

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНКСИОЛИТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО КОНТРАКТУ, УВОЛЕННЫХ В ЗАПАС

УДК 616.895.4-085

© А. Т. Давыдов¹, И. А. Загребельный¹, В. В. Конончук², А. И. Тюкавин³,
И. Ф. Савченко⁴, М. В. Резванцев⁴

¹ Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов имени Г. А. Альбрехта МТиСЗ РФ;

² Консультативно-диагностическая поликлиника ФБУ «442 ОВКГ» МО РФ;

³ Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия МЗ РФ;

⁴ Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова:

анксиолитики; расстройство адаптации; комплексное лечение.

Резюме

Обзор собственных и литературных данных по использованию анксиолитиков в комплексном лечении расстройства адаптации у военнослужащих по контракту, уволенных в запас. Анализ эффективности комплексного использования афобазола и фенибуты позволяет рекомендовать их применение в лечении расстройства адаптации у военнослужащих по контракту, уволенных в запас.

ВВЕДЕНИЕ

В современных условиях продолжается реформирование и сокращение личного, в том числе офицерского состава в Вооруженных силах (ВС) Российской Федерации (РФ). В течение последних 10–15 лет резко возросло количество кадровых офицеров, уволенных в запас по выслуге лет и (или) по сокращению штатов. Количество военнослужащих запаса, обращающихся за медицинской и психотерапевтической помощью возросло примерно в 7–8 раз. В структуре обращений отмечается широкий полиморфизм соматических жалоб наряду с проблемами стойкой психической дезадаптации и последующим ухудшением качества жизни у таких пациентов [5, 9]. При этом, наряду с первоначальной диагностикой коморбидного соматического расстройства, в последующем у таких больных выявляются расстройство адаптации и другие психосоматические расстройства [12, 18, 22, 13], требующие оказания психотерапевтической и психофармакологической помощи [1, 10].

Расстройство адаптации (F 43.2) характеризуется полиморфизмом клинических расстройств, в числе которых: кратковременная депрессивная реакция; пролонгированная депрессивная реакция; смешанная тревожная и депрессивная реакция; с преобладанием нарушений других эмоций; с преобладанием нарушения поведения; смешанное расстройство

эмоций и поведения; другие специфические преобладающие симптомы [8, 24, 27, 39, 40]. Расстройство адаптации у военнослужащих, уволенных в запас и отставку до сих пор оставалось в тени более «серьезных», по мнению многих исследователей, стрессовых ситуаций [13, 15, 19, 21, 33]. Однако среди всех категорий безработных и лиц, уволенных с работы, военнослужащие запаса и в отставке составляют около 5%. Проблема безработицы и связанное с ней расстройство адаптации актуальны практически для всех стран [6, 7]. Ярким примером тому являются чрезвычайные события во Франции весной 2006 года, вызвавшие бурный резонанс во всем мире.

Увольнение — это всегда значительный стресс и нарушение адаптации для большинства людей и в большей степени для военнослужащих.

По данным международной организации труда (МОТ), в 2012 году общее число безработных в мире увеличилось на 4 млн и составило 197 млн человек. Так, согласно прогнозам агентства ООН, в 2013 году число безработных вырастет на 5,1 млн человек, а в 2014 г еще на 3 млн. Устойчивая тенденция роста безработицы отмечается и в России. Так, в ноябре 2012 г общая безработица в России составила 4,1 млн человек (5,4% от численности экономически активного населения), а в декабре выросла на 4,1% и превысила 1 млн человек. В Санкт-Петербурге в январе-мае 2013 года 33,5 тыс. человек или 1,2%, а в Ленинградской области 43,5 тысяч человек или 4,5% экономически активного населения классифицировались как безработные [23].

Потерянное рабочее время невосполнимо. При этом, даже не работая, человек должен иметь возможность потреблять материальные блага не ниже прожиточного минимума. Государство вынуждено находить средства для спасения безработных от голодной смерти, несмотря на то, что направляемые на эти цели средства не служат дальнейшему развитию экономики страны — они просто проедаются.

Утрата работы является серьезным испытанием для человека, и безработные являются группой риска по возникновению психических и поведенче-

ских расстройств, связанных со стрессом, а именно расстройства адаптации, которое проявляется тревожными и депрессивными симптомами, снижает качество жизни и отражается на всех сферах жизни безработного: профессиональной, репродуктивной, семейной, творческой, индивидуальной и общественной. Расстройство адаптации лишает веры в себя, мешает усваивать новые знания и навыки, продуктивно искать работу, успешно трудиться на новом месте и часто является причиной обострения и более тяжелого течения психосоматических расстройств, роста правонарушений и суицидов.

До настоящего времени, несмотря на важность рассматриваемой проблемы, работ, посвященных организации оказания медицинской помощи у безработных военнослужащих, уволенных в запас и имеющих расстройство адаптации, в доступной литературе практически не имеется. В существующих на сегодняшний день законах РФ не отражен организационный вопрос взаимодействия «Центров занятости населения» с медицинскими учреждениями, а проводимые организационные мероприятия требуют анализа и существенной доработки.

В результате разившегося после увольнения расстройства адаптации снижается работоспособность, что препятствует успешному поиску и устройству на новую работу. Безработные военнослужащие ищут подходящее место многие месяцы и далеко не всегда находят, а если и находят, то часто не могут адаптироваться на новом месте. Такая ситуация ввергает человека в уныние и отчаяние, создает ощущение безвыходности. Известны случаи, когда уволенными с военной службы предпринимаются попытки покончить жизнь самоубийством [11]. Причем уровень суицидов в России в 1,5 раза выше уровня, определенного ВОЗ как критический. В России за последние 20 лет покончили жизнь самоубийством 830 тысяч человек.

Статистических данных о распространенности расстройства адаптации у военнослужащих, уволенных в запас и отставку в России, найдено не было, что подтверждает актуальность исследований в этой области.

В связи с этим нами была предпринята попытка проанализировать особенности возникновения и основных проявлений расстройства адаптации у военнослужащих, уволенных в запас и отставку и предложить способ адекватной курсовой терапии с использованием анксиолитиков афобазола и фенибута с последующим применением социореабилитационных психотерапевтических методик [31, 32].

МЕТОДИКА

В задачи исследования входило выявление частоты и основных проявлений расстройства адаптации у военнослужащих, уволенных в запас и отставку.

Были обследованы 2 группы мужчин. У 51 мужчины основной группы, уволенного с военной службы было клинически диагностировано «расстройство адаптации» по критериям МКБ-10 и DSM-IV [22]. Контрольная группа состояла из 52 военнослужащих, продолжающих служить и не предъявлявших жалоб на состояние здоровья, однако при этом они высказывали озабоченность, неуверенность в завтрашнем дне по отношению дальнейших перспектив трудоустройства после увольнения из рядов ВС РФ. Первичное обследование групп проводилось одновременно. Повторное обследование сравниваемых групп проводилось через три месяца. Возраст обследуемых варьировал от 45 до 56 лет.

Исследование проводили на базе Санкт-Петербургского научно-практического центра медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта Министерства труда и социальной защиты РФ, центров занятости населения городов Санкт-Петербурга и Выборга Ленинградской области.

В исследовании проводилось открытое сравнительное изучение селективного анксиолитика небензодиазепинового ряда афобазола (40 мг в день) и анксиолитика фенибута (500 мг в сутки) у военнослужащих с диагнозом «расстройство адаптации». Афобазол в дозировке 10 мг в таблетке был использован по 1 таблетке 4 раза в день после еды и на ночь в течение 2 месяцев (40 мг в сутки). Наряду с афобазолом был использован фенибут в дозировке 250 мг в таблетке, по 1 таблетке 2 раза в день после еды, в течение 2 месяцев (500 мг в сутки) [16, 17, 35]. В исследовании были использованы следующие методы: клинический метод, катamnестический метод, анамнестическая анкета, опросник Мини-Мульт, шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, миссисипская шкала оценки посттравматических реакций и расстройства адаптации. Кроме того, был использован комплекс психологических методов оценки психического состояния до и после лечения.

Для статистической обработки были применены U-критерий Манна-Уитни, T-критерий Вилкоксона, метод ранговой корреляции Спирмена и пакет статистических программ SPSS-10.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате исследования определено, что средний возраст больных составил $50,5 \pm 0,7$ лет. У военнослужащих контрольной группы расстройство адаптации не выявлялось. У военнослужащих основной группы в структуре «расстройства адаптации» клинически чаще всего отмечалась тревога, высокий уровень ипохондрии, дисфории, избегающее поведение, нарушения сна, ночные кошмары. Кроме того, лица основной группы предъявляли жалобы на общую слабость, сниженное настроение,

равнодушие, угнетенно-мрачное настроение, раздражительность, повышенную агрессию, вспыльчивость и избегающее поведение.

В результате исследования у военнослужащих основной группы до лечения выраженность депрессии составила $11,5 \pm 1,9$ балла, что соответствовало диагностическому критерию — «малому депрессивному эпизоду» по шкале HDRS. В результате курсового применения афобазола и фенибута у всех военнослужащих основной группы было отмечено купирование дисфорического настроения и расстройства сна. По сравнению с контрольной группой у них достоверно улучшилась концентрация внимания, появилось чувство прилива сил и энергии, редуцировалась раздражительность, беспокойство и плаксивость. Вместе с тем определено, что только у 9 военнослужащих психопатологические проявления расстройства адаптации редуцировались незначительно при недостоверности различий до и после терапии, что составило 17,6% случаев. Побочных эффектов и психосоматических осложнений при применении афобазола и фенибута у военнослужащих основной группы не выявлено.

В проведенной работе нами были учтены полученные данные по исследованию основных показателей эффективности использования афобазола и фенибута при комплексном лечении различных стрессовых состояний. Данное исследование основывалось как на сведениях об эффективности данных препаратов, полученных другими авторами, так и на основании применения апробированных психологических методик и клинко-психопатологического метода [1, 2, 3].

Небензодиазепиновые транквилизаторы представлены довольно большой, разнородной в химическом отношении группой веществ (мепротан, амизил, триоксазин, буспирон, мебикар, гидроксизин, окселидин, фенибут, баклофен, пирроксан, афобазол, пропротен-100, тенотен) [36].

В значительной части эти препараты проявляют определенный вид фармакологической активности, где транквилизирующая составляющая не всегда является ведущей. Так, например, амизил (бенактизин) является классическим центральным М-холинолитиком, пирроксан — α -адреноблокатором, фенибут и баклофен — ноотропоподобным средством с непрямой ГАМК-миметической активностью. Соответственно этому и назначают препараты: амизил — для устранения гиперфункции желудочно-кишечного тракта (моторного и секреторного ее компонентов), пирроксан — для улучшения микроциркуляции тканей при шоке, ожогах, дизэнцефальных кризах, фенибут и баклофен — для лечения спастичности. Ряд препаратов (афобазол, пропротен-100, тенотен) позиционированы исключительно как стресс-протекторы, предупреждающие возникновение яркой эмоциональной реакции

на стресс, в том числе и с точки зрения предупреждения вегетативных и гормональных сдвигов, характеризующих стрессовое состояние [14].

При этом ранее полученные данные свидетельствуют, что афобазол и фенибут являются высокоэффективным сочетанием в комплексном лечении большинства пограничных психических расстройств [3, 20, 28]. Так, селективный анксиолитик афобазол, не являясь агонистом бензодиазепинового рецептора, восстанавливает нарушенную эндогенную (естественную) регуляцию связывания лиганда бензодиазепинового рецептора ионами Cl^- и ГАМК и предотвращает падение бензодиазепиновой рецепции в нейрональных мембранах. Свойства афобазола основаны на восстановлении естественных противотревожных механизмов. Препарат обладает отчетливым анксиолитическим действием, не сопровождающимся в широком диапазоне доз гипноседативными эффектами, не оказывает негативного влияния на мнестические функции, что выгодно отличает его от известных транквилизирующих средств.

Учитывая, что афобазол опосредованно регулирует деятельность ГАМК-рецептора, побочные эффекты, которые вызывают бензодиазепины, для него не свойственны. Его применение не приводит к формированию лекарственной зависимости и феномена отмены. Анксиолитический эффект препарата является комплексным и проявляется в редукции психически и соматических (вегетативных) симптомов тревоги в сочетании с легким психостимулирующим. Это позволяет рекомендовать применение афобазола для длительной терапии широко распространенных в амбулаторной практике врачей-непсихиатров тревожно-фобических расстройств, генерализованной тревоги, неврастении, нарушениях адаптации, что соответствует критериям лечения тревожных расстройств [38]. Препарат прошел все стадии клинических испытаний, в которых было подтверждено, что он является современным противотревожным препаратом и рекомендуется к применению в общемедицинской практике для коррекции тревоги и ее сомато-вегетативных проявлений в дозе 1 таблетка 3 раза в сутки.

Исследование клинической эффективности афобазола также проводилось в рамках программы «БАЗИС» — открытого натуралистического мультицентрового клинического исследования в 22 регионах России под руководством ведущих психиатров России: академика РАМН, проф. А.Б. Смулевича (НЦПЗ РАМН), проф. В.Н. Краснова (Московский НИИ психиатрии Росздрава), проф. Н.Г. Незнамова (Санкт-Петербургский НИ психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева Росздрава), проф. А.С. Аведисовой (ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Росздрава) [4, 29, 30, 34].

В приведенных исследованиях сообщается, что афобазол, восстанавливающий естественные защитные механизмы организма, позволяет адекватно использовать его функциональные резервы при предъявлении стрессорных нагрузок.

В проведенном нами исследовании у тревожных пациентов с вегетативной дисфункцией, было выявлено, что через 2 недели регулярного приема препарата нормализовался вегетативный тонус наших пациентов, а через 4 недели у больных формировалась адекватная адаптация на предъявляемую нагрузку [25].

Таким образом, афобазол, являясь селективным анксиолитиком (избирательно восстанавливает рецепторную активность), обладает выраженным противотревожным действием, которое позволяет повысить естественные защитные адаптационные механизмы, в сочетании с хорошей переносимостью.

Рецептограммы, полученные в результате исследования взаимодействия афобазола с нейрорецепторами, и результаты иммунофлюоресцентного исследования *in vitro* внутриклеточной локализации sigma 1-рецептора в ответ на введение афобазола

полностью соответствуют установленным фармакологическим эффектам афобазола, раскрывают первичные механизмы его действия как анксиолитика и нейропротектора и определяют дальнейшие перспективы фармакологического изучения и применения в фармакотерапии [37].

Установлено наличие у афобазола антидепрессивного эффекта, что определяет перспективу его применения для лечения тревожных расстройств, осложненных депрессивной симптоматикой [26]. Кроме того, сообщается о высокой эффективности использования афобазола при соматизированных и генерализованных формах тревожных расстройств [18, 19].

Проведенная нами интегративная оценка показателей эффективности использования афобазола и фенибута в комплексном лечении расстройства адаптации у военнослужащих основной группы представлена в таблице 1.

В результате исследования у военнослужащих сравниваемых групп до лечения и через 2 месяца после лечения были использованы следующие психодиагностические методики: САН (самочувствие, активность и настроение), тесты нервно-психической

■ Таблица 1. Интегративная оценка показателей эффективности использования афобазола и фенибута в комплексном лечении расстройства адаптации у военнослужащих запаса

Показатели	Контроль (n=52)	До лечения (n=51)	После лечения (n=51)
НПА: сырые баллы	38,2±2,4	45,3±2,65	32,2±1,91
Интегральная оценка (И)	3,7±0,1	4,8±0,14	3,24±0,30
УСК: Ио (общая), в стенах	5,1±0,4	4,0±0,3	5,9±0,6
Ис (семейные отношения)	5,1±0,3	3,3±0,4**	5,3±0,69
Им (межличностные отношения)	4,9±0,25	5,23±0,28*	5,17±0,23
Ид (достижения)	5,2±0,3	4,2±0,31*	5,97±0,40
Ин (неудачи)	4,8±0,2	4,1±0,38*	5,03±0,36
Ир (работа)	4,1±0,4	4,2±0,3**	4,4±0,3
Из (заболевание)	4,7±0,3	6,8±0,35*	4,2±0,2
РТ (реактивная тревога)	56,6±2,4	72,8±5,4***	41,5±4,6
ЛТ (личностная тревога)	42,5±2,4	54,7±6,9**	45,0±6,9
ММРІ: Т-баллы: L (ложь)	51,8±2,5	55,4±2,48	47,8±1,45
F (достоверность)	70,6±2,8	76,5±3,14**	70,5±1,36
K (коррекция)	56,9±2,4	58,7±2,69	60,5±1,37
Hs (ипохондрия)	41,7±9,5	49,5±10,0***	42,5±10,5
D (депрессия)	46,2±6,2	59,7±9,3***	46,6±6,6
Hu (истерия)	50,1±7,3	59,5±7,8***	49,1±7,2
Pd (психопатия)	40,6±9,3	43,9±12,0***	41,0±9,7
Mf (мужественность)	69,4±4,5	65,7±4,43	65,8±3,97
Pa (паранойя)	41,6±5,8	47,9±9,9**	43,0±6,0
Pt (психастения)	16,3±11,0	27,9±13,1***	17,8±13,7
Sc (шизофрения)	16,8±18,0	27,5±19,2***	16,9±18,2
Ma (гипомания)	31,7±8,4	36,7±8,7***	30,5±8,3
Si (интраверсия)	42,9±5,1	59,5±7,2**	51,5±6,3
СОС: баллы (0-3 в норме)	14,6±1,6	20,9±1,6	10,1±1,1
Средний показатель астении	1,0±0,6	3,2±0,5	0,6±0,8
Показатель шкалы HDRS (средний балл)	5,5±1,2	11,5±1,9***	4,1±0,4
Примечание. * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,005$ по отношению к контролю (Mann-Whitney U-test)			

адаптации (НПА), оценки уровня субъективного контроля (УСК) и субъективной оценки состояния (СОС). Аналогичные методики и в указанные сроки были проведены у военнослужащих контрольной группы.

Из таблицы 1 видно, что полученные данные интегральной оценки по методике НПА после лечения в основной группе составили 3,24 стандартных баллов, что оказалось существенно ниже по сравнению с данными до проводимого лечения. Полученная результирующая Z-оценка свидетельствует о наличии болезненного состояния по методике НПА до проводимого лечения, а после терапии афобазолом и фенибутом было выявлено достоверное устранение болезненных проявлений расстройства адаптации у военнослужащих основной группы.

В исследовании была проведена оценка уровня субъективного контроля (УСК) по отношению больного к болезни и терапевтическим мероприятиям. По методике, согласно шкале локуса контроля, все больные были разделены на две группы или два локуса контроля — экстернальный и интернальный. При экстернальном локусе, определяемом до 5,5 стена, больные полагали, что происходящие с ними события являлись результатом действия внешних сил или обстоятельств. При интернальном локусе, определяемом свыше 5,5 стена, больные интерпретировали значимые проявления болезни, как результат своей собственной деятельности. В результате было выявлено, что общая интегральная оценка УСК имела положительную динамику от экстернальности к интернальности. В частности, общая оценка теста УСК в результате комплексного лечения афобазолом и фенибутом в основной группе возросла с 4,0 до 5,9 стена.

У военнослужащих запаса после лечения, по сравнению с данными до лечения, были получены положительные результаты по психологическому показателю улучшения отношения к семейным обязанностям и выработки установки на личные достижения ($p < 0,005$). Таким образом, у военнослужащих основной группы после лечения были отмечены достоверно лучшие показатели, свидетельствующие о наличии критики по отношению к себе, своим действиям, формированию установки на нормализацию семейных отношений и по достижению личных успехов.

В результате проведенного исследования по методике УСК было оценено, что военнослужащие основной группы после проведенного лечения в большей степени стали возлагать ответственность на себя в случаях неудач, семейных и межличностных конфликтов, что также находилось в соответствии с достоверным возрастанием у них показателя интернальности. В целом было выявлено возрастание положительной установки военнослужащих основной группы на желание и планирование приступить к предполагаемой работе. Увеличение показателей

интернальности у военнослужащих основной группы после лечения позволило констатировать возрастание критичности к болезни. Показатель Из (заболевание) составил у них $4,2 \pm 0,2$ стена по сравнению с данными до лечения, равными $6,8 \pm 0,35$ стена.

У военнослужащих основной группы после проведенного лечения отмечена положительная динамика по показателю собственной роли в поддержании и восстановлении состояния здоровья. По методике УСК было оценено, что у военнослужащих основной группы после лечения отмечалось возрастание желания больше делать акцент на себя, появились собственные усилия в определении своего круга общения, личной ответственности в достижении удач, планировании устройства на работу, избегания ссор и межличностных конфликтов.

В проведенном исследовании с целью определения уровня реактивной и личностной тревожности до и после проведенного лечения и по сравнению с контрольной группой была применена методика Спилбергера-Ханина. Тест включал опросник из 40 вопросов. На основании полученных данных был определен условный показатель уровня тревожности. По методике было принято считать, что условный показатель уровня тревожности до 30 определялся как низкий, от 30 до 45 считался средним и более 45 — высоким. Было выявлено, что у военнослужащих основной группы до лечения показатели уровня реактивной и личностной тревожности оказались предельно высокими. Они достигали $72,8 \pm 5,4$ и $54,7 \pm 6,9$ условных показателей реактивной и личностной тревоги соответственно. После проведенного лечения показатели реактивной $41,5 \pm 4,6$; $p < 0,005$ и личностной тревоги $45,0 \pm 6,9$; $p < 0,05$ у военнослужащих основной группы соответственно уменьшились, что соответствовало среднему уровню тревожности.

В результате проведенного комплексного лечения афобазолом и фенибутом были получены качественно лучшие показатели снижения общей тревожности у военнослужащих основной группы.

В комплексном исследовании нами был применен Миннесотский многопрофильный личностный опросник или MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Тестирование лиц сравниваемых групп было осуществлено по 13 шкалам. По методике было принято считать, что нормальными значениями всех шкал являлась сумма Т-баллов от 40 до 70. По указанным шкалам сумма Т-баллов по методике MMPI достоверно снижалась от высоких до средних (нормальных) значений. Так, при депрессии у военнослужащих основной группы после комплексного лечения афобазолом и фенибутом она снизилась с $59,7 \pm 9,3$ до $46,6 \pm 6,6$, при психастении с $27,9 \pm 13,1$ до $17,8 \pm 13,7$ и интраверсии с $59,5 \pm 7,2$ до $51,5 \pm 6,3$ Т-балла.

В результате исследования была определена СОС и средний показатель астении у военнослужащих сравниваемых групп. Так, показатель СОС

после проведенного комплексного лечения афобазолом и фенибутом у военнослужащих основной группы достоверно снизился с 20,9 до 10,1 балла по сравнению с показателями до лечения ($p < 0,05$). Однако показатели СОС, несмотря на проведенное лечение, так и не достигли нормальных значений, условно оцениваемых в пределах от 0 до 3 баллов. При этом оказалось, что средние показатели астении также оказались существенно ниже у военнослужащих основной группы после проведенного лечения по сравнению данными до лечения ($p < 0,05$).

В результате проведенного комплексного лечения показатели астении уменьшились с 3,2 до 0,6 балла, постепенно приближаясь к нормальным значениям. В целом было выявлено, что выраженность депрессии в исследуемой группе до лечения, в среднем составила $11,5 \pm 1,8$ балла, что соответствовало диагностическому критерию под рубрикой МКБ-10 — как «малый депрессивный эпизод», определяемый по шкале HDRS. В результате курсового комплексного лечения афобазолом и фенибутом у военнослужащих основной группы средний показатель депрессии по шкале HDRS достоверно уменьшился и составил $4,1 \pm 0,4$ балла ($p < 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

На основании полученных результатов в качестве препарата, уменьшающего основные проявления расстройства адаптации у военнослужащих, уволенных в запас и отставку, предлагаем использовать анксиолитик небензодиазепинового ряда — афобазол в суточной дозе 40 мг и анксиолитик фенибут в суточной дозировке 500 мг в течение 2 месяцев.

Представляется важным, что купирование основных клинических проявлений расстройства адаптации преимущественно происходит за счет его анксиолитического и психостимулирующего действия без видимых побочных эффектов и психосоматических осложнений. Другим важным свойством афобазола и фенибута в указанных дозировках является отсутствие побочного эффекта психофармакологической «загруженности» в сравнении с другими схемами медикаментозной терапии.

Комплексное использование афобазола и фенибута не приводило к обострению психического состояния и, как правило, способствовало быстрому включению в программу лечения и реабилитационных мероприятий личностно-ориентированных методик психотерапии, направленных на мобилизацию личностных и поведенческих психических ресурсов у военнослужащих с расстройством адаптации. В отличие от традиционных психофармакологических методов лечения афобазол и фенибут не подавляли эмоциональное состояние пациентов, не угрожали их здоровью и не снижали работоспособности в целом. Комплексное применение афобазола и фенибута не приводило к токсическому

воздействию и ухудшению показателей со стороны сердечно-сосудистой системы, печени, почек, других органов и систем и может быть рекомендовано нами для купирования расстройства адаптации у военнослужащих, уволенных в запас и отставку.

В результате исследования был выявлен отчетливый противоастенический клинический эффект с последующим снижением дисфорических расстройств, психического напряжения и патологических дисфункций со стороны вегетативной нервной системы (уменьшались потливость, тремор, покраснение кожи). В связи с тем, что астенические, вегетативные и тревожно-депрессивные расстройства у уволенных военнослужащих с расстройством адаптации сохраняются длительное время и высока вероятность рецидива, афобазол и фенибут могут быть использованы продолжительностью до 3 месяцев и выше в зависимости от диагностируемого наличия стрессовых психопатологических расстройств. Вероятно, что афобазол способен запускать еще недостаточно изученные механизмы неспецифической резистентности организма, что проявляется в основном нарушениями клеточного и гуморального иммунитета.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте расстройства адаптации у военнослужащих, уволенных в запас и отставку, о преобладании у них депрессии, высокой личностной и ситуационной тревожности. Комплексное использование афобазола и фенибута позволяет достоверно влиять на редукцию психопатологических симптомов тревоги, астении, вегетативных нарушений, уменьшает раздражительность, нервозность, двигательную и психическую заторможенность. Полученные данные свидетельствуют о том, что афобазол и фенибут способны длительно влиять на редукцию проявлений тревоги и депрессии, вплоть до устранения общего психосоматического дискомфорта. Предполагаем, что в отдельных случаях реабилитационное лечение афобазолом и фенибутом может продолжаться до 4 месяцев. Постепенное развитие терапевтического действия, отсутствие дневной сонливости, психомоторной заторможенности и побочных эффектов дает преимущества при длительных проявлениях тревоги и депрессии, что позволяет пациенту сохранять социальную и (или) трудовую активность на весь период лечения. Высокая безопасность афобазола и фенибута позволяет использовать их для пожилых пациентов, а также для больных с наличием сопутствующей соматической патологии, у которых риск развития побочных эффектов особенно высок.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, комплексное использование афобазола и фенибута позволило добиться качественной ремиссии длительностью свыше 6 меся-

цев у 44 (86,3%) военнослужащих основной группы с расстройством адаптации. Учитывая фармакологическое и клиническое действие афобазола и фенибуты, их можно отнести к лекарствам патогенетической терапии.

У большинства военнослужащих основной группы с расстройством адаптации и основными проявлениями в виде тревоги и депрессии были купированы и (или) редуцированы такие стрессовые психопатологические проявления, как: страхи, чувство беспокойства, нервозность, взвинченность, суетливость, раздражение по отношению к себе и другим, неусидчивость, тремор, кусание ногтей, непроизвольные движения руками, тревожные мысли, снижение концентрации внимания, страх потерять контроль, нарушения засыпания, головные боли, боли в спине вследствие непроизвольного напряжения мышц, обильное потоотделение, сердцебиение, боли в груди, чувство сухости во рту, неприятные ощущения в животе.

По сравнению с показателями до лечения у них выявлено достоверное улучшение концентрации внимания, появилось чувство прилива сил и энергии, редуцировалась раздражительность, беспокойство и плаксивость. У военнослужащих основной группы после проведенного курсового комплексного лечения афобазолом и фенибутом было выявлено достоверное возрастание критичности, уверенности в собственных силах с повышением самооценки и мотивации. Вместе с тем у 9 (17,6%) военнослужащих основной группы после лечения основные стрессовые психопатологические проявления расстройства адаптации, связанные с увольнением в запас и необходимостью поиска приемлемой работы, редуцировались незначительно при недостоверности различий до и после проведенной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А. С. Подходы к оценке терапии психотропными препаратами // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — № 1. — С. 3–6.
2. Аведисова А. С. Появится ли альтернатива бензодиазепинам? // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Экстравыпуск. — С. 10–12.
3. Аведисова А. С., Чахава В. О., Лесс Ю. Э., Малыгин Я. В. Новый анксиолитик «Афобазол» при терапии генерализованного тревожного расстройства (результаты сравнительного исследования с диазепамом) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 8, № 3. — С. 10–16.
4. Акарачкова Е. С., Шварков С. Б., Мамий В. И. Афобазол в терапии тревожных расстройств // Лечение нервных болезней. — 2007. — № 1. — С. 11–18.
5. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация (пограничные нервно-психические расстройства). — М., 1976. — 150 с.
6. Борисов Е. Ф. Экономическая теория: Учебник. — М.: Юрайт, 2005. — 400 с.
7. Бреев Б. Д. Безработица в современной России. — М.: Наука, 2005. — 272 с.
8. Вейн А. М. Вегетативные расстройства: Руководство для врачей. — М., 1998. — 739 с.
9. Калинин В. В., Максимова М. А. Современные представления о феноменологии, патогенезе и терапии тревожных состояний // Соц. и клинич. психиатрия. — 1993. — № 2. — С. 128–142.
10. Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учебник для вузов. Изд. 2-е, перераб. — СПб.: Питер, 2002. — 672 с.
11. Корчемный П. А. Военная психология: методология, теория, практика. — М.: Воениздат, 2008. — 280 с.
12. Краснов В. Н., Вельтищев Д. Ю. Невротические, тревожные и стрессовые расстройства // Психиатрия. Справочник практического врача. — М., Медпресс-информ. — 2006. — С. 275–300.
13. Крыжановский Г. Н. Общая патофизиология нервной системы: Руководство. — М.: Медицина, 1997. — 352 с.
14. Лиманский Ю. П. Основные принципы функциональной организации ноцицептивных и антиноцицептивных систем мозга // Физиол. журн. им. И. М. Сеченова. — 1989. — № 2. — С. 11–21.
15. Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2005. — 432 с.
16. Лоуренс Д. Р., Бенит П. Н. Клиническая фармакология. — М., 1991. — Т. 2. — С. 6–56.
17. Мосолов С. Н. Основы психофармакотерапии. — М.: Восток, 1996. — 288 с.
18. Мосолов С. Н., Калинин В. В. Некоторые закономерности формирования, коморбидность и фармакотерапия тревожно-фобических расстройств // Тревога и обсессии. — М., 1998. — С. 217–228.
19. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — ВОЗ, Россия, СПб.: АДИС, 1994. — 302 с.
20. Незнамов Г. Г., Сюняков С. А., Чумаков Д. В., Маметова Л. Э. Новый селективный анксиолитик Афобазол // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. — 2005. — Т. 105, № 4. — С. 35–40.
21. Патология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А. И. Тюкавин и др.; под ред. А. И. Тюкавина, А. Г. Васильева, Н. Н. Петрищева. — М.: Академия, 2012. — 528 с.
22. Руководство по диагностике и статистике психических расстройств DSM-IV-TR. — Изд-во Амер. Психиатр. Ассоциации, 2000.
23. Сайт территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, http://petrostat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/petrostat/ru/ — 2013.
24. Свядош А. М. Неврозы. — М.: Медицина, 1982. — 366 с.
25. Середенин С. Б., Воронин М. В. Нейрорецепторные механизмы действия афобазола // Экспериментальная и клиническая фармакология. — 2009. — Т. 72, № 1. — С. 3–11.
26. Середенин С. Б., Молодавкин Г. М., Воронин М. В., Воронина Т. А. Антидепрессивное действие афобазола в тестах Porsolt и Nomura // Эксперим. и клин. фармакология. — 2009. — Т. 72, № 1. — С. 19–21.
27. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М., 2003. — 432 с.
28. Смулевич А. Б., Андрющенко А. В., Романов Д. В., Сиранчиева О. А. Терапия пограничных психических расстройств (Исследование эффективности и переносимости афобазола) // Психич. расстройства в общей практике. — 2006. — № 1. — С. 10–16.
29. Смулевич А. Б., Краснов В. Н., Незнамов Н. Г., Аведисова А. С. Программа «БАЗИС». — 2006. — 186 с.
30. Смулевич А. Б. Терапия пограничных психических расстройств (исследование эффективности и переносимости афобазола) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Экстравыпуск. — С. 3–9.

31. Суворов Н. Б. Биотехнические системы для профилактики, оздоровления, мобилизации резервов, снятия напряжения, реабилитации // Тр. Всерос. науч. чтений «Будущее России — в высоких технологиях». — СПб.: Логос, 2007. — С. 250–254.
32. Суворов Н. Б., Фролова Н. Л., Федоров А. А. Психофизиологические воздействия в коррекции состояния человека // Мед. акад. журн. — 2003. — Т. 4, № 4. — С. 3–13.
33. Филимонов В. И. Руководство по общей и клинической физиологии. — М., 2002. — 958 с.
34. Чумаков Д. В. Клинико-фармакологическая характеристика нового анксиолитика Афобазола: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2004. — 28 с.
35. Шабанов П. Д. Психофармакология. — СПб.: Элби-СПб, 2008. — 416 с.
36. Шабанов П. Д., Базиленко И. Б., Венков Д. А. Небензодиазепиновые транквилизаторы. Фармакология тенотена как анксиолитика, стресс-протектора и адаптогена // Психофармакология и биол. наркологи — 2008. — Т. 8, № 1–2 (Ч. 1). — С. 2264–2270.
37. Шабанов П. Д. Наркология: Практич. руководство для врачей. — М.: Гэотар-М, 2003. — 560 с.
38. Absi M. A., Rokke P. D. Can anxiety help us tolerate pain? // Pain. — 1991. — Vol. 46. — P. 43–51.

39. Kirmayer L. J., Robbins J. M. Three forms of somatization in primary care: prevalence, cooccurrence, and sociodemographic characteristics // J. Nerv. Ment. Dis. — 1991. — Vol. 179. — P. 647–655.
40. Yonkers K. A., Dyck I. R., Warsham M. et al. Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder // Br. J. Psychiatry. — 2000. — Vol. 176. — P. 544–549.

AXIOLYTICS USAGE IN COMPLEX TREATMENT OF ADAPTATION DISORDERS IN THE FORMER CONTRACT MILITARY OFFICERS

Davydov A. T., Zagrebelnyy I. A., Kononchuk V. V., Tyukavin A. I., Savchenko I. F., Rezvantsev M. V.

◆ **Summary:** The literature and own data on anxiolytics usage in complex treatment of adaptation disorders in the former contract military officers are reviewed in the article. The analysis of therapeutic efficacy for afobazol and phenibut can recommend them for treatment of adaptation disorders in the former contract military officers.

◆ **Key words:** anxiolytics; adaptation disorders; complex treatment.

◆ Информация об авторах

Давыдов Алексей Трофимович — д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник. Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, реабилитации и протезирования инвалидов имени Г. А. Альбрехта Министерства труда и социальной защиты РФ. 195067, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50. E-mail: alexdoctor@inbox.ru.

Зagrebelnyy Игорь Андреевич — соискатель. Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, реабилитации и протезирования инвалидов имени Г. А. Альбрехта Министерства труда и социальной защиты РФ. 195067, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50.

Конончук Виталий Витальевич — начальник психиатрического кабинета Консультативно-диагностической поликлиники. ФБУ «442 Окружной военный клинический госпиталь» МО РФ. 191023, Санкт-Петербург, ул. Садовая, д. 10.

Тюкавин Александр Иванович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой патологии. Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия МЗ РФ. 197376, Санкт-Петербург, ул. профессора Попова, д. 14. E-mail: atuykavin@mail.ru.

Савченко Игорь Федорович — д.м.н., профессор кафедры организации здравоохранения. Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6.

Резванцев Михаил Владимирович — к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения. Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6.

Davydov Aleksey Trofimovich — Doctor Med. Sci. (Psychiatry), Professor, Leading Researcher. G. A. Albreicht St. Petersburg Scientific and Practical Center for Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Prosthetic of Invalids. 195067, St. Petersburg, Bestuzhevskaya St., 50. E-mail: alexdoctor@inbox.ru.

Zagrebelnyy Igor Andreyevich — Fellow. G. A. Albreicht St. Petersburg Scientific and Practical Center for Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Prosthetic of Invalids. 195067, St. Petersburg, Bestuzhevskaya St., 50.

Kononchuk Vitaliy Vitalyevich — Psychiatrist, Chief of Psychiatry Cabinet, Consultaiting and Diagnostic Polyclinics. 442nd Regional Military Clinical Hospital. 191023, St. Petersburg, Sadovaya St., 10.

Tyukavin Aleksandr Ivanovich — Doctor Med. Sci. (Pathophysiology), Professor, Head, Dept. of Pathology. St. Petersburg State Academy for Chemistry and Pharmacy. 197376, St. Petersburg, Prof. Popov St., 14. E-mail: atuykavin@mail.ru.

Savchenko Igor Fedorovich — Doctor Med. Sci. (Public Health), Professor, Dept. of Public Health. Kirov Military Medical Academy. 197376, St. Petersburg, Acad. Lebedev St., 6.

Rezvantsev Mikhail Vladimirovich — PhD (Public Health), Professor, Department of Public Health. Kirov Military Medical Academy. 197376, St. Petersburg, Acad. Lebedev St., 6.