

При выполнении МР-холангиопанкреатографии нами оценивались непрерывность желчных протоков, наличие стриктур, дилатации, дефектов наполнения, толщина стенок, наличие признака экстрадуктальной компрессии. В 2 случаях были диагностированы послеоперационные стриктуры общего желчного протока, в одном из которых признаки нарушения желчеоттока определялись как в общем желчном протоке, так и в доле печеночных протоках, в 7 случаях было выявлено равномерное расширение желчных протоков.

Точность МР-диагностики составила 94,7%, а специфичность – 82,1%. Мы пришли к заключению, что МР-холангиопанкреатография имеет важные диагностические преимущества, легко переносится больными и безопасна. Методика позволяет отчетливо визуализировать желчные протоки выше и ниже уровня обструкции и почти не имеет противопоказаний. Наши предварительные результаты показывают, что МР-холангиопанкреатография является ценным методом диагностики при обследовании пациентов с клиническими признаками нарушения оттока желчи как при первичном обследовании, так и в послеопераци-

онном периоде, полно и точно отражает индивидуальные анатомические особенности билиарного тракта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельшева Е. С., Быченко В. Г., Пустовитова Т. С., Синицын В. Е. Применение магнитно-резонансной холангиопанкреатографии в комплексной диагностике причин механической желтухи // Медицинская визуализация. – 2005. – № 4. – С. 42–45.
2. Портной Л. М., Денисова Л. Б., Уткина Е. В. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография: ее место в диагностике болезней гепатопанкреатодуоденальной области // Вестн. рентгенол. радиол. – 2001. – № 4. – С. 14–24.
3. Maccioni F., Martinelli M., Al Ansari N., Kagamanova A., De Marco V., Zippi M., Marini M. Magnetic resonance cholangiography: past, present and future: a review // Eur. rev. med. pharmacol. sci. – 2010 Aug. – № 14 (8). – P. 721–725.
4. Watanabe Y., Nagayama M., Okumura A., Amoh Y. MR imaging of acute biliary disorders // Radiographics. – 2007 Mar.-apr. – № 27 (2). – P. 477–495.

Поступила 12.11.2011

А. В. ПОГОСОВ¹, Е. О. БОЙКО², Ю. Н. СОЧИВКО²

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У КОМБАТАНТОВ

¹Кафедра психиатрии и психосоматики

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет»,

Россия, 305041, г. Курск, ул. Овечкина, 21а. E-mail: JuliaSochivko@yandex.ru, тел. 8 (918) 3232466;

²кафедра психиатрии ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: boyko_nrca@pochta.ru, тел. (861) 268-57-72

В статье приведены результаты клинико-психопатологического, социально-демографического и статистического обследования 315 участников боевых действий. Выявлена высокая распространенность среди них посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Показан низкий социальный статус больных хроническим ПТСР. Описано три клинических варианта заболевания: неврозоподобный, психопатоподобный, аддитивный.

Ключевые слова: комбатанты, посттравматические стрессовые расстройства, клиника, социальные последствия.

А. В. ПОГОСОВ¹, Е. О. БОЙКО², Ю. Н. СОЧИВКО²

LONG-TERM EFFECTS COMBATANTS WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS

¹Department of psychiatry and psychosomatic Kursk state medical university,

Russia, 305041, Kursk, Ovechkina street, 21a. E-mail: JuliaSochivko@yandex.ru, tel. 8 (918) 3232466;

²department of psychiatry Kuban state medical university,

Russia, 350063, Krasnodar, Sedin street, 4. E-mail: boyko_nrca@pochta.ru, tel. (861) 268-57-72

The results of clinical psychopathological and socio-demographic and statistical survey of 315 combatants. Revealed the prevalence of PTSD among them. Showing low social status of patients with chronic PTSD. Described three clinical variants of the disease: neurosis, psychopathic, addictive.

Key words: combatants, posttraumatic stress disorder, clinic and social consequences.

Введение

Психическое здоровье военнослужащих, участвующих в локальных войнах, относится к числу актуальных проблем современной психиатрии [7, 8, 9]. Медико-социальные последствия боевой психической травмы, ее клинико-психопатологические и лечебно-реабилитационные аспекты являются предметом многочисленных

исследований, проведенных в России и за рубежом [2, 5, 10, 11]. Несмотря на повышенный интерес ученых к проблеме боевых посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), многие ее аспекты остаются нерешенными, а сведения, содержащиеся в специальной литературе, – несистематизированными и противоречивыми [1, 6]. В русскоязычной литературе отсутствуют

работы, изучающие длительный катамнез больных ПТСР. Данные зарубежных авторов, посвященные этому вопросу, значительно разнятся: выздоровление при ПТСР колеблется в пределах от 10% до 70% случаев [4]. Лишь единичные работы оценивают отдаленные медико-социальные последствия ПТСР [3, 12]. В то же время рассмотрение этого вопроса становится важным, так как подавляющее большинство ветеранов боевых действий принимало участие в военных конфликтах на территории России более 10 лет назад. До настоящего времени не разработаны комплексные лечебные программы, рассчитанные на продолжительный период реабилитации лиц, страдающих хроническими боевыми ПТСР.

Целью исследования является изучение клиники и социальных последствий боевых ПТСР.

Материалы и методы исследования

В настоящей статье приводятся результаты клинико-психопатологического, социально-демографического и статистического обследования 315 участников боевых действий при проведении контртеррористической операции в Чеченской республике в период с 1993 по 2003 г., проходивших срочную службу (службу по контракту, командированных в зону боевых действий).

Все участники боевых действий (комбатанты) состояли на воинском учете в военном комиссариате Выселковского района Краснодарского края. Для проведения обследования комбатанты приглашались в психиатрический кабинет МУЗ ЦРБ Выселковского района, где после ознакомления с целью исследования давали добровольное согласие на его проведение в рамках Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Диагностика ПТСР осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. Для выделения вариантов течения ПТСР (острое и хроническое) использовали DSM-IV. Оценка тяжести ПТСР проводилась «Вопросником для выявления симптомов посттравматического стрессового синдрома (PTSD)». Описательный статистический анализ проводился с применением программ «SPSS 11.5 for Windows», «Microsoft Excel 2000» (версия 7.1). Для достоверности изменения каждого параметра использовался параметрический *t*-критерий Стьюдента для уровня значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 315 обследованных 68 комбатантов (21,58%) признаны здоровыми (группа здоровых). У остальных 247 (78,42%) диагностировано ПТСР: острое (группа больных с острым ПТСР) – в 47 (19,0%), хроническое (группа больных с хроническим ПТСР) – в 200 (81,0%) случаях. Больные острым ПТСР обнаруживали проявление заболевания только в анамнезе.

Об однородности обозначенных групп свидетельствует распределение обследованных по возрасту на момент участия в боевых действиях. Наибольший удельный вес во всех группах приходился на военнослужащих в возрасте до 21 года (здоровые – 72,0%; острое ПТСР – 68,1%; хроническое ПТСР – 67,5%). Примерно четверть составляла возрастная группа 21–25 лет (здоровые – 23,5%; острое ПТСР – 27,7%; хроническое ПТСР – 28,0%). Доля военнослужащих старше 25 лет в обозначенных группах была невысокой. Достоверных отличий долевого распределения обследованных по возрасту на момент участия в бое-

вых действиях в выделенных группах не установлено ($p > 0,05$).

Во всех группах на момент участия в боевых действиях достоверно ($p < 0,05$) преобладали военнослужащие рядового и сержантского состава (здоровые – 95,6%; острое ПТСР – 95,7%; хроническое ПТСР – 95,5%). Офицеров было соответственно 4,4%, 4,3%, 4,5%. Продолжительность временного периода, прошедшего после окончания участия обследованных в боевых действиях, в анализируемых группах также была одинаковой. Таким образом, по параметрам возраст и звание на момент участия в боевых действиях, продолжительность временного периода, прошедшего после окончания участия в боевых действиях, обозначенные группы были сходными.

Оценка социальных последствий ПТСР осуществлялась между группами больных с острым и хроническим ПТСР. Больные хроническим ПТСР составили основную группу, острым ПТСР – контрольную группу. Кроме этого социальные последствия заболевания оценивались при различных клинических вариантах хронического ПТСР: невротоподобный, психопатоподобный и аддитивный.

Клиническая картина хронического ПТСР на момент обследования складывалась из облигатных и факультативных синдромов. Облигатные синдромы были представлены синдромами «реперезиваний», «избегания» и «повышенной активации». Факультативные синдромы характеризовались невротоподобными (депрессивными, соматоформными, тревожными), психопатоподобными (аффективно не устойчивыми, истерическими) и аддитивными проявлениями.

Синдром «реперезиваний» характеризовался многократно повторяющимися навязчивыми воспоминаниями травматических событий, кошмарными сновидениями со сценами пережитых травматических событий, «обратными видениями», проявляющимися внезапными наплывами ярких воспоминаний с чувством нахождения в пережитой травмирующей ситуации, выраженным психическим дискомфортом в ситуациях, напоминающих травматические события.

Ведущим проявлением синдрома «избегания» было недостаточное эмоциональное участие в межличностных контактах и других социальных аспектах жизни. У больных наблюдалась борьба с периодически возникающими мыслями и чувствами, связанными с перенесенной психической травмой. Они избегали ситуации, напоминающие травматические события (отказывались от встреч с родными и близкими погибших, не принимали участия в мероприятиях, посвященных их памяти, не поддерживали бесед, не смотрели телепередач о войне). Больные потеряли интерес к профессии, увлечениям, занятиям, которые до возникновения заболевания были предметом активной деятельности, вели изолированный и обособленный образ жизни, отстранялись от окружающих, становились менее общительными. Эмоциональные реакции у них были маловыразительными (утрачивались чувства любви, сострадания, даже к близким людям, способность радоваться жизни). Имели место утверждения о потере смысла жизни, отсутствии перспективы.

Синдром «повышенной активации» характеризовался нарушениями сна (затруднения засыпания,

поверхностный ночной сон с частыми пробуждениями, отсутствие чувства отдыха утром после сна), раздражительностью по незначительным поводам, трудностями концентрации внимания. Наблюдалась усиленная реакция вздрагивания на звуки, напоминающие угрозу (взрыв петарды, хлопок, исходящий от автомобиля или мотоцикла, и др.), прикосновение, яркий свет и другие гиперестетические расстройства. В ситуациях, напоминающих травматические события, отмечались многообразные по клиническим проявлениям вегетативные симптомы: больные покрывались потом, тяжело дышали, дрожали, у них учащалось сердцебиение, появлялись позывы на мочеиспускание и др.

В зависимости от сочетания облигатных симптомов с факультативными диагностировано три клинических варианта ПТСР: неврозоподобный (114 больных – 57,0%), психопатоподобный (32 – 16,0%) и аддиктивный (54 – 27,0%).

Неврозоподобный вариант ПТСР был представлен факультативными соматоформными (конверсионными, ипохондрическими), тревожными (паническими атаками) и депрессивными проявлениями. Конверсионные расстройства (наблюдались у 43 из 114 больных – 37,7%) были в виде нарушений телесных функций, которые не подтверждались результатами обследования соматического состояния (двигательные симптомы – «параличи и парезы», «контрактуры», «припадки»; сенсорные – «анестезия и гипестезия», «ком в горле», «глухота», «слепота»). Конверсионные расстройства чаще возникали в ситуациях, напоминающих травматические события: встречи с родственниками погибших, друзьями и знакомыми, уволенными со службы, участие в торжественных мероприятиях, посвященных памяти убитых, награждению за боевые заслуги и т. д. Ипохондрические нарушения (25 больных – 21,9%) проявлялись склонностью больных к искаженной интерпретации телесных ощущений для доказательства соматического заболевания. Объяснения безвредности таких ощущений, предпринимаемые врачами, не приносили облегчения больным. Вегетативные симптомы в ситуациях, напоминающих перенесенные психические травмы, подвергались интерпретации и расценивались больными в качестве проявлений соматического заболевания. Повторные воспоминания и сновидения событий психотравмы (репереживания) усугубляли негативные мысли о соматическом заболевании. Клиническая картина панических атак (36 больных – 31,5%) характеризовалась сочетанием психических и вегетативных симптомов. Среди психических симптомов чаще встречался «страх смерти» в результате соматической катастрофы («остановка сердца», «инфаркт миокарда», «инсульт»). Среди вегетативных симптомов панической атаки наиболее часто наблюдались «сердцебиение, учащенный пульс», «ощущение нехватки воздуха, одышка», «жар или озноб», «тремор». Продолжительность панических атак варьировала от 30 до 60 минут. В промежутке между паническими атаками наблюдались опасения, связанные с возможностью их развития вновь («тревога предвосхищения»). В ряде случаев появление панических атак провоцировали переживания, возникающие в ситуациях, напоминающих травматические события. Депрессивные нарушения при неврозоподобном варианте ПТСР (61 больной – 53,5%) проявлялись «сниженным настроением» («грусть», «скука», «уныние», «угнетенность», «подавленность» и т. д.), «снижением энергии» (чувство ус-

талости, утомляемость, слабость, ощущение потери энергии), «утратой интересов и удовольствия» (агедония). Утрата удовольствия затрагивала и витальные чувства (удовольствие от сексуальных отношений, чувство жажды, голода, ощущение вкуса пищи).

Психопатоподобный вариант ПТСР отмечался у лиц с акцентуацией в преморбиде по возбудимому (21 из 32 случаев – 65,62%) и истерическому (9 случаев – 28,12%) типам. Формирование его проявлений (речь идет о патохарактерологическом развитии личности) завершалось через 2–3 года после начала заболевания. У таких больных наряду с социальной отгороженностью, отчужденностью, враждебным отношением к окружающим (симптомы стойких изменений личности после пережитой катастрофы) в 29 из 32 случаев (90,62%) зафиксированы проявления аффективно-неустойчивого, в 3 случаях (9,38%) – сочетание аффективно неустойчивого и истерического типов патохарактерологического развития личности. Аффективно неустойчивый тип проявлялся эмоциональной неустойчивостью, тенденцией действовать импульсивно без учета последствий, гневливостью, вспышками жестокости, аффективно-деструктивными формами поведения, особенно в ответ на осуждение окружающими. При сочетании аффективно неустойчивого и истерического типов вышеописанные проявления дополнялись демонстративностью, нарочитостью, стремлением совершать неожиданные, привлекающие внимание окружающих поступки.

Формирование аддиктивного варианта ПТСР происходило в результате систематического (практически ежедневного) приема алкоголя, используемого больными для воздействия на «репереживания» и смягчения проявлений «избегания». Во всех изученных случаях злоупотребление алкоголем характеризовалось наличием первичного патологического влечения к алкоголю. На первых порах оно было представлено ситуационно обусловленной разновидностью. Желание принять алкоголь возникало в традиционных ситуациях, к числу которых относился и определенный период времени после возвращения из боевой командировки, когда «происходила» интенсивная алкоголизация. В последующем наряду с упомянутой разновидностью появлялось спонтанно возникающее первичное патологическое влечение к алкоголю, которое в одних случаях носило обсессивный характер (с борьбой мотивов), в других – компульсивный (без борьбы мотивов). Вторичное патологическое влечение к алкоголю, возникающее в опьянении, первоначально сопровождалось снижением количественного контроля, затем его утратой. При снижении количественного контроля сохранялась способность в определенных ситуациях ограничиваться «разумными» дозами алкоголя. При утрате количественного контроля прием начальных доз алкоголя вопреки ранее «сдерживающим обстоятельствам» вызывал выраженное желание продолжить выпивку. Об измененной реактивности организма на действие алкоголя у обследованных свидетельствовали повышение толерантности, изменение клинической картины опьянения, алкогольные амнезии. Изменение клиники алкогольного опьянения встречалось в 37 из 54 случаев (68,51%): в 28 случаях клиника укладывалась в рамки эксплозивного, в 9 – эпилептоидного вариантов. Алкогольные формы амнезий в состоянии острой интоксикации были выявлены у 43 больных (79,62%). Наиболее часто

встречались палимпсесты. Имели место разнообразные формы злоупотребления алкоголем: псевдозапой, постоянное пьянство с высокой толерантностью и перемежающееся пьянство. Алкогольный абстинентный синдром диагностирован в 19 случаях (35,18%), чаще он проявлялся вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами, реже укладывался в рамки развернутого варианта.

Изменения личности характеризовались сочетанием лживости, изворотливости, повышенной самооценки, хвастливости (истерический тип) с неприязнью, недовольством, обидами, раздражением, злобой, гневом, агрессивными поступками (эксплозивный тип).

Изучение образовательного уровня на момент обследования показало, что в контрольной группе он был выше, чем в основной. Среди больных хроническим ПТСР преобладали лица с неполным средним и средним образованием (51,5%; $p < 0,05$).

В то же время военнослужащие, перенесшие острое ПТСР, преимущественно имели среднее специальное образование (91,5%; $p < 0,05$). Доля лиц с незаконченным высшим и высшим образованием в контрольной и основной группах была невысокой (8,5% и 9,0% соответственно).

Анализ уровня образования в зависимости от клинического варианта хронического ПТСР свидетельствует о его более высоком уровне у больных с неврозоподобным вариантом хронического ПТСР.

Среди них был достоверно выше удельный вес лиц с высшим и незаконченным высшим образованием (14,0%; $p < 0,05$). Доля больных, имеющих среднее специальное образование, здесь была также выше, чем у больных аддитивным вариантом ПТСР (51,8% и 37,0% соответственно; $p < 0,05$). Больные с психопатоподобным вариантом ПТСР не имели среднего специального образования ($p < 0,05$). У больных с психопатоподобным и аддитивным клиническими вариантами ПТСР наибольший удельный вес составляло неполное среднее и среднее образование (100,0% и 59,3% соответственно; $p < 0,05$). Приведенные данные указывают на то, что клинические проявления неврозоподобного варианта хронического ПТСР позволяют сохранить достаточную степень социальной адаптации. Это создает возможность для повышения образовательного статуса больных после завершения срочной службы. Более низкий образовательный уровень в группах больных с психопатоподобным и аддитивным вариантами связан с клиническими особенностями указанных разновидностей хронического ПТСР, имеющими дезадаптирующий потенциал.

Оценка трудового статуса обследованных свидетельствует о лучшей социальной адаптации лиц, перенесших острое ПТСР, по сравнению со страдающими хроническими ПТСР. Все военнослужащие, перенесшие острое ПТСР, работали (100,0%; $p < 0,05$). Речь идет преимущественно о высококвалифицированном труде. Служащих государственных и муниципальных органов и учреждений, предпринимателей среди них было 78,7% ($p < 0,05$). Среди лиц, страдающих хроническим ПТСР, больший удельный вес занимали безработные (18,5%) и занятые неквалифицированным трудом (42,9%; $p < 0,05$). Среди лиц с неврозоподобным и аддитивным клиническими вариантами хронического ПТСР преобладали работающие (100,0% и 90,8% соответственно; $p < 0,05$). Все

обследованные психопатоподобным вариантом заболевания не работали. При неврозоподобном варианте хронического ПТСР зарегистрирована наибольшая доля служащих и предпринимателей (53,5%; $p < 0,05$), в то время как среди больных с аддитивным вариантом – неквалифицированных рабочих (65,3%; $p < 0,05$). Удельный вес квалифицированных рабочих в обеих группах был примерно одинаковым: неврозоподобный вариант – 13,2%, аддитивный – 12,9%. Семейный статус обследованных характеризовался более высоким уровнем в контрольной группе. Все больные, перенесшие острое ПТСР, состояли в браке. В основной группе (хроническое ПТСР) доля женатых составила 70,0% ($p < 0,05$). Удельный вес холостых и разведенных был 19,5% и 10,5% соответственно ($p < 0,05$). В анализируемых группах наибольший удельный вес приходился на лиц, имеющих одного ребенка, однако доля таковых была достоверно выше ($p < 0,05$) в контрольной группе (87,2%). У 34,0% больных хроническим ПТСР детей не было ($p < 0,05$). Более высокий семейный статус отмечен у больных неврозоподобным вариантом хронического ПТСР. 92,1% лиц указанной группы состояли в браке ($p < 0,05$). Среди больных с аддитивным вариантом женатых было 64,8% ($p < 0,05$). Наиболее низкий семейный статус отмечен при психопатоподобном варианте хронического ПТСР: 71,9% из них были холосты ($p_{1,3} < 0,05$), 28,1% – разведены ($p < 0,05$). Бездетные достоверно преобладали среди больных психопатоподобным вариантом ПТСР (75,0%; $p < 0,05$). Среди больных неврозоподобным и аддитивным вариантами ПТСР отмечался большой удельный вес лиц, имеющих одного ребенка (64,9% и 51,8% соответственно; $p < 0,05$). Двое детей было в семьях 14,9% больных с неврозоподобным вариантом и 9,3% – аддитивным вариантом хронического ПТСР.

Таким образом, социальное положение обследованных, оцененное по параметрам «образование», «трудовой и семейный статус», было выше у лиц, перенесших острое ПТСР, по сравнению с таковым в случаях хронического ПТСР. Анализ социального положения больных с хроническим ПТСР показал, что наиболее высокий социальный статус имели больные неврозоподобным клиническим вариантом заболевания. Наиболее низкий – больные с психопатоподобным клиническим вариантом хронического ПТСР.

Наряду с социально-демографическими показателями изучена динамика клинических проявлений ПТСР. Для оценки ее выраженности было выделено 3 степени тяжести течения заболевания. У лиц с острым ПТСР практически все проявления заболевания на момент обследования не выявлялись. В единичных случаях наблюдались отдельные признаки, которые, по оценке обследованных, встречались крайне редко, что можно было рассматривать как практическое выздоровление. У лиц с хроническим ПТСР отмечалась другая динамика (таблица).

Если на начальном этапе заболевания (по данным субъективного анамнеза) у 46 (23,0%) отмечались проявления хронического ПТСР легкой степени, у 104 (52,0%) – средней степени тяжести и у 50 (25,0%) – тяжелой степени, то на момент обследования легкая степень установлена у 68 (34,0%; $p < 0,05$), средняя степень тяжести – у 118 (59,0%; $p < 0,05$), тяжелая – у 14 (7,0%; $p < 0,05$). Как видно, у лиц, страдающих хроническим ПТСР, в динамике выросла доля лиц с легкой и

Степень тяжести проявлений хронического ПТСР в динамике

Этапы заболевания	Степень тяжести	Легкая		Средняя		Тяжелая		Всего
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Начальный этап заболевания		46	23,0	104	52,0	50	25,0	200
На момент обследования		68	34,0*	118	59,0*	14	7,0*	200

Примечание: * – знак, свидетельствующий о достоверности различий ($p < 0,05$) показателей на различных этапах заболевания.

средней степени тяжести заболевания (на 11,0% и 7% соответственно) за счет уменьшения удельного веса лиц с тяжелой (на 18,0%) степенью тяжести заболевания.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. У военнослужащих (315 обследованных) – участников боевых действий в Чеченской республике в период 1993–2003 гг. наблюдается высокий удельный вес боевого ПТСР (247 обследованных – 78,42%). В 81,0% случаев ПТСР принимает хроническое течение.

2. Клиническая картина ПТСР складывается из облигатных и факультативных синдромов. Облигатные синдромы представлены синдромами «реперезиваний», «избегания» и «повышенной активации». Факультативные синдромы характеризуются невротоподобными (депрессивными, соматоформными, тревожными), психопатоподобными (аффективно не устойчивыми, истерическими) и аддитивными проявлениями. В зависимости от разновидности факультативного синдрома обозначены следующие клинические варианты хронического ПТСР: невротоподобный, аддитивный и психопатоподобный.

3. Социальное положение больных хроническим ПТСР (оцененное по параметрам «образование», «трудовой и семейный статус») ниже такового у больных, перенесших острое ПТСР (практически здоровые). Наихудший социальный прогноз установлен при психопатоподобном варианте хронического ПТСР.

4. Несмотря на длительный период, прошедший после участия в боевых действиях, более половины больных (59,0%) с хроническим ПТСР обнаруживает среднюю степень тяжести заболевания; 7,0% – тяжелую; 34,0% – легкую.

5. Результаты исследования могут быть использованы при разработке программ медико-социальной реабилитации больных, страдающих хроническим боевым ПТСР.

6. В мероприятиях по реабилитации больных хроническим боевым ПТСР необходимо участие полипрофессиональной бригады: психиатр, психиатр-нарколог (в случаях аддитивного варианта заболевания), психотерапевт, клинический психолог, специалист по социальной работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Е. О. Этапы клинической динамики посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 2. – С. 29–31.
2. Волошин В. М. Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии). – М.: «Анахарсис», 2005. – 200 с.
3. Киндрас Г. П., Туроходжаев А. М. Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов – ветеранов войны в Афганистане // Соц. и клин. психиатр. – 1992. – № 1. – С. 33–36.
4. Погосов А. В., Смирнова Л. В., Погосова И. А. Клинико-динамические и прогностические особенности посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) // Курский научно-практический вестник «Человек и здоровье». – 2003. – № 1. – С. 66–70.
5. Погосов А. В. Коморбидность психических и наркологических заболеваний (клинические и терапевтические аспекты). – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. – 250 с.
6. Погосов А. В. Посттравматические стрессовые расстройства и коморбидные состояния у военнослужащих (клиника, факторы риска, терапия). – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2006. – 207 с.
7. Семке В. Я., Епанчинцева Е. М. Душевные кризисы и их преодоление. – Томск: изд-во Томского университета, 2005. – 212 с.
8. Семке В. Я. Здоровье человека в кризисных ситуациях // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 4. – С. 4–8.
9. Сукиасян С. Г. О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий // Соц. и клин. психиатр. – 2009. – № 1. – С. 12–18.
10. Mazzeo S. E. A cluster analysis of symptom patterns and adjustment in Vietnam combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder // J. clin. psychol. – 2002. – № 58 (12). – P. 1555–1571.
11. Solomon Z. PTSD among Israeli former prisoners of war and soldiers with combat stress reaction: A longitudinal study // Amer. j. psychiat. – 1994. – № 151 (4). – P. 554–559.
12. Trappler B., Braunstein J. W., Moskowitz G. et al. Holocaust survivors in a primary care setting: fifty years later // Psychol rep. – 2002. – № 91 (2). – P. 545–552.

Поступила 07.11.2011