

and the low awareness of doctors on the use of antidepressants make it necessary to conduct training seminars and lectures on this issue.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

*Герасимов А.А., Васильева Л.С.*

*Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований,  
Ангарск, Россия*

**Введение.** Спецификой проведения специальной военной операции на Украине является использование малозаметных способов доставки летального оружия на поле боя, что приводит к более выраженным тревожным реакциям, которые доходят до состояния дистресса [1]. Вторым важным отличительным фактором являются мобилизационные мероприятия. Это повлияло на увеличение тревожных, депрессивных расстройств и расстройств адаптации.

**Цель исследования.** Оценить эффективность оказания медикаментозной и психотерапевтической помощи участникам СВО (специальной военной операции) с невротическими расстройствами, и дальнейшем улучшении качества их жизни.

**Материалы и методы исследования.** В рамках проведения поисковых научных исследований в условиях клиники ФГБНУ ВСИМЭИ на настоящий момент реабилитационное лечение прошли 106 участников боевых действий специальной военной операции. Их можно поделить на 3 группы:

- Добровольцы – контрактники 60 человек (средний возраст  $41,2 \pm 2,1$  года).
- Мобилизованные 28 человек (средний возраст  $38,6 \pm 2,6$  лет).
- ОМОН (отряд мобильный особого назначения) 18 человек (средний возраст  $41,3 \pm 2,8$  лет).

После осмотра психиатра и установления предварительного диагноза пациенты были направлены к клиническому психологу для прохождения тестирования. В обследовании клиническим психологом использовались: Шкала диссоциации, Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций, Шкала оценки интенсивности боевого опыта, Шкала безнадежности Бека, Шкала Гамильтона оценка депрессии, Шкала оценки депрессии Монтгомери – Асберга, Структурированное клиническое диагностическое интервью, модуль I ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство», Шкала для клинической диагностики ПТСР, Шкала тревоги Спилбергера. Приведенные методики являются психометрическими и/или симптоматическими опросниками, которые позволяют оценить объективно

характер и выраженность клинической симптоматики, ее динамику, эффект от проводимого лечения [4].

В лечении использовались методы физической, медикаментозной (в соответствии с действующими клиническими рекомендациями) и психологической реабилитации: двигательная реабилитация (лечебная физкультура (ЛФК), аппаратная и роботизированная механотерапия, виртуальная двигательная реабилитация, восстановление навыка ходьбы с БОС - биологическая обратная связь), аудиовизуальная полисенсорная релаксация, «Десенсибилизации и переработки движениями глаз» по методу Ф. Шапиро, когнитивно-поведенческая психотерапия, краткосрочная групповая психодинамическая терапия, комплекс кинезиологических упражнений «Гимнастика мозга», эмоционально-образная терапия по Н.Д. Линде, метод BioАСР-диагностики и терапии [4].

Для оценки эффективности лечения рассчитывался уровень статистической значимости различий по F-критерию Фишера.

**Результаты исследования.** При обследовании в первой группе было выявлено: психически здоровы – 21 человек; F 07.2 – 9 человек; F43.21 – 8 человек; F06.7 – 7 человек; сочетание F32.0 + F07.2 – 4 человека; F43.22 – 3 человека; F32.0 – 3 человека; F41.1 – 1 человек; F41.0 – 2 человека. Во второй группе: психически здоровых – 10 человек; F43.21 – 6 человек; F32.0 – 4 человека; F06.7 – 1 человек; F43.22 – 1 человек; F41.1 – 1 человек; F41.0 – 1 человек; сочетание F43.21 + F07.2 – 1 человек; F43.21 + F10.22 – 1 человек. Третья группа: психически здоровы – 16 человек; F41.1 – 1 человек; F06.7 – 1 человек.

В диагностике мы отошли от концепции ПТСР, так как имеются данные участников карабахского конфликта о наличии у них преимущественно патологии F07, F06, F40 и другие психические заболевания. Сам факт выделения ПТСР в отдельную диагностическую категорию не представляется возможным. Симптомы, выявленные у обследованных пациентов, не соответствуют диагностическим критериям ПТСР по МКБ-10, а укладываются в рамки других нозологий. Это согласуется с данными Е.В. Снедкова, который пишет о том, что критерии ПТСР идентичны критериям реактивных состояний. Следовательно, психическую реакцию на чрезвычайный стресс нельзя рассматривать как специфическую реакцию. Это первая особенность реагирования на травму [2]. Боевая травма действует как провоцирующий или катализирующий фактор [3]. В группе обследованных имеются пациенты с минно-взрывными ранениями 48,9% (45 чел.), огнестрельными травмами 10,9% (10 чел.). Мы выделили основные симптомы психических расстройств по МКБ-10 до и после курса лечения. В таблице 1 представлены симптомы со статистически значимыми улучшениями на фоне лечения.

Таблица 1. – Эффективность комплексной реабилитации участников СВО

Симптомы	До лечения	После лечения
Снижение настроения	62,1%	20,3% *
Агрессия	60,3%	22,0% *
Диссоциация	19,0%	6,8% °
Реакции испуга	20,7%	6,8% <sup>1</sup>
Головокружение	39,7%	10,2% *
Суицидальные мысли	43,1%	5,1% *
Боязнь людных мест	22,4%	3,4 % *
Мышечное напряжение	37,9%	5,1% *
Страх смерти	48,3%	30,5% °
Снижение аппетита	69,0%	11,9% *
Идеи вины	26,2%	6,8% *
Мрачное видение будущего	39,7%	23,7% *
Тревога предвосхищения	19,0%	1,6% *
Снижение концентрации внимания	51,7%	20,3% *
Легкие мнестические нарушения	41,4%	1,9% *
Головная боль	41,4%	15,3% *
Кошмарные сновидения	46,6%	11,9% *
Вегетативная возбудимость	15,5%	5,1% °
Бессонница	50,0%	5,1% *
Паника, страх	15,5%	3,4% *
Фантазии	12,1%	0% *
Эмоциональная лабильность	5,2%	3,4% *
Тревога	58,6%	15,3% *
Снижение уверенности	48,3%	23,7% *
Ангедония	37,9%	8,5% *

Примечание – р – уровень статистической значимости различий по F- критерию Фишера; различия значимы: \*– при  $p=0,005$ , °– при  $p=0,02$ , <sup>1</sup>–при  $p=0,01$

По таким симптомам как избегание ситуаций связанных с травмирующим событием, снижение толерантности к алкоголю и стрессу, утомляемость, социальная отчужденность, эмоциональная притупленность, реминисценции, фантазии, идеи отношения, подозрительность статистически значимого улучшения не получено.

**Выводы.** В соответствии с критериями МКБ-10 у обследованных пациентов не выявлено ПТСР, а имеются признаки других психических расстройств. Комплекс реабилитационных мероприятий, использованный при лечении, дает статистически значимое улучшение психического здоровья комбатантов.

#### **Список литературы:**

1. Сукиасян С.Г., Григорян А.К., Тадевосян М.Я., Бабахаян А.А. Прогностическое значение симптомов боевой травмы для раннего развития посттравматических стрессовых расстройств. // Современная терапия психических расстройств. – 2024г. – №1. – С. 3-9.

2. Посттравматическое стрессовое расстройство в парадигме доказательной медицины: патогенез, клиника, диагностика и терапия: методические рекомендации / авторы-сост.: А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов, К.А. Идрисов, Д.В. Ковлен, Н.Г. Пономаренко, Д.С. Радионов, Д.А. Старунская, Ю.С. Шойгу. – СПб.НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022. – 33 с.

3. Руководство для врачей. Медицинская реабилитация комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством / под редакцией академика РАН Е.В. Крюкова «ГЭОТАР-Медиа». – Москва, 2025. – 304 с.

4. Клинические рекомендации. – Посттравматическое стрессовое расстройство – 2023-2024-2025 (28.02.2023) – Утверждено Минздравом РФ.

## **ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF COMPREHENSIVE REHABILITATION OF COMBATANTS WITH MENTAL DISORDERS**

*Gerasimov A.A., Vasilyeva L.S.*

*East Siberian Institute of Medical and Ecological Research, Angarsk, Russia*

This paper evaluates the effectiveness of complex treatment of combatants with combat trauma and mental disorders. After complex treatment including motor rehabilitation, drug treatment and psychotherapy, statistically significant improvement in the condition of patients was obtained in the form of a decrease in clinical manifestations in accordance with the ICD-10 criteria.

## **БУДУЩЕЕ ЦИФРОВОГО ФЕНОТИПИРОВАНИЯ В ПСИХИАРИИ**

*Григорьева И.В., Каминская Ю.М., Матюш А.Д.*

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья,  
Минск, Беларусь*

**Введение:** Цифровое фенотипирование представляет собой новую парадигму в психиатрии, позволяющую более точно и индивидуализированно классифицировать пациентов, основываясь на их поведенческих, когнитивных и эмоциональных характеристиках, измеряемых с помощью цифровых технологий. Именно, в связи с этим вопрос цифрового фенотипирования является актуальным для психиатрии.

**Цель исследования:** проанализировать исследования, в области цифрового фенотипирования и его влияние на психиатрию.

**Материалы и методы:** анализ литературных источников

**Результаты исследования:** Проанализировано более 15 источников зарубежных публикаций с исследованиями влияния цифрового фенотипирования на психиатрическую практику.