

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ  
СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ

**ІЛЬНИЦЬКА ТЕТЯНА ЮРІЇВНА**

УДК 616.89-008.47/.48-06:[616.89:159.944.4-057.36:355.4(477.6)]

**КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ  
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ  
В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ  
З ГІПЕРКІНЕТИЧНИМ РОЗЛАДОМ У ПРЕМОРБІДІ**

14.01.16 – психіатрія

Автореферат  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

Київ – 2018

Дисертацією є рукопис

Роботу виконано в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

**Науковий керівник** – доктор медичних наук, старший науковий співробітник **Пінчук Ірина Яківна**, Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, директор

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Пустовойт Михайло Михайлович**, Одеський національний медичний університет, кафедра психіатрії та наркології, завідувач кафедри;

доктор медичних наук, професор **Хаустова Олена Олександрівна**, Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця МОЗ України, кафедра психосоматичної медицини і психотерапії.

Захист відбудеться «12» червня 2018 р. о 10:00 на засіданні спеціалізованої вченої ради К 26.620.01 в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за адресою: 01080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за адресою: 01080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103.

Автореферат розісланий « \_\_ » травня 2018 р.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради,  
кандидат медичних наук



О. П. Олійник

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Діагностика посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який за останні роки набув актуальності в Україні, незважаючи на досить чіткі критерії його визначення, лишається проблемною в реальній клінічній практиці (І.Я. Пінчук, 2015; Н.О. Марута, 2016). Значною мірою це обумовлено не тільки проявами стигматизації та самостигматизації, а й наявністю коморбідних станів, коли симптоми ПТСР перекриваються, маскуються або спотворюються іншими соматичними і психічними розладами (І.Я. Пінчук, 2016).

Одним із таких коморбідних станів є гіперкінетичний розлад (ГКР), який характеризується моторною гіперактивністю, порушенням уваги та імпульсивністю і призводить до виражених порушень функціонування індивіда в основних сферах життя (R.C. Kessler, 1995; L.A. Adler et al., 2004; Z. Adams et al., 2015).

Досить тривалий час науковці вважали, що ГКР характерний тільки для осіб дитячого віку. Однак у 70-х роках XIX ст. з'явилися наукові публікації, у яких було описано симптоми ГКР у дорослих. А 1987 року в DSM-III-R окремо виділено розділ, присвячений діагностиці ГКР у популяції дорослих. Пізніше схожі дані було отримано також у результаті ретроспективних досліджень (R.A. Barkley et al., 2002; M.D. Glick, 2009). Відповідно до даних дослідження коморбідності (NCS-R, 2004), поширеність гіперкінетичного розладу в дорослій популяції становить 4,4 % (L. Adler et al., 2008). Зокрема, особи із зазначеною нозологією в дорослому віці рідко звертаються за допомогою до лікарів, що здебільшого призводить до виникнення супутніх психічних захворювань і негативних соціальних наслідків. Серед дорослих осіб із ГКР 79 % мають коморбідний психічний розлад (R.A. Barkley, 2006), із яких 20–45 % – антисоціальна поведінка, 25 % – антисоціальний розлад особистості; 12 % – зловживання алкоголем/наркотичними речовинами, афективні, тривожні, соматоформні розлади та ін.

Отже, сьогодні є достатньо даних, що підтверджують можливість збереження симптомів гіперкінетичного розладу в дорослому віці. Результати досліджень свідчать про можливі значні негативні соціальні наслідки ГКР як для самого пацієнта, так і для суспільства загалом. Так, в осіб із ГКР без адекватного лікування частіше спостерігаються ознаки дезадаптації, вони часто змінюють місце роботи та скоюють антисоціальні дії, що може призводити до значних економічних витрат задля ліквідації наслідків такої поведінки.

Діагностика ГКР у дорослих є складною процедурою, особливо, коли діагноз не був встановлений у дитячому віці. Попри те, що етіопатогенетична концептуалізація ГКР ще не до кінця визначена, вказана нозологія має достатньо чітко окреслені діагностичні межі. У міжнародній класифікації психічних хвороб 10-го перегляду (МКХ-10 – The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines) розлади з дефіцитом уваги та гіперактивністю віднесено до рубрик F90 (гіперкінетичні розлади) і F84.4 (гіперкінетичні розлади, що поєднуються з розумовою відсталістю та стереотипними рухами). В такий спосіб розмежовано два патологічні процеси: розлад із дефіцитом уваги і гіперактивністю та первазивні розлади з гіперактивністю. Крім того, у межах рубрики F90 розрізняють F90.0 (Порушення

активності та уваги) – розлад, при якому в клінічній картині домінують порушення концентрації уваги і відволікаємість, та F90.1 (Гіперкінетичні розлади поведінки) – розлад із дефіцитом уваги та імпульсивністю. Так, у DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/4th edition, text revision) використовують подібні дефініції: «стани з дефіцитом уваги», «гіперактивний розлад із дефіцитом уваги». Акцент робиться на тому факті, що саме дефіцит уваги є ключовим розладом при гіперактивності. У DSM-5 виділяють декілька підтипів ГКР: переважно з порушенням уваги, переважно з гіперактивністю чи імпульсивністю, змішаний. Саме у 5-й редакції DSM для того, щоб відобразити дані останніх досліджень, які демонструють стійкість симптоматики ГКР у дорослому віці, були внесені зміни щодо визначення цього стану.

Для вирішення багатьох питань, пов'язаних із ГКР, важливим є розуміння механізмів його виникнення. Останні дані сучасних досліджень свідчать про наявність функціонального дефіциту префронтальної кори, яка відповідає за робочу пам'ять, увагу, організованість, самоконтроль та імпульсивність. Проте механізм цього дефіциту до кінця не вивчено (S.V. Faraone et al., 2000; M.D. Glick, 2009). Результати численних досліджень підтверджують роль генетичного компонента в розвитку ГКР, незважаючи на те, що сам геном не зумовлює наявності чи відсутності розладу. Дані метааналізу понад 1 800 досліджень продемонстрували, що спадкова детермінованість становить 75–91 % (L. Zhang et al., 2012). У великому популяційному дослідженні було виявлено, що у 84 % дорослих із симптомами ГКР щонайменше одна дитина мала симптоми вказаного розладу (S.V. Faraone et al., 2002). Також підтверджено роль впливу комбінованих середовищних чинників (A.J. Carusan, 2016).

Пацієнти з ГКР мають гірші показники соціальної адаптації, у них частіше спостерігаються розлади поведінки, що може бути предиктором більшої уразливості психіки в умовах хронічного стресу. Наявні лише поодинокі дослідження, присвячені цій проблематиці (K.M. Antshel et al., 2014). Але отримані результати є доволі суперечливими. В українській популяції дослідження щодо поширеності ГКР в осіб дорослого віку не проводили. Бракує наразі даних клінічних досліджень щодо поліморфізму симптомів ГКР при тяжкій травматизації з розвитком ПТСР. Таким чином, необхідність вивчення поширеності ГКР у дорослій популяції, клінічних особливостей ПТСР в учасників бойових дій із ГКР у преморбіді, а також нагальна потреба в розробленні алгоритму скринінгу та реабілітації обумовили актуальність дисертаційної роботи.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану науково-дослідної роботи Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, за темою «Розробка моделі медико-соціального менеджменту посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій та осіб, тимчасово переселених із зони бойових дій і окупованих територій (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, експертиза)» (2015–2017 рр., № державної реєстрації – 0113U001212).

**Мета і задачі дослідження.** Метою дисертаційного дослідження було покращення діагностики та якості медико-соціальної допомоги на основі вивчення клінічних особливостей ПТСР в учасників бойових дій із ГКР у преморбіді.

Згідно з поставленою метою визначено такі задачі:

1. Вивчити соціально-демографічні та клініко-анамнестичні характеристики учасників бойових дій із посттравматичним розладом і гіперкінетичним розладом у преморбіді.
2. Дослідити вплив психотравмуючих факторів на перебіг гіперкінетичного розладу в учасників бойових дій на сході України.
3. Вивчити клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на сході України.
4. Розробити алгоритм скринінгу гіперкінетичного розладу в дорослому віці та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із посттравматичним стресовим розладом і гіперкінетичним розладом у преморбіді.

*Об'єкт дослідження:* ПТСР у ветеранів бойових дій на сході України з ГКР в анамнезі.

*Предмет дослідження:* поширеність і клінічні особливості симптомів ПТСР у ветеранів бойових дій на сході України з ГКР у преморбіді.

*Методи дослідження:* соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, клініко-катамнестичний, статистичний.

Для вивчення історії життя осіб із гіперкінетичним розладом і динаміки розвитку захворювання використовували соціально-демографічний та клініко-анамнестичний методи, які базувались на інформації, що була надана пацієнтами, а також на підставі даних аналізу медичної документації. Збір необхідних даних здійснювався шляхом проведення структурованого клініко-анамнестичного інтерв'ю із заповненням уніфікованої карти дослідження пацієнта з ПТСР і ГКР у преморбіді та подальшим аналізом соціально-демографічних і клініко-анамнестичних показників.

Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на загальноприйнятих діагностичних підходах із використанням дослідницьких діагностичних критеріїв МКХ-10 для визначення особливостей клінічної картини ГКР і ПТСР. Комплексна оцінка психічного статусу пацієнта включала аналіз його поведінки під час інтерв'ю та функціонування основних сфер психічної діяльності.

Психодіагностичний метод полягав у використанні скринінгової шкали повідомлень про розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дорослому віці (Adult ADHD Self-Report Scale) та шкали симптомів ПТСР – цивільна версія (PTSD checklist – Civilian Version – PCL-C). Для оцінювання стану здоров'я та виявлення психічних розладів непсихотичного генезу був застосований опитувальник про стан здоров'я пацієнта PHQ та шкала оцінки рівня якості життя (О.С. Чабан, 2008).

Клініко-катамнестичний метод використовували для визначення динаміки тяжкості симптомів ГКР і ПТСР та зміни загального стану пацієнтів.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою програми SPSS statistics 20. Зокрема, послуговувались методами варіаційної статистики, кореляційного та факторного аналізу.

**Наукова новизна одержаних результатів.** У дисертаційній роботі вперше досліджено поширеність симптомів ГКР у дорослому віці та ПТСР за умови їхньої подвійної діагностики у військовослужбовців. Вперше вивчено соціально-демографічні та клініко-анамнестичні характеристики осіб із ПТСР і ГКР

у преморбіді, що брали участь у бойових діях. Уперше досліджено вплив психотравмуючих факторів на перебіг ГКР і ПТСР в учасників бойових дій на сході України. За результатами клініко-катамнестичного дослідження вперше вивчено динаміку тяжкості симптомів ГКР і ПТСР та зміни загального стану в учасників бойових дій на сході України. З урахуванням отриманих даних уперше розроблено та впроваджено алгоритм скринінгу ГКР у дорослому віці та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в розробленні алгоритму щодо скринінгу ГКР у дорослому віці та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді, враховуючи їх клінічну типологію, перебіг, поліморфізм і наявність коморбідних психічних розладів.

Результати дослідження і сформульовані висновки призначені для застосування у практичній роботі психіатрів, психологів, сімейних лікарів та інших спеціалістів, які опікуються питанням охорони психічного здоров'я, а також можуть бути використані в навчальному процесі на різних етапах підготовки кваліфікованих фахівців у цій галузі.

У процесі дисертаційного дослідження розроблено алгоритм скринінгу ГКР у дорослому віці та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді та впроваджено в лікувально-діагностичну роботу Територіального медичного об'єднання «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві; Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни, с. Цибли; КЛПУ «Міська психіатрична лікарня № 7 м. Маріуполя»; Київському міському психоневрологічному диспансері № 1; Київському міському психоневрологічному диспансері № 4.

Отримані наукові дані використовуються в навчально-педагогічному процесі кафедри психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертація є самостійною науковою роботою. Автором визначена актуальність теми, сформульована мета та задачі дослідження, проведений аналітичний огляд вітчизняних та іноземних літературних джерел згідно з темою роботи. Самостійно здобувачем розроблений інструментарій дослідження (уніфіковану карту клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів із використанням клінічних опитувальників і шкал), проведений відбір пацієнтів і за допомогою вказаних методів особисто обстежено 350 учасників бойових дій. Дисертантка самостійно сформувала базу даних отриманих результатів, провела їх статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію. Авторкою запропонований і апробований алгоритм скринінгу ГКР у дорослому віці та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР та ГКР у преморбіді. Дисертанткою самостійно сформульовані основні теоретичні та практичні положення наукової роботи, особисто написані всі розділи дисертації, автореферат і статті за темою дослідження, оформлені таблиці та ілюстративний матеріал, сформульовані висновки. Результати роботи відображено в опублікованих наукових працях, доповідях, впроваджено у клінічну практику закладів охорони здоров'я та навчальний процес на різних етапах підготовки кваліфікованих фахівців у галузі охорони психічного здоров'я.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертаційної роботи були представлені на таких наукових заходах: науково-практична конференція з міжнародною участю «Методологічні та правові аспекти діагностики, терапії та соціальної допомоги при психічних та поведінкових розладах у різних вікових групах», 23–24 квітня 2015 р., м. Київ, Україна; науково-практична конференція з міжнародною участю «Від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я», 14–15 квітня 2016 р., м. Київ, Україна; DGPPN KONGRESS 2016, 24–26 жовтня 2016 р., м. Берлін, Німеччина; XXII Congress of the World Association of Social Psychiatry, 30 листопада – 4 грудня, 2016 р., м. Нью-Делі, Індія; V Національний конгрес неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики», 16–17 березня, 2017 р., м. Харків, Україна; науково-практична конференція з міжнародною участю «Психіатрія XXI століття: проблеми та інноваційні рішення», 27–29 квітня 2017 р., м. Київ, Україна; науково-практична конференція з міжнародною участю «На межі компетенції психіатрії та неврології: депресії та тривожні розлади при епілепсіях, первазивних розладах розвитку, дегенеративних захворюваннях нервової системи», 2–3 листопада 2017 р., м. Львів, Україна.

Дисертаційна робота розглянута і рекомендована для офіційного захисту на засіданні апробаційної ради Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (протокол від 18 грудня 2017 р. № 4).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 11 наукових праць, з яких: 5 статей – у спеціалізованих фахових виданнях, що затверджені МОН України (з них 3 статті в моноавторстві); 1 стаття – у міжнародному фаховому журналі, що включений до наукометричної бази даних; 1 стаття – у журналі для профільних спеціалістів; 4 роботи у вигляді наукових матеріалів, тез конференцій, форумів і конгресів.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертація викладена на 145 сторінках друкованого тексту (з них 110 сторінок – основний текст) і складається зі вступу, аналітичного огляду наукової літератури, трьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Дисертація ілюстрована 20 таблицями та 10 рисунками. Список використаних джерел містить 186 праць, з них 175 – іноземними мовами.

## **ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали, дизайн та методи дисертаційного дослідження.** Дисертаційне дослідження проводилось на базі Територіального медичного об'єднання «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві та Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни, с. Циблі протягом 2014–2017 рр. і виконувалось із дотриманням принципів біоетики та деонтології.

Дослідження проходило в декілька етапів.

На першому етапі вивчено дані наукової літератури щодо поширеності ГКР у дорослій популяції, зокрема у військовослужбовців, вплив психотравмуючих факторів на перебіг вказаного розладу та поліморфізм його клінічних симптомів.

На другому етапі проведено клініко-психопатологічне обстеження, сформовано групи дослідження, проведено патопсихологічне та психодіагностичне обстеження пацієнтів з оцінкою клінічних особливостей і рівня соціального функціонування.

На третьому етапі здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження; сформульовано висновки та розроблено алгоритм скринінгу ГКР у дорослому віці та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій на сході України з ПТСР і ГКР у преморбіді (рис. 1).

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики та деонтології було проведено скринінгове обстеження 350 учасників бойових дій із розладами поведінки, які звернулись за допомогою через вади психічного здоров'я. Всі 100 % осіб, які ввійшли до дослідження, були чоловічої статі. Під час скринінгу застосовували такі методи дослідження: напівструктуроване інтерв'ю, клініко-анамнестичний метод, клініко-психопатологічний метод: діагностичні критерії МКХ-10 для верифікації діагнозу гіперкінетичного розладу; шкалу повідомлень про ГКР у дорослому віці (Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS-v1.1); шкалу оцінки рівня якості життя (О.С. Чабан, 2008); опитувальник про стан здоров'я пацієнта (PHQ).

Було відібрано 155 учасників бойових дій, які відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 для ГКР і мали симптоми ПТСР. Залучені до дослідження особи були поділені на дві групи:

- 1) учасники бойових дій із ГКР та окремими симптомами ПТСР (n = 85);
- 2) учасники бойових дій із ГКР і ПТСР (n = 70).

З метою дослідження клінічного патоморфозу симптомів ГКР і ПТСР в учасників бойових дій на сході України проведено аналіз результатів анамнестичного та дворічного катамнестичного клінічного досліджень.

Загальна кількість осіб, що через різні причини не завершили дослідження, становила 34 особи (22 %). Таким чином, дослідження завершило 121 особа (78 %).

Було сформовано дві групи порівняння:

- 1) учасники бойових дій із гіперкінетичним розладом (n = 65);
- 2) учасники бойових дій із гіперкінетичним розладом і ПТСР (n = 56).

Для вибору методу статистичного аналізу було проведено перевірку на нормальність закону розподілу даних у групах дослідження, яку визначали за допомогою критерію Колмогорова–Смірнова для незалежних даних. Показник достовірності  $p < 0,005$  вважався статистично значущим. Більшість отриманих даних не відповідала критеріям нормальності. Дані всіх респондентів, які ввійшли до дослідження, було проаналізовано, порівнюючи з даними осіб із ГКР. Отриману інформацію заносили до електронної бази первинних даних (у програмі електронних таблиць Microsoft Excel) за алгоритмом спеціально створеної «Карті клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів із гіперкінетичним розладом».

**Результати дисертаційного дослідження.** Під час скринінгового обстеження встановлено, що 155 учасників бойових дій мали симптоми ГКР. В усіх пацієнтів із ГКР, які увійшли до дослідження, виявлено щонайменше п'ять симптомів, які відповідали критеріям вказаного розладу. Зокрема, 100 % обстежуваних із групи ГКР повідомили про труднощі завершення розпочатої роботи і виконання завдань,



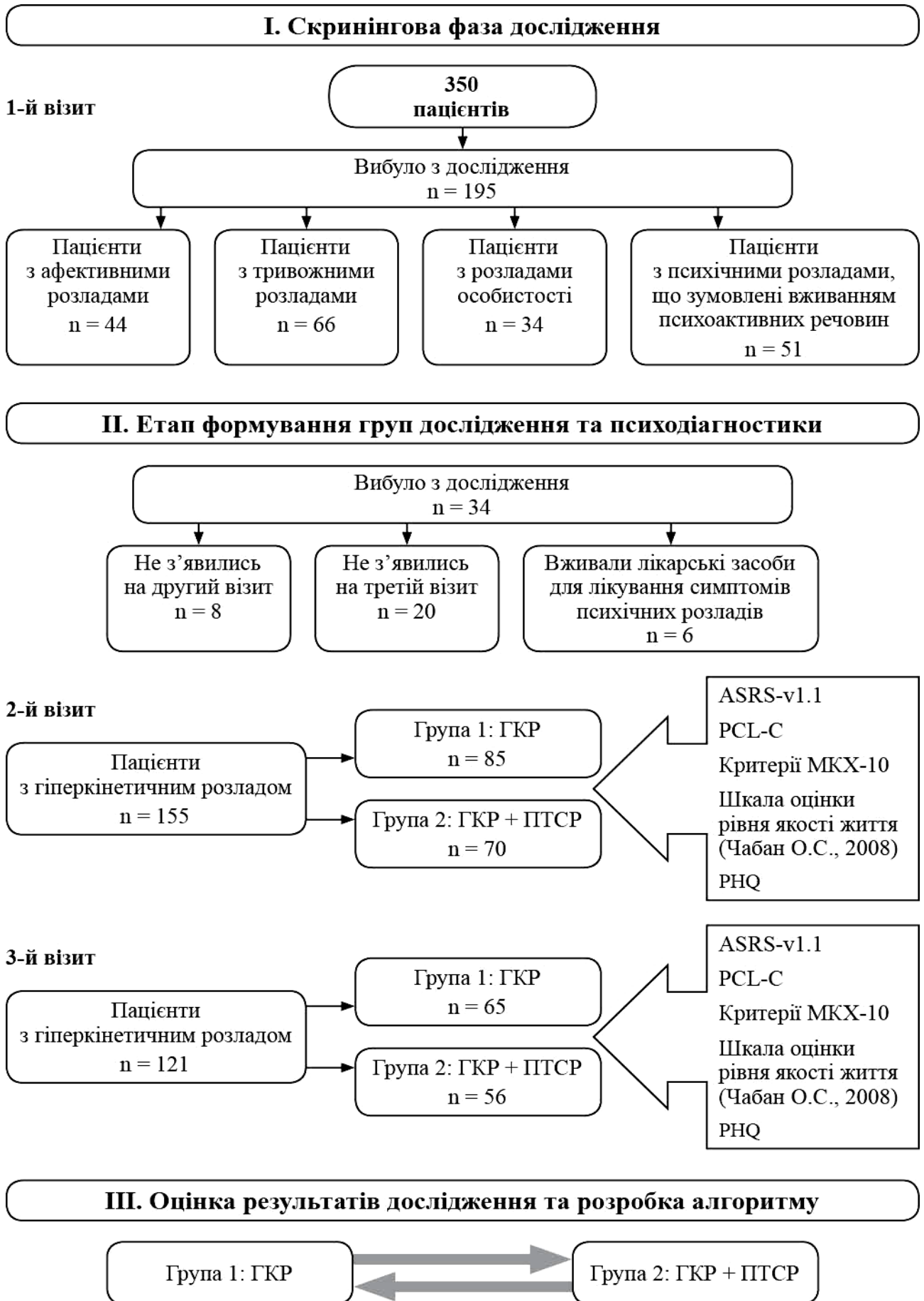


Рис. 1 Дизайн дисертаційного дослідження

які потребують зосередження уваги та організованості, а також про наявність проблем із запам'ятовуванням, неухважністю, відчуттям підвищеної активності. Вказані симптоми відмічали протягом 6 місяців і більше. Крім того, 67 % (n = 104) із них скаржились на наявність відчуття неспокою; 78 % (n = 121) – труднощі в зосередженні уваги під час бесіди; 62,6 % (n = 97) – очікування своєї черги; 53 % (n = 82) не могли дослухати співрозмовника до кінця; 35 % (n = 54) – важко всидіти на місці.

Соціально-демографічні та клініко-анамнестичні дані осіб, які пройшли скринінгове обстеження, було проаналізовано за такими показниками: стать, вік, освіта, сімейний стан, вид служби, порушення дисципліни та травматичні події під час військової служби, наявність шкідливих звичок, вчинення антисоціальних дій, звернення до психіатра в анамнезі.

Було встановлено, що особи з ГКР частіше потрапляли до військової служби як добровольці: із 190 добровольців із загальної вибірки 102 особи відповідали критеріям ГКР, що становить 53,68 % загальної кількості всіх добровольців, які пройшли скринінг, і 29,14 % всіх осіб, які ввійшли до дослідження. Рівень поширеності ГКР у військовослужбовців із порушенням дисципліни був вищий – 136 осіб із групи ГКР, що становить 69 % усіх порушників. Під час проходження служби в АТО травматичні події частіше траплялися в осіб, у яких виконувались критерії діагнозу ГКР.

Під час проходження служби в АТО у 187 (53,43 %) військовослужбовців мали місце травматичні події, із них 123 – зареєстровані в осіб, які відповідали критеріям діагнозу ГКР. Серед вказаної популяції було більше тих, хто мав шкідливі звички та вчиняв антисоціальні дії в минулому (86 % усіх правопорушників). Зазначені прояви в осіб з ГКР можуть бути зумовлені підвищеним рівнем імпульсивності, відчуттям підвищеної активності та іншими симптомами зазначеного розладу. Низький рівень діагностики ГКР у військовослужбовців може позначитися на виконанні ними функціональних обов'язків, що робить актуальним виявлення цього розладу серед вказаної когорти осіб.

З метою вивчення клінічного поліморфізму симптомів ГКР в учасників бойових дій на сході України під впливом ПТСР, залучені до дослідження пацієнти, були поділені на дві групи:

- 1) учасники бойових дій із ГКР та окремими симптомами ПТСР (n = 85);
- 2) учасники бойових дій із ГКР і ПТСР (n = 70).

Відомості включених у дослідження осіб було проаналізовано за такими показниками: стать, вік, освіта, сімейний стан, вид служби, порушення дисципліни та травматичні події під час військової служби, наявність шкідливих звичок, вчинення антисоціальних дій, звернення до психіатра в анамнезі.

Для аналізу тяжкості симптомів ГКР у 155 пацієнтів застосовано шкалу ASRS-v1.1, заповнюючи яку респонденти надали вичерпну інформацію.

Згідно з результатами обстеження загальний бал тяжкості симптомів за вказаною шкалою становив 12 ( $\pm 1,3$ ) в осіб із групи ГКР і 18 ( $\pm 1,6$ ) в осіб із групи з подвійним діагнозом (ГКР та ПТСР). При цьому в другій групі симптоми гіперактивності, імпульсивності та неухважності були вираженими. Отримані дані є статистично значущими ( $p \leq 0,05$ ).

Дані щодо тяжкості симптомів ГКР за ASRS-v1.1 наведено в таблиці 1.

Тяжкість симптомів ГКР за ASRS-v1.1

Симптоми	Пацієнти з ГКР, n = 85	Пацієнти з ГКР та ПТСР, n = 70	p
	Кількість балів, $\pm \sigma$	Кількість балів, $\pm \sigma$	
Гіперактивність	4 $\pm$ 1,2	6 $\pm$ 1,3	$\leq 0,05$
Імпульсивність	6 $\pm$ 1,3	8 $\pm$ 1,4	$\leq 0,05$
Неуважність	2 $\pm$ 0,5	4 $\pm$ 0,8	$\leq 0,05$
Загальний бал	12 $\pm$ 1,3	18 $\pm$ 1,6	$\leq 0,05$

Для аналізу тяжкості симптомів ПТСР особи з двох груп надали вичерпні відповіді на запитання за шкалою PCL-C (табл. 2).

Таблиця 2

Тяжкість симптомів ПТСР за PCL-C

Симптоми	Пацієнти з ГКР, n = 85	Пацієнти з ГКР та ПТСР, n = 70	p
	Кількість балів, $\pm \sigma$	Кількість балів, $\pm \sigma$	
Інтрузії	12 $\pm$ 2,3	19 $\pm$ 1,4	$\leq 0,05$
Уникання	8 $\pm$ 1,2	9 $\pm$ 1,4	$\leq 0,05$
Негативні думки та емоції	9 $\pm$ 1,3	17 $\pm$ 0,9	$\leq 0,05$
Підвищена реактивність	14 $\pm$ 0,5	20 $\pm$ 0,8	$\leq 0,05$
Загальний бал	43 $\pm$ 1,6	65 $\pm$ 1,2	$\leq 0,05$

Учасники з групи ГКР у середньому набрали 43 бали ( $\pm 1,6$ ), що свідчить про відсутність у них ПТСР. При чому тяжкість симптомів у пацієнтів із подвійним діагнозом у середньому сягнула позначки 65 балів ( $\pm 1,2$ ), що свідчить про наявність у них ПТСР.

Було встановлено, що рівень тяжкості симптомів ПТСР був вищим у пацієнтів із подвійним діагнозом. Це може свідчити про вплив психологічної травматизації на посилення симптоматики зі спектра ГКР (гіперактивність, імпульсивність, неуважність) і сприйматися клініцистами як вторинна психопатизація. Виявлення ознак ГКР у преморбіді дає змогу встановити правильний діагноз.

З метою дослідження клінічного патоморфозу симптомів ГКР і ПТСР в учасників бойових дій на сході України проведено аналіз результатів анамнестичного та дворічного катamnестичного клінічного досліджень.

Загальна кількість осіб, що через різні причини не завершили дослідження, становила 34 особи (22 %). Таким чином, було сформовано дві групи порівняння:

- 1) учасники бойових дій із гіперкінетичним розладом (n = 65);
- 2) учасники бойових дій із гіперкінетичним розладом і ПТСР (n = 56).

Результати дослідження тяжкості симптомів ГКР за ASRS-v1.1 і ПТСР за PCL-C у динаміці відображено у таблиці 3.

Таблиця 3

## Тяжкість симптомів ГКР за ASRS-v1.1 та ПТСР за PCL-C у динаміці

Симптоми	Пацієнти з ГКР, n = 65						Пацієнти з ГКР + ПТСР, n = 56					
	1-й візит	2-й візит	3-й візит	P 1/2	P 2/3	P 1/3	1-й візит	2-й візит	3-й візит	P 1/2	P 2/3	P 1/3
Симптоми зі спектра ГКР	Кількість балів за ASRS-v1.1, M ± σ						Кількість балів за ASRS-v1.1, M ± σ					
Гіперактивність	4 ± 1,2	5 ± 1,2	7 ± 1,3			*	6 ± 1,3	8 ± 1,1	9 ± 0,8			**
Імпульсивність	2 ± 0,5	4 ± 1,2	5 ± 1,3	*		**	5 ± 1,4	9 ± 1,4	11 ± 0,7	**		***
Неуважність	6 ± 1,3	7 ± 1,3	9 ± 1,5			*	4 ± 0,8	5 ± 1,2	7 ± 1,2			**
Загальний бал	12 ± 1,3	15 ± 2,1	18 ± 2,3	*		***	17 ± 2,2	22 ± 2,3	24 ± 1,3	*		***
Симптоми зі спектра ПТСР	Кількість балів за PCL-C, M ± σ						Кількість балів за PCL-C, M ± σ					
Інтрузії	12 ± 1,5	14 ± 1,6	16 ± 1,6			*	17 ± 1,4	21 ± 1,6	23 ± 1,6	**		***
Уникання	8 ± 1,2	9 ± 1,3	10 ± 1,3				9 ± 1,4	10 ± 1,6	13 ± 1,6			***
Негативні думки	9 ± 1,3	11 ± 1,6	11 ± 1,4				10 ± 1,9	19 ± 2,3	21 ± 1,6	***		***
Підвищена реактивність	14 ± 0,5	14 ± 1,6	16 ± 1,6				18 ± 0,8	22 ± 1,6	24 ± 1,6	*		***
Загальний бал	43 ± 2,4	48 ± 2,5	50 ± 2,6			*	65 ± 2,2	72 ± 2,6	81 ± 2,6	***	***	***

Примітка: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

Загальний бал тяжкості симптомів ГКР за ASRS-v1.1 на першому візиті становив 12 ± 1,3 балів у осіб із групи з ГКР і 17 ± 2,2 балів в осіб із групи з подвійним діагнозом ГКР і ПТСР. Через рік катамнестичного спостереження (під час другого візиту) тяжкість симптомів у першій групі становила 15 ± 2,1 балів, другій – 22 ± 2,3 балів. На третьому візиті середній бал за шкалою ASRS-v1.1 становив 18 ± 1,3 балів у пацієнтів із ГКР та 24 ± 1,3 балів у пацієнтів із ГКР і ПТСР. Слід зазначити, що в групі з подвійним діагнозом симптоми гіперактивності, імпульсивності та неуважності були вираженіші, рівень їх тяжкості значущо (p < 0,05) збільшувався протягом дослідження.

Під час оцінювання за PCL-C учасники з першої групи порівняння на першому візиті набрали 43 ± 2,4 бали, що свідчило про відсутність у них ПТСР на момент огляду. Через рік катамнестичного спостереження (2-й візит) середня

кількість балів за шкалою PCL-C становила  $48 \pm 2,5$  балів, що також не підтверджувало наявність ПТСР. А під час третього оцінювання у пацієнтів першої групи середній бал за шкалою PCL-C сягнув  $50 \pm 2,6$  балів. У шести учасників бойових дій виявлено підстави для додаткової діагностики ПТСР. До того ж загальна динаміка показників середнього бала за шкалою PCL-C засвідчила статистично значуще посилення симптомів зі спектра ПТСР.

Тяжкість симптомів за шкалою PCL-C в учасників бойових дій із другої порівняльної групи під час першого візиту становила  $65 \pm 2,2$  балів, що вказувало на наявність у них ПТСР. На другому візиті (через рік) у пацієнтів із подвійним діагнозом ГКР і ПТСР тяжкість симптомів за шкалою PCL-C зростала і середній бал досягав рівня  $72 \pm 2,6$  балів, через два роки поспіль (3-й візит) середній бал у другій досліджуваній групі становив  $81 \pm 2,6$  балів.

Встановлено, що у групі учасників бойових дій із ГКР, який діагностовано у ранні терміни після травматизації, протягом дворічного катамнестичного спостереження спостерігали посилення гіперактивності, імпульсивності та неуважності на тлі незначного посилення проявів ПТСР. Зростання тяжкості проявів імпульсивності було більш значущим, ніж посилення гіперактивності та неуважності. Спостерігалася модифікація клінічного фенотипу розладу, яку можна розцінювати як набуття особистісних змін.

Так, симптоми ГКР у групі учасників бойових дій із подвійним діагнозом ГКР і ПТСР посилювалися значущо більше, ніж у пацієнтів без коморбідного ПТСР. У групі з ранньою маніфестацією ПТСР спостерігали статистично значуще зростання симптомів інтрузії, уникання, вираженості негативних думок і підвищення реактивності. Вказана модифікація клінічного фенотипу розладу може свідчити про тяжкий перебіг ПТСР у віддаленому періоді після травматизації. Пацієнти з ранньою маніфестацією ПТСР на тлі ГКР у преморбіді у віддаленому періоді після травматизації мали більшу тяжкість симптомів як ПТСР, так і ГКР.

Отже, при катамнестичному дослідженні в групах порівняння встановлено клінічний патоморфоз симптомів наявних розладів. Вивчення їхніх особливостей дає змогу вважати ГКР імовірним предиктором формування поведінкових розладів при травматизації та більш тяжкого перебігу ПТСР.

Завданням останнього етапу дисертаційного дослідження було розробити алгоритм скринінгу ГКР у дорослому віці та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді, що наведений нижче (рис. 2).

Для вирішення цього питання запропоновано алгоритм, орієнтований на виявлення осіб із симптомами ГКР, з обтяженим сімейним анамнезом та тих, хто мав симптоми гіперкінетичного розладу в дитинстві, з наступним формуванням груп підвищеної уваги на етапі надання первинної медичної допомоги та надання медико-соціальної допомоги, враховуючи наявні коморбідні патології на етапі вторинної допомоги. Зважаючи на досить високу поширеність ГКР серед військовослужбовців, згаданий контингент має бути під прицільною увагою фахівців першої ланки.

Алгоритм було створено з урахуванням даних доказової медицини, міжнародних настанов і вітчизняних уніфікованих протоколів, сучасних напрямів реформування галузі охорони здоров'я в Україні та результатів власного дисертаційного дослідження.

З метою своєчасного та ефективного виявлення ГКР лікарями первинної ланки було визначено симптоми, наявність яких свідчить про ймовірний розлад і необхідність додаткового обстеження. Виокремлення здійснено в результаті вивчення отриманих даних з установленням частоти їх виявлення серед досліджуваного контингенту та наступним аналізом специфічності зазначених проявів. До симптомів, які включені до алгоритму та на які слід звертати увагу фахівцям первинної медичної допомоги, належать: гіперактивність, імпульсивність, проблеми із запам'ятовуванням інформації, складнощі в зосередженні уваги, труднощі при завершенні розпочатої роботи, наявність ГКР в особистому чи сімейному анамнезі.

Скринінг ГКР у дорослому віці рекомендовано проводити, послуговуючись шкалою повідомлень про ГКР у дорослому віці (ASRS-v1.1). Про симптоми ГКР свідчать чотири і більше позначок у затемнених віконцях шкали розділу А; мінімальна кількість балів вказує на наявність симптомів ГКР – 9. Відповіді з розділу Б є допоміжними під час оцінювання симптомів.

Після проведення скринінгу ГКР наступним кроком є робота з групами підвищеної уваги за допомогою психоосвітніх заходів, психосоціальних інтервенцій, симптоматичного лікування. Робота передбачає інформування осіб із ГКР і членів групи первинної підтримки щодо причин і сприятливих факторів розвитку ГКР, існуючих методів лікування зазначеного розладу в дорослому віці (медикаментозне, психотерапевтичне лікування, навчання навичок релаксації), поведінкових змін при ГКР (проблем, асоційованих із дефіцитом уваги, планування та навчання шляхів їх вирішення), запобігання насильству в сім'ї, виявлення випадків вживання психоактивних речовин (ПАР), зокрема зловживання алкоголем, розладів поведінки та соціальної дезадаптації.

До заходів вторинної допомоги для учасників бойових дій із ПТСР розладом і ГКР у преморбіді запропоновано своєчасну та адекватну спеціалізовану допомогу за наявності симптомів розладу та медико-соціальну реабілітацію.

У разі наявності у військовослужбовців симптомів ГКР, що відповідають діагностичним критеріям МКХ-10, необхідно провести скринінг на ПТСР за PCL-C із подальшим співставленням відповідності симптомів ПТСР діагностичним критеріям МКХ-10. Своєю чергою, при виявленні військовослужбовців із симптомами ГКР слід застосувати ASRS-v1.1 для скринінгу симптомів ГКР із подальшим визначенням узгодженості з критеріями вказаного розладу в МКХ-10. За наявності у військовослужбовців симптомів ГКР та/або ПТСР необхідно розглянути доцільність і можливість спеціалізованої допомоги та/або заходів медико-соціальної реабілітації.

Медико-соціальна допомога учасникам бойових дій, що страждають на ПТСР із ГКР у преморбіді, має бути орієнтована на підтримку адаптивних навичок особистості, опанування досвіду переживання психотравми та труднощів, що виникають після неї, мобілізацію психологічних можливостей військовослужбовців шляхом психологічної та психофізіологічної корекції.

Широкий спектр медико-соціальних проблем, що супроводжують життя військовослужбовців, зумовлюють необхідність залучення до процесу надання допомоги вказаній когорті осіб фахівців різних галузей спеціалізації.

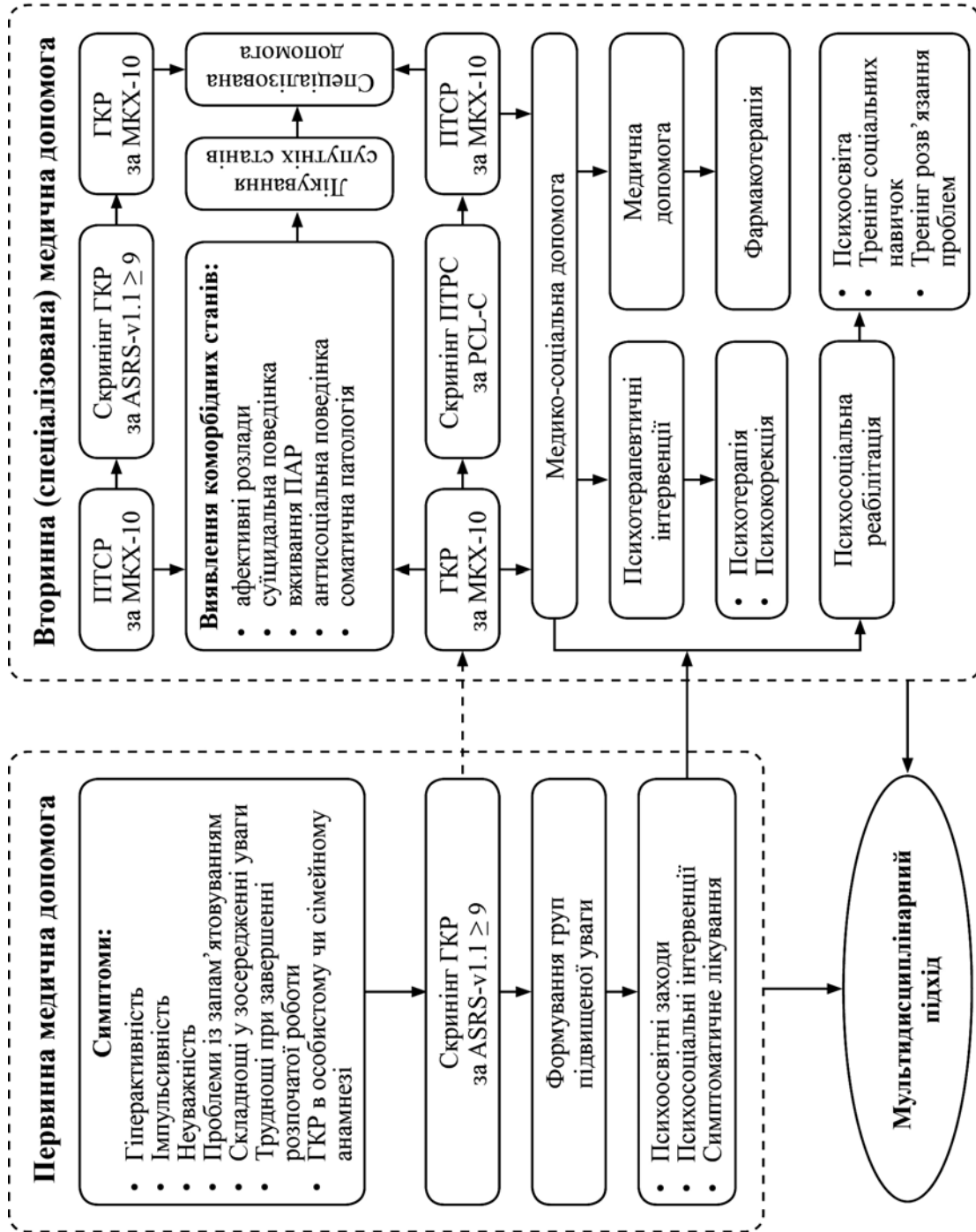


Рис. 2 Алгоритм скринінгу гіперкінетичного розладу та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із посттравматичним стресовим розладом і гіперкінетичним розладом у преморбіді

Мультидисциплінарна бригада (МДБ) об'єднує фахівців, які надають допомогу в лікуванні та реабілітації хворих і працюють як єдина команда з чіткою узгодженістю і координованістю дій. Це створює цілеспрямований підхід до реалізації поставлених завдань реабілітації. Застосування принципів мультидисциплінарного підходу дає змогу забезпечити менеджмент пацієнта з урахуванням його медичних, соціальних і реабілітаційних потреб, реалізувати фармакотерапевтичне та психотерапевтичне лікування, а також соціальний супровід.

Під час діагностичних і терапевтичних інтервенцій в учасників бойових дій рекомендовано проводити оцінку наявності коморбідних станів. Найчастіше у вказаній категорії осіб спостерігаються такі коморбідні стани та розлади: афективні розлади, суїцидальна поведінка, вживання ПАР, зокрема зловживання алкоголем, антисоціальна поведінка, соматична патологія. У разі виявлення зазначених вище та інших станів рекомендовано розглянути можливість їх лікування і застосування спеціалізованої допомоги за потреби. За умови наявності коморбідних розладів лікування кожного з них слід починати одночасно.

Таким чином, результати дослідження клінічних особливостей посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій із гіперкінетичним розладом у преморбіді створили всі підстави для того, щоб запропонувати алгоритм скринінгу ГКР і медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді. Раннє виявлення осіб із ГКР забезпечує своєчасне застосування заходів медико-соціальної реабілітації, що сприятиме зниженню рівня психологічної травматизації учасників бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді.

Отже, своєчасна і комплексна діагностика, адекватне лікування та індивідуалізована медико-соціальна реабілітація учасників бойових дій, які страждають на психічні розлади, ізольовані або з коморбідностями, при використанні запропонованого алгоритму скринінгу ГКР і медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді, що сприяє відновленню їхнього здоров'я та підвищенню рівня якості життя.

## ВИСНОВКИ

1. У дисертаційній роботі на підставі вивчення клінічних особливостей перебігу ПТСР з ГКР у преморбіді в учасників бойових дій на сході України здійснено теоретичне узагальнення і нове розв'язання актуальної науково-практичної задачі щодо покращення діагностики та якості медико-соціальної реабілітації шляхом створення алгоритму скринінгу ГКР в дорослому віці та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді

2. Вивчено соціально-демографічні та клініко-анамнестичні характеристики осіб із ГКР у преморбіді, які брали участь у бойових діях, з урахуванням клінічних особливостей зазначених розладів. Установлено, що особи з ГКР частіше потрапляли на військову службу як добровольці: 102 особи відповідали критеріям ГКР, що становить 53,68 % загальної кількості всіх добровольців, які пройшли скринінг. Рівень поширеності ГКР у військовослужбовців із порушенням дисципліни був вищий: 69 % усіх осіб, які порушували дисципліну під час служби.



Під час проходження служби в АТО травматичні події частіше мали місце у чоловіків, у яких виконувались критерії діагнозу ГКР: 123 випадки зареєстровані в осіб, які відповідали критеріям зазначеного розладу. Серед осіб із ГКР було більше тих, хто скоював антисоціальні дії в минулому – 86 % усіх правопорушників.

3. Досліджено вплив психотравмуючих факторів на перебіг ГКР і ПТСР в учасників бойових дій на сході України: рівень тяжкості симптомів ПТСР був вищим у пацієнтів із подвійним діагнозом (кількість балів за шкалою PCL-C у пацієнтів з ГКР  $43 \pm 1,6$ , у пацієнтів із ГКР і ПТСР  $65 \pm 1,2$ ;  $p \leq 0,05$ ). Це може свідчити про вплив психологічної травматизації на посилення симптоматики розладів гіперкінетичного спектра (гіперактивність, імпульсивність, неухважність) і сприйматися клініцистами як вторинна психопатизація. Виявлення ознак ГКР у преморбіді дає змогу встановити правильний діагноз.

4. Вивчено клінічний патоморфоз симптомів ГКР і ПТСР в учасників бойових дій на сході України. Так, в групі осіб із ГКР встановлено підвищення гіперактивності, імпульсивності та неухважності на тлі незначного посилення симптомів ПТСР (кількість балів за шкалою ASRS-v1.1: перший візит –  $12 \pm 1,3$ ; другий візит –  $15 \pm 2,1$ ; третій візит –  $18 \pm 1,3$ ). Ознаки ГКР у групі учасників бойових дій із подвійним діагнозом ГКР і ПТСР посилювалися значущо більше, аніж у пацієнтів без коморбідного ПТСР (кількість балів за шкалою ASRS-v1.1: перший візит –  $17 \pm 2,2$ ; другий візит –  $22 \pm 2,3$ ; третій візит –  $24 \pm 1,3$ ). В учасників бойових дій із ранньою маніфестацією ПТСР спостерігали статистично значуще зростання симптомів інтрузії, уникання, вираженості негативних думок і підвищення реактивності ( $p < 0,05$ ). Така модифікація клінічного фенотипу розладу свідчить про ймовірність більш тяжкого перебігу ПТСР у віддаленому періоді після травматизації. Пацієнти з ранньою маніфестацією ПТСР на тлі ГКР у преморбіді у віддаленому періоді після травматизації мали тяжчі прояви симптомів як ПТСР, так і ГКР.

5. Науково обґрунтовано та розроблено алгоритм скринінгу ГКР та медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді, що передбачає виявлення осіб із симптомами ГКР, обтяженим сімейним анамнезом та тих, хто мав симптоми ГКР у дитинстві, з наступним формуванням груп підвищеної уваги на етапі надання первинної медичної допомоги для своєчасної діагностики та медико-соціальної підтримки в подальшому, враховуючи наявні коморбідні патології на етапі вторинної допомоги.

## **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Для покращення діагностики ГКР у дорослих і якості медико-соціальної реабілітації з урахуванням клінічних особливостей ПТСР в учасників бойових дій із ГКР у преморбіді рекомендовано проведення скринінгу гіперкінетичного розладу і надання медико-соціальної допомоги зазначеній категорії осіб шляхом виявлення в них симптомів ГКР, обтяженого сімейного анамнезу, а також тих, хто мав прояви згаданого розладу в дитячому віці з наступним формуванням груп підвищеної уваги на етапі надання первинної медичної допомоги для забезпечення своєчасної діагностики та медико-соціальної реабілітації з урахуванням наявної коморбідної патології на етапі вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

2. Запропонований алгоритм забезпечує своєчасне виявлення осіб із ГКР, адекватне лікування та індивідуалізовану медико-соціальну допомогу учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді, що сприяє зниженню рівня психологічної травматизації, відновленню їх здоров'я та підвищенню якості життя.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### *Праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації*

1. Pnytska T. Social adaptation impairment after the psychic trauma: ADHD role in premorbid. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22. № 3 (86). С. 12–14. *Дисертантом особисто відібрано та проаналізовано літературу за темою дисертаційної роботи, ідентифіковано проблему дослідження, проведено відбір, обстеження та систематизацію матеріалу, здійснено інтерпретацію результатів.*

2. Ільницька Т. Ю., Марценковський І. А., Булахова Л. О. Гіперкінетичний розлад у дорослих як можлива причина соціальної дезадаптації. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22. № 4 (87). С. 34–37. *Дисертантом особисто відібрано та проаналізовано літературу за темою дисертаційної роботи, ідентифіковано проблему дослідження, проведено відбір, обстеження та систематизацію матеріалу, здійснено інтерпретацію результатів.*

3. Ільницька Т. Ю. Поширеність гіперкінетичного розладу серед учасників антитерористичної операції на сході України: соціодемографічні характеристики. *Архів психіатрії*. 2017. Т. 23. № 2 (89). С. 96–99. *Дисертантом особисто відібрано та проаналізовано літературу за темою дисертаційної роботи, ідентифіковано проблему дослідження, проведено відбір, обстеження та систематизацію матеріалу, здійснено інтерпретацію результатів.*

4. Ільницька Т. Ю. Клінічний поліморфізм симптомів гіперкінетичного розладу у ветеранів військових дій на сході України під впливом посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2017. Т. 23. № 3 (90). С. 166–170. *Дисертантом особисто відібрано та проаналізовано літературу за темою дисертаційної роботи, ідентифіковано проблему дослідження, проведено відбір, обстеження та систематизацію матеріалу, здійснено інтерпретацію результатів.*

5. Ільницька Т. Ю., Марценковський І. А. Клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій на сході України. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25. № 4 (93). С. 23–25. *Дисертантом особисто відібрано та проаналізовано літературу за темою дисертаційної роботи, ідентифіковано проблему дослідження, проведено відбір, обстеження та систематизацію матеріалу, здійснено інтерпретацію результатів.*

6. Ільницька Т. Ю., Пінчук І. Я. Поширеність симптомів гіперкінетичного розладу в учасників бойових дій на сході України. *Архів психіатрії*. 2017. Т. 23. № 4 (91). С. 212–216. *Дисертантом особисто відібрано та проаналізовано літературу за темою дисертаційної роботи, ідентифіковано проблему дослідження, проведено відбір, обстеження та систематизацію матеріалу, здійснено інтерпретацію результатів.*

***Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації***

7. Ільницька Т. Ю. Гіперкінетичні розлади у дорослих (діагностичні критерії і коморбідні психічні розлади): матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Методологічні та правові аспекти діагностики, терапії та соціальної допомоги при психічних та поведінкових розладах у різних вікових групах», 23–24 квітня 2015 р., Київ. *Архів психіатрії*. 2015. Т. 21. № 1 (80). С. 164–165. *Дисертантом запропоновано гіпотезу дослідження, проведено набір матеріалу, аналіз та інтерпретацію отриманих даних.*

8. Pnytska T., Martsenkovska I. PTSD in patients with history of ADHD: clinical polymorphism and features of therapy. XXII Congress of the World Association of Social Psychiatry, 30 November – 4 December, 2016, New Delhi, India. *Indian journal of social psychiatry*. 2016. Vol. 32, issue 4. P. 472. *Дисертантом проведено обстеження клінічного матеріалу, здійснено аналіз та інтерпретацію результатів.*

9. Ільницька Т. Ю. Роль розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю у преморбіді при психічній травмі: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Психіатрія XXI століття: проблеми та інноваційні рішення», 27–29 квіт. 2017 р., Київ. *Архів психіатрії*. 2017. Т. 23. № 1 (88). С. 63–64. *Дисертантом проведено обстеження клінічного матеріалу, здійснено аналіз та інтерпретацію результатів.*

10. Pnytska T. Social adaptation impairment after the psychic trauma: ADHD role in premorbide. *DGPPN KONGRESS 24–26 October, 2016*. Berlin, Germany. P. 209. *Дисертантом проведено обстеження клінічного матеріалу, здійснено аналіз та інтерпретацію результатів.*

***Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації***

11. Ильницькая Т. Ю. Актуальные вопросы диагностики и лечения РДВГ. *НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия*. 2015. № 6 (70). С. 6–9. *Дисертантом особисто відібрано та проаналізовано літературу за темою дисертаційної роботи, ідентифіковано проблему дослідження, здійснено інтерпретацію даних.*

**АНОТАЦІЯ**

**Ільницька Т. Ю. Клінічні особливості посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій з гіперкінетичним розладом у преморбіді. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ, 2018.

Дисертаційне дослідження присвячене вивченню клінічних особливостей ПТСР в учасників бойових дій із ГКР у преморбіді з метою покращення діагностики та якості медико-соціальної допомоги. На підставі отриманих даних запропоновано алгоритм скринінгу ГКР і медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді, що передбачає виявлення осіб із симптомами ГКР, обтяженим сімейним анамнезом і тих, хто мав симптоми ГКР у дитинстві, з наступним формуванням груп підвищеної уваги на етапі надання первинної медичної допомоги та надання медико-соціальної допомоги в подальшому, з урахуванням наявної коморбідної патології на етапі вторинної допомоги.

За результатами дослідження встановлено, що особи з ГКР частіше потрапляли на військову службу як добровольці. Рівень поширеності ГКР у військовослужбовців з порушенням дисципліни був вищий. Під час проходження служби в АТО травматичні події частіше траплялися у чоловіків, у яких виконувались критерії діагнозу ГКР. Серед осіб із ГКР було більше тих, хто скоював антисоціальні дії в минулому.

При виконанні дослідження доведено, що рівень тяжкості симптомів ПТСР був вищим у пацієнтів із подвійним діагнозом. Це може свідчити про вплив психологічної травматизації на посилення симптоматики розладів гіперкінетичного спектра (гіперактивність, імпульсивність, неухважність) і сприйматися клініцистами як вторинна психопатизація. Виявлення ознак гіперкінетичного розладу в преморбіді дає змогу встановити правильний діагноз.

Установлено посилення симптомів гіперактивності, імпульсивності та неухважності на тлі незначного посилення проявів ПТСР у групі учасників бойових дій із ГКР під час дворічного катамнестичного спостереження. Симптоми ГКР у групі учасників бойових дій із ГКР і ПТСР посилювалися значущо більше, ніж у пацієнтів без коморбідного ПТСР. В учасників бойових дій із ранньою маніфестацією ПТСР спостерігали статистично значуще зростання симптомів інтрузії, уникання, вираженості негативних думок і підвищення реактивності ( $p < 0,05$ ). Пацієнти з ранньою маніфестацією ПТСР на тлі ГКР у преморбіді у віддаленому періоді після травматизації мали тяжчі прояви симптомів як ПТСР, так і ГКР.

Запропонований алгоритм забезпечує своєчасне виявлення осіб із ГКР, адекватне лікування та індивідуалізовану медико-соціальну допомогу учасникам бойових дій із ПТСР і ГКР у преморбіді, що сприяє зниженню рівня психологічної травматизації, відновленню їх здоров'я та підвищенню якості життя.

*Ключові слова:* гіперкінетичний розлад у дорослих, гіперактивність, імпульсивність, порушення поведінки, гіперкінетичний розлад, розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю, військовослужбовці, посттравматичний стресовий розлад.

## АННОТАЦІЯ

**Ильницкая Т. Ю. Клинические особенности посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий с гиперкинетическим расстройством в преморбиде.** – Квалификационный научный труд на правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. – Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, Киев, 2018.

Диссертационное исследование посвящено изучению клинических особенностей ПТСР у участников боевых действий с ГКР в преморбиде с целью улучшения диагностики и качества медико-социальной помощи.

На основании полученных данных предложен алгоритм скрининга ГКР и медико-социальной помощи участникам боевых действий с ПТСР и ГКР в преморбиде, который предполагает выявление лиц с симптомами ГКР, отягощенным

семейным анамнезом и тех, кто имел симптомы ГКР в детстве, с последующим формированием групп повышенного внимания на этапе оказания первичной медицинской помощи и оказания медико-социальной помощи в дальнейшем, с учетом имеющейся коморбидной патологии на этапе вторичной помощи.

По результатам исследования установлено, что лица с ГКР чаще попадали на военную службу в качестве добровольцев. Уровень распространенности ГКР у военнослужащих с нарушением дисциплины был выше. Во время прохождения службы в АТО травматические события чаще случались у мужчин, в которых выполнялись критерии диагноза ГКМ. Среди лиц с ГКР было больше тех, кто совершал антисоциальные действия в прошлом.

При выполнении исследования доказано, что степень тяжести симптомов ПТСР был выше у пациентов с двойным диагнозом. Это может свидетельствовать о влиянии психологической травматизации на усиление симптоматики расстройств гиперкинетического спектра (гиперактивность, импульсивность, невнимательность) и восприниматься клиницистами как вторичная психопатизация. Выявление признаков ГКР в преморбиде позволяет установить правильный диагноз.

Установлено усиление симптомов гиперактивности, импульсивности и невнимательности на фоне незначительного усиления проявлений ПТСР в группе участников боевых действий с ГКР при двухлетнем катамнестическом наблюдении. Симптомы ГКР в группе участников боевых действий с ГКР и ПТСР усиливались значимо больше, чем у пациентов без коморбидных ПТСР. У участников боевых действий с ранней манифестацией ПТСР наблюдали статистически значимый рост симптомов интрузии, избегания, выраженности негативных мыслей и повышение реактивности ( $p < 0,05$ ).

Пациенты с ранней манифестацией ПТСР на фоне ГКР в преморбиде в отдаленном периоде после травматизации имели тяжелые проявления симптомов как ПТСР, так и ГКР.

Предложенный алгоритм обеспечивает своевременное выявление лиц с ГКР, адекватное лечение и индивидуализированную медико-социальную помощь участникам боевых действий с ПТСР и ГКР в преморбиде, что способствует снижению уровня психологической травматизации, восстановлению их здоровья и повышению качества жизни.

*Ключевые слова:* гиперкинетическое расстройство у взрослых, гиперактивность, импульсивность, нарушения поведения, гиперкинетическое расстройство, расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью, военнослужащие, посттравматическое стрессовое расстройство.

## SUMMARY

**Ilnytska T. Yu. Clinical features of post-traumatic stress disorder in participants in combat with hyperkinetic disorder in premorbid.** – Qualified scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation for obtaining the scientific degree of a candidate of medical sciences on a specialty 14.01.16 "Psychiatry". – Ukrainian Scientific Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Addiction Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2018.

The dissertation is devoted to the study of the clinical features of PTSD in the participants of combat operations with GKR in premorbid in order to improve the diagnosis and quality of medical and social assistance. On the basis of the obtained data, an algorithm for screening on the GKR and medical and social rehabilitation of participants in combat operations with PTSD and GKR in premorbid was proposed, which involves identifying persons with symptoms of GKR, family history and those who had symptoms of GKR in childhood, followed by the formation of groups of elevated attention at the stage of provision of primary medical care and provision of medical and social assistance in the future, taking into account the existing comorbidity in the stage of secondary care.

According to the results of the study, it was found that people with SCR were more likely to be volunteers. The level of prevalence of SCR for servicemen with discipline violations was higher. During the service in the ATO, traumatic events more often occurred in men who fulfilled the criteria for diagnosis of SCR. Among those with SCR there were more those who committed antisocial actions in the past.

The study showed that the severity of symptoms of PTSD was higher in patients with a double diagnosis. This may indicate the impact of psychological traumatism on increasing the symptoms of hyperkinetic spectrum disorders (hyperactivity, impulsivity, inattention) and perceived by clinicians as secondary psychopathisation.

Detection of signs of hyperkinetic disorder in premorbid allows you to establish the correct diagnosis.

Increased hyperactivity, impulsivity and inattention on the background of a slight increase in the manifestations of PTSD in the group of combatants with SCR during biennial catamnestic observation. Symptoms of GKR in the group of combatants with SCR and PTSD increased significantly more than in patients without comorbid PTSD. Significant growth in the symptoms of intrusion, avoidance, severity of negative thoughts and increased reactivity was observed in participants of the fighting with the early manifestation of PTSD ( $p < 0.05$ ). Patients with an early manifestation of PTSD on the background of GKR in premorbid in the long-term after trauma had a greater severity of symptoms, both PTSD and SCR.

The proposed algorithm ensures the timely identification of persons with SCR, adequate treatment and individualized medical and social rehabilitation of participants in combat operations with PTSD and GKR in premorbid, which helps to reduce the level of psychological trauma, restore their health and improve the quality of life

**Key words:** hyperkinetic disorder in adults, hyperactivity, impulsivity, behavioral disorder, hyperkinetic disorder, attention deficit disorder and hyperactivity, soldiers, post-traumatic stress disorder.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

- АТО – антитерористична операція  
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я  
ВШ – відношення шансів  
ГКР – гіперкінетичний розлад  
ГСР – гострий стресовий розлад  
КБТ – когнітивно-поведінкова терапія  
МДБ – мультидисциплінарна бригада  
МКХ -10 – міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду  
ПАР – психоактивні речовини  
ПТСР – посттравматичний стресовий розлад  
РДУГ – розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю  
ASRS-v1.1 – шкала повідомлень про розлад юз дефіцитом уваги та гіперактивністю у дорослому віці  
DSM – посібник із діагностики й статистики психічних розладів  
PCL-C – шкала симптомів посттравматичного стресового розладу – цивільна версія  
PHQ – опитувальник про стан здоров'я пацієнта

---

Підписано до друку 07.05.2018 р. Формат 60x90/16.  
Ум. друк. арк. 0,9. Обл.-вид. арк. 0,9.  
Наклад 120. Зам. 38.

---

«Видавництво “Науковий світ”»<sup>®</sup>  
Свідоцтво ДК № 249 від 16.11.2000 р.  
м. Київ, вул. Казимира Малевича (Боженка), 23, оф. 414.  
200-87-15, 050-525-88-77  
E-mail: [nsvit23@ukr.net](mailto:nsvit23@ukr.net)  
Сайт: [nsvit.cc.ua](http://nsvit.cc.ua)