищується.

За нашими даними, окремі пацієнти надавали перевагу одному з цих препаратів через ефекти посилення сну та зменшення ПЯ з боку сексуальної сфери, проте ми призначали їх лише в поодиноких випадках.

Психофармакологічні препарати, які запропоновані для використання у лікуванні стрес-асоційованих психічних розладів, були структуровані в лінійній формі залежно від виразності психопатологічної симптоматики та зведені до таблиці 1.

Ми зареєстрували переваги у застосуванні пароксетину, порівняно з сертраліном ($p \leq 0,01$), унаслідок його здатності корегувати порушення сну. Останні були верифіковані практично в усіх досліджуваних, як найвиразніші симптоми ПТСР, у структурі вегетативних та психосоматичних проявів (РД 1+В) (дані подані у порядку зменшення інтенсивності симптомів і значень КІ), а саме: розлади засинання (КІ=4,30±0,19 балів), глибини й тривалості сну (КІ=3,98±0,21 балів), сонливості вдень (КІ=3,33±0,20 балів).

Виявлено наступні закономірності застосування сертраліну:

а) найбільша ефективність сертраліну встановлена при вираженій тривожній симптоматиці або прихованій картині ПТСР. Відмічені такі особливості клінічної динаміки ППР: поглиблення тривоги на 7–10 добу, яка поступово зменшувалась та набувала значної зворотної

Таблиця 1. Психофармакологічні препарати та їх дози в структурі лінійної програми лікування

Лінія ПФ	Препарат вибору	Терапевтичний діапазон	Курс лікування
Перша	Сертралін	ПД 25–50 мг/добу; ТД – до 100 мг/добу	Від кількох місяців до кількох років – до купірування проявів постстресових психічних розладів
	Пароксетин	ПД 20 мг/добу; ТД – до 40 мг/добу	
	Флуоксетин	ПД 20 мг/добу; ТД – до 40 мг/добу	
	Венлафаксин	ПД 75 мг/добу; ТД – до 150 мг/добу	
Друга	Нефазодон	ПД 50 мг/добу; ТД – до 150 мг/добу	
	Іміпрамін	ПД 25 мг/добу; ТД – до 150 мг/добу	

Примітка. У таблиці прийняті наступні скорочення та особливі позначення: ПФ – психофармакотерапія; ПД – початкова доза; ТД – терапевтична доза.

динаміки до 2 тижня терапії (14–16 доба), а наприкінці 2 місяця лікування тривога практично редукувалася;

б) редукцію флешбеків та кошмарних сновидінь спостерігали вже на 7–14 добу, з купіруванням останніх на 45 добу, на відміну від флешбеків, початкова редукція яких розпочиналася з 14 по 28 день, неповне купірування формувалося приблизно до 60 доби;

в) інтенсивність симптому уникнення зменшувалася наприкінці 2 тижня, виражену редукцію реєстрували на 45 добу, але остаточні прояви залишалися і наприкінці 2 місяця;

г) емоційне зціпеніння мало двофазний характер: частково редукувалося на 28 добу, а потім – на 45–60 добу, але не купірувалося повністю.

Інші лікарські засоби, які можна до застосувати при лікуванні ППР, наведені у таблиці 2.

При цьому слід підкреслити ефективність застосування карбамазепіну при розладах сну, коморбідних з посткомоційним синдромом, а також при дисфоричних, депресивних проявах, ангедонії у пацієнтів контрольної групи.

Треба додати, що використання бета-адреноблокаторів (пропранолол), за нашими емпіричними даними, є недоцільним, у зв'язку з його ПЯ у вигляді депресивної симпоматики, тому цей клас препаратів не включений до таблиці 2.

Результати наших досліджень, емпіричний досвід роботи з особами, що мають стрес-асоційовані розлади психіки, ППР, теоретико-аналітичні дані дозволили у сукупності запропонувати лінійні програми лікування станів дезадаптації в УЛБД.

У якості ПТ інтервенцій першої лінії обрані різні варіанти травма-фокусованої ПТ (ТФ-КПТ), другої – ПТ, яка не орієнтована на травму. Для ПФ рекомендовані препарати першого вибору – СІЗЗС, ІЗЗСН, другого – ТЦА.

Обсяг та форми ПТ і ПФ втручань встановлювали відповідно до ступеня виразності психопатологічної симптоматики.

Як пріоритетний напрямок лікування пропонуємо комбінацію методів ТФ-КПТ з ПФ першої лінії (СІЗЗС та ІЗЗСН).

ПТ та ПФ можна використовувати і в інших комбінаціях:

а) ПТ ІІ лінії + ПФ І лінії – при відсутності інформованої згоди на ПТ, нестачі сертифікованих фахівців;

б) ПТ І лінії + ПФ ІІ лінії – при протипоказаннях для застосування СІЗЗС (наприклад, суїцидальна поведінка, порушення сну);

в) ПТ ІІ лінії + ПФ ІІ лінії – при неефективності ПТ І лінії (наприклад, при когнітивних порушеннях, порушеннях сну, психоорганічному синдромі), при відмові пацієнта від їх прийому через ПЯ.

За результатами моніторингу поточних змін та прикінцевої оцінки психічного, психологічного стану пацієнтів при оцінці ефективності ДІППР в основній групі відмічено купірування симптомів ПТСР, на відміну від осіб контрольної групи. Так, за величиною середнього значення загального бала Міссісіпської шкали ПТСР й інших показників встановлена недостатня редукція симптомів ПТСР (порівняно з середніми контрольними значеннями для військовослужбовців на рівні 73,76±19,64 балів за даними автора [6]) в контрольній

Таблиця 2. Психофармакологічні препарати вибору та їх дози в структурі лінійної програми лікування

Препарат вибору	Терапевтичний діапазон	Курс лікування
Дулоксетин (РД 1+А)	60–120 мг/добу	Від кількох місяців до кількох років – до купірування проявів постстресових психічних розладів, але не менше, ніж 6 місяців (РД ++1А)
Агомелатин (РД 1+А)	25–50 мг/добу	
Флувоксамін (РД 1+А)	50–300 мг/добу	
Міртазапін (РД 2+В)	15–30 мг/добу	
Тіанептин (РД 2+В)	До 37,5 мг/добу	
Етифоксин (РД 1+А)	50–200 мг/добу	
Діазепам (РД 1+А)	2–70 мг/добу	Не більше 7–10 днів
Феназепам (РД 2+В)	0,25–10 мг/добу	
Тофізопам (РД 2+В)	50–150 мг/добу	До купірування проявів тривоги
Клоназепам (РД 1+А)	0,25–20 мг/добу	
Альпразолам (РД 2+В)	0,25–6 мг/добу	
Зопіклон (РД 2+В)	3,75–15 мг/добу	
Виключно супутня терапія при коморбідних станах (у вигляді розладів особистості, поведінки, фазових коливань настрою), тяжкому перебігу ПТСР		
Хлорпротиксен (РД 2+В)	15–100 мг/добу	До купірування розладів поведінки
Тіоридазин (РД 2+В)	50–800 мг/добу	
Сульпірид (РД 1+А)	50–150 мг/добу	
Топірамат (РД 2+В)	25–1000 мг/добу	До ознак стабілізації емоційного фону
Карбамазепін (РД 2+В)	200–1600 мг/добу	
Вальпроєва кислота (РД 2+В)	10–30мг/кг /добу	
Ламотриджин (РД 2+В)	25–500 мг/добу	

*Примітка. * – рекомендоване використання на етапі психосоціальної реабілітації.*

групі. Те ж стосується і загального клінічного враження (CGI): симптоматика ПТСР в основній групі відповідала мінімальним клініко-психопатологічним відхиленням від норми, на відміну від контрольної, де спостерігали виразність клінічних проявів ПТСР практично на рівні середнього ступеня виразності.

Інтерпретація значень середніх величин та рівня достовірних розбіжностей показників Міссісіпської шкали ПТСР при міжгруповому порівнянні також підтверджувала стійкість симптомів уникнення в обох групах та вторгнення – в контрольній.

Загальна ефективність застосування комплексної лікувально-діагностичної програми для осіб з ППР за ознакою нівелювання симптомів склала 85,7 % випадків в основній групі проти 67,3 % – у контрольній.

Проведене дослідження підтверджує ефективність і клінічну результативність запропонованої комплексної лікувально-діагностичної програми для осіб з постстресовими психічними розладами, що є підставою для її впровадження у практику лікувальних закладів МОЗ України.

Висновки

1. Запропонований комплекс лікування УЛБД з ПТСР розроблений на основі результатів, отриманих упродовж виконання дисертаційної роботи, а також аналізу сучасних підходів до лікування постстресових психічних розладів за даними провідних світових науково-дослідних установ, викладених у клінічних рекомендаціях/директивах (з використанням методу AGREE II), сучасних

наукових оглядах досліджень, мета-аналізах, окремих наукових дослідженнях з високим рівнем доказовості отриманих результатів.

2. Обов'язковим доповненням психотерапії стрес-асоційованих психічних розладів в УЛБД є специфічна психофармакотерапія. Препаратами вибору терапії першої лінії слід вважати селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну: пароксетин, сертралін і флуоксетин, а також селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну – венлафаксин.

3. У якості препаратів вибору монотерапії другої (запасної) лінії у випадках, коли використання препаратів першої лінії з об'єктивних причин є неможливим, доцільно застосовувати препарати з групи нетипових антидепресантів – нефазодон, з групи трициклічних антидепресантів – іміпрамін.

4. У результаті апробації диференційованих індивідуалізованих програм психосоціальної реабілітації учасників локальних бойових дій зі станами дезадаптації встановлено ефективність застосування комплексної лікувально-діагностичної програми, яка за ознакою нівелювання симптомів ПТСР склала 85,7 % випадків в основній групі проти 67,3 % – в контрольній.

Список використаної літератури

1. The Management of Posttraumatic Stress Disorder Work Group. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 3.0, 2017. Режим доступу: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf (дата звернення: 01.09.2018).
2. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments / D. J. Lee, C. W. Schnitzlein, J. P. Wolf [et al.] // Depress. Anxiety. 2016. Vol. 33, issue 9. P. 792–806. DOI: 10.1002/da.22511.
3. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder / B. V. Watts, P. P. Schnurr, L. Mayo [et al.] // J. Clin. Psychiatry. 2013. Vol. 74, issue 6. P. e541–e550. DOI: 10.4088/JCP.12r08225.
4. Guideline appraisal with AGREE II: Systematic review of the current evidence on how users handle the 2 overall assessments / W. Hoffmann-Eßer, U. Siering, E. A. Neugebauer [et al.] // PloS one. 2017. Vol. 12, issue 3. P. e0174831. DOI: 10.1371/journal.pone.0174831.
5. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56, issue 1. P. 85–90.
6. Vreven D. L., Gudanowski D. M., King L. A., King D. W. The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: a psychometric evaluation. *J. of Traumatic Stress*. 1995. Vol. 8, issue 1. P. 91–109.
7. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : «Питер», 2001. С. 228–232.
8. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD. : U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs, 1976. 603 p.
9. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. М. : Медицина, 1978. 294 с.
10. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 р. № 121. Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_121_PTSR/2016_121_YKPMD_PTSR.pdf (дата звернення 05.09.2018).
11. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder / B. V. Watts, P. P. Schnurr, L. Mayo [et al.] // J. Clin. Psychiatry. 2013. Vol. 74, issue 6. P. 541–550. DOI: 10.4088/JCP.12r08225.
12. A randomizedcontrolled clinical trial of a patient decision aid for posttraumatic stress disorder / B. V. Watts, P. P. Schnurr, M. Zayed [et al.] // Psychiatr. Serv. 2015. Vol. 66, issue 2. P. 149–154. DOI: 10.1176/appi.ps.201400062.
13. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis / M. Hoskins, J. Pearce, A. Bethell [et al.] // Br. J. Psychiatry. 2015. Vol. 206, issue 2. P. 93–100. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.148551.

References

1. The Management of Posttraumatic Stress Disorder Work Group. (2017). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder.* Version 3.0. Retrieved from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf (accessed date: 01.09.2018).
2. Lee, D. J., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmusson, A. M., & Hoge, C. W. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depress. Anxiety*, vol. 33, issue 9, pp. 792–806. DOI: 10.1002/da.22511.
3. Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacyof treatments for posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry*, vol. 74, issue 6, pp. e541–e550. DOI: 10.4088/JCP.12r08225.
4. Hoffmann-Eßer, W., Siering, U., Neugebauer, E. A., Brockhaus, A. C., Lampert, U., & Eikermann, M. (2017). Guideline appraisal with AGREE II: Systematic review of the current evidence on how users handle the 2 overall assessments. *PloS one*, vol. 12, issue 3, pp. e0174831. DOI: 10.1371/journal.pone.0174831.
5. Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 56, issue 1, pp. 85–90.
6. Vreven, D. L., Gudanowski, D. M., King, L. A., & King, D. W. (1995). The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: a psychometric evaluation. *J. of Traumatic Stres,* vol. 8, issue 1, pp. 91–109.
7. Tarabrina, N. V. (2001). *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa* [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. SPb: Piter, pp. 228–232. (In Russian).
8. Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology.* Rockville, MD.: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs. 603 p.
9. Gubler, E. V. (1978). *Vychislitelnye metody analiza i raspoznavaniia patologicheskikh protsessov* [Computational methods of analysis and recognition of pathological processes]. Moscow: Meditsina, 294 p. (In Russian).
10. Ministry of Health of Ukraine (23.02.2016). *Unifikovanyi klinichnyi protocol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy. Reaktsiia na vazhkyi stres ta rozlady adaptatsii. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad* [Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical aid. Reaction to severe stress and adaptation disorders. Post-traumatic stress disorder]. (Order of the Ministry of Health of Ukraine No 121). Kyiv. Available at: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_121_PTSR/2016_121_YKPMD_PTSR.pdf (accessed date 05.09.2018). (In Ukrainian).
11. Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry*, vol. 74, issue 6, pp. 541–550. DOI: 10.4088/JCP.12r08225.
12. Watts, B. V., Schnurr, P. P., Zayed, M., Young-Xu, Y., Stender, P., & Llewellyn-Thomas, H. (2015). A randomizedcontrolled clinical trial of a patient decision aid for posttraumatic stress disorder. *Psychiatr. Serv.*, vol. 66, issue 2, pp. 149–154. DOI: 10.1176/appi.ps.201400062.
13. Hoskins, M., Pearce, J., Bethell, A., Dankova, L., Barbui. C., Tol, W. A., … Bisson, J. I. (2015). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, vol. 206, issue 2, pp. 93–100. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.148551.

Відомості про автора:

ЧЕРНЕНКО Інна Олександрівна – лікар клініки психіатрії (з палатами для наркологічних хворих) НВМКЦ «ГВКГ» Міністерства оборони України, капітан медичної служби, м. Київ, Україна;
e-mail: dgylia.as@gmail.com

Сведения об авторе:

ЧЕРНЕНКО Инна Александровна – врач клиники психиатрии (с палатами для наркологических больных) НВМКЦ «ГВКГ» министерства обороны Украины, капитан медицинской службы, м. Киев, Украина;
e-mail: dgylia.as@gmail.com

About the Author:

CHERNENKO Inna Oleksandrivna – doctor of psychiatry clinic (with chambers for narcological patients) of National Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital» of the Ministry of Defense of Ukraine, captain of medical service, Kyiv, Ukraine;
e-mail: dgylia.as@gmail.com