

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М.Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, РФ

# ПРЕПОДАВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЕВЫХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ СОВРЕМЕННОЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Титиевский С.В., д.м.н., проф., профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья

Гашкова Л.А., к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья

Побережная Н.В., к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья

Черепков В.Н., к.м.н., доцент, доцент, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья

При преподавании врачам военной психиатрии, материала, связанного с психическими расстройствами военного времени, их лечения, с нашей точки зрения, следует полагаться на накопленные в самое последнее время доказательной медициной данные.

**Цель работы:** создание на основе данных современной доказательной медицины информационной базы для преподавания лечения боевых стрессовых расстройств.

**Материал и методы исследования:** данные современной доказательной медицины о лечении боевых стрессовых расстройств и их анализ.

## Результаты исследования и их обсуждение

Как психотерапия, так и фармакотерапия эффективны при лечении посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Рекомендуется использовать указанные ниже психотерапевтические методы вместо указанных ниже фармакотерапевтических.

При определении осуществимости следует учитывать временные требования, предъявляемые как к врачам, так и к пациентам.

В систематическом обзоре (СО) Merz J. et al. (2019) пришли к выводу, что рассмотренные ими исследования, включающие фармакологические и психотерапевтические методы лечения, имели тенденцию отдавать предпочтение психотерапии по сравнению с фармакотерапией.

В рандомизированном контролируемом исследовании (РКИ) сравнивались длительная экспозиция (ДЭ), сертралин и их комбинация при лечении ПТСР, и не выявлено различий между группами в течение 24 недель медикаментозного лечения (Rauch S.A.M. et al, 2019).

Zoellner L.A. et al. (2019) и Watts B.V. et al. (2015) показывают, что все больше пациентов предпочитают психотерапию фармакотерапии.

*Результат анализа данных. Рекомендация 1.* Рекомендована индивидуальная психотерапия, перечисленная в Рекомендации 2, вместо фармакологических вмешательств для лечения ПТСР.



Выявлено три травма-фокусированных психотерапевтических метода с наиболее убедительными доказательствами эффективности: терапия когнитивной обработки (когнитивно-процессинговая терапия, СРТ) (с учетом травмы или без него: СРТ и СРТ-А, соответственно), десенсибилизация и переработка движением глаз

(EMDR) и ДЭ (Zoellner L.A. et al., 2019; Jericho B., Luo A., Berle D., 2022; Sloan D.M. et al., 2022; McLean C.P. et al., 2022; Morina N., Hoppen T.H., Kip A., 2021).

Сетевой метаанализ показал, что все три метода лечения превосходили список ожидания, а СРТ и ДЭ – и контрольные группы активных методик, хотя ДЭ не превосходила психообразование (Jericho B., Luo A., Berle D., 2022).

Однако другие обзоры показали, что EMDR также превзошла контрольные группы активных методик (McLean C.P. et al., 2022; Morina N., Hoppen T.H., Kip A. 2021).

*Результат анализа данных. Рекомендация 2.* Для лечения ПТСР рекомендована индивидуальная мануализированная травма-фокусированная психотерапия: терапия когнитивной обработки, десенсибилизация и переработка движением глаз или длительная экспозиция.

Может быть принято решение о «слабой» рекомендации для когнитивной терапии (КТ) Элерса, терапии, центрированной на настоящем (РСТ) и письменной экспозиционной терапии (WET) на основании данных двух СО и включенных в них исследований (Jericho B., Luo A., Berle D., 2022; Belsher B.E. et al., 2019).

СО 4 исследований, изучавших КТ Элерса, включал 2 исследования клинических исходов оценивавшегося клиницистами ПТСР (McLean C.P. et al., 2022).

Хотя рассматривались только два исследования, в них было проведено шесть релевантных сравнений.

В одном исследовании КТ сравнивали как со списком ожидания, так и с психообразованием, а в другом исследовании еженедельную и ежедневную КТ – со списком ожидания и эмоциональной поддерживающей терапией.

КТ превосходила контроль при всех шести сравнениях (Ehlers A. et al., 2014; Ehlers A. et al., 2003).

CO PCT, включавший 12 исследований и 1837 участников, показал, что PCT превосходит список ожидания и не уступает травма-фокусированной психотерапии в отношении улучшений при оценивавшимся клиницистами ПТСР, причем, дополнительный анализ показывает небольшое превышение эффекта травма-фокусированной психотерапии по сравнению с PCT (Belsher V.E. et al., 2019).

CO, включавший 2 исследования WET, показал, что WET превосходит список ожидания и не уступает CPT в улучшении клинического исхода оценивавшегося клиницистами ПТСР (Jericho B., Luo A., Berle D., 2022).

*Результат анализа данных. Рекомендация 3.* Предложены следующие индивидуальные мануализированные методы психотерапии для лечения ПТСР: когнитивная терапия Элерса при ПТСР, терапия, центрированная на настоящем или письменная экспозиционная терапия.

Данные CO Williams T. et al. (2022) указывают на то, что пароксетин, сертралин или венлафаксин, по сравнению с плацебо, улучшают показатели оценивавшегося клиницистами ПТСР через 10 недель и более.

Два РКИ в рамках этого СО показали, что венлафаксин обеспечивает улучшение показателей оценивавшегося клиницистами ПТСР через 12-24 недели наблюдения.

Шесть спонсируемых промышленностью РКИ в рамках данного СО обнаружили, что сертралин обеспечивает клинически значимое улучшение показателей оценивавшегося клиницистами ПТСР через 10-12 недель наблюдения (Williams T. et al., 2022).

Шесть РКИ, спонсируемых промышленностью, продемонстрировали, что пароксетин по сравнению с плацебо снижает тяжесть ПТСР согласно первичному исходу оценивавшегося клиницистами ПТСР в течение 12-36 недель.

*Результат анализа данных. Рекомендация 4.* Рекомендованы пароксетин, сертралин или венлафаксин для лечения ПТСР.



Согласно CO Williams T. et al. (2022), Dunlop B.W. et al. (2021) и Hoskins M.D. et al. (2021), польза от лечения ПТСР с использованием дивалпроекса, гуанфацина, кетамина, празозина, рисперидона, тиагабина или вортиоксетина в качестве монотерапии перевешивалась потенциальным вредом.

*Результат анализа данных. Рекомендация 5.*

Рекомендуется не использовать дивалпроекс, гуанфацин, кетамин, празозин, рисперидон, тиагабин или вортиоксетин для лечения ПТСР.

В CO Williams T. et al. (2022) включено одно из РКИ, в котором 32 пациента были рандомизированы для приема алпразолама или плацебо.

Обнаружено, что бензодиазепины связаны со злоупотреблением, снижением эффективности рекомендуемых методов лечения ПТСР и когнитивными изменениями, особенно у пожилых людей.

У больных отмечается интерес к использованию бензодиазепинов, поскольку они эффективны для кратковременного облегчения тревоги.

Однако данные препараты неэффективны в долгосрочной перспективе и могут быть вредны.

В отношении этих медикаментов также следует учитывать опасения по поводу возникновения сопутствующего расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, и пожилых пациентов-ветеранов нужно тщательно отбирать для назначения данных лекарственных средств.

*Результат анализа данных. Рекомендация 6.* Рекомендуется не использовать бензодиазепины для лечения ПТСР.

CO Hoskins M.D. et al. (2021) включил три РКИ по изучению эффектов аугментации рисперидоном.

Исследование ветеранов рандомизировало считавшихся резистентными к лечению селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) пациентов с наличием связанного с военными действиями ПТСР либо к аугментации рисперидоном, либо к плацебо (Krystal J.H. et al., 2016).

Результаты клинических исходов согласно подшкалам повторного переживания и гипервозбуждения оцененного клиницистами ПТСР статистически отдавали предпочтение рисперидону через 24 недели, но общие изменения при ПТСР не были статистически значимыми.

Арипипразол изучался в качестве аугментации лечения СИОЗС в небольшом исследовании ветеранов с наличием ПТСР (Naylor J.C. et al., 2015).

Улучшение показателей оцененного клиницистами ПТСР не было статистически значимым.

Исследование аугментации оланзапином, в котором 19 ветеранов с хроническим военным ПТСР сравнивались с плацебо, показало, что, хотя симптоматика нарушений сна и депрессии уменьшилась, изменения ПТСР согласно применяемым клиницистами шкалам значимо не различались между группами (Stein M.B., Kline N.A., Matloff J.L., 2002).

Атипичные антипсихотики (кроме рисперидона, арипипразола и оланзапина) не были изучены в качестве аугментации различных препаратов для лечения ПТСР.

*Результат анализа данных. Рекомендация 7.* Рекомендуется не использовать арипипразол, азнапин, брекспипразол, карипразин, илоперидон, луматеперон, луразидон, оланзапин, палиперидон, кветиапин, рисперидон либо зипразидон в качестве дополнения (аугментации) к препаратам для лечения ПТСР.

Данные СО по снижению стресса на основе осознанности (MBSR), включавшие пять РКИ, в которых изучался клинический исход оцененного клиницистами ПТСР, указывают, что MBSR облегчает симптомы ПТСР по сравнению с любым аналогом (компаратором) (Liu C. et al., 2018).

*Результат анализа данных. Рекомендация 8.* Предлагается снижение стресса на основе осознанности для лечения ПТСР.

РКИ, включавшие клинический исход оцененного клиницистами ПТСР, предполагают, что когнитивно-поведенческая терапия и ДЭ, проводимые с помощью видеотелеконференций, не уступают лечению, проводимому лицом к лицу (Maieritsch K.P. et al., 2016; Yuen E.K. et al., 2015; Morland L.A. et al., 2015; McClellan M.J. et al., 2022; Morland L.A. et al., 2020; Liu L. et al., 2020).

*Результат анализа данных. Рекомендация 9.* Рекомендовано использовать защищенную видеотелеконференцию для проведения лечения, указанного в Рекомендации 2 и Рекомендации 3, если эта терапия одобрена для использования в виде видеотелеконференции или в случаях, когда другие методы недоступны.

Лечение празозином уменьшает ночные кошмары, связанные с ПТСР, что демонстрируют два СО и одно РКИ (Reist C. et al., 2021; Zhang Y. et al., 2020; McCall W.V. et al., 2018).

*Результат анализа данных. Рекомендация 10.* Предлагается празозин для лечения ночных кошмаров, связанных с ПТСР.

## Заключение

Таким образом, при обучении врачей военной психиатрии, изложении им материала, связанного с психическими расстройствами военного времени, преподавание лечения боевых стрессовых расстройств должно базироваться на следующих данных современной доказательной медицины.

1. Для лечения ПТСР рекомендованы терапия когнитивной обработки, десенсибилизация и переработка движением глаз или длительная экспозиция вместо фармакологических вмешательств.

2. Для лечения ПТСР рекомендована индивидуальная мануализированная травма-фокусированная психотерапия: терапия когнитивной обработки, десенсибилизация и переработка движением глаз или длительная экспозиция.

3. Предложены следующие индивидуальные мануализированные методы психотерапии для лечения ПТСР: когнитивная терапия Элерса при ПТСР, терапия, центрированная на настоящем или письменная экспозиционная терапия.

4. Для лечения ПТСР рекомендованы пароксетин, сертралин или венлафаксин.

5. Не рекомендованы дивалпрокс, гуанфацин, кетамин, празозин (в качестве монотерапии), рисперидон, тиагабин, вортиоксетин, а также бензодиазепины для лечения ПТСР.

6. Не рекомендованы арипипразол, азнапин, брекспипразол, карипразин, илоперидон, луматеперон, луразидон, оланзапин, палиперидон, кветиапин, рисперидон либо зипразидон в качестве дополнения (аугментации) к препаратам для лечения ПТСР.

7. Предлагается снижение стресса на основе осознанности для лечения ПТСР.

8. Рекомендовано использовать защищенную видеотелеконференцию для проведения терапии когнитивной обработки, десенсибилизации и переработки движением глаз, длительной экспозиции, когнитивной терапии Элерса при ПТСР, терапии, centered на настоящем, письменной экспозиционной терапии, если это лечение одобрено для использования в виде видеотелеконференции или в случаях, когда другие методы недоступны.

9. Предлагается празозин для лечения ночных кошмаров, связанных с ПТСР.

A bright sun is shining from the upper left, creating a lens flare effect across a blue sky filled with white, fluffy clouds. The text is centered in the middle of the image.

**Спасибо  
за внимание!**