

ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ: СТРУКТУРА, ПЕРЕБІГ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ

Задорожна Б. В., Шевага В. М., Задорожний А. М.,
Семчишин М. Г.

ANXIETY DISORDERS IN MILITARY PERSONNEL AFTER MINE- EXPLOSIVE TRAUMA: CLINICAL STRUCTURE, COURSE, AND TREATMENT EFFECTIVENESS

Zadorozhna Bozhena, Shevaga Volodymyr, Zadorozhnyi Andrii,
Semchyshyn Myroslava

Анотація

Актуальність. Тривожні розлади є однією з найбільш поширених форм психічних порушень у військовослужбовців після бойової травми. В умовах сучасних бойових дій значно зростає частота тривожних і депресивних розладів, що супроводжуються соматовегетативними проявами та негативно впливають на якість життя, соціальне функціонування і реабілітацію пацієнтів. **Мета роботи** Дослідити клініко-психопатологічні особливості тривожних розладів у військовослужбовців після мінно-вибухової травми, визначити їхню структуру та перебіг, а також оцінити ефективність гідроксизину в складі комплексної терапії. **Матеріали та методи** Обстежено 35 військовослужбовців із бойовим досвідом після мінно-вибухової травми з клінічними проявами тривожних розладів (основна група) та 20 військовослужбовців без ознак тривожних порушень (контрольна група). Середній вік обстежених становив $38,5 \pm 2,1$ року. Для оцінки психоемоційного стану застосовували шкалу Спілберґера–Ханіна, шкалу депресії Гамільтона та шкалу позитивного та негативного афекту PANAS. Пацієнти основної групи отримували гідроксизин у добовій дозі 75–100 мг. Статистичну обробку проводили з використанням параметричних і непараметричних методів. **Результати та їх обговорення.** У структурі тривожних розладів переважали генералізований тривожний (34,29%) та змішаний тривожно-депресивний (28,57%) розлади. Виявлено високу частоту соматовегетативних проявів. У більшості пацієнтів тривожні розлади мали короткочасний перебіг, однак у частини – тенденцію до хронізації. Після проведеного лікування відзначено достовірне зниження рівня ситуативної тривожності, депресивних проявів та частоти психопатологічних синдромів ($p < 0,05-0,01$), а також підвищення рівня позитивного афекту та зниження рівня негативного афекту. Побічних ефектів не зафіксовано. **Висновки.** Тривожні розлади у військовослужбовців після мінно-вибухової травми мають поліморфний характер, супроводжуються соматовегетативними проявами та схильні до затяжного перебігу. Застосування гідроксизину є ефективним та безпечним методом терапії, що сприяє зниженню рівня тривоги та покращенню психоемоційного стану.

Ключові слова: тривожні розлади, військовослужбовці, мінно-вибухова травма, гідроксизин, психоемоційний стан, соматовегетативні прояви.

Abstract

Background. Anxiety disorders are among the most common mental health conditions in military personnel following combat-related trauma. In the context of ongoing military conflict, the prevalence of anxiety and depressive disorders increases significantly, often accompanied by somatic symptoms and leading to impaired quality of life and functioning. **Purpose.** To investigate the clinical and psychopathological features of anxiety disorders in military personnel after mine-explosive injury, to determine their structure and course, and to evaluate the effectiveness of hydroxyzine in complex therapy. **Materials and Methods.** The study included 35 military personnel with combat experience and mine-explosive injury presenting with anxiety disorders (main group) and 20 military personnel without anxiety symptoms (control group). The mean age was 38.5 ± 2.1 years. Psychological assessment included the Spielberger–Khanin State-Trait Anxiety Inventory, the Hamilton Depression Rating Scale, and the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). Patients received hydroxyzine at a daily dose of 75–100 mg. Statistical analysis was performed using parametric and non-parametric methods. **Results.** Generalized anxiety disorder (34.29%) and mixed anxiety-depressive disorder (28.57%) were the most prevalent conditions. A high frequency of somatovegetative symptoms was observed. In most cases, anxiety disorders had a relatively short duration, although some patients showed a tendency toward chronicity. After treatment, a significant reduction in situational anxiety, depressive symptoms, and psychopathological syndromes was observed ($p < 0.05-0.01$), along with an increase in positive affect and a decrease in negative affect. No adverse effects were reported. **Conclusions.** Anxiety

disorders in military personnel after mine-explosive injury are characterized by a polymorphic clinical presentation, somatovegetative manifestations, and a tendency toward prolonged course. Hydroxyzine is an effective and safe treatment option that significantly reduces anxiety and improves psychoemotional status.

Key words: anxiety disorders, military personnel, mine-explosive injury, hydroxyzine, psychoemotional state, somatovegetative symptoms.

1. Вступ

Тривога є універсальною психофізіологічною реакцією організму на дію стресових факторів, яка виконує адаптивну функцію, сприяючи мобілізації ресурсів та забезпеченню виживання в умовах небезпеки [1]. Виділяють два основні типи тривожної реакції – фізіологічну та патологічну. Фізіологічна тривога має ситуаційний характер, є короткочасною та сприяє підвищенню адаптаційних можливостей організму. Натомість патологічна тривога характеризується надмірною інтенсивністю, тривалістю та дезадаптивним впливом, що призводить до виснаження компенсаторних механізмів і формування психічних розладів [2].

Патологічна тривога є одним із найпоширеніших психічних розладів сучасності. За даними епідеміологічних досліджень, тривожні розлади займають провідне місце серед усіх психічних захворювань та суттєво впливають на якість життя, соціальне функціонування і працездатність [3]. В умовах повномасштабної війни в Україні проблема тривожних розладів набуває особливої актуальності, оскільки бойовий стрес, мінно-вибухові травми та хронічна психотравматизація значно підвищують ризик їх розвитку [4].

Тривога розглядається як ключовий психопатологічний феномен, що має схильність до хронічного перебігу та може трансформуватися у різні клінічні форми, зокрема у генералізований тривожний розлад, панічні розлади та змішані тривожно-депресивні стани [5]. Відомо, що тривожні розлади частіше виникають в осіб молодого та середнього віку, асоціюються з підвищеним ризиком суїцидальної поведінки та значним зниженням якості життя [6]. Незважаючи на захисну роль тривоги в нормі, її надмірна вираженість призводить до психоемоційного виснаження, порушення адаптації та розвитку хронічних психічних порушень [3].

Особливої уваги заслуговують тривожні розлади у військовослужбовців, які перенесли мінно-вибухову травму. Вплив поєднаних фізичних і психотравмуючих чинників сприяє формуванню посттравматичних психоемоційних порушень, включаючи симптоми посттравматичного стресового розладу, депресії та тривоги [7]. Сучасні дослідження підтверджують, що бойова травма значно підвищує ризик розвитку тривожних і депресивних

розладів, які можуть мати тривалий або хронічний перебіг [8].

Мета роботи. Метою дослідження було комплексне вивчення клініко-психопатологічних особливостей тривожних розладів у військовослужбовців із бойовим досвідом після перенесеної мінно-вибухової травми, визначення їх структури, ступеня вираженості та впливу на психоемоційний стан, а також оцінка ефективності застосування гідроксизину у комплексній терапії.

2. Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено з дотриманням основних етичних принципів Гельсінської декларації та мало порівняльний клінічний характер.

Основну групу склали 35 військовослужбовців із досвідом бойових дій, які перенесли мінно-вибухову травму та мали клінічні прояви тривожних розладів. Усі обстежені були чоловіками віком від 35 до 42 років; середній вік становив $38,5 \pm 2,1$ року. У комплексній терапії застосовували гідроксизин у добовій дозі 75–100 мг, розподілений на 2–3 прийоми.

Контрольну групу становили 20 військовослужбовців аналогічного віку та статі з подібним характером травми, однак без ознак тривожних розладів; середній вік у цій групі становив $38,7 \pm 2,0$ року. Вірогідних відмінностей за віком між групами не виявлено ($p > 0,05$). Усі учасники надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні.

Для оцінки психоемоційного стану використовували стандартизовані психодіагностичні методики: шкалу тривоги Спілбергера–Ханіна [9], шкалу депресії Гамільтона [10] та шкалу позитивного та негативного афекту PANAS (Positive and Negative Affect Schedule) [11].

Обстеження проводили через 6 місяців після травми. Усі пацієнти були оглянуті невропатологом, психіатром, травматологом та офтальмологом; усім виконували рентгенографію черепа і комп'ютерну томографію головного мозку.

Статистичну обробку результатів проводили з використанням t-критерію Стьюдента та критерію χ^2 . Результати подано у вигляді середніх значень та стандартної похибки середнього ($M \pm m$). Різницю вважали статистично значущою при $p < 0,05$ [12].

3. Результати

У пацієнтів основної групи переважали скарги на підвищену дратівливість, емоційну лабільність, відчуття постійної втоми, порушення сну, а також труднощі концентрації уваги. Зазначені симптоми відповідали типовій клінічній картині тривожних розладів і свідчили про наявність як психічних, так і соматовегетативних проявів.

Як видно з даних таблиці 1, у структурі тривожних розладів у військовослужбовців із бойовим досвідом домінували генералізований тривожний розлад (34,29%) та змішаний тривожно-депресивний розлад (28,57%). Панічний (20,00%) та соматоформний (17,14%) розлади зустрічалися рідше. Отримані дані свідчать про переважання клінічних форм із хронічним перебігом, у яких поєднуються афективні та соматичні компоненти тривоги. Це можна пояснити тривалим впливом психотравмуючих факторів, характерних для бойового досвіду, що сприяє формуванню стійких психоемоційних порушень.

Таблиця 1
Розподіл клінічних форм тривожних розладів у військовослужбовців основної групи (n = 35)

Клінічна форма тривожного розладу	Кількість пацієнтів, абс. (n)	Частка, %
Генералізований тривожний розлад	12	34,29
Змішаний тривожно-депресивний розлад	10	28,57
Панічний розлад	7	20,0
Соматоформний розлад	6	17,14
Усього	35	100,00

Аналіз тривалості захворювання (табл. 2) показав, що у більшості пацієнтів тривожні розлади мали відносно коротку тривалість: до 3 місяців – у 42,9% випадків, від 3 місяців до 1 року – у 34,3%. Це вказує на значну роль гострого та підгострого стресового впливу

Таблиця 2

Тривалість тривожних розладів у військовослужбовців основної групи (n = 35)

Тривалість захворювання	Кількість пацієнтів, абс. (n)	Частка, % (M ± m)
До 3 місяців	15	42,9±8,5
Від 3 місяців до 1 року	12	34,3±8,1
Від 1 до 3 років	5	14,3±6,0
Понад 3 роки	3	8,6±4,8
Усього	35	100,00

у формуванні тривожної симптоматики після мінно-вибухової травми. Водночас у 22,9% обстежених відзначався тривалий перебіг (понад 1 рік), що свідчить про схильність тривожних розладів до хронізації та формування стійких психопатологічних станів.

Аналіз таблиці 3 демонструє, що серед обстежених пацієнтів до початку лікування найбільшу питому вагу мали тривожні та тривожно-депресивні стани. Після проведеної терапії спостерігалось достовірне зниження частоти всіх психопатологічних синдромів (p < 0,05). Найбільш виражена позитивна динаміка відзначалася щодо тривожного та тривожно-депресивного синдромів: кількість пацієнтів із цими проявами зменшилася відповідно з 12 до 2 та з 10 до 1 особи. Це свідчить про ефективність застосованого лікування та підтверджує доцільність використання гідроксизину у комплексній терапії тривожних розладів у даної категорії пацієнтів.

Важливою особливістю клінічної картини була наявність соматовегетативних симптомів, які супроводжували тривожні розлади. Зокрема, у 57,1% пацієнтів спостерігалися неприємні відчуття в ділянці серця, у 11,4% – відчуття нестачі повітря, у 17,1% – підвищення артеріального тиску. Дані прояви були тісно пов'язані з рівнем тривожності, емоційною напруженістю та лабільністю настрою. На тлі проведеного лікування відзначалося їх достовірне зменшення, що підтверджує єдність

Таблиця 3
Динаміка психопатологічних синдромів у військовослужбовців основної групи до та після лікування (n = 35)

Психопатологічний синдром	До лікування: кількість пацієнтів, n	До лікування: частка, % (M ± m)	Після лікування кількість пацієнтів, n
Тривожний	12	34,29 ± 8,14	2*
Тривожно-депресивний	10	28,57 ± 7,96	1*
Тривожно-фобічний	7	20,00 ± 6,86	1*
Тривожно-іпохондричний	6	17,14 ± 6,00	0*

Примітка: * – відмінності статистично значущі порівняно з показниками до лікування (p < 0,05).

психічних і соматичних механізмів тривожних розладів.

Оцінка рівня тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна (табл. 4) показала, що до лікування у пацієнтів переважав високий рівень ситуативної тривожності ($48,7 \pm 8,5$ бала), тоді як особистісна тривожність відповідала помірному рівню ($40,4 \pm 10,6$ бала). Після лікування спостерігалось достовірне зниження ситуативної тривожності до $26,8 \pm 6,9$ бала ($p < 0,01$), що свідчить про зменшення гострої реакції на стресові стимули. Зниження особистісної тривожності було менш вираженим, що є закономірним, оскільки вона відображає більш стабільні індивідуально-психологічні характеристики.

Під час спостереження побічних ефектів від застосування гідроксизину не виявлено, що свідчить про його добру переносимість. Отримані результати підтверджують, що препарат ефективно знижує рівень тривожності та соматовегетативні прояви.

Оцінка депресивних проявів за шкалою Гамільтона (табл. 5) показала, що до лікування у пацієнтів переважали депресивні порушення легкого ступеня вираженості ($8,9 \pm 1,5$ бала). Після лікування цей показник достовірно знизився до $4,1 \pm 2,0$ бала ($p < 0,01$), що свідчить про позитивну динаміку емоційного стану. Клінічно це супроводжувалося зменшенням таких симптомів, як зниження настрою, порушення сну, втома, слабкість, неспокій, психічна та соматична тривога, а також іпохондричні прояви.

Динаміка показників за шкалою позитивного та негативного афекту PANAS (табл. 6) продемонструвала достовірне покращення психоемоційного стану пацієнтів. Зокрема, після проведеного лікування відзначено статистично значуще підвищення рівня позитивного афекту та зниження рівня негативного афекту ($p < 0,01$). Отримані результати свідчать про покращення емоційного стану, зменшення внутрішнього напруження та відновлення психічної адаптації військовослужбовців.

Отримані результати узгоджуються з даними сучасних досліджень, які свідчать про високу поширеність тривожних і депресивних розладів серед військовослужбовців після бойової травми та їх тісний зв'язок із соматовегетативними проявами [13–17]. Це підтверджує значущість комплексного підходу до діагностики та лікування даної категорії пацієнтів.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що тривожні розлади у військовослужбовців після мінно-вибухової травми характеризуються поліморфною клінічною структурою, поєднанням психічних і соматовегетативних проявів та схильністю до затяжного перебігу. Застосування гідроксизину у комплексній терапії є ефективним, оскільки сприяє достовірному зниженню рівня тривоги, депресивних проявів і покращенню загального психоемоційного стану пацієнтів.

Обговорення. Отримані результати підтверджують високу поширеність тривожних

Таблиця 4

Динаміка рівня особистісної та ситуативної тривожності у військовослужбовців за шкалою Спілбергера–Ханіна

Показник	До лікування, бали ($M \pm m$)	Після лікування, бали ($M \pm m$)
Особистісна тривожність	$40,4 \pm 10,6$	$33,9 \pm 7,9$
Ситуативна тривожність	$48,7 \pm 8,5$	$26,8 \pm 6,9^*$

Примітка: * – відмінності статистично значущі ($p < 0,01$).

Таблиця 5

Динаміка показників депресивних проявів у військовослужбовців за шкалою депресії Гамільтона

Показник	До лікування, бали ($M \pm m$)	Після лікування, бали ($M \pm m$)
Рівень депресії	$8,9 \pm 1,5$	$4,1 \pm 2,0^*$

Примітка: * – відмінності статистично значущі ($p < 0,01$).

Таблиця 6

Динаміка показників позитивного та негативного афекту у військовослужбовців основної групи до та після лікування за шкалою PANAS (n = 35)

Показник	До лікування, бали ($M \pm m$)	Після лікування, бали ($M \pm m$)
Позитивний афект	$24,3 \pm 3,2$	$32,8 \pm 2,6^*$
Негативний афект	$31,7 \pm 3,8$	$18,9 \pm 2,4^*$

Примітка: * – відмінності статистично значущі порівняно з показниками до лікування ($p < 0,01$).

розладів серед військовослужбовців після перенесеної мінно-вибухової травми та узгоджуються з даними сучасних міжнародних досліджень щодо психічних наслідків бойового стресу [13–17]. Встановлено, що у структурі психопатологічних проявів переважають генералізований тривожний та змішаний тривожно-депресивний розлади, що свідчить про значну роль хронічної психотравматизації у формуванні стійких емоційних порушень.

Особливістю клінічної картини у досліджуваних пацієнтів була значна частота соматовегетативних проявів, зокрема кардіальних скарг, відчуття нестачі повітря та лабільності артеріального тиску. Це підтверджує тісний взаємозв'язок психічних і соматичних механізмів тривожних розладів та необхідність комплексного підходу до їх діагностики й лікування. Подібні результати описані в роботах, присвячених посттравматичним психоемоційним порушенням у військовослужбовців після бойової травми [7, 13].

Виявлене достовірне зниження рівня ситуативної тривожності, депресивних проявів та негативного афекту після проведеної терапії свідчить про ефективність застосування гідроксизину у складі комплексного лікування. Водночас менш виражена динаміка особистісної тривожності може бути пов'язана з її відносною стабільністю як індивідуально-психологічної характеристики. Отримані результати підтверджують доцільність раннього виявлення та своєчасної корекції тривожних розладів у військовослужбовців після мінно-вибухової травми з метою попередження їх хронізації та покращення психосоціальної адаптації пацієнтів.

4. Висновки

У військовослужбовців із бойовим досвідом після перенесеної мінно-вибухової травми тривожні розлади характеризуються поліморфною клінічною структурою з переважанням генералізованого тривожного та змішаного тривожно-депресивного розладів.

Тривожні розлади супроводжуються значною частотою соматовегетативних проявів (серцебиття, відчуття нестачі повітря, підвищення артеріального тиску), що свідчить про тісний взаємозв'язок психічних і соматичних механізмів їх формування.

У більшості обстежених тривожні порушення виникають у ранньому періоді після травми, однак у частини пацієнтів мають тенденцію до затяжного або хронічного перебігу.

Застосування гідроксизину у комплексній терапії сприяє достовірному зниженню рівня ситуативної тривожності, зменшенню

вираженості психопатологічних синдромів та покращенню психоемоційного стану пацієнтів.

Встановлено достовірне зниження показників депресивних проявів, підвищення рівня позитивного афекту та зниження рівня негативного афекту за результатами психодіагностичних методик, що підтверджує ефективність проведеного лікування.

Перспективи подальших досліджень. Перспективними є подальші дослідження з більшим обсягом вибірки та тривалішим періодом спостереження для оцінки віддалених наслідків тривожних розладів у військовослужбовців після мінно-вибухової травми. Доцільним є також вивчення взаємозв'язку тривожних порушень із посттравматичним стресовим розладом, когнітивними змінами та якістю життя пацієнтів. Окремий науковий інтерес становить порівняльна оцінка ефективності різних психофармакологічних і психотерапевтичних підходів у комплексній реабілітації військовослужбовців.

Обмеження дослідження. Обмеженнями дослідження є невеликий обсяг вибірки, одноцентровий характер дослідження та відсутність тривалого катamnестичного спостереження за пацієнтами. Крім того, у дослідження були включені лише чоловіки-військовослужбовці, що обмежує можливість екстраполяції результатів на інші категорії пацієнтів. Також не проводилася оцінка впливу супутніх психічних і соматичних захворювань на перебіг тривожних розладів.

Конфлікт інтересів

Автори задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

Використання штучного інтелекту

Під час підготовки статті технології штучного інтелекту використовувалися виключно для мовностилістичного редагування тексту та технічної оптимізації структури рукопису. Штучний інтелект не застосовувався для аналізу даних, інтерпретації результатів чи формулювання наукових висновків. Відповідальність за зміст статті повністю несуть автори.

Первинні дані та матеріали

Первинні дані дослідження зберігаються у авторів статті та можуть бути надані за обґрунтованим запитом з урахуванням вимог конфіденційності та етичних норм щодо персональних даних учасників дослідження.

Інформація про фінансування

Стаття підготовлена в рамках бюджетного фінансування ДНТ «Львівський

національний медичний університет імені Данила Галицького».

Внесок авторів

Задорожна Б.В. – генератор ідеї, супровід під час написання статті, написання статті.

Шевага В.М. – співгенератор ідеї; супровід під час написання статті, аналіз проблеми. Задорожний А.М. – співгенератор ідеї; супровід під час написання статті, аналіз проблеми. Семчишин М.Г. – написання статті, підготовка статті до друку, оформлення джерел літератури.

REFERENCES

1. LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155–184. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.155>
2. Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *The Lancet*, 388(10063), 3048–3059. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)
3. Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43(5), 897–910. <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>
4. Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Ferrari, A. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
6. Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
7. Perry, D. C., Sturm, V. E., Peterson, M. J., Knopman, D. S., Boeve, B. F., Miller, B. L., ... & Rosen, H. J. (2021). Neuropsychiatric symptoms after traumatic brain injury: A systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 500–513. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.3.198>
8. Polusny, M. A., Erbes, C. R., Thuras, P., Kehle, S. M., Seligman, A. K., & Meis, L. A. (2020). Longitudinal effects of mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder. *Journal of Neurotrauma*, 37(1), 1–11. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.172>
9. Spielberger, C. D., Gonzalez-Reigosa, F., Martinez-Urrutia, A., Natalicio, L. F., & Natalicio, D. S. (2017). The State-Trait Anxiety Inventory. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 5(3 & 4). <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v5i3%20&%204.620>
10. Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Marshall, M. B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: Has the gold standard become a lead weight? *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2163–2177. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2163>
11. Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
12. Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486–489. <https://doi.org/10.5812/ijem.3505>
13. Asnaani, A., Reddy, M. K., & Shea, M. T. (2014). The impact of PTSD symptoms on physical and mental health functioning in returning veterans. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(3), 310–317. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.01.005>
14. Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*, 295(9), 1023–1032. <https://doi.org/10.1001/jama.295.9.1023>
15. O'Donnell, M. L., Creamer, M., & Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1390–1396. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1390>
16. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
17. Bryant, R. A. (2011). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(2), 233–239. <https://doi.org/10.4088/JCP.09r05072blu>

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Англ.

Zadorozhna Bozhena

MD, Professor at the Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine
FPGE, State non-profit institution «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv»
bozhenazadorozhna@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6717-5233

Shevaga Volodymyr

MD, Professor at the Department of Neurology
State non-profit institution «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv».
shevaga.volodymyr@gmail.com
ORCID: 0000-0003-2402-1829

Zadorozhny Andrii

PhD, Associate Professor at the Department of Infectious Diseases
State non-profit institution «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv»
zandrij13@gmail.com
ORCID: 0000-0002-1116-2836

Semchyshyn Myroslava

MD, Functional Diagnostics Physician at the Ivan Ohienko Campus of the University Hospital
the State Non-Commercial Institution «Danylo Halytsky Lviv National Medical University
semcimirolava9@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3761-2927

Укр.

Задорожна Божена Володимирівна

доктор медичних наук, професор кафедри сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів
ФПДО ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»
bozhenazadorozhna@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6717-5233

Шевага Володимир Миколайович

доктор медичних наук, професор кафедри неврології
ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»
shevaga.volodymyr@gmail.com
ORCID: 0000-0003-2402-1829

Задорожний Андрій Михайлович

кандидат медичних наук, доцент кафедри інфекційних хвороб
ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»
zandrij13@gmail.com
ORCID: 0000-0002-1116-2836

Семчишин Мирослава Григорівна

доктор медичних наук, лікар з функціональної діагностики кампусу імені Івана Огієнка
Університетської лікарні
ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»
semcimirolava9@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3761-2927

Дата надходження статті: 25.03.2026

Дата надходження виправленої версії статті: 16.04.2026

Дата прийняття статті: 22.04.2026

Дата публікації статті: 05.06.2026