

# Лікування тривожних та депресивних розладів у комбатантів у сучасних умовах: фокус на ефективності та безпечності<sup>P</sup>

А. В. Верба<sup>1</sup>, О. В. Селюк<sup>2</sup>, Р. М. Романяк<sup>3</sup>, К. Є. Воробйов<sup>3</sup>, К. А. Казмірчук<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Головна інспекція Міністерства оборони України, м. Київ

<sup>2</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ

<sup>3</sup>Військова частина А0206

<sup>4</sup>Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», м. Київ

Військова служба в Україні сьогодні пов'язана з емоційними перенавантаженнями, що призводить до суттєвих змін ментального здоров'я. На фоні великої кількості стресових факторів швидко розвиваються когнітивні порушення, особливо ті, які стосуються уваги та оперативної пам'яті, що суттєво впливає на ефективність несення служби.

Для лікування стресу та тривожності як препарати першої лінії застосовуються селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну: циталопрам гідробромід, есциталопрам, пароксетину гідрохлорид, сертралін, а також інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну: венлафаксину гідрохлорид, дулоксетину гідрохлорид. До другої лінії належать трициклічні антидепресанти. Через широкий спектр побічних дій цих препаратів така фармакотерапія часто погано переноситься та асоціюється з незадовільною прихильністю.

Питання безпеки застосування будь-яких препаратів у комбатантів – це вкрай важливо з огляду специфіки завдань, які вони виконують. Пошук ефективного та безпечного лікування тривоги та депресії є актуальним питанням сьогодення.

**Мета дослідження:** оцінити вплив лікарського засобу рослинного походження, що містить олії лаванди (WS® 1265), на стан ментального здоров'я комбатантів в умовах реальних бойових дій.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 76 військовослужбовців (середній вік –  $34 \pm 2,2$  року), які проходили лікування на клінічній базі ВМГ 59. Середній термін перебування в зоні бойових дій до госпіталізації становив  $5 \pm 1,2$  міс. Соматична патологія діагностована у 31 (40,8%) комбатанта – артеріальна гіпертензія (АГ) I–II стадії з 1–2 ступенем підвищення артеріального тиску (АТ). Середні показники «офісного» систолічного АТ становили  $156,5 \pm 7,4$  мм рт.ст., діастолічного АТ –  $92,6 \pm 4,4$  мм рт.ст.

**Результати.** У 49 комбатантів виявлено тривожні розлади, у 27 – тривожно-депресивні. Протягом 10 днів пацієнти отримували рослинний засіб з олії лаванди (WS® 1265) за 30 хв до сну. До початку лікування клінічну тривогу відчували 89,5% обстежених, на 5-й день – лише 9,2% ( $p < 0,001$ ), а на 10-й день ознак клінічної тривоги не зафіксовано. Рівень тривоги в динаміці лікування достовірно зменшився з 18,0 до 7,5 ( $p < 0,001$ ).

Прояви депресії до початку лікування були виявлені у достовірно меншій кількості комбатантів – 47,4% з переважанням ознак субклінічної депресії – 32,9%. У динаміці застосування препарату на 10-й день спостереження ознак клінічної депресії не було виявлено у жодного комбатанта.

На фоні терапії лікарським засобом на основі олії лаванди (WS® 1265) показники АТ достовірно знижувалися ( $r = 0,51; p < 0,001$ ).

**Висновки.** Виявлено, що застосування препарату рослинного походження з олії лаванди (WS® 1265) позитивно впливає на ментальне здоров'я комбатантів, знижуючи показники середнього рівня як тривоги, так і депресії, а також зменшуючи показники АТ.

Переносимість рослинного препарату на основі олії лаванди (WS® 1265) відзначена як відмінна у 90,8%.

**Ключові слова:** комбатанти, ментальне здоров'я, тривога, стрес, депресія, постстресові розлади, олія лаванди, ефективність, безпека.

## Treatment of anxiety and depressive disorders in combatants in modern conditions: focus on efficacy and safety

A.V. Verba, O.V. Seliuk, R. M. Romaniak, K. Ye. Vorobyov, K. A. Kazmirchuk

Military service in Ukraine today is associated with emotional overload, which leads to significant changes in mental health. On the background of a large number of stress factors, cognitive disorders develop rapidly, especially those related to attention and working memory, which significantly affects the effectiveness of service.

For the treatment of stress and anxiety, selective serotonin reuptake inhibitors are used as first-line drugs: citalopram hydrobromide, escitalopram, paroxetine hydrochloride, sertraline, as well as serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors: venlafaxine hydrochloride, duloxetine hydrochloride. Tricyclic antidepressants belong to the second line. Due to the wide range of side effects of these drugs, such pharmacotherapy is often poorly tolerated and is associated with unsatisfactory adherence. The issue of the safety of the use of any drugs in combatants is extremely important given the specifics of the tasks they perform. The search for effective and safe treatment of anxiety and depression is a pressing issue today.

**The objective:** to assess the impact of herbal medicine which contains lavender oil (WS® 1265) on the mental health of combatants in real combat conditions.

**Materials and methods.** 76 servicemen (mean age –  $34 \pm 2.2$  years) were examined. They were treated at the clinical base of Military Medical Hospital 59. The average duration of stay in the combat zone before hospitalization was  $5 \pm 1.2$  months. Somatic pathology was diagnosed in 31 (40.8%) combatants – arterial hypertension (AH) of stage I–II with 1–2 degrees of increased blood pressure (BP). The average value of “office” systolic blood pressure was  $156.5 \pm 7.4$  mm Hg, diastolic blood pressure –  $92.6 \pm 4.4$  mm Hg.

**Results.** Anxiety disorders were determined in 49 combatants, and anxiety-depressive disorders – in 27 persons. For 10 days patients received herbal remedy with lavender oil (WS® 1265) 30 minutes before bedtime. Before the start of treatment, 89.5% of the examined experienced clinical anxiety, on the 5th day – only 9.2% ( $p < 0.001$ ), and on the 10th day no signs of clinical anxiety were recorded. The level of anxiety in the dynamics of treatment significantly decreased from 18.0 to 7.5 ( $p < 0.001$ ). Manifestations of depression before the start of treatment were detected in a significantly smaller number of combatants – 47.4% with a predominance of signs of subclinical depression – 32.9%. In the dynamics of the use of the drug on the 10th day of observation the signs of clinical depression were not determined in any combatant.

Against the background of therapy with a medicinal product based on lavender oil (WS® 1265), blood pressure indicators significantly decreased ( $r = 0.51$ ;  $p < 0.001$ ).

**Conclusions.** It was found that the use of herbal preparation with lavender oil (WS® 1265) has a positive effect on the mental health of combatants, reducing the average level of both anxiety and depression, as well as reducing blood pressure indicators. The tolerance of the herbal preparation based on lavender oil (WS® 1265) was found as excellent in 90.8%.

**Keywords:** combatants, mental health, anxiety, stress, depression, post-stress disorders, lavender oil, effectiveness, safety.

Вже понад 10 років триває російсько-українська війна. Ще і до повномасштабного вторгнення РФ в Україну військова служба вирізнялась емоційним перенавантаженням, постійною концентрацією уваги за рахунок великої кількості динамічних процесів, що пов'язані з несенням бойового чергування, володінням зброєю і технікою, участю у навчаннях та бойових діях. Важливою особливістю сучасних бойових дій є постійне зростання частоти множинних та поєднаних поранень, при цьому найбільша увага приділяється насамперед ефективному хірургічному лікуванню та відновленню втрачених функцій на різних етапах медичної евакуації.

У літературі описано особливості перебігу терапевтичної патології у поранених військовослужбовців, проте мало уваги спрямовано на профілактику тривожних та тривожно-депресивних розладів у комбатантів. Якщо цивільне населення має доступ до надання професійної допомоги психотерапевтами та психологами, то комбатанти на тлі вираженого емоційного виснаження можуть починати отримувати допомогу лише у мобільних госпіталях [1].

Проблема ментального здоров'я населення України сьогодні надзвичайно актуальна. Стан хронічного стресу дуже поширений серед українців, які разом з усім світом пережили ковідстрес (цей термін впровадили на тлі пандемії COVID-19), а повномасштабна війна Росії проти України загострила і поглибила стресові відчуття. Особливу категорію людей, в яких відзначається тривалий виснажливий стресовий стан, є військовослужбовці, які беруть безпосередню участь у бойових діях. Саме вони є групою ризику розвитку депресії, тривоги, постстресових розладів тощо.

Війна – один з найпотужніших психосоціальних стресових факторів. На сьогодні основними факторами, що дестабілізують стан ментального здоров'я, є втрата близької людини, втрата житла, джерел існування, проблеми зі здоров'ям (наявність хронічних захворювань та неможливість своєчасного отримання профільної допомоги). Саме тому стрес під час війни має такий потужний вплив на психічне та фізичне здоров'я. Українцям доводиться існувати в умовах стресу вже понад 10 років. З урахуванням пандемії COVID-19, яка так само негативно впливала на психічний та психологічний стан українців,

збільшуючи стрес-опосередковані стани, ми маємо досить серйозні проблеми в реаліях сьогодення.

Ця проблема притаманна як військовослужбовцям та їх родинам, так і цивільному населенню нашої країни. Та саме військовослужбовці, які беруть участь у бойових діях, є найбільшою групою ризику розвитку всіх ускладнень, що спричинені хронічним стресом. І разом з тим, на них ми покладаємо нашу віру і надію на перемогу. Вони боронять нашу державу, ціною власного життя стримують агресора. Тому питання їх ментального здоров'я дуже актуальне сьогодні. Саме від психічного здоров'я наших воїнів залежить їх реакція та правильність прийняття рішення. Чинниками, які впливають на ментальне здоров'я комбатантів, є надмірні фізичні та емоційні перенавантаження, відсутність зв'язку з рідними та інформації щодо їхнього стану, порушення звичайного ритму життя, загострення або поява *de novo* соматичних захворювань. Внаслідок цього у бійців відбувається іноді досить глибоке порушення ментального здоров'я. Основними скаргами серед комбатантів є безсоння, дратівливість, втрата ініціативи, інтересу до себе і навколишніх подій, зниження продуктивності роботи [2].

Проте найпотужнішими психотравмуючими чинниками є бойові дії, втрата побратимів, тривога за рідних та близьких, втрата звичних соціальних зв'язків, особистісні проблеми, страх за власне життя та здоров'я. Саме вони найчастіше залишають після себе психічні розлади, які призводять до емоційного спустошення, зниження емпатії, підвищеної дратівливості, грубих дисциплінарних порушень, зниженні боєздатності, розвитку депресії та постратматичних стресових розладів (ПТСР).

У 2023 році в Україні було проведено опитування GRADUS, за допомогою якого вивчали вплив війни на ментальне здоров'я цивільного населення України в різні періоди [3]. Результати третьої хвилі були оприлюднені в січні 2024 року. Порівняно з 2023 роком збільшилась кількість тих, хто переживає напруженість, страх, гнів, роздратування, безсилля, розчарування, відчай, проте зменшилась частка тих, хто відчуває надію.

Опитані українці оцінюють свій стан як середній. Цей показник є стабільним і тримається на рівні 50–51% протягом останніх півтора року. Проте збільши-

лась кількість респондентів, які визначили стан власного ментального здоров'я як незадовільний (з 9% у 2022 році до 13% у 2024 році). Молодь віком від 25 до 34 років (14%) та особи віком 35–44 (14%) найбільш негативно оцінили свій стан – більше втоми, менше надії. Емоції, які домінують останнім часом у респондентів: втома (46%), напруженість (44%) та надія (31%).

Порівняно з попередніми двома хвилями опитування збільшилась кількість тих, хто переживає напруженість, страх, гнів, роздратування, безсилля, розчарування та відчай. Стурбованість викликає те, що зменшилась частка респондентів, які відчувають надію (з 40% у 2022 році до 31% у 2024 році). Відсоток опитаних, хто переживали стрес останнім часом (77%), залишився таким, як і в 2023 році. Більшість (70%) пов'язують свою тривогу внаслідок хвилювання за безпеку близьких [3].

Дослідження, які проводилися зарубіжними вченими, продемонстрували, що страх війни та поширення бойових дій на територію інших країн притаманний людям, які перебувають далеко від подій, проте відчувають тривожні стани та депресію. Такий страх відчували громадяни Німеччини в першій половині 2022 року [4].

Щодо комбатантів, то значний вплив на їхнє психічне здоров'я мають власне бойові дії, спостереження за стражданнями поранених, втрата побратимів [5].

Окрім зовнішніх чинників великий вплив на ментальне здоров'я справляє наявність захворювань власне у військового. Так, хронічні больові синдроми погіршують психічний стан і спонукають до вживання опіоїдів [6].

Відзначалось, що біль у спині, мігрень і психогенний біль часто пов'язані з підвищеним ризиком суїциду. Аналізуючи вплив інтенсивності болю у ветеранів війни, було виявлено підвищений ризик спроб суїциду, повторні спроби та смерті внаслідок самогубства [7].

Ще однією великою проблемою стрес-опосередкованих станів є артеріальна гіпертензія (АГ). На сьогодні виділяють стрес-індуковану АГ, для якої характерне підвищення артеріального тиску (АТ) під впливом психоемоційного перенапруження [8].

Розвиток АГ військового часу (АГВЧ) зумовлений насамперед впливом стресу воєнного часу. Вона виникає у військових, ветеранів війни та цивільного населення, яке перебувало в зоні бойових дій або змушене було переселитися в інші регіони внаслідок війни. Проблема психоемоційного стресу, СІАГ і АГВЧ набула особливого значення в Україні [9–11].

Дослідження ментального здоров'я колишніх комбатантів встановило, що такі проблеми, як тривожність та депресія, можуть бути спричинені спекою, холодом, надмірними фізичними навантаженнями та незвичними умовами перебування (ще до початку бойових дій). На тлі великої кількості стресових факторів швидко розвиваються когнітивні порушення, особливо ті, що стосуються уваги та оперативної пам'яті [12].

Крім того, когнітивні порушення у військово-службовців також пов'язують з надмірними фізичними навантаженнями. втому, інсомнією та зміною характеру харчування [13].

Зміни в когнітивній сфері колишніх комбатантів можуть виявлятися через деякий час після дії стресових чинників. Першим проявом буде зниження продуктивності та ефективності виконання професійних завдань військовослужбовцями [14].

Є дані, які підкреслюють взаємозв'язок між посттравматичним стресовим розладом і ризиком зловживання психоактивними речовинами, самогубством, агресією та насильством [15]. Високий рівень психологічного стресу виявлений також у операторів дронів [16, 17].

Отже, враховуючи існуючі дані про наявність тривожних розладів та депресивних станів у комбатантів, ми повинні використовувати кожен нагоду, при огляді лікарем на будь-якому етапі надання медичної допомоги оцінювати стан ментального здоров'я військовослужбовця та своєчасно призначати ефективне та безпечне лікування.

До препаратів першої лінії лікування стресу та тривожності належать СІЗЗС (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну) та інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (ІСЗС). Часто в таких клінічних ситуаціях застосовують і трициклічні антидепресанти. Проте великий спектр побічних ефектів (безсоння, зміна маси тіла, надмірне збудження, подовження інтервалу QT, діарея та закрепи) спонукає до пошуку альтернативних лікарських засобів, які можна призначати в реалії сьогодення, оскільки перелік побічних ефектів суттєво впливає на якість життя і недотримання комплаєнтності, що нівелює результати лікування [3].

Питання безпеки застосування будь-яких препаратів у комбатантів – це вкрай важливо з огляду специфіки завдань, які вони виконують.

Вивчаючи багато років властивості ефірних олій лаванди, вдалося створити препарат Silexan® (Лазея), тому сьогодні ми маємо можливість проводити ефективне та безпечне лікування препаратом рослинного походження, гарантуючи високу ефективність та безпечність для лікування стресу та пов'язаного з ним вигорання.

Інноваційний анксиолітик Лазея (олія лаванди Silexan® (*Lavandula angustifolia*) WS® 1265) – німецький рослинний лікарський засіб, що має доведену у клінічних дослідженнях високу ефективність та хороші показники переносимості при субпороговій тривожності, генералізованих тривожних розладах та асоційованих із ними симптомах [18, 19].

Станом на кінець 2020 року було опубліковано результати 14 рандомізованих контрольованих клінічних досліджень (різних фаз), присвячених Silexan® (Лазея), що дозволяє вважати Лазею одним з найбільш вивчених рослинних лікарських засобів для лікування різних видів тривожності й асоційованих із нею клінічних проявів.

Стандартизована олія лаванди Silexan® (Лазея) забезпечує достовірне зменшення тривожності за шкалою Гамільтона за її психічною та соматичною субшкалами, а також за суб'єктивною оцінкою пацієнтів. Silexan® (Лазея) продемонструвала позитивний вплив на якість життя, вираженість депресивних та психосоматичних симптомів, якість сну. Цікаво, що згідно з даними метааналізу рандомізованих контрольованих

клінічних досліджень, на початку досліджень приблизно дві третини пацієнтів страждали на розлади концентрації та пам'яті, але застосування Silexan® (Лазея) сприяло зменшенню тривожності і одночасно вищезазначених когнітивних порушень. Це відповідає даним інших авторів, які зазначають, що на відміну від деяких інших анксиолітиків Silexan® (Лазея) не притаманні центральні депресивні ефекти [20, 21].

Механізми дії Silexan® (Лазея) добре вивчені. Ефективність цього засобу підтверджена в багатьох клінічних дослідженнях, а відсутність таких побічних ефектів, як сповільнення швидкості реакції при виконанні завдань різної складності, надмірної седації, «синдрому відміни» та взаємодії з іншими препаратами, надає можливість проводити лікування тривожних та депресивних розладів у широких верств населення [3].

Анксиолітичний ефект Silexan® (Лазея) відповідає таким найчастіше використовуваним лікарським засобам, як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, але перевершував у своїй ефективності інші засоби на основі лікарських рослин [3].

При застосуванні Silexan® (Лазея) у пацієнтів з генералізованими тривожними станами субпороговою тривожністю та наявними депресивними симптомами було переконливо продемонстровано зменшення кількості хворих, у яких фіксували депресивний настій більше за 50% від початкового рівня. Завдяки застосуванню Silexan® (Лазея) вдалося досягти вираженого антидепресивного ефекту у хворих зі змішаними тривожно-депресивними розладами [22].

Позитивні ефекти Silexan® (Лазея) зумовлені властивостями впливати на синаптичну нейропластичність. Цей механізм дії притаманний більшості антидепресантам, а підвищення щільності синапсів у первинних нейронах гіпокампу додає антидепресивний ефект [23–25].

Silexan® (Лазея) чинить сприятливий клінічно значущий вплив як на тривожні, так і на депресивні симптоми, що підтверджено в клінічних дослідженнях та їхніх метааналізах. На сьогодні фітопрепарати можуть застосовуватися і як самостійне лікування, і доповнювати синтетичні медикаменти.

Отже, Silexan® (Лазея) – фітопрепарат з доведеною ефективністю та високим профілем безпеки, безрецептурний лікарський засіб, що знайшов широке застосування в клінічній практиці.

Розуміючи нагальність і масштаб зазначеної проблеми серед військовослужбовців, особливо у комбатантів, необхідно обов'язково звертати увагу на стан ментального здоров'я наших бійців при зверненні до лікаря з будь-якої причини, навіть тоді, коли активних скарг на поточний момент немає. Це дасть змогу виявляти порушення на більш ранніх етапах та за необхідності призначити лікування. Враховуючи безпечність та ефективність лікарських засобів рослинного походження, нами проведено аналіз впливу препарату Лазея у комбатантів, які зверталися по медичну допомогу недовзі після участі у бойових діях.

**Мета дослідження:** оцінювання впливу препарату Лазея на стан ментального здоров'я комбатантів в умовах реальних бойових дій.

**Мета дослідження** передбачає вирішення наступних задач:

1. Проаналізувати стан ментального здоров'я у комбатантів.
2. Визначити ступінь тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях.
3. Оцінити вплив препарату Лазея на тривожні стани комбатантів різного ступеня.
4. Дослідити ефективність та безпечність препарату Лазея при лікуванні депресивних станів в обстежуваних пацієнтів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено 76 військовослужбовців, які проходили лікування на клінічній базі ВМГ 59. Середній термін перебування в зоні бойових дій до надходження у стаціонар становив  $5 \pm 1,2$  міс. Середній вік пацієнтів становив  $34 \pm 2,1$  року. Соматична патологія була представлена у 31 (40,8%) комбатанта АГ I–II стадії із 1–2 ступенем підвищення АТ. Середні показники «офісного» систолічного АТ становили  $156,5 \pm 7,4$  мм рт.ст, а середні показники «офісного» діастолічного АТ –  $92,6 \pm 4,4$  мм рт.ст.

Для виявлення наявності тривоги/депресії, а також ступеня їх вираженості ми використовували шкалу HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), яка є стандартом для оцінки показників ментального здоров'я. Госпітальна шкала HADS розроблена A. S. Zigmond та R. P. Snaith (1983) з метою визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії і тривоги в умовах загальноомедичної практики. Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування та обробки, що дозволяє рекомендувати її до використання для первинного виявлення тривоги та депресії. Наявність у пацієнта  $\geq 8$  балів діагностували як субклінічно виражену тривогу і/або депресію,  $\geq 11$  балів – клінічно виражену тривогу та/або депресію [26].

Усім комбатантам проводили опитування за шкалою HADS. Аналіз даних опитування свідчить, що в усіх обстежуваних наявне порушення ментального здоров'я різного ступеня вираженості. У 49 військовослужбовців виявлено тривожні розлади, а тривожно-депресивні мали 27 комбатантів.

Протягом 10 днів пацієнти отримували препарат Лазея за 30 хв до сну згідно з інструкцією до застосування. Оцінку результатів проводили на 5-й та 10-й дні лікування.

Статистичне оброблення проводили із застосуванням програми Microsoft Excel 2007 та стандартного статистичного пакета STATISTICA 6.0. Оцінку достовірності відмінностей середніх величин для непов'язаних вибірок виконували за критеріями Стюдента і Манна–Уїтні, для пов'язаних – за відповідними критеріями Стюдента і Вілкоксона. Для оцінювання різниці між двома умовами (або двома популяціями) використовували тест Манна–Уїтні, який призначений для використання даних з двох окремих вибірок. Для рангових змінних взаємозв'язок визначали за допомогою рангового коефіцієнта кореляції Спірмена (r).

Таблиця 1

**Поширеність та структура тривожних станів серед обстежуваних, n (%)**

Показник	n=76
Норма (0–7 балів)	0
Субклінічна тривога (8–10 балів)	8 (10,5)
Клінічна тривога (> 11 балів)	68 (89,5)

Таблиця 2

**Частота виявлення депресивних станів та їхня структура серед військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій, n (%)**

Показник	n=76
Норма (0–7 балів)	40 (52,6)
Субклінічна тривога (8–10 балів)	25 (32,9)
Клінічна тривога (> 11 балів)	11 (14,5)

Під час проведення дослідження дотримувалися законодавчих норм, вимог щодо проведення клінічних (біомедичних) досліджень, зокрема Гельсінкської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні засади проведення медичних досліджень за участю людини як суб'єкту» (№990\_005, в редакції від 01.10.2008), Настанови з належної клінічної практики (СРМР/ІСН/135/95 (Е6)), Настанови з проведення клінічних досліджень МОЗ України «Лікарські засоби. Належна клінічна практика» (СТ-Н МОЗУ 42-7.0:2008), а також принципів біоетики згідно з Типовим положенням про комісії з питань етики при лікувальних закладах, у яких проводять клінічні випробування (Наказ МОЗ України № 690 від 23.09.2009).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

У результаті проведеного дослідження було виявлено, що переважна більшість (89,5%) комбатантів мали клінічно виражену тривогу (> 11 балів за шкалою HADS) і лише 10,5% мали субклінічні прояви тривоги (8–10 балів за шкалою HADS) (табл. 1, рис. 1).

Результати оцінювання показників депресивних станів продемонстрували, що у більшості комбатантів (52,6%) були відсутні ознаки депресивних станів. Лише 14,5% респондентів мали клінічно виражену депресію, а субклінічні прояви було зафіксовано у 32,9% опитуваних (табл. 2, рис. 2).



Рис. 1. Структура тривожних станів у комбатантів

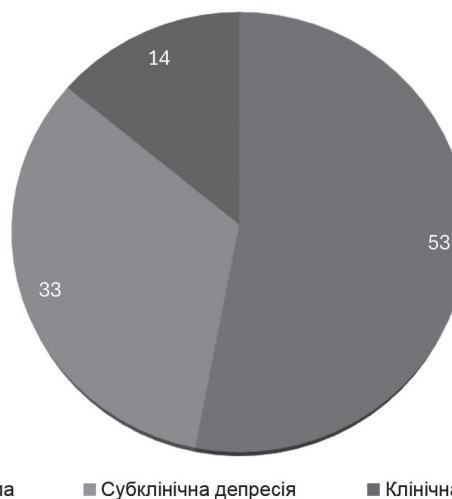


Рис. 2. Структура депресивних станів, виявлених у комбатантів

Для лікування порушень ментального здоров'я призначали лікарський засіб Лазея щодня за 30 хв до сну. Результати лікування оцінювали в динаміці на 5-й та 10-й дні лікування за тестом HADS.

Аналіз отриманих даних виявив зміни ( $p < 0,001$ ) показників середнього рівня як тривоги, так і депресії, на 5-й та 10-й день застосування лікарського засобу порівняно з даними до лікування.

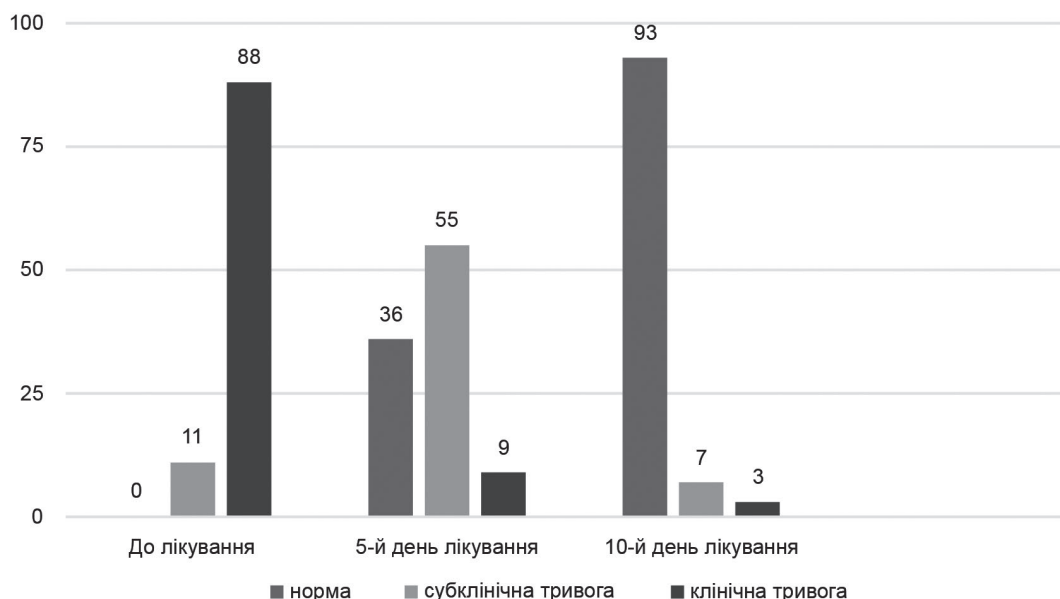
Якщо до початку лікування клінічну тривогу відчували 89,5% обстежених, то на 5-й день – лише 9,2% ( $p < 0,001$ ), а на 10-й день ознаки клінічної тривоги виявлено не було. Рівень тривоги в динаміці ліку-

Таблиця 3

**Розподіл обстежених хворих за рівнем тривоги за шкалою HADS у динаміці лікування препаратом Лазея, n (%)**

Показник	До лікування, n=76	На 5-й день лікування, n=76	На 10-й день лікування, n=76	p
Норма (0–7 балів)	0	27 (35,5)	71 (93,4)	$P_{2-3} < 0,001^*$
Субклінічна тривога (8–10 балів)	8 (10,5)	42 (55,3)	5 (6,6)	$P_{1-2} < 0,001^*$ $P_{2-3} < 0,001^*$
Клінічна тривога (> 11 балів)	68 (89,5)	7 (9,2)	0	$P_{1-2} < 0,001^*$
Рівень тривоги за HADS Me (25%; 75%)	18,0 (16,0; 22,0)	12,5 (11,0; 14,0)	7,5 (5,0; 9,0)	$< 0,05$

Примітки: p – розбіжності між групами за критерієм Манна–Уїтні (U); \* – розбіжності між розподілом за критерієм  $\chi^2$  Пірсона



**Рис. 3. Розподіл обстежених хворих за рівнем тривоги за шкалою HADS у динаміці лікування препаратом Лазея (%)**

вання вірогідно зменшився з 18,0 до 7,5 ( $p < 0,001$ ). І лише 6,6% пацієнтів відчували субклінічну тривогу після 10 днів лікування.

Прояви депресії до початку лікування були виявлені у достовірно меншій кількості комбатантів – 47,4% з переважанням ознак субклінічної депресії – 32,9%. У динаміці застосування препарату на 10-й день спостереження ознак клінічної депресії не було виявлено у жодного комбатанта, а прояви субклінічної депресії реєстрували лише у 6,6% респондентів ( $p < 0,001$ ). Відсутність ознак депресії реєстрували у 93,4% комбатантів (табл. 4).

Слід зазначити, що серед обстежених комбатантів у 31 (40,8%) була наявна АГ I–II стадії з 1–2 ступенем підвищення АТ. Водночас було встановлено сильний пряий корелятивний зв'язок між показником рівня підвищення АТ та показником клінічної тривоги ( $r = 0,65$ ;  $p < 0,001$ ). На тлі лікування препаратом Лазея знижувались рівень тривоги та показники АТ ( $r = 0,51$ ;  $p < 0,001$ ).

Наведені дані, на наш погляд, можуть бути обумовлені як систематичним вживанням антигіпертензивної терапії в умовах стаціонарного лікування, так і ефектами препарату.

Отже, встановлено, що у комбатантів, які надходять на стаціонарне лікування безпосередньо із зони



**Рис. 4. Оцінка пацієнтами переносимості препарату Лазея**

бойових дій, наявні як тривожні, так і депресивні розлади різного ступеня вираженості. Враховуючи отримані дані, рекомендовано якнайшвидше, за першої можливості, проводити оцінку ментального здоров'я військовослужбовців та надавати лікування.

Таблиця 4

**Розподіл обстежених хворих за рівнем депресії за шкалою HADS у динаміці лікування препаратом Лазея, n (%)**

Показник	До лікування, n=76	На 5-й день лікування, n=76	На 10-й день лікування, n=76	p
Норма (0–7 балів)	40 (52,6)	64 (84,2)	71 (93,4)	< 0,001*
Субклінічна депресія (8–10 балів)	25 (32,9)	10 (13,2)	5 (6,6)	< 0,001*
Клінічна депресія (> 11 балів)	11 (14,5)	2 (2,6)	0	< 0,001*
Рівень депресії за HADS Me (25%; 75%)	12,5 (9,0; 15,0)	8,5 (5,0; 11,0)	5,0 (4,0; 9,0)	< 0,001

Примітки: p – розбіжності між групами за критерієм Манна–Уїтні (U); \* – розбіжності між розподілом за -критерієм  $\chi^2$  Пірсона

Переносимість препарату була оцінена переважно як відмінна. Побічних ефектів, які б потребували відміни препарату, не зареєстровано. За суб'єктивною оцінкою хворих переносимість препарату Лазея була відмінною у 69 (90,8%) пацієнтів та хорошою – у 7 (9,2%) обстежуваних (рис. 4).

### ВИСНОВКИ

1. Виявлено значні порушення показників ментального здоров'я у комбатантів, які поступають на лікування із зони бойових дій.

2. Оцінюючи структуру порушень, встановлено, що домінуючим станом є клінічно виражена тривога, яка спостерігалася у 89,5% респондентів, та значно

менший відсоток (10,5%) пацієнтів з ознаками субклінічної тривоги.

3. Аналізуючи показники депресивних станів, визначено, що 52,6% пацієнтів не мали проявів депресії. Субклінічна депресія відзначалася у 32,9%, а клінічна – у 14,5% респондентів.

4. Після проведення лікування рослинним лікарським засобом Лазея виявлено зниження показників середнього рівня як тривоги, так і депресії на 5-й та 10-й день застосування препарату порівняно з даними до лікування ( $p < 0,001$ ).

5. Переносимість препарату Лазея відзначена як відмінна у 90,8%. Відміни препарату на тлі поодиноких транзиторних побічних ефектів не було.

### Відомості про авторів

**Верба Андрій В'ячеславович** – д-р мед. наук, проф., Головна інспекція Міністерства оборони України, м. Київ; тел.: (066) 406-04-72. *E-mail: 27verba@ukr.net*

ORCID: 9000-0002-9661-3084

**Селюк Ольга Вікторівна** – канд. мед. наук, Українська військово-медична академія, м. Київ; тел.: (044) 280-00-34

ORCID: 0000-0001-9597-1165

**Романяк Ростислав Михайлович** – Військова частина А0206; тел.: (067) 799-16-85. *E-mail: romanyakromy97@gmail.com*

ORCID: 0009-0006-7222-7062

**Воробйов Костянтин Євгенович** – Військова частина А0206; тел.: (095) 462-18-70. *E-mail: vorobiov.for.work.purposes@gmail.com*

ORCID: 0009-0001-6997-4810

**Казмірчук Катерина Анатоліївна** – Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», м. Київ; тел.: (066) 210-09-68. *E-mail: kazmirchukkaterina@gmail.com*

ORCID: 0009-0006-8422-7342

### Information about authors

**Verba Andriy V.** – MD, PhD, DSc, Professor, Main Inspectorate of the Ministry of Defense of Ukraine, Kyiv; tel.: (066) 406-04-72. *E-mail: 27verba@ukr.net*

ORCID: 9000-0002-9661-3084

**Seliuk Olha V.** – MD, PhD, Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv; tel.: (044) 280-00-34

ORCID: 0000-0001-9597-1165

**Romaniak Rostyslav M.** – MD, Military unit A0206; tel.: (067) 799-16-85. *E-mail: romanyakromy97@gmail.com*

ORCID: 0009-0006-7222-7062

**Vorobyov Konstantin Ev.** – MD, Military unit A0206; tel.: (095) 462-18-70. *E-mail: vorobiov.for.work.purposes@gmail.com*

ORCID: 0009-0001-6997-4810

**Kazmirchuk Kateryna A.** – National Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital», Kyiv; tel.: (066) 210-09-68. *E-mail: kazmirchukkaterina@gmail.com*

ORCID: 0009-0006-8422-7342

### ПОСИЛАННЯ

- Selyuk M, Bychkova S, Kozochok M, Levkin I, Taranukhin S, Bondarchuk A, et al. Thromboembolism of small branches of the pulmonary artery as a result of combat trauma: review of the literature and analysis of a clinical case. *Fam Med Eur Pract.* 2024;(2):62-7. doi: 10.30841/2786-720X.2.2024.30 7536.
- Hrytsevich TL, Guzenko IM, Kapinus OS, Matsevko TM, Romanyshyn AM. *Battle psychology: a manual.* Lviv; 2017. 352 p.
- Strelchuk L. Possibilities of herbal medicines in the treatment of anxiety disorders and increasing of stress resistance. *Health of Ukraine in the 21st century.* 2023;547(11):10-1.
- Hajek A, Kretzler B, König HH. Fear of war and mental health in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2023;58(7):1049-54. doi: 10.1007/s00127-022-02394-9.
- Currier JM, Holland JM, Drescher K, Foy D. Initial psychometric evaluation of the Moral Injury Questionnaire--Military version. *Clin Psychol Psychother.* 2015;22(1):54-63. doi: 10.1002/cpp.1866.
- Racine M. Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2018;(87):269-80. doi: 10.1016/j.pnpbp.2017.08.020.
- Ashrafioun L, Kane C, Bishop TM, Britton PC, Pigeon WR. The Association of Pain Intensity and Suicide Attempts Among Patients Initiating Pain Specialty Services. *J Pain.* 2019;20(7):852-9. doi: 10.1016/j.jpain.2019. 01.012.
- Kovalenko VM, Herausgeber. *Stress und kardiovaskuläre Erkrankungen im Kriegszustand.* Kyiv; 2022. 272 p.
- Koval SM, Riezniak LA, Starchenko TG. Anxiety-depressive disorders in patients with arterial hypertension who were in a combat zone. *Ukr Ther J.* 2023;(2):34-9. doi: 10.30978/UTJ2023-2-34.
- Bronze L. War, hypertension and post traumatic stress disorder. A personal experience. *Blood Press.* 2022;31(1):225-7. doi: 10.1080/08037051.2022.211 8661.
- Howard JT, Sosnov JA, Janak JC, Gundlapalli AV, Pettey WB, Walker LE, et al. Associations of Initial Injury Severity and Posttraumatic Stress Disorder Diagnoses With Long-Term Hypertension Risk After Combat Injury. *Hypertension.* 2018;71(5):824-32. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.1 17.10496.
- Martin K, McLeod E, Périard J, Rattray B, Keegan R, Pyne DB. The Impact of Environmental Stress on Cognitive Performance: A Systematic Review. *Hum Factors.* 2019;61(8):1205-46. doi: 10.1177/0018720819839817.
- Martin K, Périard J, Rattray B, Pyne DB. Physiological Factors Which Influence Cognitive Performance in Military Personnel. *Hum Factors.* 2020;62(1):93-123. doi: 10.1177/0018720819841757.
- Flood A, Keegan RJ. Cognitive Resilience to Psychological Stress in Military Personnel. *Front Psychol.* 2022;(13):809003. doi: 10.3389/fpsyg.2022.8090 03.
- Oster C, Morello A, Venning A, Redpath P, Lawn S. The health and wellbeing needs of veterans: a rapid review. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):414. doi: 10.1186/s12888-017-1547-0.
- Armour C, Ross J. The health and well-being of military drone operators and intelligence analysts: a systematic review. *Mil Psychol.* 2017;(29):83-98. doi: 10.1037/mil0000149.
- Chapa JO. Remotely piloted aircraft, risk, and killing as sacrifice: the cost of remote warfare. *J Mil-*

- tary Ethics. 2017;(16):256-71. doi: 10.1080/15027570.2018.1440501.
18. Kasper S, Muller WE, Volz HP, Moller HJ, Koch E, Dienel A. 2018. Silexan® in anxiety disorders: clinucal data and pharmacological background. World J Biol Psychiatr. 2018;(19):412-20. doi: 10.1080/15622975.2017.1331046.
19. Moller HJ, Volz HP, Dienel A, Schlafke S, Kasper S. Efficacy of Silexan® in subthreshold anxiety: meta-analysis of randomised, placebo-controlled trials. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci. 2019;269:183-93. doi: 10.1007/s00406-017-0852-4.
20. Seifritz E, Schlafke S, Holsboer-Trachsler E. Beneficial effects of Silexan® on sleep are mediated by its anxiolytic effect. J Psychiat Res. 2019;115:69-74. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.04.013.
21. Seifritz E, Möller HJ, Volz HP, Müller WE, Hopyan T, Wacker A, et al. No Abuse Potential of Silexan in Healthy Recreational Drug Users: A Randomized Controlled Trial. Int J Neuropsychopharmacol. 2021;24(3):171-80. doi: 10.1093/ijnp/pyaa064.
22. Dold M, Bartova L, Volz HP, Seifritz E, Möller HJ, Schläpke S, et al. Efficacy of Silexan in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2023;273(7):1615-28. doi: 10.1007/s00406-022-01547-w.
23. Duman RS, Aghajanian GK, Sanacora G, Krystal JH. Synaptic plasticity and depression: new insights from stress and rapid-acting antidepressants. Nat Med. 2016;22(3):238-49. doi: 10.1038/nm.4050.
24. Harmer CJ, Duman RS, Cowen PJ. How do antidepressants work? New perspectives for refining future treatment approaches. Lancet Psychiatry. 2017;4(5):409-18. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30015-9.
25. Friedland K, Silani G, Schuwald A, Stockburger C, Koch E, Nöldner M, et al. Neurotrophic Properties of Silexan, an Essential Oil from the Flowers of Lavender-Preclinical Evidence for Antidepressant-Like Properties. Pharmacopsychiatry. 2021;54(1):37-46. doi: 10.1055/a-1293-8585.

*Стаття надійшла до редакції 01.10.2024. – Дата першого рішення 07.10.2024. – Стаття подана до друку 08.11.2024*



# ВИМОГИ ДО ПОДАННЯ НАУКОВИХ СТАТЕЙ

Редакція приймає на розгляд статті за умови, що:

- це перша публікація
- стаття не передавалася для публікації в інші редакції
- оформлення виконано відповідно до вимог щодо оформлення наукових статей нашого видання.

Під час подання статті до журналу автори повинні підтвердити її відповідність усім встановленим вимогам, зазначеним нижче. У разі виявлення невідповідності поданої роботи до пунктів цих вимог редакція повертатиме авторам матеріали на доопрацювання.

Стаття подається до редакції українською та англійською мовами як файл у форматі Microsoft Word .docx, доданий до електронного листа. Стаття англійською мовою публікується без перекладу на українську мову. Рукопис має бути набраний у Microsoft Word, формат листа A4, шрифт Times New Roman, кегль 14, міжрядковий інтервал 1,5.

Стаття повинна супроводжуватися листом-заявою у довільній формі з підписами автора/авторів.

**Стаття складається з наступних елементів: титул, основний текст, резюме українською, англійською мовами з ключовими словами, список літератури, відомості про автора/авторів.**

## Титул

1. УДК (Універсальна десятинна класифікація)
2. ПІБ автора
3. Назва статті

- заголовки наукових статей повинні бути інформативними, передавати основний зміст статті (не більше 150 символів),
- у назвах статей можна використовувати тільки загальноприйнятні скорочення,
- у перекладі назв статей англійською мовою не повинно бути транслітерації, крім неперекладних назв власних імен, приладів та інших об'єктів, що мають власні назви; також не використовується неперекладний сленг.
- 4. Місце роботи автора/авторів.

## Основний текст

1. Основний текст статті та матеріали до нього за структурою та змістом мають відповідати певному виду наукової публікації (оригінальна стаття, оглядова стаття, опис клінічних випадків, матеріали наукових медичних форумів).
2. У статті не допускається скорочення слів, крім загальноприйнятих в науковій літературі. Усі вимірювання подаються у системі одиниць СІ. Абревіатури, що наводяться у статті, повинні бути розшифровані при першому згадуванні.
3. Ілюстрації (таблиці, рисунки) повинні розташовуватися після першого згадування у тексті.
4. У тексті слід вказувати бібліографічні посилання у вигляді цифри у квадратних дужках, що відповідає номеру у списку цитованої літератури.

## Додатки до основного тексту

До статті повинні бути додані всі використовувані в роботі таблиці, ілюстрації, список літератури.

Ілюстрації мають бути подані у формі фотографії, слайду, рентгенограми, електронного файлу та підготовлені на високому якісному рівні.

- Ілюстрації мають відповідати основному змісту статті.
- Ілюстрація повинна бути максимально вільна від написів, які слід перенести у підпис до неї.
- Підписи до ілюстрацій подаються на окремому аркуші у кінці статті.
- Кожна ілюстрація повинна мати загальну назву.
- Оригінальні ілюстрації слід передавати в окремому конверті із зазначенням назви статті та ПІБ автора.
- У статті слід зазначити місце, де, на думку автора, бажано було б помістити ілюстрацію.
- Ілюстрація, подана в електронному вигляді, повинна мати роздільну здатність не менше 300 dpi (масштаб 1:1).

Таблиці повинні мати заголовок і порядковий номер. На всі таблиці повинні бути посилання в основному тексті. Їх слід пронумерувати послідовно у тому порядку, в якому вони зустрічаються в основному тексті.

- Розміщувати таблиці слід в основному тексті статті одразу після абзацу, де вони згадуються.
- Посилання на таблицю робиться за допомогою арабських цифр.
- Таблиці не повинні дублювати зміст тексту.

- Автори повинні переконатися, що дані у таблицях відповідають тим, які зазначені у відповідних місцях у тексті.
- Підсумкові суми необхідно складати коректно, а відсотки – правильно розраховувати.
- Назви стовпців і рядків повинні відповідати їхньому змісту, текст подається без скорочень.
- Примітки до таблиці розміщуються під таблицею.

## Резюме

До статті додаються резюме українською та англійською мовами. Резюме на всіх мовах обов'язково містить назву статті (малими літерами, починаючи з великої), автора/авторів (ініціали та прізвище), назви організацій (повні, без абревіатур), місто, країна, ключові слова. Обсяг резюме має становити не менше ніж 1800 знаків.

Текст резюме є самостійним і повноцінним джерелом інформації з коротким і послідовним викладенням матеріалу публікації, що висвітлює зміст статті. Посилання на джерела літератури, рисунки і таблиці у резюме недопустимі.

- Резюме для оригінальних статей повинні бути структурованими з наступними підзаголовками: мета дослідження, матеріал та методи, результати, заключення та ключові слова.
- Структурування резюме оглядових статей не вимагається.
- Резюме статей, присвячених опису клінічних випадків, можуть бути структурованими з наступними підзаголовками: вступ, клінічний випадок, заключення, ключові слова.

## Список літератури

- Список літератури наводиться латиницею. Джерела на українській та російській мовах наводяться у тому написанні, як вони зазначені та реєструються на англійських сторінках сайтів журналів. **Якщо джерело не має назви англійською мовою – воно наводиться транслітерацією.**
- Оформлення списку літератури здійснюється відповідно до стилю Vancouver (Ванкуверський) **англійською мовою.**
- Посилання в тексті наводяться у квадратних дужках, повний бібліографічний опис джерела у списку літератури в порядку згадування у тексті статті.
- У список літератури – включаються тільки рецензовані джерела (статті з наукових журналів і монографії), що використовуються в тексті статті. Якщо необхідно посилатися на статтю у засобі масової інформації, на текст з онлайн-ресурсу, слід помістити інформацію про джерело у посиланні.
- Посилання на прийняті до публікації, але ще не опубліковані статті, повинні бути позначені словами «у друку»; автори повинні отримати письмовий дозвіл для посилання на такі документи і підтвердження того, що вони прийняті до друку. Інформація з неопублікованих джерел повинна бути відзначена словами «неопубліковані дані / документи», автори також повинні отримати письмове підтвердження на використання таких матеріалів.

Рекомендовано навести не менше: 25 літературних джерел в дослідницьких роботах, 40–50 – в теоретичних роботах/оглядах літератури. Автори несуть відповідальність за точність посилань.

## Відомості про авторів

Відомості про авторів наводяться у кінці рукопису і містять інформацію про авторів українською та англійською мовами:

- Прізвища, імена, по-батькові (повністю).
- Науковий ступінь, вчене звання, посада в установі/установах (якщо автор працює у декількох організаціях, зазначаються дані за всіма організаціями).
- Робоча адреса з поштовим індексом, службовий номер телефону (за бажанням – особистий).
- Адреса електронної пошти всіх авторів.
- Ідентифікатор ORCID (<https://orcid.org/register>).

Скорочення не допускаються.

На останній сторінці статті повинні бути підписи авторів та зазначено внесок кожного автора у підготовку рукопису.

Стаття, схвалена редакційною колегією, може бути опублікована у термін до трьох місяців, включаючи період рецензування.