

7. Organization of off-schedule medical and psychodiagnostic examinations of RF Internal Affairs officers engaged into operative, service and combat tasks connected with life threat and health risk. Methodic recommendations. — Moscow: UMSZ DT MVD Rossii, 2007 (in Russian).
8. Organization of medical and psychologic support of medical and psychologic support for RF Internal Affairs officers engaged into service in special conditions. Methodic recommendations. UMSZ DT MVD Rossii, Moscow, 2005; 47 p (in Russian).
9. Organization of medical and psychologic rehabilitation of internal affairs personnel. Methodic recommendations. — Moscow: MU MVD Rossii, 1999. — P. 29 p (in Russian).
10. Organization of medical and psychologic rehabilitation of RF Internal Affairs officers engaged into operative, service and combat tasks connected with life threat and health risk. Methodic recommendations. — Moscow: UMSZ DT MVD Rossii, 2012. — P. 104 p (in Russian).
11. Yu. A. Alexandrovskiy, Prof, Corresponding Member of RASc, ed. Borderline mental disorders: Collection of scientific works. — Moscow: FGBU «GNTsSSP im. V.P. Serbskogo» Minzdrava Rossii, 2014; 380 p. (in Russian).
12. Order of USSR Council of Ministers on 9 August 1991 № 588 «On improvement of life quality for military officers and civil workers, who participated in military contingent in Afghanistan Republic, and participants of other local conflicts outside the USSR, and their family members». (in Russian).
13. Order of RSFSR Council of Ministers on 11 November 1991 № 588 «On measures on increasing work aimed to overcome Chernobyl accident consequences» (in Russian).
14. Order of Russian Internal Affairs Ministry on 10 January 2012 N 5 «On medical and psychologic rehabilitation of RF Internal Affairs officers» (in Russian).
15. Order of RSFSR Internal Affairs Ministry on 4 February 1991 № 14 «On measures of medical and psychologic rehabilitation of internal affairs personnel» (in Russian).
16. V.K. Shamrei, ed. Psychiatry of wars and catastrophes. Textbook. — St-Petersburg: SpetsLit, 2015; 41 p. (in Russian).
17. Order of USSR President on 25 April 1991 № UP-1847 «On measures of social rehabilitation, improvement of life quality for individuals involved in fulfilment of international duty in Afghanistan Republic, and their family members, and participants of other local conflicts outside the USSR» (in Russian).
18. Federal Law on 8 November 2008 № 203-FZ «On changes into some legal acts of Russian Federation, concerning medical and psychologic rehabilitation of military officers» (in Russian).
19. Federal Law on 19 July 2011 № 247-FZ «On social guarantees for RF Internal Affairs officers and changes into some legal acts of Russian Federation» (in Russian).
20. Shamrey V.K., Lytkin V.M., Driga B.V., Kolov S.A. Clinical and diagnostic aspects of combat posttraumatic stress disorders // Voен.-мед. Zhurn. — 2011. — Vol 332. — 8. — P. 28–35 (in Russian).
21. Harris J.I. The effectiveness of trauma focused spirituality integrated intervention for veterans exposed to trauma / J. I. Harris, C. R. Erbes, B. E. Engdahl et al. // J. ClinPsychol. — 2011. — 167. — P. 1–14.
22. Jones N. Mental health and psychological support in UK armed forces personnel deployed to Afghanistan in 2010 and 2011 / N. Jones, P. Mitchell, J. Clack, M. Fertout et al. // Br. J. Psychiatry. — 2014. — Vol. 204, №. 2. — P. 157–162.

Поступила 18.01.2018

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

*Жовнерчук Евгений Владимирович (Zhovnerchuk E.V.),*  
доц. каф. наркологии и психотерапии ФГБОУ ДПО «Ин-т  
повышения квалификации ФМБА России», д-р мед. наук,  
доц. E-mail: zheviy@ya.ru

*Жовнерчук Инна Юрьевна (Zhovnerchuk I.Y.),*  
зав. психиатрич. отд. Филиала №1 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.  
Вишневского» Минобороны России. E-mail: zheviy@ya.ru

*Богдасаров Юрий Владимирович (Bogdasarov Yu.V.),*  
гл. спец. — врач-психиатр отд. психологич. диагностики  
Центра психофизиологической диагностики ФКУЗ «Цен-  
тральная медико-санитарная часть МВД России». E-mail:  
iubogdasarov@mvd.ru.

*Двинских Марина Викторовна (Dvinskikh M.V.)*  
нач. психотерапевтич. каб. — врач-психотерапевт ФКУЗ  
«Главный клинический госпиталь МВД России». E-mail:  
mvdvinskikh@gmail.com.

УДК 613.67+159.944

Бухтияров И.В., Глухов Д.В.

### ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В БОЕВОЙ ОБСТАНОВКЕ

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда им. академика Н.Ф. Измерова», пр-т Буденного, 31,  
Москва, РФ, 105275

Представлено исследование медико-психологических последствий воздействия боевого стресса на военнослужащих, формирующие посттравматические стрессовые расстройства. Рассмотрен механизм формирования пост-

травматических стрессовых расстройств.

**Ключевые слова:** *посттравматические стрессовые расстройства; боевой стресс*

Bukhtiyarov I.V., Glukhov D.V. **Posttraumatic stress disorder formation in military officers in combat circumstances.**  
Izmerov Research Institute of Occupational Health, 31, Budenogo Ave., Moscow, Russian Federation, 105275

The article presents studies concerning medical and psychologic consequences of combat stress on military officers, with posttraumatic stress disorder formation. Mechanism of posttraumatic stress disorders formation is considered.

**Key words:** *posttraumatic stress disorders; combat stress*

Проблема профессионального психического здоровья лиц опасных профессий является на сегодняшний день одной из наиболее актуальных для отечественной медицины труда, а научно-прикладные исследования последствий посттравматических стрессовых расстройств, особенно в контексте решения медико-социальных задач, — область взаимного научного и практического интереса как гражданских [2], так и военных специалистов-медиков. Многолетний опыт изучения проблемы посттравматических стрессовых расстройств у специалистов различных профессий позволил рассмотреть механизмы формирования посттравматических стрессовых расстройств по комплексу вопросов психического здоровья военнослужащих в условиях боевой обстановки и послевоенного периода. Исследование базировалось на многолетнем опыте личного участия ряда сотрудников в медицинском обеспечении боевых действий [1].

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР, «вьетнамский синдром», «афганский синдром» и т. п.) — тяжелое психическое состояние, которое возникает в результате единичной или повторяющихся психотравмирующих ситуаций, как, например, участие в военных действиях, тяжелая физическая травма, сексуальное насилие либо угроза смерти [5].

В качестве единичной или повторяющихся психотравмирующих ситуаций рассмотрен боевой стресс, который представляет собой многоуровневый процесс адаптационной активности человека в условиях боевой обстановки, сопровождаемый напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических изменений.

Состояние боевого стресса в условиях зоны боевых действий переносит каждый. Возникая ранее прямого конфликта с реальной витальной угрозой, боевой стресс продолжается вплоть до выхода из зоны военных действий. Благодаря стрессовому механизму закрепляется памятный след новых эмоционально-поведенческих навыков и стереотипов, первоначально значимых для сохранения жизни. Вместе с тем, боевой стресс является состоянием дестабилизирующим, предпатологическим, ограничивающим функциональные резервы организма, увеличивающим риск дезинтеграции психической деятельности и стойких соматовегетативных дисфункций (рис.).

Динамику состояний боевого стресса и выраженность их проявлений определяет взаимодействие стрессоров боевой обстановки с непрерывно меняющимся под их влиянием психобиологическим субстратом личности. При этом совокупность экологических и психосоциальных факторов (интенсивность и продолжительность боевых действий, боевые условия, переносимые болезни, травмы и ранения, оперативная обстановка, размышления о смысле войны, общественная поддержка, сплоченность подразделения, отношение местного населения и др.) оказывает модифицирующее влияние на состояние личностного адаптационного потенциала, на темп истощения функциональных резервов организма.

На угрозу срыва компенсации в боевых условиях указывают нарастание личностной уязвимости, тревожности, снижение критики, склонность к реализации эмоционального напряжения. Продолжающееся на этом фоне стрессорное воздействие может обусловить дисфункцию центральной нервной системы с последующим запуском психофизиологических, вегетативных расстройств. Оптимальная физиологическая гомеостатическая саморегуляция переходит на патофизиологический уровень, адаптивная перестройка психологических процессов — в дезадаптирующие патопсихологические изменения (табл.).

Формируется механизм боевой психической травмы: боевое стрессорное повреждение психобиологического субстрата личности, который проявляется болезненными расстройствами психического и физиологического статуса с частичной или полной утратой боеспособности.

На начальном этапе патопсихофизиологические изменения носят динамический характер, а психофизиологопатологические симптомы имеют смешанную, несформировавшуюся клиническую картину. Могут наблюдаться сужение поля сознания, неполная ориентировка, тревога, угнетенность, агрессивность, гиперактивность, нарушение способности адекватно реагировать на внешние стимулы и взаимодействовать с окружающими. Указанные расстройства могут быть острыми (кратковременными) или более длительными, и диагностируются, соответственно, как острые аффективные реакции («острые реакции на стресс») или как начало развития невроза.

В связи с неформальностью болезненных проявлений в структурную систему синдрома боевой пси-

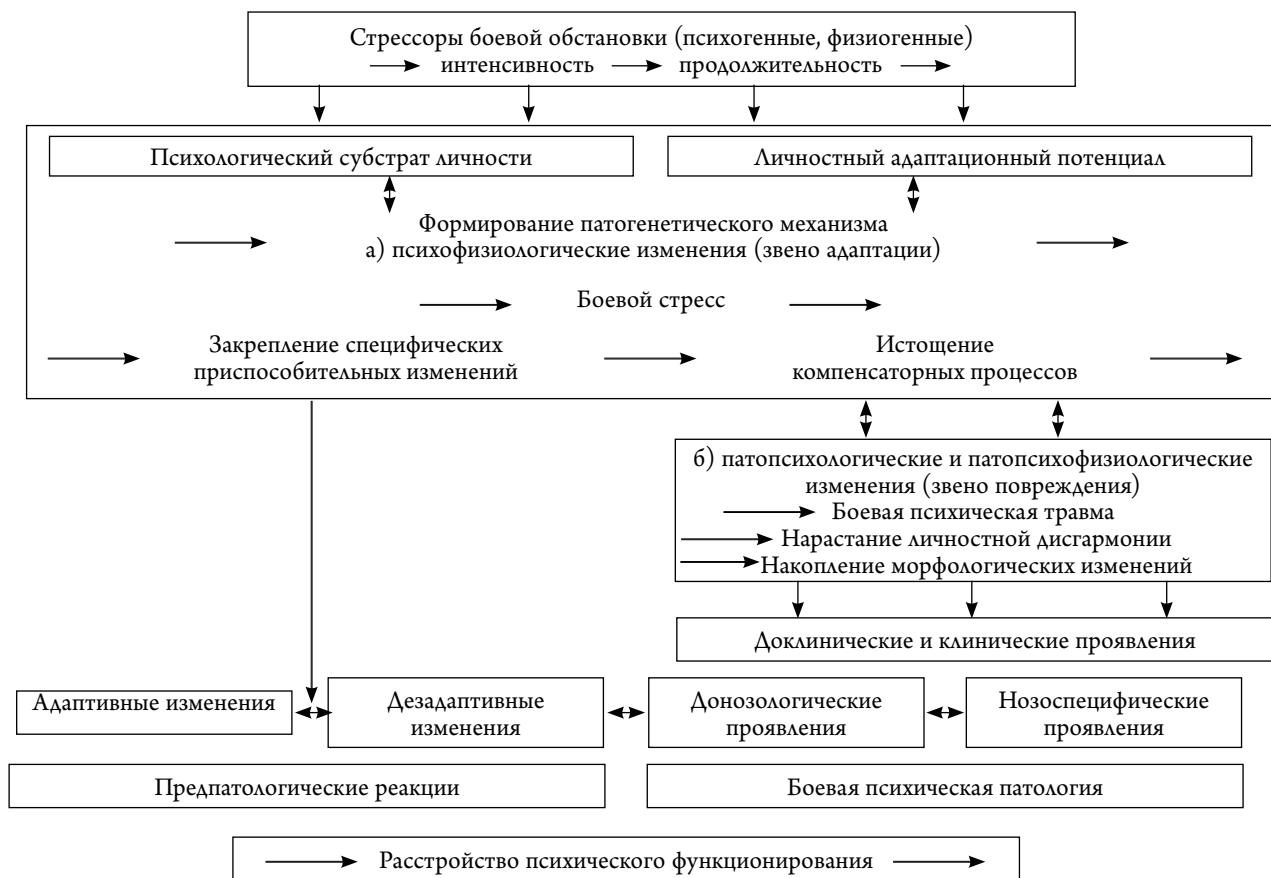


Рис. Механизмы развития боевого стресса

Таблица

Уровневая систематика состояний боевого стресса

Предпатологический уровень		Патологический уровень	
Адаптивные изменения	Деадаптивные изменения	Донозологические проявления	Нозоспецифические проявления
<b>Клиническое оформление</b>			
Физиологические реакции психического напряжения и их вегетативные корреляты	Дисгармоничные психологические (психовегетативные) вегетодистонические реакции боевого стресса	Невротические реакции; аддиктивное поведение; психовегетативные дисфункции	Хронические постреактивные изменения личности; наркомания; алкоголизм; психосоматоз
<b>Феноменология</b>			
Стрессовая симптоматика в рамках ситуационной нормы, с сохранностью оптимального функционирования в экстремальных условиях	Выход синдромально неоформленных проявлений за пределы ситуационной нормы	Синдромально очерченные, тесно связанные с вызвавшей первопричиной дисфункциональные состояния	Структурирование и относительная стабилизация нажитых дефицитарных изменений, личностная патология

хической травмы данные расстройства также являются предпатологическими и относятся к деадаптивным изменениям.

Нозологическую специфичность психического расстройства определяют относительная стабилизация личностной патологии, формирование стереотипа болезненного процесса, его «саморазвитие» с меньшей зависимостью от внешних влияний. В боевых условиях нозоспецифические психоневрологические

расстройства встречаются довольно редко, тогда как значительная распространенность расстройств предпатологических и донозологических проявлений является главным фактором снижения профессиональной деятельности. Вместе с тем, нозоспецифические расстройства (хронические постреактивные изменения личности, наркомании и алкоголизм, ограниченные психические расстройства, психосоматозы) приобретают значительную распространенность и нередко

прогрессируют после выхода из жизнеопасной обстановки. Причина в том, что приспособительные изменения, полезные и целесообразные в боевых условиях, в условиях мирной жизни оказываются негативными, дезадаптирующими.

Выделенные уровни перехода симптоматики от физиологической нормы к состоянию болезни можно рассматривать как стадии формирования патологического процесса. В их основе лежат компенсаторные процессы, переводящие функционирование психики на другой, патологический, но более совместимый с сохранением существования уровень регуляции. Между компенсаторными и патологическими процессами не существует жестких границ, возможны взаимопереходы, но все же по мере усложнения симптоматики нарастает выраженность клинической картины. Мозг обладает исключительной способностью компенсировать структурные изменения, а его морфологически измененные клетки — сохранять достаточно высокий уровень функциональной активности. Благодаря этому клинические проявления могут быть стертыми, разрозненными, латентными, даже при структурном прогрессировании патогенетического механизма. Они появляются лишь тогда, когда компенсация тканевых изменений оказывается несостоятельной. В результате боевого стресса формируется патологическое состояние ЦНС, превышающее адаптационный потенциал конкретной личности. Ее сущность состоит во включении патофизиологических механизмов регуляции гомеостаза, накоплении морфологических изменений в структурах ЦНС, нарастании специфической личностной дисгармонии и готовности к психопатологическим проявлениям. Связанные с ней функциональные нарушения (боевые посттравматические стрессовые расстройства) включают широкий спектр состояний дезинтеграции психической деятельности — от кратковременных дезадаптивных реакций и предпатологических изменений до устойчивых, нозологически сложившихся болезненных процессов, возникновение которых обусловлено срывом компенсации и генерализацией патогенетического механизма.

Оба взаимосвязанных звена патогенеза — адаптации и повреждения — вносят свой вклад в специфику клинического оформления и динамики боевых посттравматических стрессовых расстройств. Адаптационный механизм определяет несоответствие закрепившихся в боевой обстановке защитно-приспособительных и эмоционально-поведенческих стереотипов условиям мирной жизни.

Формирование посттравматических расстройств затрагивает не только глубинные эмоционально-эффективные «слои» психики, но и онтогенетически более поздние, а поэтому более ранимые когнитивно-идеаторные уровни, мировоззренческие установки, систему мотиваций, т. е. собственно структуру личности, ее адаптационный потенциал. Это сопровождается повышением личностной тревожности, напряженности и

конфликтности, нарушением адекватности самооценки, снижением устойчивости к психогенным и иным внешним воздействиям.

В США от 7 до 9% населения в отдельных регионах имеют признаки ПТСР (связанные не только с последствиями боевого и служебного стресса) на протяжении всей жизни. Наиболее выражены явления ПТСР у представителей афроамериканского населения (8,6%). У представителей европейских национальностей (за исключением испанского этноса) заболеваемость ПТСР составляет 6,5%, а у испанских этносов — 5,6%. Наиболее устойчивы к явлениям ПТСР представители выходцев из стран Азии — наличие ПТСР выявлено у представителей всего 1,6% популяции. Среди ветеранов войн в Ираке и Афганистане по всему миру определяется от 10 до 30% ветеранов, страдающих ПТСР [4].

Особый интерес представляет клинико-динамический аспект отдаленных последствий боевого стресса, которые проявляются более широким спектром нервно-психических нарушений. Так [3], при изучении военнослужащих, перенесших в условиях боевой обстановки реактивные состояния (109 человек), спустя 4–6 лет после возвращения из района боевых действий в 46% случаев прослеживалась выраженная социально-психологическая дезадаптация с симптоматикой в виде тревожности, раздражительности, эмоциональной отчужденности, навязчивых переживаний, бессонницы, кошмарных сновидений, импульсивности, враждебности. В 38% случаев пациенты отметили, что по возвращении домой они несколько месяцев привыкали к обычной жизни, «продолжали воевать», вздрагивали от внезапного шума, страдали от кошмаров и бессонницы, нередко конфликтовали с окружающими. В дальнейшем подобные нарушения купировались, и при нахождении пациентов в стационаре уровень социальной адаптированности этих лиц был достаточно удовлетворительным и устойчивым. В 16% случаев пациенты указали на то, что, благодаря службе в боевых условиях они приобрели большую уверенность в себе, настойчивость и целеустремленность, появилось иное, зрелое понимание жизни, личный смысл которой стал видеться исключительно в принесении добра и пользы окружающим. Их мотивация приобрела гиперсоциальную и альтруистическую направленность.

Таким образом, разнонаправленность проявлений механизмов боевого стресса позволяет рассматривать проблему посттравматических стрессовых расстройств с позиции нескольких медицинских дисциплин: психологическая составляющая включает в себя различные изменения сознания военнослужащих от незначительных до психиатрической глубокой органики; психофизиологическая составляющая проявляется в развитии таких состояний, как утомление, переутомление; физиологическая составляющая характеризуется различными изменениями со стороны органов и систем организма.

**Выводы:**

1. Боевой стресс является основой развития у военнослужащих реактивных состояний, аддиктивных расстройств и психических нарушений в остром послебоевом периоде, которые, несмотря на полифакторность патогенеза и наличие разных вариантов боевых стрессовых расстройств имеют общие закономерности формирования и динамики, а тяжесть и прогноз различных расстройств определяется интенсивностью стрессорного воздействия, продолжительностью пребывания в боевых условиях и конституциональными личностными особенностями.

2. Выявленные механизмы психосоматических реакций военнослужащих на боевой стресс обуславливают дальнейшие исследования по проблеме профилактики и коррекции выявляемых состояний.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ (см. REFERENCES стр. 4,5)

1. Снедков Е.В., Литвинцев С.В., Нечипоренко В.В., Лыткин В.М. Медико-психологические последствия боевой психической травмы: клинико-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты // Современная психиатрия. — СПб., Т. 1, №1. — 1998.

2. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб.: Питер, 2009.

3. Юдин В.Е. «Система комплексного и дифференцированного применения технологий восстановительной медицины в реабилитации специалистов опасных профессий на позднем госпитальном этапе» Дисс. д.м.н., — М, 2011, — 358 с.

## REFERENCES

1. Snedkov E.V., Litvintsev S.V., Nechiporenko V.V., Lytkin V.M. Medical and psychologic consequences of combat psychologic trauma: clinical dynamic and therapeutic rehabilitation aspects // Sovrem. psikhatriya. — 1998; St-Petersburg. — vol 1; 1 (in Russian).

2. Tarabrina N.V. Workshop in psychology of posttraumatic stress. — St-Petersburg: Piter, 2009 (in Russian).

3. Yudin V.E. «System of complex and differentiated use of technologies of rehabilitation for recovery of specialists engaged into dangerous occupations at last hospital stage» Diss. — Moscow, 2011; 358 p. (in Russian).

4. Albright, D. Thyer, B. Becker, B. Rubin, A. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Combat Veterans / Albright, D. Thyer, B. Becker, B. Rubin, A. — Campbell Systematic Reviews: The Campbell Collaboration, 2011 — November.

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. — Fifth. — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — P. 271–280. — ISBN 978-0-89042-555-8 (DSM-V).

Поступила 17.01.2018

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Бухтияров Игорь Валентинович (Bukhtiyarov I.V.),  
дир. ФГБНУ НИИ МТ, Засл. деятель науки РФ, д-р мед.  
наук, проф., чл.-корр. РАН. E-mail: ivbukhtiyarov@niimt.ru.

Глухов Дмитрий Валерьевич (Glukhov D.V.),  
рук. направления эксперимент. техники ФГБНУ «НИИ  
МТ», д-р мед. наук., доц. E-mail: vmlabor@niimt.ru.

УДК 616.43

Клыга В.Я.<sup>1</sup>, Лебедев В.В.<sup>1</sup>, Петунина Н.А.<sup>2</sup>, Гончарова Е.В.<sup>2</sup>, Мартиросян Н.С.<sup>2</sup>

### ОРГАНИЗАЦИЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СОТРУДНИКАМ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ С ОПИСАНИЕМ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 2 ТИПА

<sup>1</sup>ФКУЗ «Центральная клиническая больница Министерства внутренних дел РФ», ул. Академика Павлова, 19, Москва, РФ, 121359;

<sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ, ул. Трубецкая, 8/2, Москва, РФ, 119991

Представлена организация стационарной медицинской помощи и структура эндокринной патологии среди работников ведомства МВД. Приведено клиническое наблюдение аутоиммунного полигландулярного синдрома 2 типа, манифестировавшего болезнью Грейвса в сочетании с эндокринной офтальмопатией и последующим развитием первичного гипотиреоза и надпочечниковой недостаточности.

**Ключевые слова:** ведомственное здравоохранение; МВД России; аутоиммунный полигландулярный синдром 2 типа

Klyga V.Y.<sup>1</sup>, Lebedev V.V.<sup>1</sup>, Petunina N.A.<sup>2</sup>, Goncharova E.V.<sup>2</sup>, Martirosian N.S.<sup>2</sup> **Organization of endocrinologic care for Internal Affairs officers, with description of clinical observation of II type autoimmune polyglandular syndrome.**