

8. *Geoffrey, T.* Traumatic brain injury: an International Knowledge-Based Approach / T. Geoffrey, M.D. Manley, I.R. Andrew // JAMA. — 2013. — Vol. 310, № 5. — P.473—474.
 9. *Reeves, R.R.* War-related mental health problems of today's veterans: New clinical awareness / R.R. Reeves, J.D. Parker, D.J. Konkle-Parker // J. Psychosoc. Nurs. Ment. Heal. Serv. — 2005. — Vol. 43, № 7. — P.18—28.
 10. *Зенков, Л.Р.* Функциональная диагностика нервных болезней: руководство для врачей / Л.Р. Зенков, М.А. Ронкин. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 488 с.
1. *Vejn AM.* Vegetativnye rasstrojstva: klinica, diagnostika i lechenie [Vegetative disorders: clinic, diagnostics and treatment]. M: Med inform Agenstvo [Health News Agency]. 2003; 752 p.
 2. *Vorob'eva OV.* Stress-inducirovannyye psihovegetativnye reakcii [Stress-induced psychovegetative reaction]. Rus med Zhurn [Russian Medical Journal]. 2005; 12: 798—801.
 3. *Thiele W.* Psycho-vegetative Syndrome. Ment Welt. 1966; 1: 9—13.
 4. *Morozov DV, Myagkih NI, Kalyaev AV.* Obosnovanie prioritetov mediko-psihologicheskogo obespecheniya deyatel'nosti organov vnutrennih del [Justification of the priorities of medico-psychological support of the internal affairs bodies]. Voina i zdorov'e: boevoi stress: sb nauch tr V Vseros simp po problemam boevogo stressa [War and health: combat stress. Collection of scientific works of the fifth All-Russian symposium on combat stress]. M: Istoki. 2006; 99—101.
 5. *Shermam MA, Shutov AA, Larikova TI.* Postravmaticheskie i stressinducirovannyye cerebral'nye narusheniya u uchastnikov voin: monografiya [Post-traumatic and stress-induced cerebral disorders in participants of wars]. Kirov: Kirov. obl. Tip [Kirov, Kirov Oblast Printing House]. 2006; 143 p.
 6. *Korchagina EV.* Posledstviya boevoi cherepno-mozgovoï travmi i ogranichenie zhiznedeyatel'nosti u bivshih voennosluzhashhih trudospobnogo vozrasta v sovremennih usloviyah: avtoref dis k-ta med nauk [The effects of combat craniocerebral injury and limitation of life for former military personnel working age in modern conditions: auto-abstract of the candidate of medical sciences]. SPb. 2008; 19 p.
 7. *Zhirmunskaya EA, Losev VS.* Electroencefalografiya v klinicheskoi practice [Electroencephalography in clinical practice]. M: [B. i.]. 1997; 118 p.
 8. *Geoffrey T, Manley MD, Andrew IR.* Traumatic brain injury: an International Knowledge-Based Approach. JAMA. 2013; 310 (5): 473—474.
 9. *Reeves RR, Parker JD, Konkle-Parker DJ.* War-related mental health problems of today's veterans: New clinical awareness. J Psychosoc Nurs Ment Heal Serv. 2005; 43 (7): 18—28.
 10. *Zenkov LR, Ronkin MA.* Funkcional'naya diagnostika nervnihboleznei: ruk. dlya vrachei [Functional diagnosis of nervous diseases: direction for doctors]. M: MEDpress-inform. 2004; 488 p.

REFERENCES

© Е.Г. Ичитовкина, М.В. Злоказова, А.Г. Соловьев, А.М. Эпштейн, 2015

УДК 616.89-057.36-058.65-085

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ КОМБАТАНТОВ

ИЧИТОВКИНА ЕЛЕНА ГЕННАДЬЕВНА, канд. мед. наук, майор внутренней службы, начальник Центра психофизиологической диагностики ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Кировской области», Россия, 610000, Киров, сл. Талица, ул. Прохладная, 6в, тел. 8-912-724-72-57, e-mail: elena.ichitovkina@yandex.ru

ЗЛОКАЗОВА МАРИНА ВЛАДИМИРОВНА, докт. мед. наук, профессор кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Киров, e-mail: marinavz@mail.ru

СОЛОВЬЕВ АНДРЕЙ ГОРГОНЬЕВИЧ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, e-mail: ASoloviev@nsmu.ru

ЭПШТЕЙН АНДРЕЙ МАРАТОВИЧ, канд. мед. наук, профессор Института усовершенствования сотрудников Федеральной службы исполнения наказания, заслуженный врач Российской Федерации, начальник ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Кировской области», Россия, Киров, e-mail: ame1957@yandex.ru

Реферат. Цель исследования — оценка эффективности терапии психогенных расстройств у комбатантов.

Материал и методы. Обследовано 644 комбатанта Управления Министерства внутренних дел по Кировской области, они были разделены на две группы: основная — 305 человек, у которых после участия в боевых действиях диагностированы пограничные психические расстройства (ППР) и проходившие курс терапии, средний возраст — (35,2±1,3) года, стаж службы — (10±1,1) года, количество командировок в СКР — 5,3±1,1; группа сравнения — 339 человек, психически здоровых комбатантов, средний возраст — (35,3±1,2) года, стаж службы — (10±1,3) года, количество командировок в СКР — 5,5±1,1. Клиническое обследование проводилось в 2 этапа: первый — в течение 5 дней после возвращения из командировок, второй — через месяц после возвращения. Для экспериментально-психологического исследования нами использовались методика В.В. Бойко, опросник травматического стресса И.О. Котенева (2001). **Результаты и их обсуждение.** Клинико-нозологическая структура психогенных расстройств у комбатантов характеризуется полиморфизмом психопатологической симптоматики и требует лично ориентированного полипрофессионального подхода при проведении терапии. Показано, что при редукции основных психопатологических нарушений у комбатантов сохраняется эмоциональная дефицитность в рамках комбатантной акцентуации личности. **Заключение.** Необходимо рассмотреть вопрос о создании в структуре региональных медико-санитарных частей МВД единых клинико-диагностических и лечебно-профилактических учреждений — Центров психического здоровья с введением в их структуру врачей-

психиатров, психотерапевтов, клинических психологов для повышения качества оказания диагностической, лечебно-психокоррекционной, психопрофилактической помощи, что позволит более качественно решать задачу сохранения функциональной надежности сотрудников органов внутренних дел.

Ключевые слова: психогенные расстройства, комбатанты, терапия.

Для ссылки: Комплексная терапия психогенных расстройств комбатантов / Е.Г. Ичитовкина, М.В. Злоказова, А.Г. Соловьев, А.М. Эпштейн // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т. 8, вып. 6. — С17—24.

COMPLEX THERAPY OF PSYCHOGENIC DISORDERS COMBATANTS

ICHITOVKINA ELENA G., C. Med. Sci., Head of the Center of the psychophysiological diagnostics of Medical Station of MIA in Kirov, Major internal service, tel. 8-912-724-72-57, e-mail: elena.ichitovckina@yandex.ru

ZLOKAZOVA MARINA V., D. Med. Sci., professor of the Department of psychiatry of Kirov State Medical Academy, e-mail: marinavz@mail.ru

SOLOVYEV ANDREY G., D. Med. Sci., professor, Head of the Department of psychiatry and clinical psychology of Northern State Medical University, Arkhangelsk, e-mail: ASoloviev@nsmu.ru

EPSHTEIN ANDREY M., C. Med. Sci., Honored Doctor of the Russian Federation, professor, Head of Medical Station of MIA in Kirov, e-mail: ame1957@yandex.ru

Abstract. *The purpose* of evaluation of the effectiveness of therapy of psychogenic disorders combatants. **Material and methods.** 644 combatant Department of the Ministry of Internal Affairs of the Kirov region, they were divided into two groups: the main — 305 people., Who after participating in hostilities diagnosed BPD, is undergoing a course of therapy, Wed. age (35,2±1,3) years length of service — (10±1,1) years, the number of trips in the TFR — 5,3±1,1; the comparison group — 339 people. Mental health combatants, Wed. age (35,3±1,2) years length of service — (10±1,3) years. Clinical examination was carried out in two stages: first — within 5 days after returning from business trips, the second — a month after returning. For the experimental psychological studies, we used a technique V.V. Boyko, questionnaire I.O. Koteneva traumatic stress (2001). **Results and discussion.** Clinical and nosologic structure of psychogenic disorders combatants characterized polymorphism psychopathology and requires a student-centered approach Multiprofessional during therapy. It is shown that the basic reduction of psychopathological disorders combatants retained emotional Deficits, within kombatantnoy accentuation of personality. **Conclusion.** The need to consider the establishment of vhopros in the structure of the regional health units MIA common clinical diagnostic and medical institutions — mental health centers with the introduction of their structure psychiatrists, psychotherapists, clinical psychologists to improve the quality of diagnostic, therapeutic and psycho, psychoprophylactic assistance, which will allow more efficiently solve the problem of maintaining the functional reliability of police officers.

Key words: psychogenic disorders, combatants, therapy.

For reference: Ichitovkina EG, Zlokazova MV, Soloviev AG, Epstein AM. Complex therapy of psychogenic disorders combatants. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2015; 8 (6): 17—24.

Концепция профессионального здоровья представителей силовых структур является ведущим принципом разработки мероприятий по обеспечению их профессиональной надежности [1]. Сложившаяся в мире политическая ситуация с ростом количества вооруженных конфликтов, в том числе и на европейском континенте, ставит перед психиатрами задачи совершенствования психопрофилактики, диагностики и терапии психогений у комбатантов на ранних этапах формирования [2].

Среди ветеранов, обращающихся к врачам по поводу хирургической и терапевтической патологии, у половины обнаруживаются признаки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [3]. Медико-социальная значимость совершенствования подходов к терапии психогенных заболеваний также обусловлена длительной нетрудоспособностью аттестованных сотрудников и их молодым возрастом. Игнорирование симптомов психогений или их запоздалое обнаружение, формальный подход со стороны специалистов при диагностике приводят к формированию хронических невротических нарушений, что существенно снижает качество жизни сотрудников, увеличивает риск появления различных форм девиантного поведения [4]. Своевременное проведение терапии пограничных психических расстройств (ППР) у участников боевых действий способствует редукции основных психопатологических

симптомов, улучшает социально-психологическую адаптацию, сохраняет качество жизни и является мерой психопрофилактики антисоциального и аутоагрессивного поведения [5, 6].

Цель исследования — оценка эффективности комплексной терапии психогенных расстройств у комбатантов.

Материал и методы. Обследовано 644 комбатанта МВД, проходивших службу в зонах локальных вооруженных конфликтов в период 2006—2009 гг., которые были разделены на 2 группы по критерию наличия ППР: основная группа 305 человек, после участия в боевых действиях диагностированы ППР, проходили курс терапии, включающей медикаментозное лечение и психотерапию, средний возраст (35,2±1,3) года, стаж службы — (10±1,1) года, количество командировок в СКР — 5,3±1,1. Группа сравнения — 339 человек психически здоровых комбатантов, средний возраст (35,3±1,2) года, стаж службы — (10±1,3) года, количество командировок в СКР — 5,5±1,1; достоверных различий между группами по указанным параметрам не было.

Клиническое обследование проводилось в Центре психологической диагностики Медико-санитарной части МВД России по Кировской области в 2 этапа: первый — в течение 5 дней после возвращения из командировок, второй — через месяц после возвращения. Диагностика ППР осу-

ществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. Для экспериментально-психологического исследования нами использовались методика В.В. Бойко для определения наличия синдрома «эмоционального выгорания» (СЭВ) [7], опросник травматического стресса И.О. Котенева в модификации Т.Н. Гуренковой, О.Ю. Голубевой для определения наличия психотравмирующего события, повторного переживания травмы, характера и уровня выраженности симптомов, характерных для ПТСР [8].

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием программы SPSS 13.0 с вычислением среднего значения, определения вероятности ошибки. Для парных сравнений применялся t-критерий Стьюдента для независимых групп. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Нозологическая структура психопатологической симптоматики у обследованных комбатантов была представлена следующим образом: 166 (54,4%) человек с расстройствами адаптации (РА), в том числе кратковременная депрессивная реакция (F 43.20) была выявлена у 35 (11,4%) человек, пролонгированная депрессивная реакция (F 43.21) определялась у 31 (10,1%) человека, смешанная тревожная и депрессивная реакция (F 43.22) была диагностирована у 35 (11,4%) комбатантов, расстройства адаптации с нарушением других эмоций (F 43.23) выявлялись у 21 (6,8%) человека, расстройство адаптации с преобладанием нарушений поведения — у 34 (11,1%) человек, смешанное расстройство эмоций и поведения — у 10 (3,4%) человек. Клинически оформленные ПТСР диагностированы у 139 (45,6%) человек, при этом у 36 (11,9%) человек клинические проявления соответствовали тревожному типу, у 33 (10,9%) человек — эксплозивному типу, у 38 (12,6%) человек — соматоформному типу и у 31 (10,3%) человека — конверсионному типу.

Клиническая картина ППР характеризовалась полиморфизмом выявленной психопатологической симптоматики. У комбатантов с РА преобладали симптомы невротического круга, без симптомов «вторжения» и «повторного переживания травматического события», тревожно-депрессивная симптоматика и нарушения поведения как в быту, так и на службе в форме повышенной частоты употребления алкоголя, эпизодического употребления психоактивных веществ, вспыльчивости, повышенной конфликтности, аффективных вспышек с импульсивными малопродуманными действиями в рамках РА.

Клинические проявления ПТСР различались в зависимости от варианта течения заболевания. У комбатантов с тревожным типом ПТСР в структуре болезни преобладали симптомы невротического круга: немотивированная тревога, частые смены настроения, нарушения сна (трудности при засыпании, частые и ранние пробуждения, отсутствие ощущения отдыха после ночного сна), вялость, разбитость, «тяжесть в голове». Сновидения боевого содержания были представлены мучительными сценами с ощущением угрозы жизни («не мог обороняться», «стрелял, но пули летели мимо», «трупы убитых

оживали»), сновидения сопровождались страхом и вегетативными симптомами (сердцебиением, потливостью). Отмечалась подавленность, гнетущая напряженность, не свойственная ранее повышенная чувствительность к бытовым раздражителям (громкие звуки, запах пороха, бензина), настороженность, подозрительность, «сверхбдительность». Имел место страх открытых пространств с ощущением угрозы извне (площади, рынки, газоны ассоциировались с «растяжками», страхом подрыва, недостроенные здания — с угрозой снайперского огня, смертью, котлованы на стройках — с «могилами» и массовой гибелью людей).

Клиническая картина у полицейских с эксплозивным типом ПТСР характеризовалась наличием выраженной раздражительности, недовольством, дисфориями. Комбатантам была свойственна обидчивость, мстительность, враждебное отношение к окружающим, склонность к решению обыденных проблем с помощью физической силы, настороженность, подозрительность, ранимость, обидчивость, негативизм. На фоне общей напряженности, снижения адаптивных возможностей, наличия склонности к невротическим импульсивным реакциям прослеживалась сложность в волевом контроле негативных эмоций в быту; наблюдались различные формы дезадаптивного поведения, такие как чрезмерное употребление алкоголя, эпизодическое употребление психоактивных веществ.

В структуре соматоформного типа ПТСР преобладали болезненные ощущения в области сердца, по ходу желудочно-кишечного тракта. Отмечалась выраженная ипохондрическая фиксация на этих симптомах и тревожное ожидание их усиления, что заставляло больных обращаться к врачам общего профиля; при этом периодически констатировались функциональные кардиопатии, головокружения, невралгии, расстройства сна, головные боли, тошнота, рвота, урологические проявления, сексуальные дисфункции.

У комбатантов с конверсионным типом ПТСР в клинике преобладали симптомы нарастающего возбуждения с отсутствием критичности к болезни, обостренные реакции на внешние раздражители, связанные с основным травмирующим фактором, немотивированная инициативность, повышенная болтливость, завышенная самооценка, поиск «виновников трагедии» с желанием мести. Отмечались эпизоды аффективного сужения сознания с приступами ярости, физической агрессивностью, отсутствие чувства вины.

Медико-психологическая реабилитация включала шесть этапов. Выбор методов медикаментозного лечения и психотерапии базировался на особенностях клинической картины заболевания с учетом основных психопатологических синдромов (табл. 1, 2). Если в структуре ПТСР и РА была выражена тревожная симптоматика с выраженными нарушениями сна, эксплозивностью, то коротким курсом назначались бензодиазепиновые транквилизаторы и (или) элонил, а также антидепрессанты с седативным действием. При конверсионных расстройствах антидепрессанты не применялись, так

Дифференцированная психофармакотерапия клинических вариантов ПТСР на этапах медицинской реабилитации

Этапы реабилитации комбатантов с ПТСР	Клинические варианты ПТСР			
	Тревожный	Астенический	Эксплозивный	Соматоформный
Психодиагностический	Экспериментально-психологическое исследование (оценка динамических социально-психологических характеристик, скрининг-анкетирование, рационально-разъяснительное клиническое интервью), клинический осмотр с установлением нозологической формы пограничного психического расстройства			
Стационарный	Сульпирид 2,0 в/м ежедневно № 10, феварин 100—150 мг вечером, феназепам 0,001 на ночь	Сульпирид 2,0 в/м ежедневно № 10, сертралин 100 мг утром	Амитриптилин до 75 мг в сут, диазепам 2,0 в/м на ночь № 10, лития карбонат 300—600 мг в сут	Сульпирид 2,0 в/м ежедневно № 10, пароксетин 100 мг утром или агомелатин 25 мг на ночь, альпразолам 0,001 на ночь
Амбулаторный	Феварин 100—150 мг утром, альпразолам 0,001 на ночь	Сертралин 100 мг утром	Пароксетин 100 мг утром или феварин 100—150 мг утром	Пароксетин 100 мг утром
Санаторно-курортный	Феварин 100—150 мг утром			
Динамической диагностики	Клинический динамический осмотр с оценкой редукции основных психопатологических симптомов. Экспериментально-психологическое исследование с оценкой динамических социально-психологических характеристик скрининг-анкетированием			
Реадаптация	Клинико-психологическое наблюдение до 6 мес, при необходимости продолжение психофармакотерапии (до 3 мес) преимущественно СИОЗС, с повторным обследованием у психиатра через 6 мес			

Таблица 2

Дифференцированная психофармакотерапия клинических вариантов расстройств адаптации на этапах медицинской реабилитации

Этапы реабилитации	Варианты расстройств адаптации					
	F43.20	F43.21	F43.22	F43.23	F43.24	F43.25
Психодиагностический	Экспериментально-психологическое исследование (оценка динамических социально-психологических характеристик, скрининг-анкетирование; рационально-разъяснительное клиническое интервью), клинический осмотр с установлением нозологической формы пограничного психического расстройства					
Стационарный	Сульпририд 2,0 в/м № 5, сертралин 100 мг утром или агомелатин 25 мг на ночь, атакс 2,0 на ночь № 10	Сульпририд 2,0 в/м ежедневно № 10, сертралин 100 мг утром, альпразолам 0,001 на ночь	Сульпририд 2,0 в/м ежедневно № 10, пароксетин 100 мг утром или агомелатин 25 мг на ночь, альпразолам 0,001 на ночь	Сульпририд 2,0 в/м ежедневно № 10, пароксетин 100 мг утром или агомелатин 25 мг на ночь, альпразолам 0,001 на ночь	Тиоридазин 75—100 мг в сут, агомелатин 25 мг на ночь, диазепам 2,0 в/м на ночь № 10	Тиоридазин 75—100 мг в сут, агомелатин 25 мг на ночь, диазепам 2,0 в/м на ночь № 10
Амбулаторный	Сертралин 100 мг утром	Сульпририд 200 мг в сут, сертралин 100 мг утром, феназепам 0,001 на ночь	Сульпририд 2,0 в/м ежедневно № 10, пароксетин 100 мг утром или агомелатин 25 мг на ночь, альпразолам 0,001 на ночь	Пароксетин 100 мг утром	Тиоридазин 75—100 мг в сут, альпразолам 0,001 на ночь	Тиоридазин 75—100 мг в сут, агомелатин 25 мг на ночь
Санаторно-курортный		Сертралин 100 мг утром	Пароксетин 100 мг утром или феварин 100—150 мг утром		Альпразолам 0,001 на ночь	Агомелатин 25 мг на ночь
Динамической диагностики	Клинический динамический осмотр с оценкой редукции основных психопатологических симптомов. Экспериментально-психологическое обследование с оценкой динамических социально-психологических характеристик скрининг-анкетированием					
Реадаптация	Клинико-психологическое наблюдение до 3 мес, при необходимости продолжение психотерапии, повторное обследование у психиатра через 6 мес					

как они способствовали усилению диссоциативных симптомов, использовались корректоры поведения (сонапакс) в сочетании с реланиумом.

При эксплозивном и конверсионном вариантах ПТСР и РА с нарушением поведения отдавалось

предпочтение препаратам с преимущественно седативным действием, в некоторых случаях хороший эффект наблюдался при приеме препаратов лития за счет стабилизации эмоционального состояния.

Наряду с медикаментозной терапией всем комбатантам проводилась краткосрочная психотерапия. Использовались как индивидуальные, так и коллективные методы работы: индивидуальная рациональная психотерапия, семейная, арт-терапия, групповая суггестия для трактовки характера и причин возникновения травматического стресса путем логического переубеждения, формирования мотивации на психотерапевтическое лечение, преодоления стигматизированного отношения к психотерапевтической помощи.

Арт-терапия способствовала дополнительной диагностике личностных проблем, аффективных нарушений в дальнейшей дезактуализации травматического события, расширению адаптационных резервов, коррекции самооценки и настроения. Сюжет был связан с особенностями мироощущения комбатантов, чувствами и переживаниями, отражающими стрессовые воздействия. Использовались техники живописи и рисунка различными материалами (гуашь, карандаш, масло, акварель, художественный уголь). В качестве примера приводим работы комбатанта К., 27 лет, с диагнозом ПТСР, тревожный тип. Работы выполнены художественным углем.

После возвращения из СКР (сюжет — «одинокий всадник») отмечались выраженные тревожно-депрессивные симптомы, нарушение коммуникативных процессов, социальная отгороженность, пессимизм (рис. 1а). После проведенной медико-психологической реабилитации наблюдалась позитивная динамика психического состояния (сюжет — «птица кормит птенцов в гнезде»), стабилизация эмоционального фона, уравновешенность, отсут-

ствии тревоги и депрессии на фоне сохраняющейся интравертированности (рис. 1б).

Следует отметить, что при проведении психотерапии на начальном этапе медико-психологической реабилитации необходимо учитывать наличие «комбатантной акцентуации», в структуре которой имеется недоверие, нежелание обращаться за помощью, скептицизм, трудности межличностных коммуникаций, повышенная раздражительность и вспыльчивость. Данные особенности часто приводят к конфликтам с медицинским персоналом. При клиническом обследовании через месяц после возвращения из командировки у комбатантов, получавших терапию, отмечалась редукция основных психопатологических симптомов РА и ПТСР (рис. 2, 3).

При сравнении наличия симптомов ПТСР у комбатантов I и II групп по методу Котенева, были выявлены следующие различия: у комбатантов I группы были более низкие показатели по шкалам депрессии, избегания, дистресса и дезадаптации, однако показатель наличия симптомов ПТСР у них был значимо выше (табл. 3).

Несмотря на выявленные достоверные различия по наличию признаков ПТСР, показатели в обеих группах соответствовали границам нормы, что является подтверждением редукции психопатологической симптоматики у комбатантов, пролеченных в связи с наличием психогенных нарушений.

Показатели синдрома «эмоционального выгорания» по методу В.В. Бойко через месяц после участия в боевых действиях у комбатантов основной группы были достоверно более высокие, а показатели фазы «истощения» больше, чем у лиц из группы



а



б

Рис 1. Работа комбатанта К.: а — диагноз «ПТСР»; б — диагноз «здоров»

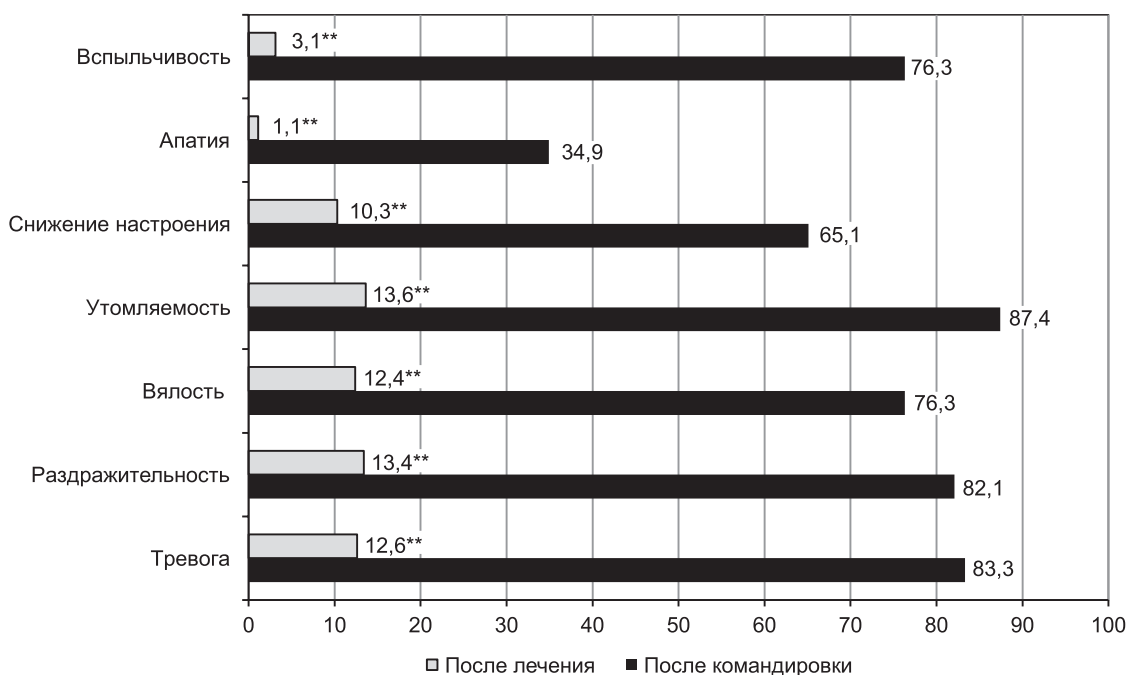


Рис. 2. Динамика психопатологических симптомов у комбатантов с РА после проведения терапии, %

Примечание: здесь и далее в рисунках внутригрупповые различия достоверны при $**p < 0,001$.

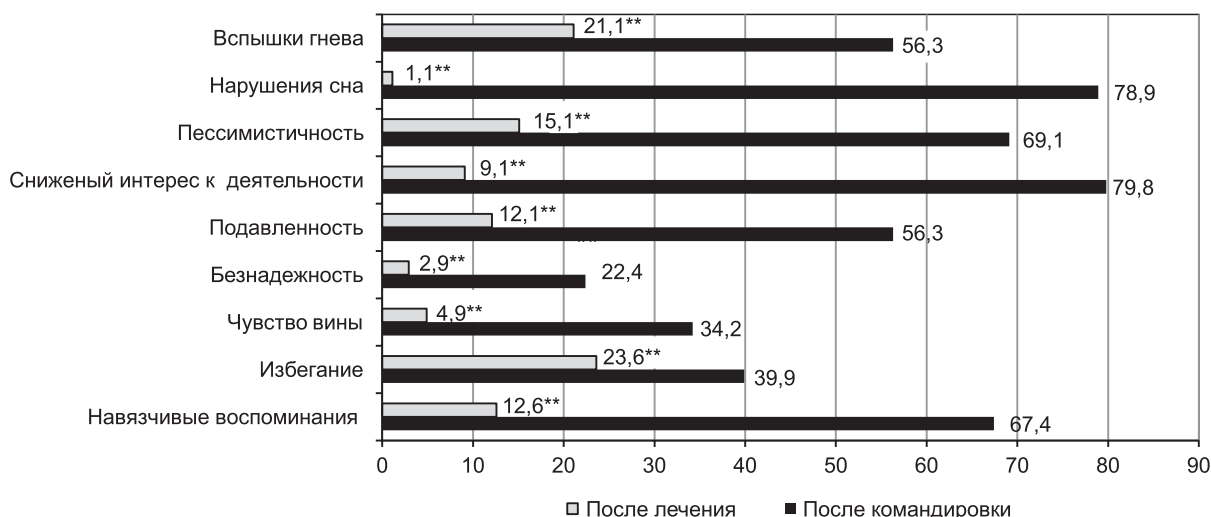


Рис. 3. Динамика психопатологических симптомов у комбатантов с ПТСР после проведения терапии, %

сравнения, за счет симптомов «эмоционального дефицита» и «эмоциональной отстраненности». У них сохранялась высокая вероятность проявления в повседневной жизни резкости, грубости, раздражительности, обидчивости, бесчувствия, что свидетельствовало о формировании комбатантной акцентуации личности, требующей дальнейшей психокоррекционной помощи.

У психически здоровых комбатантов все симптомы, составляющие фазу «напряжения», были существенно выше, что являлось фактором риска формирования состояний эмоционального выгорания. Кроме того, у комбатантов группы сравнения определялось наличие симптомов «эмоционально-нравственной дезориентации» и «редукции профессиональных обязанностей», что говорит о наличии снижения мотивации к службе с отсутствием заин-

тересованности и удовлетворенности служебной деятельностью. Таким образом, у психически здоровых лиц имелись внутриличностные проблемы, требующие психокоррекционной помощи.

Следует отметить, что у комбатантов основной группы был существенно ниже риск формирования психосоматических заболеваний что, вероятно, связано с проведенной психотерапией, направленной на дезактуализацию травматического события (табл. 4).

Заключение. Проведение комплексной терапии психогенных расстройств у комбатантов приводит к существенной редукции основных психопатологических симптомов. При этом на фоне сохранения тревожности выявляются эквиваленты эмоциональной дефицитарности с риском формирования неадекватного реагирования в повседневной жизни,

Симптомы посттравматического стрессового расстройства у комбатантов I и II групп по методу Котенева, M±m, в баллах

Шкала	Основная группа	Группа сравнения
Депрессии	28,7±9,3**	43,3±8,2
Лжи	51,5±9,1	51,7±9,6
Агравации	46,8±8,7	45,4±9,1
Диссимуляции	18,7±4,8	17,9±1,9
Событие травмы	27,4±3,1	29,2±7,1
Повторное переживание травмы	30,6±6,3	30,8±6,3
Избегание	29,4±7,3*	32,7±9,8
Гиперактивация	19,9±7,7	18,7±3,4
Дистресс и дезадаптация	44,2±8,1**	52,7±10,1
Наличие признаков ПТСР	59,7±13,1*	53,7±18,1

Примечание: здесь и далее в таблицах внутригрупповые различия достоверны при * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Показатели выраженности симптомов эмоционального выгорания по методике В.В. Бойко у комбатантов МВД, M±m, в баллах

Фазы и симптомы	Основная группа (n=305)	Группа сравнения (n=339)
<i>Фаза напряжения</i>	24,5±1,4*	36,2±3,2
Переживание психотравмирующих обстоятельств	3,0±0,5**	8,5±0,3
Неудовлетворенность собой	3,0±0,1*	10,6±2,4
«Загнанность в клетку»	4,0±0,2*	8,1±0,8
Тревога	14,8±1,6*	9,5±0,7
<i>Фаза резистенции</i>	22,9±1,7**	35,0±1,2
Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование	3,0±1,1	5,9±0,7
Эмоционально-нравственная дезориентация	2,9±0,1**	10,3±0,3
Расширение сферы экономии энергии	4,0±0,1	4,7±0,6
Редукция профессиональных обязанностей	13,5±1,1*	17,2±1,2
<i>Фаза истощения</i>	32,1±1,2**	23,1±1,3
Эмоциональный дефицит	8,6±0,1*	3,1±0,2
Эмоциональная отстраненность	9,2±0,2**	2,3±1,4
Личная отстраненность	4,0±0,2	5,0±0,3
Психосоматические психовегетативные нарушения	3,5±1,2**	9,2±0,9

что диктует необходимость совершенствования подходов к психокоррекционной работе при медико-психологическом сопровождении личного состава.

Необходимо рассмотреть вопрос о создании в структуре региональных медико-санитарных частей МВД единых клиничко-диагностических и лечебно-профилактических учреждений — Центров психического здоровья с введением в их структуру врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов, клинических психологов для повышения качества оказания диагностической, лечебно-психокоррекционной, психопрофилактической помощи, что позволит более качественно решать задачу сохранения функциональной надежности сотрудников органов внутренних дел.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в

разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глухов, Д.В. Профессиональная надежность офицеров оперативного управления под воздействием информационного стресса / Д.В. Глухов, В.Н. Михайлицин, Е.В. Жоверенчук // Психическое здоровье. — 2011. — № 5 (60). — С. 12—14.
2. Бескаравайный, Е.Б. Динамика качества соматического здоровья и психомотронных реакций у военнослужащих подразделений специального назначения в процессе выполнения служебно-боевых задач / Е.Б. Бескаравайный, А.Б. Гудков // Медицинский вестник МВД. — 2014. — Т. 70, № 3. — С. 76—80.
3. Волошин, В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, динамика и современные подходы к психофармакотерапии) / В.М. Волошин. — М.: Анахарсис, 2005. — 200 с.

4. Ичитовкина, Е.Г. Влияние личностных и психосоциальных характеристик на развитие пограничных психических расстройств у комбатантов Министерства внутренних дел / Е.Г. Ичитовкина, М.В. Злоказова, А.Г. Соловьев // Вестник психотерапии. — 2011. — № 37 (42). — С.56—68.
5. Пермогорская, Е.М. Посттравматический стресс и семейные отношения у сотрудников ОВД — участников контртеррористических операций на Северном Кавказе / Е.М. Пермогорская, М.А. Падун // Психологические исследования: электрон. науч. журнал. — 2011. — № 3 (17). — URL: <http://psystudy.ru>. 0421100116\0031.
6. Ичитовкина, Е.Г. Динамика особенностей личности сотрудников органов внутренних дел под воздействием стресс-факторов боевой обстановки / Е.Г. Ичитовкина, М.В. Злоказова, А.Г. Соловьев // Психическое здоровье. — 2010. — № 10. — С.25—28.
7. Бурлачук, Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. — СПб.: Питер, 2002. — 528 с.
8. Котенев, И.О. Психологические реакции работников милиции в чрезвычайных обстоятельствах и постстрессовые состояния: предупреждение и психологическая коррекция / И.О. Котенев // Психопедагогика в правоохранительных органах. — 1996. — № 1 (3). — С.76—84.
- Medicinskij vestnik MVD [Medical Gazette of the Ministry of Interior]. 2014; 70 (3): 76-80.
3. Voloshin VM. Posttraumaticheskoe stressovoe rasstrojstvo (femenologija, klinika, dinamika i sovremennye podhody k psihofarmakoterapii) [PTSD (femenologiya clinic, dynamics and modern approaches to pharmacotherapy)]. M: «Anaharsis». 2005; 200 p.
4. Ichtovkina EG, Zlokazova MV, Soloviev AG. Vlijanie lichnostnyh i psihosocial'nyh harakteristik na razvitie pogranichnyh psihicheskikh rasstrojstv u kombatantov ministerstva vnutrennih del Influence of personality and psychosocial characteristics in the development of borderline mental disorders in the Interior Ministry combatants. Vestnik psihoterapii [Herald of psychotherapy]. 2011; 37 (42): 56-68.
5. Permogorskaja EM, Padun MA. Posttraumaticheskij stress i semejnye otnoshenija u sotrudnikov OVD — uchastnikov kontrterroristicheskikh operacij na Severnom Kavkaze [Post-traumatic stress and family relationships have enforcement officers — participants of the counter-terrorist operations in the North Caucasus]. Psihologicheskie issledovanija: jelektronnij nauchnij zhurnal [Psychological research: an electronic scientific journal]. 2011; 3 (17): URL: <http://psystudy.ru>. 0421100116\0031.
6. Ichtovkina EG, Zlokazova MV, Solov'ev AG. Dinamika osobennostej lichnosti sotrudnikov organov vnutrennih del pod vozdejstviem stress-faktorov boevoj obstanovki [The dynamics of personality characteristics of police officers under the influence of stress factors combat situation]. Psihicheskoe zdorov'e [Mental Health]. 2010; 10: 25-28.
7. Burlachuk LF, Morozov SM. Slovar'-spravochnik po psihodiagnostike [Dictionary of psychodiagnostics]. SPb: Piter [SPb: Peter]. 2002; 528 p.
8. Kotenev IO. Psihologicheskie reakcii rabotnikov milicii v cherezvychajnyh obstojatel'stvah i poststressovye sostojanija: preduprezhdenie i psihologicheskaja korrekcija [Psychological reactions of police officers in extremely circumstances and post-stress states: prevention and psychological correction]. Psihopedagogika v pravoohranitel'nyh organah [Psycho in law enforcement]. 1996; 1 (3): 76-84.

REFERENCES

1. Gluhov DV, Mihajlicin VN, Zhoverenchuk EV. Professional'naja nadezhnost' oficerov operativnogo upravlenija pod vozdejstviem informacionnogo stressa [Professional reliable operational control officers under the influence of information stress]. Psihicheskoe zdorov'e [Mental Health]. 2011; 5 (60): 12-14.
2. Beskaravajnyj EB, Gudkov AB. Dinamika kachestva somaticheskogo zdorov'ja i psihomotronnyh reakcij u voennosluzhashchih podrazdelenij special'nogo naznacheniya v processe vypolnenija sluzhebno-boevyh zadach [Dynamics of physical health and quality of psychomotronnyh reactions in military special forces in the implementation of service and combat missions].

© С.В. Тютюнников, Ю.А. Антонов, Г.В. Кузякин, 2015

УДК 616.921.5-085.37

ТОПИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА У БОЛЬНЫХ ГРИППОМ А(Н1N1)рdm09

ТЮТЮННИКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ, докт. мед. наук, доцент, профессор кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом клинической фармакологии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, 656038, Алтайский край, Барнаул, пр. Ленина, 40, тел. 8-903-949-67-10, e-mail: tsvagmu@mail.ru

АНТОНОВ ЮРИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ, начальник Центра психофизиологической диагностики МСЧ МВД России по Алтайскому краю, аспирант кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом клинической фармакологии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, 656038, Алтайский край, Барнаул, пр. Ленина, 40, тел. (3852) 391-846, e-mail: antonov67@mail.ru

КУЗЯКИН ГРИГОРИЙ ВИКТОРОВИЧ, начальник ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Алтайскому краю», 656056, Алтайский край, Барнаул, ул. Анатолия, 66, тел. (3852) 391-852

Реферат. Цель исследования — изучить терапевтическую эффективность топического применения рекомбинантного интерферона альфа у больных гриппом А(Н1N1)рdm09. **Материал и методы.** Изучение клинической картины заболевания, термометрия лица, исследование цитокинов слюны и показателей гемограммы проведено у 92 больных гриппом А(Н1N1)рdm09 легкой и средней степени тяжести. В слепом рандомизированном исследовании I группа больных (48 человек) получала базисную терапию и лечение с топическим применением геля виферон, II группа (44 человека) — базисную терапию с топическим применением плацебо геля виферон. Контрольную группу (35 человек) составили здоровые лица. **Результаты и их обсуждение.** Показано, что у больных гриппом А(Н1N1)рdm09 при лечении гелем виферон, в отличие от плацебо, наблюдается нормализация гемограммы, уровня провоспалительных цитокинов в слюне, показателя термометрии лица, сокращение про-