

І. В. Лінський, В. С. Підкоритов, В. Н. Кузьмінов, М. М. Денисенко, В. І. Заворотний, Р. В. Лакінський, О. В. Скринник, О. О. Мінко, В. В. Задорожний, Т. В. Ткаченко, Н. А. Малихіна, В. Р. Борзенко

ПРЕДИКТОРИ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИМИ РОЗЛАДАМИ ДО СТАНДАРТНОГО СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ¹

I. V. Linskiy, V. S. Pidkorytov, V. N. Kuzminov, M. M. Denysenko, V. I. Zavorotniy, R. V. Lakynskyi, O. V. Skrynnik, O. O. Minko, V. V. Zadorozhny, T. V. Tkachenko, N. A. Malykhina, V. R. Borzenko

PREDICTORS OF RESISTANCE OF PATIENTS WITH STRESS-RELATED DISORDERS TO STANDARD INPATIENT TREATMENT

Ключові слова: стрес-асоційовані розлади, стаціонарна терапія, предиктори резистентності

Keywords: stress-associated disorders, inpatient therapy, predictors of resistance

Мета роботи — пошук предикторів резистентності пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами до стандартного стаціонарного лікування.

Двократно (на початку і наприкінці стаціонарного лікування) за допомогою тесту Спілбергера — Ханіна, госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), тесту для виявлення розладів внаслідок вживання алкоголю (AUDIT), а також методики оцінки сприйняття якості життя (за Mezzich) обстежено 115 осіб зі скаргами на різноманітні наслідки травматичних подій, пов'язаних з участю у бойових діях або перебуванням у зоні бойових дій (серед них військових — 58 осіб (всі — чоловіки)), з такими діагнозами на момент госпіталізації: розлади адаптації (F43.2) — 44 особи; посттравматичний стресовий розлад (F43.1) — 36 осіб; тривожно-фобічні розлади (F40.0) — 20 осіб і тривожні розлади (F41) — 15 осіб. Отримані дані оброблено методами математичної статистики (дисперсійний та кореляційний аналізи) на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць Excel 2016 (з пакетом «Аналіз даних»).

Встановлено, що найбільш валідним критерієм для оцінювання терапевтичної резистентності пацієнтів із стрес-асоційованими розладами є ступінь зменшення виразності афективної симптоматики протягом лікування, з пороговим значенням такої редукції в 10 % від вихідного рівня тривоги, оціненою за відповідною субшкалою HADS. Використання цього критерію дало змогу поділити обстежених пацієнтів на дві нерівні групи: резистентних (редукція тривоги $\leq 10\%$ від її вихідного рівня) і з позитивною відповіддю на лікування (редукція тривоги $> 10\%$ від її вихідного рівня). Порівняння частот ознак, що вивчали, в цих групах дало змогу створити прогностичну таблицю із 13 предикторів терапевтичної резистентності. Характер ідентифікованих предикторів свідчить про те, що найважливішим сукупним фактором резистентності до терапії у обстежених пацієнтів є обтяжений різноманітними негараздами соматичний статус. Створено таблицю для прогнозування резистентності хворих на стрес-асоційовані розлади щодо стандартної стаціонарної терапії з рівнями чутливості, специфічності і безпомилковості (95,5 %, 97,4 % та 92,8 % відповідно), достатніми для її практичного використання.

The aim of the work is to find predictors of resistance of patients with stress-associated disorders to standard inpatient treatment.

Twice (at the beginning and end of inpatient treatment) using the Spielberger-Khanin test, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), as well as methods for assessing the quality of life (for Mezzich), 115 people with complaints of various consequences of traumatic events related to participation in combat or being in a combat zone (including military personnel — 58 people (all men)), with the following diagnoses at the time of hospitalization: adjustment disorders (F43.2) — 44 people; post-traumatic stress disorder (F43.1) — 36 people; anxiety-phobic disorders (F40.0) — 20 people and anxiety disorders (F41) — 15 people. The obtained data were processed by mathematical statistical methods (variance and correlation analyses) on a computer using Excel 2016 spreadsheets (with the Data Analysis package).

It was found that the most valid criterion for assessing therapeutic resistance of patients with stress-associated disorders is the degree of decrease in the severity of affective symptoms during treatment with a threshold value of such reduction of 10 % of the initial level of anxiety assessed by the corresponding subscale of HADS. The use of this criterion made it possible to divide the examined patients into two unequal groups: resistant (reduction in anxiety $\leq 10\%$ of the initial level) and with a positive response to treatment (reduction in anxiety $> 10\%$ of its initial level). Comparison of the frequencies of the studied features in these groups made it possible to create a prognostic table of 13 predictors of therapeutic resistance. The nature of the identified predictors indicates that the most important combined factor of resistance to therapy in the examined patients is the somatic status burdened with various troubles. A table has been created for predicting the resistance of patients with stress-associated disorders to standard inpatient therapy with levels of sensitivity, specificity and accuracy (95.5 %, 97.4 % and 92.8 % respectively) sufficient for its practical use.

¹ Перші дві частини дослідження опубліковано: Український вісник психоневрології. 2025: Т. 33, вип. 1 (122) і вип. 2 (123).

© Лінський І. В., Підкоритов В. С., Кузьмінов В. Н., Денисенко М. М., Заворотний В. І., Лакінський Р. В., Скринник О. В., Мінко О. О., Задорожний В. В., Ткаченко Т. В., Малихіна Н. А., Борзенко В. Р., 2025

Психічні травми можуть бути причиною різноманітних розладів психічного здоров'я: від гострої реакції на стрес і порушень адаптації до тривалого посттравматичного стресового розладу, простого чи комплексного [1—3].

Окрім того, потужні психотравми, які завжди супроводжують бойові дії, спричиняють численні коморбідні сполучення власне постстресових розладів з іншою психопатологією (тривожно-депресивними станами, гострими і хронічними розладами психотичного регістру тощо) [4]. Такі коморбідні сполучення часто виявляються більш резистентними до терапії, ніж «чисті» нозологічні форми, які є їхніми складниками [5]. Тому спеціалізована медична допомога (зокрема — в стаціонарних умовах) часто стає необхідним етапом в лікуванні пацієнтів з такими коморбідними розладами психічного здоров'я.

19 липня 2024 року наказом Міністерства охорони здоров'я України № 1265 був затверджений Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» (далі — Протокол) [6]. Цей Протокол передбачає комплексне лікування з використанням психотерапії і фармакотерапевтичних засобів. Протокол містить такі психотерапевтичні методи з доведеною ефективністю: травмафокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ); десенсибілізація та переробка рухом очей (ДПРО); когнітивно-процесуальна терапія (КПТ); а також пролонгована експозиційна терапія (ПЕТ). В тих випадках, коли йдеться про медикаментозне лікування, Протокол рекомендує обирати як терапію першої лінії селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), а саме пароксетин, сертралін та флуоксетин, або інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (венлафаксин). У разі позитивної відповіді на медикаментозне лікування воно, відповідно до Протоколу, має тривати не менше як 12 місяців [6].

Стаціонарне лікування триває набагато менше, ніж згадані вище 12 місяців. Проте, саме стаціонарне лікування, коли інтенсивність спілкування пацієнта з медичними працівниками та іншими фахівцями в сфері охорони психічного здоров'я сягає максимуму, є часом, коли може бути сформована і зміцнена віра пацієнта у можливість його одужання, що є запорукою успіху наступних етапів терапії. Підґрунтям для цих позитивних змін має бути зменшення виразності наявної симптоматики, досягнуте протягом госпітального етапу лікування.

В наших попередніх публікаціях щодо ефективності терапії пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами було описано динаміку власне постстресової, а також афективної і адиктивної симптоматики протягом курсу стандартного стаціонарного лікування [7; 8]. В результаті цих досліджень встановлено, що далеко не всі пацієнти позитивно відповідали на передбачене Протоколом лікування. Це, в свою чергу, ставить питання про те, а чи можна передба-

чити відповідь пацієнта на запланований курс терапії до того як він розпочнеться? Відповідь на це питання дала б змогу уникнути зайвих витрат часу і ресурсів, невиправданого медикаментозного навантаження на пацієнта, а головне — зробити своєчасні корективи плану лікування і таким способом досягти кращих його результатів.

Тому метою цього дослідження став пошук предикторів резистентності пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами до стандартного стаціонарного лікування.

Це — третя стаття в запланованій серії публікацій, присвячених результатам науково-дослідної роботи «Розробити метод комплексного лікування постстресових розладів, що розвинулись внаслідок бойових дій, з використанням інноваційних терапевтичних технологій» (№ держреєстрації 0123U104822; шифр НАМН.ПР.4П.24) що виконується в Державній установі «Інститут неврології, психіатрії та наркології ім. П. В. Волошина НАМН України» (далі — Інститут).

Дизайн дослідження передбачав двократне обстеження пацієнтів, що надходили в психіатричні відділення Інституту протягом 2024 року. Обстеження № 1 відбувалось протягом перших двох діб госпіталізації, а обстеження № 2 — протягом останніх двох діб стаціонарного лікування (перед випискою), середня тривалість періоду між обстеженнями № 1 і 2 становила $22,78 \pm 0,92$ доби.

Обидва обстеження здійснювали за допомогою незмінного набору методів дослідження, а саме: шкала стійкості до стресу Коннора — Девідсона, (CD-RISC-25) [9; 10], тест Спілбергера — Ханіна [11—13], госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) [14; 15], Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (M-PTSD) [16; 17], тест для виявлення розладів внаслідок вживання алкоголю (AUDIT) [18], а також методика оцінки сприйняття якості життя (за Mezzich) [19; 20]. Окрім того, під час обстеження № 1 використовували Стенфордський опитувальник щодо гострої реакції на стрес (SASRQ) [21; 22], а також розроблену авторами цієї статті анамнестичну анкету, що включала 172 запитання стосовно сімейного і матеріального стану, професійної діяльності, перенесених травм і захворювань, скарг на стан здоров'я, наявності захворювань у найближчих родичів та способу життя. Обстеження виконували треновані інтерв'юери методом *face to face* після отримання відповідної інформованої згоди від пацієнта.

З огляду на великий обсяг отриманих даних, що і далі збільшується, а також з огляду на те, що ця стаття є третьою із серії запланованих подібних публікацій, в ній буде висвітлено лише частину інформації, отриманої за допомогою згаданого вище інструментарію, а саме — дані, отримані за допомогою Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (M-PTSD) [16; 17], тесту Спілбергера — Ханіна [11—13] та госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) [14; 15], а також розробленої авторами цієї статті анамнестичної анкети.

Загалом на момент підготовки цієї публікації обстежено 115 осіб зі скаргами на різноманітні наслідки травматичних подій, пов'язаних з участю у бойових діях або перебуванням у зоні бойових дій (серед них військових — 58 осіб (всі — чоловіки)). За ознакою діагнозу на момент ушпиталення обстежувані особи розподілялись так: з розладами адаптації (F43.2) — 44 особи; з посттравматичним стресовим розладом (F43.1) — 36 осіб; з тривожно-фобічними розладами (F40.0) — 20 осіб і з тривожними розладами (F41) — 15 осіб. Із 115 обстежених 87 осіб (75,7 %) завершили повну програму дослідження (курс лікування + два обстеження).

Отримані дані обробляли методами математичної статистики (дисперсійний та кореляційний аналізи [23]) на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць Excel 2016 (з пакетом «Аналіз даних»). Окрім того, в процесі пошуку значущих предикторів терапевтичної резистентності для кожної проаналізованої ознаки обчислені діагностичний коефіцієнт (ДК) і міра інформативності (МІ) Кульбака з побудовою на їх основі відповідних прогностичних таблиць [24].

Раніше [7; 8] було показано, що частка пацієнтів з позитивною відповіддю на лікування сильно залежала від критеріїв (типу симптоматики та дослідницького інструментарію), що використовували для такої оцінки, і була в межах від 45,87 % до 66,04 %.

Однак, пошук предикторів резистентності пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами до стандартного стаціонарного лікування за сукупністю критеріїв є технічно складним завданням. Зрозуміло також, що методика прогнозування відгуку пацієнтів на терапію, створена на такій основі, невідворотно буде громіздкою і незручною у практичному використанні. Саме тому для пошуку предикторів, про які йдеться, слід було обрати лише один, найбільш надійний критерій. Для цього проведено порівняльний аналіз середніх значень редукції симптоматики протягом стаціонарного лікування, а також частки пацієнтів з різними результатами лікування залежно від використання різних діагностичних інструментів (критеріїв оцінки) (табл. 1).

Встановлено, що найбільші середні значення редукції симптоматики протягом стаціонарного лікування ($28,20 \pm 3,17$ %) і найбільша частка пацієнтів з позитивним відгуком на терапію (66,04 %) виявлені з використанням субшкали тривоги HADS (див. табл. 1).

Окрім того, було показано, що зв'язок оцінки редукції психопатологічної симптоматики протягом лікування за допомогою субшкали тривоги HADS з іншими такими оцінками має найвище середнє значення коефіцієнта кореляцій ($r = 0,61$) серед інших подібних величин (табл. 2).

Таблиця 1. Середні значення редукції симптоматики протягом стаціонарного лікування, а також частки пацієнтів з різними результатами лікування залежно від використання різних діагностичних інструментів (критеріїв оцінки)

Діагностичний інструмент (критерії оцінки)		Середні значення редукції симптоматики, %	Частка пацієнтів з різними результатами лікування, %		
			погіршення	без змін	покращення
Тест Спілбергера — Ханіна	Ситуативна тривога	$11,99 \pm 2,09$	9,09	39,09	51,82
	Особистісна тривожність	$7,91 \pm 1,54$	10,91	52,73	36,36
Шкала HADS	Субшкала тривоги	$28,20 \pm 3,17$	11,32	22,64	66,04
	Субшкала депресії	$21,67 \pm 3,30$	16,67	22,22	61,11
Шкала М-PTSD		$11,06 \pm 1,64$	5,50	48,62	45,87

Примітки: Середні значення подані у форматі «середня арифметична $\pm$ стандартна похибка середньої арифметичної» ($M \pm m$). Для усереднення у кожного обстеженого пацієнта за 100 % прийнято значення характеристик на початку лікування. Кваліфікація різниці у виразності симптоматики під час обстежень № 1 і 2: ± 10 % — без змін; більше ніж $+10$ % — покращення; менше ніж -10 % — погіршення стану пацієнта

Таблиця 2. Кореляція оцінок редукції психопатологічної симптоматики протягом лікування, отриманих за допомогою різних психодіагностичних інструментів

Діагностичний інструмент (критерії оцінки)		Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена					
		Тест Спілбергера — Ханіна		Шкала HADS		Шкала М-PTSD	Середні
		Ситуативна тривога	Особистісна тривожність	Субшкала тривоги	Субшкала депресії		
Тест Спілбергера — Ханіна	Ситуативна тривога	—	0,70	0,64	0,57	0,46	0,59
	Особистісна тривожність	0,70	—	0,62	0,49	0,41	0,56
Шкала HADS	Субшкала тривоги	0,64	0,62	—	0,56	0,60	0,61
	Субшкала депресії	0,57	0,49	0,56	—	0,50	0,53
Шкала М-PTSD		0,46	0,41	0,60	0,50	—	0,49
Середні		0,59	0,56	0,61	0,53	0,49	—

З огляду на сказане вище, саме результати використання субшкали тривоги HADS були обрані як критерій для пошуку предикторів терапевтичної резистентності, про яку йдеться.

З цієї метою із 115 осіб було відібрано 105 пацієнтів, що пройшли двократне обстеження з використанням HADS. Вони були поділені на дві групи: групу стійких до терапії пацієнтів (резистентних), у яких редукція симптоматики за субшкалою тривоги HADS була меншою або рівною +10 % від її вихідного рівня (36 осіб), і на групу осіб з позитивною відповіддю на лікування (респондентні), у яких редукція симптоматики за субшкалою тривоги HADS була більшою ніж +10 % від її вихідного рівня (69 осіб).

Далі здійснювали порівняльний аналіз частот всіх анамнестичних ознак, що були доступні під час обстеження № 1 (на початку лікування), з подальшим обчисленням ДК і МІ для кожної із них [24]. В процесі цього порівняльного аналізу якісні ознаки оцінювали безпосередньо за частотою їх наявності-відсутності, а кількісні ознаки — з урахуванням їхніх діапазонів, водночас межі між цими діапазонами визначали за критерієм максимальної відмінності виокремлених на їх основі розподілів з використанням процедури Колмогорова — Смірнова [24].

В результаті цієї роботи отримано перелік статистично достовірних ($p < 0,05$) предикторів резистентності пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами до стандартного стаціонарного лікування (табл. 3).

Таблиця 3. Статистично достовірні предиктори резистентності пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами до стандартного стаціонарного лікування

Предиктори			Кількість, осіб		Частота, %		p	ДК	МІ
			Резистентні ($n = 36$)	Респондентні ($n = 69$)	Резистентні ($n = 36$)	Респондентні ($n = 69$)			
1. Загальна інформація	1.1. Стать	Чоловік	29	37	80,56	53,62	0,007	-1,77	0,24
	1.2. Статус	Військові	22	28	61,11	40,58	0,046	-1,78	0,18
	1.3. Вік	≥ 33 роки	31	42	86,11	60,87	0,008	-1,51	0,19
	1.4. Трудовий стаж	≥ 11 років	26	30	72,22	43,48	0,014	-2,20	0,32
	Сума мір інформативності Кульбака (ΣMI)								0,93
2. Перенесені хвороби і операції	2.1. Операції	Інші операції (з приводу поранень)	15	12	41,67	17,39	0,007	-3,79	0,46
	2.2. Хвороби органів кровообігу	Гіпертонічна хвороба	10	7	27,78	10,14	0,020	-4,37	0,39
	2.3. Хронічні захворювання легень	Бронхіт	10	8	27,78	11,59	0,037	-3,79	0,31
		Пневмонія	6	2	16,67	2,90	0,012	-7,60	0,52
	ΣMI								1,68
3. Основні скарги:	3.1. З боку нервової системи	Головний біль	33	49	91,67	71,01	0,015	-1,11	0,11
		Шум у голові	29	40	80,56	57,97	0,021	-1,43	0,16
	3.2. З боку ЛОР-органів:	Біль у горлі	10	6	27,78	8,70	0,010	-5,04	0,48
	3.3. З боку системи травлення	Біль у животі	7	2	19,44	2,90	0,004	-8,27	0,68
	3.4. З боку опорно-рухової системи	Біль у хребті	19	22	52,78	31,88	0,037	-2,19	0,23
	ΣMI								1,66

Примітка: p — достовірність відмінностей між групами порівняння за критерієм « t »; достовірні відмінності ($p < 0,05$) виділені сірим кольором

Встановлено (див. табл. 3), що найбільш інформативною щодо прогнозування терапевтичної резистентності є категорія ознак «перенесені хвороби і операції» ($\Sigma MI = 1,68$), серед яких найбільш інформативними виявились хронічна пневмонія ($MI = 0,52$) і операції з приводу поранень ($MI = 0,46$).

Трохи менш інформативною виявилась категорія ознак «основні скарги» ($\Sigma MI = 1,66$), водночас найбільш інформативними виявились скарги на біль у животі ($MI = 0,68$) і на біль в горлі ($MI = 0,48$). Забігаючи наперед, слід сказати, що скарги на біль у животі взагалі виявились найбільш інформативним предик-

тором резистентності до терапії у хворих на стрес-асоційовані розлади серед усіх ознак, що вивчали. Причина цього феномена може пояснюватись не тільки тим, що біль у животі завдає додаткових страждань пацієнту і таким чином ускладнює процес одужання. Скарги на біль такої локалізації свідчать про дисфункцію шлунково-кишкового тракту, що в свою чергу може супроводжуватись порушенням всмоктування лікарських засобів, які вживають перорально. Внаслідок цього концентрація таких ліків в крові пацієнта може бути значно нижчою за рівень, який мав би забезпечити належний терапевтичний ефект.

Нарешті, найменш інформативною слід визнати категорію ознак «загальна інформація» ($\Sigma MI = 0,93$), водночас найбільш інформативними предиктором цієї категорії виявився трудовий стаж ≥ 11 років ($MI = 0,32$) і чоловіча стать ($MI = 0,24$). Наведені обставини свідчать про те, що старші за віком чоловіки, які мають достатній життєвий та трудовий досвід, менш емотивні і більш скептично ставляться до терапії, більше звертаючи увагу на соматичні негаразди.

Визначені предиктори використовували далі для прогнозування терапевтичної резистентності пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами зі створенням відповідної прогностичної таблиці (табл. 4) і застосування щодо наведених в ній даних послідовної процедури Вальда у модифікації Гублера [24]. Ця модифікація дає змогу використовувати для діагностики (або прогнозування) сукупності ознак (маркерів або предикторів певного стану).

Процедура починається з обрання найбільш інформативної ознаки (ознаки з найбільшою MI) і оцінки її ДК. Якщо модуль ДК цієї ознаки перевищує порогове значення, що відповідають певним рівням достовірності діагностичного (або прогностичного) висновку ($13; 20$ і 30 умовних одиниць для висновків з достовірністю $p < 0,05; p < 0,01$ і $p < 0,001$ відповідно [24]), то така ознака вважається самодостатньою (патогномонічною), чия сольна наявність (без потреби використання інших ознак) переконливо свідчить про наявність стану, що діагностується (або прогнозується). Якщо модуль ДК навіть самої інформативної ознаки менший за згадані порогові значення, виникає потреба у використанні двох або більше ознак (за спаданням їх MI) з додаванням їхніх ДК один до одного, поки модуль суми таких ДК не досягне одного із порогових значень, що відповідає бажаному рівню достовірності діагностичного (або прогностичного) висновку [24].

Таблиця 4. Таблиця для прогнозування резистентності до терапії пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами

Ч. ч.	Предиктори	ДК*	MI*	ΣDK^*
1	Скарги на біль у животі	-8,27	0,68	-8,27
2	Наявність хронічної пневмонії в анамнезі	-7,60	0,52	-15,87
3	Скарги на біль у горлі	-5,04	0,48	-20,91
4	Наявність хірургічних операцій (з приводу поранень) в анамнезі	-3,79	0,46	-24,70
5	Наявність гіпертонічної хвороби в анамнезі	-4,37	0,39	-29,07
6	Трудовий стаж ≥ 11 років	-2,20	0,32	-31,27
7	Наявність хронічного бронхіту в анамнезі	-3,79	0,31	-35,06
8	Чоловіча стать	-1,77	0,24	-36,83
9	Скарги на біль у хребті	-2,19	0,23	-39,02
10	Вік ≥ 33 років	-1,51	0,19	-38,88
11	Статус — військовослужбовець	-1,78	0,18	-40,66
12	Скарги на шум у голові	-1,43	0,16	-42,09
13	Скарги на головний біль	-1,11	0,11	-43,20

Як можна бачити, модуль ДК жодного із наведених у таблиці 4 предикторів не перевищує першого порогового значення в 13 умовних одиниць, що відповідає мінімальному рівню достовірності висновку ($p < 0,05$), прийнятому в медико-біологічних дослідженнях. Отже, можна зробити висновок про те, що жодний із наведених у таблиці 4 предикторів не є самодостатнім. Проте, в таблиці 4 достатньо інформативних предикторів для впевненого прогнозування терапевтичної резистентності у пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами.

Наприклад, наявність у пацієнта перших двох предикторів із таблиці 4 (скарги на біль у животі та хронічна пневмонія в анамнезі) вже забезпечує достовірність висновку про терапевтичну резистентність на рівні не гірше $p < 0,05$, оскільки для такої сукупності ознак $\Sigma DK > 13$ (див. табл. 4).

Так само наявність у пацієнта перших трьох предикторів із таблиці 4 (скарги на біль у горлі і у животі та хронічна пневмонія в анамнезі) забезпечує достовірність висновку про терапевтичну резистентність на рівні не гірше $p < 0,01$, оскільки для такої сукупності ознак $\Sigma DK > 20$ (див. табл. 4).

Нарешті, наявність у пацієнта перших шести предикторів із таблиці 4 (скарги на біль у горлі і у животі; хронічна пневмонія, гіпертонічна хвороба та хірургічні операції з приводу поранень в анамнезі, а також трудовий стаж ≥ 11 років) забезпечує достовірність висновку про терапевтичну резистентність на рівні не гірше $p < 0,001$, оскільки для такої сукупності ознак $\Sigma DK > 30$ (див. табл. 4).

Легко помітити, що найбільш інформативними предикторами резистентності до терапії у пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами є ознаки актуальних соматичних розладів (скарги), а також наявність соматичних хронічних хвороб в анамнезі. Це дає змогу зробити висновок про те, що найважливішим сукупним фактором резистентності до терапії наявної психопатології у обстежених пацієнтів був обтяжений різноманітними негараздами соматичний статус. Останнє спостереження зайвий раз свідчить про тісну взаємозалежність психічного і соматичного.

В процесі апробації прогностичної таблиці 4, її застосуванням у складі послідовної процедури Вальда в модифікації Гублера серед пацієнтів з відомими результатами лікування, показано, що вона забезпечує чутливість, специфічність і безпомилковість (95,5 %, 97,4 % та 92,8 % відповідно) на рівні, достатньому для її практичного використання.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків:

1. Найбільш валідним критерієм для оцінки терапевтичної резистентності пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами є ступінь зменшення виразності афективної симптоматики протягом лікування, з пороговим значенням такої редукції в 10 % від вихідного рівня тривоги, оціненою за відповідною субшкалою HADS.

2. Використання цього критерію дало змогу поділити пацієнтів, що пройшли двократне обстеження

з використанням HADS (105 осіб), на дві нерівні групи: групу резистентних до терапії з рівнем редукції тривоги $\leq 10\%$ від її вихідного рівня (36 осіб, або 34,3 %) і на групу осіб з позитивною відповіддю на лікування з рівнем редукції тривоги $> 10\%$ від її вихідного рівня (69 осіб, або 65,7 %).

3. Порівняння частот ознак, що вивчали, в виокремлених групах дало змогу створити прогностичну таблицю із 13 предикторів терапевтичної резистентності, серед яких найбільш інформативними виявились скарги на біль у животі (ДК = -8,27; MI = 0,68); наявність хронічної пневмонії в анамнезі (ДК = -7,60; MI = 0,52) та скарги на біль у горлі (ДК = -5,04; MI = 0,48).

4. Характер ідентифікованих предикторів свідчить про те, що найважливішим сукупним фактором резистентності до терапії у пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами є обтяжений різноманітними негараздами соматичний статус, що зайвий раз свідчить про тісну взаємозалежність психічного і соматичного.

5. В процесі апробації прогностичної таблиці її застосування у складі послідовної процедури Вальда в модифікації Гублера серед пацієнтів з відомими результатами лікування показано, що вона забезпечує чутливість, специфічність і безпомилковість (95,5 %, 97,4 % та 92,8 % відповідно) на рівні, достатньому для її практичного використання.

(Далі буде)

Конфлікт інтересів

Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Подяки

Автори висловлюють щире вдячність лаборанту відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології ім. П. В. Волошина НАМН України» Снисаренко Наталії Володимирівні за допомогу у формуванні електронної бази даних.

Фінансування

Ця стаття написана на основі матеріалів, що були зібрані в процесі виконання науково-дослідної роботи «Розробити метод комплексного лікування постстресових розладів, що розвинулись внаслідок бойових дій, з використанням інноваційних терапевтичних технологій» (№ держреєстрації 0123U104822; шифр НАМН.ПР.4П.24), що фінансується Національною академією медичних наук України.

Список літератури

1. Богомолец О. В. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / О. В. Богомолец, І. Я. Пінчук, А. К. Ладик-Бризгалова // Архів психіатрії. 2016. Вип. 22, № 2. С. 11—15. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_4
2. Аймедов К. В. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу / К. В. Аймедов, Ю. О. Асєєва, О. А. Толмачов // Там само. С. 128—129. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_43
3. Безшейко В. Г. Діагностика постстресових розладів: погляд на проблему // Медична психологія. 2016. № 1. С. 99—104. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2016_11_1_19
4. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів / [М. М. Денисенко, Р. В. Лакінський, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський] // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 40—44.
5. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик : навчальний посібник / [Н. О. Євдокимова, В. Л. Зликов, С. О. Лукомська, О. В. Федан]. Миколаїв : Іліон, 2016. 341 с.
6. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» (затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України 19 липня 2024 року № 1265). https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf
7. Динаміка постстресової симптоматики у пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами протягом стандартного стаціонарного лікування / Лінський І. В., Підкоритов В. С., Кузьмінов В. Н. [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2025. Т. 33, вип. 1 (122). С. 4—12. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-1>
8. Динаміка афективної і адиктивної симптоматики та якості життя у пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами протягом стандартного стаціонарного лікування / Лінський І. В., Підкоритов В. С., Кузьмінов В. Н. [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2025. Т. 33, вип. 2 (123). С. 33—42. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is2-2025-6>
9. Connor K. M., Davidson J. R. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) // Depression and Anxiety. 2003. Vol. 18(2). P. 76—82. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.10113>
10. Адаптація та валідація україномовної версії шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10): Апробація у хворих на анкілозивний спондиліт / Шоліна Н. В., Шаповал І. І., Орлова І. В. [та ін.] // Український ревматологічний журнал. 2020. № 2 (80). С. 66—72. DOI: <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>
11. Spielberger C. D. Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory: STAI (form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
12. Моргун В. Ф. Основи психологічної діагностики : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / В. Ф. Моргун, І. Г. Тітов. Київ : Вид-во Слово, 2009. 234 с.
13. Основи психології : підручник / за заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. Київ : Вид-во Либідь, 2002. 630 с.
14. Zigmond, A. S.; Snaith, R. P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983. Vol. 67 (6). P. 361—370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
15. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / [Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О. та ін.]. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/Посібник%20НПС_16.pdf
16. Keane T. M. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity / T. M. Keane, J. M. Caddell, K. L. Taylor // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988. Vol. 56(1). P. 85—90. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.56.1.85>
17. The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: a psychometric evaluation / [Vreven D. L., Gudanowski D. M., King L. A., King D. W.] // Journal of Traumatic Stress. 1995. Vol. 8(1). P. 91—109. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.2490080107>

18. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption / Saunders J. B., Aasland O. G., Babor T. F. [et al.] // *Addiction*. 1993. Vol. 88 (6). P. 791—804. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x

19. Validation of an efficient quality of life index / J. E. Mez-zich, N. Cohen, J. Liu [et al.] // *Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry*. Hamburg, 1999. P. 427—428.

20. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Марута Н. А., Панько Т. В., Явдак И. А. [и др.] ; под общ. ред. Н. А. Маруты. Харьков : Арсис, 2004. 240 с.

21. Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress / Cardeña E., Koopman C., Classen C. [et al.] // *J Trauma Stress*. 2000. Vol. 13(4). P. 719—734. DOI: 10.1023/A:1007822603186

22. Lötvall R. A 20+ review of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ) Psychometric properties and findings / R. Lötvall, Å. Palmberg & E. Cardeña // *European Journal of Trauma and Dissociation*. 2022. Vol. 6 (3). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100269>

23. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабиц. Киев : «Моріон». 2000. 320 с.

24. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Москва : Медицина, 1978. 294 с.

References

1. Bohomolets O. V., Pinchuk I. Ya., Ladyk-Bryzghalova A. K. Poshyrenist ta struktura posttravmatychnykh psykhychnykh porushen v uchasnykiv boiovykh dii. [Prevalence and structure of post-traumatic mental disorders in combatants]. *Arkhiv psykhiatrii* [Archives of Psychiatry]. 2016;22(2):11–15. http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_4 (In Ukrainian).

2. Aïmedov K. V., Asieieva Yu. O., Tolmachov O. A. Suchasna diahnostrychna kontseptsii posttravmatychnoho stresovoho rozladu. [Modern diagnostic concept of post-traumatic stress disorder]. *Arkhiv psykhiatrii* [Archives of Psychiatry]. 2016;22(2):128–129. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_43. (In Ukrainian).

3. Bezsheiko V. H. Diahnostryka poststresovykh rozladiv: pohliad na problemu [Diagnosis of post-stress disorders: a view on the problem]. *Medychna psykholohiia* [Medical Psychology]. 2016;1:99–104. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2016_11_1_19. (In Ukrainian).

4. Denysenko M. M., Lakynskyi R. V., Shestopalova L. F., Linskiy I. V. Osnovni klinichni varianty poststresovykh rozladiv u kombatanitv [Main clinical variants of post-stress disorders in combatants]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohiï* [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]. 2017. Vol. 25, issue 2 (91). P. 40–44. (In Ukrainian).

5. Yevdokymova N. O., Zlyvkov V. L., Lukomska S. O., Fedan O. V. Osobystist u kryzovykh sytuatsiiakh: ohliad suchasnykh psykhdiahnostrychnykh metodykh [Personality in crisis situations: a review of modern psychodiagnostic methods]. *Mykolaiv*, 2016. 341 p. (In Ukrainian).

6. Ministry of Health of Ukraine. *Unified clinical protocol for primary and specialized medical care "Acute stress reaction. Post-traumatic stress disorder. Adaptation disorders"* (approved by Order dated July 19, 2024 No. 1265). <https://moz.gov.ua/>

storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf. (In Ukrainian).

7. Linskiy I. V., Pidkorytov V. S., Kuzminov V. N., Denysenko M. M., Zavorotnyi V. I., Lakynskyi R. V., Skrynnyk O. V., Minko O. O., Zadorozhnyi V. V., Tkachenko T. V., Malykhina N. A., Borzenko V. R. Dynamika poststresovoi symptomatyky u patsiientiv zi stres-asotsiiiovanykh rozladamy protiahom standartnoho statsionarnoho likuvannia [Dynamics of post-stress symptoms in patients with stress-associated disorders during standard inpatient treatment]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohiï* [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]. 2025. Vol. 33, issue 1 (122). P. 4–12. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-1>. (In Ukrainian).

8. Linskiy I. V., Pidkorytov V. S., Kuzminov V. N., Denysenko M. M., Zavorotnyi V. I., Lakynskyi R. V., Skrynnyk O. V., Minko O. O., Zadorozhnyi V. V., Tkachenko T. V., Malykhina N. A., Borzenko V. R. Dynamika afektyvnoi i adyktivnoi symptomatyky ta iakosti zhyttia u patsiientiv zi stres-asotsiiiovanykh rozladamy protiahom standartnoho statsionarnoho likuvannia. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohiï* [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]. 2025. Vol. 33, issue 2 (123). P. 33–42. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is2-2025-6>. (In Ukrainian).

9. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76–82. doi:10.1002/da.10113

10. Shkolina N. V., Shapoval I. I., Orlova I. V., Kedyk I. O., Stanislavchuk M. A. Adaptatsiia ta validyzatsiia ukrainomovnoi versii shkaly stresostiikosti Konnora-Devidsona-10 (CD-RISC-10): Aprobatysii u khvorykh na ankilozyvnyi spondylit [Adaptation and validation of the Ukrainian version of the Connor-Davidson Stress Resilience Scale-10 (CD-RISC-10): Testing in patients with ankylosing spondylitis]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal* [Ukrainian Journal of Rheumatology]. 2020;2(80):66–72. <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>. (In Ukrainian).

11. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.

12. Morhun, V. F., Titov I. H. *Osnovy psykholohichnoi diahnostryky* [Fundamentals of psychological diagnostics]. Kyiv, 2009. 234 p. (In Ukrainian).

13. *Osnovy psykholohii* [Fundamentals of Psychology]. Edited by O. V. Kyrychuk, V. A. Romenets. Kyiv, 2002. 630 p. (In Ukrainian).

14. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

15. Ahaiev N. A., Kokun O. M., Pishko I. O., Lozinska N. S., Ostapchuk V. V., Tkachenko V. V. *Zbirnyk metodykh dlia diahnostryky nehatyvnykh psykhychnykh staniv viiskovosluzhbovtiv* [Collection of methods for diagnosing negative mental states of military personnel]. Kyiv: Research and Development Center of the Armed Forces of Ukraine, 2016. 234 p. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/Посібник%20НПС_16.pdf. (In Ukrainian).

16. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(1):85–90. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.56.1.85>

17. Vreven D.L., Gudowski D.M., King L.A., King D.W. The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: a psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*. 1995;8(1):91–109. <https://doi.org/10.1002/jts.2490080107>

18. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption—II. *Addiction*. 1993;88(6):791–804. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x

19. Mezzich J. E., Cohen N., Liu J., Ruiperez M., Yoon G., Igbal S., Perez C. Validation of an efficient quality of life index. *Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry*. Hamburg, 1999. P. 427–428.

20. Maruta N. A., Panko T. V., Yavdak I. A., Semykina E. E., Kolyadko S. P., Kalenskaya G. Yu. *Kriteriy kachestva zhizni v psikhiatricheskoy praktike [Criterion of quality of life in psychiatric practice]*. Ed. N. A. Maruta. Kharkov, 2004. 240 p. (In Russian).

21. Cardeña E, Koopman C, Classen C, Waelde LC, Spiegel D. Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable mea-

sure of acute stress. *J Trauma Stress*. 2000;13(4):719–734. doi:10.1023/A:1007822603186

22. Lötvald R, Palmborg Å & Cardeña E. A 20-years+ review of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): Psychometric properties and findings. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 2022;6(3). Article 100269. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100269>

23. Lapach S.N., Chubenko A.V., Babich P.N. *Statistical methods in medical and biological research using Excel*. Kyiv, 2000. 320 p. (In Russian).

24. Gubler E. V. *Vychislitelnyye metody analiza i raspoznavaniya patologicheskikh protsessov*. Moskva: Meditsina, 1978. 294 p. (In Russian).

Надійшла до редакції 23.06.2025

Відомості про авторів:

ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович, доктор медичних наук, професор, директор Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України»); професор кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

ПІДКОРИТОВ Валерій Семенович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України», м. Харків, Україна

КУЗЬМІНОВ Валерій Никифорович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*; асистент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*

ЗАВОРОТНИЙ В'ячеслав Іванович, кандидат медичних наук, завідувач клініки відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України», м. Харків, Україна

ЛАКИНСЬКИЙ Роман Вікторович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*

СКРИННИК Ольга В'ячеславівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України», м. Харків, Україна

МИНКО Олексій Олександрович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*

ЗАДОРОВНИЙ Володимир Володимирович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*

ТКАЧЕНКО Тетяна Володимирівна, кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник відділу*

МАЛИХІНА Наталія Анатоліївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*

БОРЗЕНКО Віктор Русланович, аспірант кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

* — відділ невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

LINSKIY Igor, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of the State Institution "P. V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("P. V. Voloshyn INPN of the NAMS of Ukraine" SI); Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

PIDKORYTOV Valeriy, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Clinical, Social and Child Psychiatry of the "P. V. Voloshyn INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

KUZMINOV Valeriy, MD, PhD, Leading Researcher of the Department**, Assistant Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

DENYSENKO Mykhailo, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department**

ZAVOROTNIY Vyacheslav, MD, PhD, Head of the Clinic of the Department of Clinical, Social and Child Psychiatry of the "P. V. Voloshyn INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

LAKYNSKYI Roman, MD, PhD, Senior Researcher of the Department**

SKRYNNIK Olga, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Clinical, Social and Child Psychiatry of the "P. V. Voloshyn INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

MINKO Oleksiy, MD, PhD, Senior Researcher of the Department**

ZADOROZHNY Volodymyr, MD, PhD, Leading Researcher of the Department**

TKACHENKO Tetiana, PhD of Psychological Sciences, Leading Researcher of the Department**

MALYKHINA Natalia, MD, PhD, Senior Researcher of the Department**

BORZENKO Viktor, Postgraduate Student of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

** — Department of Emergency Psychiatry and Narcology of the "P. V. Voloshyn INPN of the NAMS of Ukraine", Kharkiv, Ukraine