ВОЕННАЯ ОРДЕНА ЖУКОВА АКАДЕМИЯ
ВОЙСК НАЦИОНАЛЬНОЙ ГВАРДИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ С.М. КИРОВА

ЗАБОТА О ЗДОРОВЬЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РОСГВАРДИИ - ВКЛАД В ОБОРОНСПОСОБНОСТЬ И СТАБИЛЬНОСТЬ ГОСУДАРСТВА

Сборник научных трудов
Часть II

Санкт-Петербург
2025

ВОЕННАЯ ОРДЕНА ЖУКОВА АКАДЕМИЯ
ВОЙСК НАЦИОНАЛЬНОЙ ГВАРДИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ С.М. КИРОВА

ЗАБОТА О ЗДОРОВЬЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РОСГВАРДИИ - ВКЛАД В ОБОРОНСПОСОБНОСТЬ И СТАБИЛЬНОСТЬ ГОСУДАРСТВА

Сборник научных трудов
Часть II

под редакцией
профессора А.Ю. Чудакова

Санкт-Петербург
2025

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Забота о здоровье военнослужащих Росгвардии – вклад в обороноспособность и стабильность государства. Сборник научных трудов. Часть II / Под редакцией А.Ю. Чудакова / Серия книг: Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. - Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025 – 100 с.

Рецензенты:

Лаврентюк Георгий Петрович, профессор кафедры судебной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор

Исаков Владимир Дмитриевич, профессор кафедры судебной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, заслуженный изобретатель РФ, доктор медицинских наук, профессор

Парцерняк Сергей Александрович, директор Института интегративной медицины, доктор медицинских наук, профессор, академик Академии экосоциальных технологий

Горелов Александр Александрович, профессор кафедры физической подготовки и спорта Военной ордена Жукова академии войск национальной гвардии, доктор педагогических наук, профессор

Юнацкевич Пётр Иванович, профессор Института медицины и информальной юстиции, заведующий судебно-медицинской лабораторией Института психиатрии и информальной юстиции, доктор педагогических наук, профессор

Сборник научных трудов посвящён актуальным вопросам организации здравоохранения и общественного здоровья в войсках национальной гвардии Российской Федерации в современных условиях: повышению эффективности оказания медицинской помощи, улучшению вопросов диагностики и медико-психологической реабилитации, а также вопросам дальнейших путей совершенствования и развития новых методик и материалов.

© Авторский коллектив, 2025

ISBN 5-7199-0258-9
Серия книг: Теория и методика обучения и воспитания взрослых

Институт медицины и информальной юстиции
https://mi.ast.social
Подписано в печать 19.09.2025. Заказ 5/09-2025 ИМИЮ. Формат А4, pdf. Объем 15,5 п.л.
Электронное издание. Благотворительный выпуск
Подготовлено в Военной ордена Жукова академии
войск национальной гвардии Российской Федерации
и в Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова

Содержание

1.Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гайворонская В.В., Чудакова В.А.
ЛИОФИЛИЗИРОВАННАЯ ПЛАЗМА - «СУХАЯ» КРОВЬ ДЛЯ СПАСЕНИЯ ЖИЗНЕЙ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ 5
2.Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Бондаренко С.А., Вертаев А.В.
АНАЛИЗ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ НА ОБЪЕКТАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 10
3.Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Бондаренко С.А., Вертаев А.В.
ТАКТИКА ДЕЙСТВИЙ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ВОЙСК НАЦИОНАЛЬНОЙ ГВАРДИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В КОНТРТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ 20
4.Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Бондаренко С.А., Вертаев А.В.
НОВАЯ ЭРА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: ВЛИЯНИЕ БЕСПИЛОТНЫХ ЛЕТАТЕЛЬНЫХ АППАРАТОВ НА ТАКТИКУ ВОЙСК И МЕДИЦИНСКУЮ ПОДДЕРЖКУ В ЗОНЕ СВО 27
5.Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Бондаренко С.А., Вертаев А.В.
АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ РАНЕНИЙ, ПОЛУЧАЕМЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ В УСЛОВИЯХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ЗОНЕ СВО 32
6.Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Чудакова П.А., Чудакова В.А. «АВТОГРАФ ВОЙНЫ» - КОНТУЗИЯ: ПРЕДВЕСТНИК ПТСР У УЧАСТНИКОВ СВО 38
7.Чудаков А.Ю., Чудакова П.А.
ЭХО ВОЙНЫ В ТИШИНЕ: СЛУХОРЕЧЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ КОНТУЗИЯХ И РОЛЬ ДЕФЕКТОЛОГА В РЕАБИЛИТАЦИИ 43
8.Чудаков А.Ю., Чудакова П.А., Чудакова В.А. ОТГОЛОСКИ «БИТВЫ В РАЗУМЕ»: КАК ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ТРАВМЫ ОТКРЫВАЮТ ДВЕРЬ В ПТСР И РОЛЬ ДЕФЕКТОЛОГА В ВОЗВРАЩЕНИИ К НОРМАЛЬНОЙ ЖИЗНИ 48
*9.Чудаков А.Ю***.** ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У УЧАСТНИКОВ СВО: АКТУАЛЬНОСТЬ, АНАЛИЗ И ПУТИ РЕШЕНИЯ 53
10.Чудаков А.Ю. ПРОБЛЕМА СУИЦИДОВ И ПОКУШЕНИЙ НА НИХ В РОСГВАРДИИ: СЕРЬЁЗНАЯ УГРОЗА И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ 58
11.Чудаков А.Ю., Жуков А.А. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ОТБОР И ЕГО РОЛЬ В ВЫЯВЛЕНИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БУДУЩИХ СОТРУДНИКОВ РОСГВАРДИИ 66
12.Чудаков А.Ю. ПОВЕДЕНИЕ СУИЦИДЕНТА ПОСЛЕ НЕУДАЧНОЙ ПОПЫТКИ: ОБЗОР И ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 73
13.Чудаков А.Ю. ЦЕНА ВОЗВРАЩЕНИЯ С СВО: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ВЕТЕРАНОВ, НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ОБЩЕСТВА, АЛКОГОЛИЗМ, ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ, СУИЦИДЫ 81
14.Чудаков А.Ю. АНТИСУИЦИДАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА КАК ИНСТРУМЕНТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РОСГВАРДИИ 87
15.Чудаков А.Ю., Васильчук А.В., Иорданишвили А.К. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ РАНЕННЫМ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВУЮ ОБЛАСТЬ В ЗОНЕ СВО И ДАЛЬНЕЙШАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ 94

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гайворонская В.В., Чудакова В.А.

ЛИОФИЛИЗИРОВАННАЯ ПЛАЗМА - «СУХАЯ» КРОВЬ ДЛЯ СПАСЕНИЯ ЖИЗНЕЙ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Актуальность. В условиях современных вооруженных конфликтов и стихийных бедствий, когда доступ к специализированной медицинской помощи и банкам крови может быть ограничен, проблема восполнения кровопотери приобретает критическое первостепенное значение. Статистика, к сожалению, неумолима - значительная часть ранений и травм (72%), полученных в зоне Специальной Военной Операции (СВО) и других экстремальных условиях, приводит к массивной кровопотере и летальному исходу [1; 2; 3]. По данным различных источников, именно геморрагический шок является одной из основных причин летальных исходов на догоспитальном этапе и в первые часы после получения травмы. В условиях боевых действий, где каждая минута на счету, а эвакуация может быть затруднена, наличие эффективных и легко транспортируемых средств для борьбы с кровопотерей является жизненно важным. Традиционные методы трансфузионной терапии, требующие наличия свежезамороженной плазмы (СЗП) и строгого соблюдения температурного режима хранения, зачастую оказываются невыполнимыми в полевых условиях. Это создает критическую потребность в инновационных решениях, способных обеспечить спасение жизни пострадавших в самых неблагоприятных обстоятельствах. Лиофилизированная плазма, или «сухая» кровь, представляет собой именно такое решение, способное кардинально изменить прогноз и исход для многих раненых.

Введение. Кровопотеря - это одно из самых опасных состояний, с которым сталкивается медицина, особенно в условиях чрезвычайных ситуаций и боевых действий. Организм человека обладает определенными компенсаторными механизмами, но при значительной потере крови эти механизмы истощаются, что приводит к гиповолемическому шоку, нарушению функции жизненно важных органов и, в конечном итоге, к смерти. Восполнение потерянного объема циркулирующей крови и ее компонентов является краеугольным камнем в лечении травм, сопровождающихся кровотечением [1; 2]. Традиционные методы, такие как переливание цельной крови или ее компонентов из холодильных камер, имеют свои ограничения, особенно в полевых условиях: они требуют строгого соблюдения температурного режима, имеют ограниченный срок хранения и сложны в транспортировке и использовании. Именно поэтому разработка и внедрение инновационных решений, таких как лиофилизированная плазма, становится приоритетной задачей для обеспечения максимальной выживаемости в экстремальных условиях [3].

Настоящая статья посвящена исследованию потенциала лиофилизированной плазмы как передового средства для оказания экстренной помощи при кровопотере, особенно в условиях, где применение традиционных методов трансфузии затруднено или невозможно [4; 9; 10; 11; 12]. Разработанный в Санкт-Петербургском Институте гематологии и трансфузиологии, этот уникальный продукт представляет собой сублимированную форму плазмы, сохраняющую все ключевые терапевтические свойства свежезамороженного аналога, но обладающую рядом существенных преимуществ в плане удобства применения, хранения и транспортировки.

Целью данной работы является анализ свойств, методов получения и перспектив использования нового отечественного кровозамещающего препарата лиофилизированной плазмы в контексте оказания помощи раненым на поле боя и пострадавшим в других экстремальных ситуациях [2; 3; 4; 9; 12].

Основная часть.

Статистика потерь в зоне СВО и других горячих точках, хотя и не всегда полностью открыта, указывает на высокий процент ранений, сопровождающихся массивной кровопотерей. По данным открытых источников и экспертных оценок, значительная доля погибших на поле боя и в первые часы после ранения приходится на травмы, приведшие к невосполнимой потере крови [1; 2]. Это могут быть осколочные ранения, минно-взрывные травмы, огнестрельные ранения с повреждением крупных сосудов и др. В таких условиях, когда медицинская помощь оказывается в условиях ограниченных ресурсов, под огнем противника или в условиях длительной эвакуации, своевременное и эффективное восполнение кровопотери становится решающим фактором [4; 9].

Восполнение кровопотери - это не просто восстановление объема циркулирующей крови. Это комплексная задача, направленная на поддержание артериального давления, при потере крови снижается объем циркулирующей крови, что ведет к падению артериального давления. Это нарушает перфузию тканей и органов, вызывая гипоксию. Транспорт кислорода красными кровяными клетками. Их потеря снижает способность крови доставлять кислород к тканям, что критично для их жизнедеятельности. Поддержание свертываемости крови, так как плазма содержит факторы свертывания, и ее потеря может привести к нарушению гемостаза и усилению кровотечения. Поддержание функции органов, так как недостаточная перфузия и гипоксия быстро приводят к необратимым повреждениям жизненно важных органов, таких как мозг, сердце, почки [5; 6; 7; 8]. Лиофилизированная плазма, также известная как сухая плазма, является результатом инновационной технологии сублимационной сушки (лиофилизации), позволяющей удалить воду из плазмы, сохраняя при этом целостность и функциональность биологически активных компонентов, включая белки, факторы свертывания крови и иммуноглобулины в стабильном состоянии на длительный срок. Этот процесс обеспечивает высокую стабильность продукта, позволяя хранить его при температурах выше +5 градусов Цельсия, что исключает необходимость в дорогостоящем морозильном оборудовании и упрощает логистику. Легкость транспортировки и малый вес делают лиофилизированную плазму идеальным решением для медицинских бригад, работающих в отдаленных и труднодоступных районах, а также для оснащения мобильных госпиталей и полевых медицинских пунктов [9; 10; 11; 14]. Ключевым преимуществом лиофилизированной плазмы является ее универсальность. Помимо разделения по группам крови, разработаны варианты с групповой универсальностью, что позволяет вводить препарат пациентам с любой группой крови без необходимости проведения предварительного тестирования на групповую совместимость. Это свойство критически важно в условиях, когда время на проведение диагностических процедур ограничено, а риск развития гемолитической реакции при переливании несовместимой крови должен быть минимизирован. Состав лиофилизированной плазмы включает жизненно важные факторы свертывания, такие как фибриноген и протромбин, а также может обогащаться альбумином, иммуноглобулинами и другими плазменными белками, что способствует остановке кровотечения и поддержанию гемодинамической стабильности [5; 6; 7; 8].

Процесс восстановления лиофилизированной плазмы до состояния, пригодного для инфузии, чрезвычайно прост и может быть осуществлен даже в полевых условиях путем добавления стерильной воды или физиологического раствора. Всего через несколько минут после восстановления препарат готов к применению, что позволяет оперативно восполнить объем циркулирующей крови и поддержать жизненно важные функции организма. Эта возможность мгновенного реагирования на массивную кровопотерю зачастую становится решающим фактором в борьбе за жизнь пострадавшего.

Помимо применения в зонах вооруженных конфликтов, лиофилизированная плазма обладает значительным потенциалом для спасения пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий, стихийных бедствий, а также для обеспечения медицинской

помощи на автономных объектах, таких как морские суда, удаленные экспедиции и вахтовые бригады, где доступ к традиционным медицинским ресурсам ограничен [4].

Преимущества применения лиофилизированной плазмы для возмещения кровопотери в экстремальных условиях [2; 5; 8]:

а) лиофилизированная плазма может храниться при комнатной температуре в течение нескольких лет (длительный срок хранения), что делает ее идеальным решением для полевых госпиталей, медицинских пунктов на передовой и медицинских подразделений, действующих в отдаленных или труднодоступных районах. Это устраняет необходимость в дорогостоящих холодильных установках и постоянном контроле температурного режима, что является серьезной проблемой при транспортировке и хранении традиционных компонентов крови;

б) в отличие от жидкой плазмы, которая требует специальных контейнеров и соблюдения температурного режима, лиофилизированная плазма представляет собой легкий порошок, который легко упаковывается и транспортируется (легкость транспортировки), это значительно упрощает логистику и позволяет медицинским бригадам иметь под рукой необходимый запас жизненно важных препаратов даже в самых сложных условиях;

в) для использования лиофилизированная плазма легко восстанавливается путем добавления стерильной воды или физиологического раствора (быстрое восстановление), этот процесс занимает всего несколько минут, что критически важно в ситуациях, когда каждая секунда имеет значение;

г) процесс лиофилизации бережно сохраняет структуру и функцию белков плазмы, включая факторы свертывания, альбумин и иммуноглобулины (сохранение биологической активности), а это означает, что восстановленная плазма обладает всеми необходимыми свойствами для эффективного восполнения объема циркулирующей крови, коррекции коагулопатии и поддержания иммунной защиты организма;

д) лиофилизированная плазма может использоваться для лечения широкого спектра состояний, связанных с кровопотерей, включая травматический шок, ожоговую болезнь, сепсис и массивные хирургические кровотечения, она может применяться как самостоятельно, так и в комбинации с другими компонентами крови, такими как эритроцитарная масса и тромбоцитарный концентрат (универсальность применения) [1; 2].

Заключение. В свете неумолимой статистики потерь от кровопотери в зоне СВО и других экстремальных условиях, важность своевременного и эффективного восполнения циркулирующего объема крови невозможно переоценить [2; 3]. Лиофилизированная плазма, благодаря своим уникальным свойствам - длительному сроку хранения, легкости транспортировки, быстрому восстановлению и сохранению биологической активности - представляет собой революционное решение, способное спасти бесчисленное количество жизней. Ее внедрение в медицинскую практику в условиях чрезвычайных ситуаций является не просто желательным, а жизненно необходимым шагом для повышения эффективности оказания медицинской помощи и минимизации потерь [2; 4; 9; 10]. Инвестиции в разработку и широкое применение лиофилизированной плазмы - это инвестиции в безопасность и выживаемость наших военнослужащих и гражданского населения в самых сложных и опасных условиях. Это шаг к тому, чтобы «сухая» кровь стала надежным щитом, защищающим жизни там, где каждая капля имеет значение.

Лиофилизированная плазма представляет собой настоящий прорыв в области экстренной медицины, предлагая эффективное и универсальное решение для восполнения кровопотери в самых сложных условиях. Ее стабильность при хранении, простота применения и транспортировки, а также возможность использования без предварительного определения группы крови делают ее незаменимым средством для оказания помощи на поле боя, в зонах стихийных бедствий и в других экстремальных ситуациях [2; 3]. Инновационная технология производства, разработанная в Санкт-

Петербургском Институте гематологии и трансфузиологии, открывает новые горизонты в спасении жизней, когда каждая секунда имеет значение. Дальнейшие исследования и внедрение лиофилизированной плазмы в медицинскую практику, особенно в рамках военной медицины и служб экстренного реагирования, позволят значительно повысить выживаемость пострадавших и эффективность оказания медицинской помощи в условиях ограниченных ресурсов и экстремальных обстоятельств [2; 3]. Развитие технологий стабилизации плазменных компонентов, возможно, с применением нанотехнологий или микрокапсулирования, может еще больше расширить спектр применения и улучшить терапевтические свойства данного продукта, делая его еще более ценным инструментом в арсенале современной медицины.

Библиографический список

1. Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт информальной юстиции, 2025. - 270 с.

2. Божченко А.П., Болдарян А.А., Капустин Е.В., Пинчук П.В., Толмачев И.А., Чудаков А.Ю. Структура смертельного травматизма в современном вооруженном конфликте // Военно-медицинский журнал. 2024. Т. 345. № 10. С. 21-28.

3. Бондаренко С.А., Викторов К.Г., Чудаков А.Ю., Вертаева А.Ю. Поведение людей в экстремальных ситуациях разного характера / Обеспечение безопасности важных государственных и социально значимых объектов Российской Федерации в современных условиях. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. - Санкт-Петербург, 2025. - С. 71-75.

4. Вертаев А.В., Чудаков А.Ю., Фомченко Н.С. Возможности подготовки военнослужащих (сотрудников) войск национальной гвардии к оказанию первой помощи пострадавшим с использованием метода служебно-боевых ситуаций / Психология, педагогика, филология: вопросы теории и практики. Материалы II Всероссийской научно-практической конференции. - Симферополь, 2024. - С. 87-90.

5. Губанова М.Н., Чемоданов И.Г., Гайворонская В.В. Аюпова Р.Ф., Кожемяко О.В., Аверьянов Е.Г., Жибурт Е.Б. и др. Инокти вация патогенов в клеточных компонентах крови // Трансфузиология. 2017. Т.18. №.3. С.15-36.

6. Жибурт Е.Б., Губанова М.Н., Гайворонская В.В., Буркинбаев Ж.К., Чемоданов И.Г. и др. Новое в трансфузиологии (на конгрессе международного общества переливания кров в Копенгагене) // Трансфузиология. 2017. Т.18. №.3. С.62-78.

7. Жибурт Е.Б., Губанова М.Н., Гайворонская В.В., Буркинбаев Ж.К., Чемоданов И.Г. и др. Развитие службы крови США // Трансфузиология. 2017. Т.18. №.3. С.86-96.

8. Жибурт Е.Б., Гайворонская В.В. Пособие по иммуногематологии: Учебно-методическое пособие. – Москва: Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, 2017. - 46 с.

9. Приказ Министра обороны РФ от 9 декабря 2022 г. № 760 «Об утверждении Перечня состояний, при которых оказывается первая помощь военнослужащим Вооруженных Сил Российской Федерации, войск национальной гвардии Российской Федерации, спасательных воинских формирований Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Службы внешней разведки Российской Федерации, органов федеральной службы безопасности, органов государственной охраны, органов военной прокуратуры, военных следственных органов Следственного комитета Российской Федерации, Главного управления специальных программ Президента Российской Федерации…».

10. Приказ Росгвардии от 26.05.2023 г. № 175 «Об установлении особенностей оснащения аптечек, сумок и комплектов медицинского имущества в войсках национальной гвардии Российской Федерации» (Зарегистрировано в Минюсте России 30.06.2023 № 74085).

11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 февраля 2013 г. № 61н «Об утверждении требований к комплектации медицинскими изделиями укладки санитарной сумки для оказания первой помощи подразделениями сил гражданской обороны».

12. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Оценка современной системы оказания медицинской помощи при проведении общественно значимых мероприятий / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт информальной юстиции, 2025. - С.11-22.

13. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Оценка эффективности отдельных элементов комплектации аптечек первой помощи в воинских частях ВС РФ / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт информальной юстиции, 2025. - С.91-95.

14. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Анализ системы комплектации и применения медицинских аптечек и шкафов для оказания экстренной и неотложной помощи в подразделениях Вооруженных Сил РФ / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт информальной юстиции, 2025. - С.83-90.

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Бондаренко С.А., Вертаев А.В.

АНАЛИЗ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ НА ОБЪЕКТАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Актуальность. Современный мир, к сожалению, сталкивается с возрастающей угрозой терроризма, и объекты здравоохранения не остаются в стороне от этого варварского явления. Трагические события прошлого, такие как захват Буденновской больницы в 1995 году и разрушение военного госпиталя в Моздоке в 2003 году, наглядно демонстрируют, что медицинские учреждения могут становиться мишенями для экстремистских действий. Эти инциденты не только уносили жизни и наносили ущерб, но и подчеркивали уязвимость системы здравоохранения перед лицом подобных страшных угроз [3].

Помимо прямых террористических актов (ТА), медицинские организации также подвергаются риску из-за других чрезвычайных ситуаций, включая угрозы взрыва, которые могут привести к необходимости экстренной эвакуации [2; 6; 16; 19]. Статистика показывает, что подобные случаи не единичны. В таких условиях обеспечение безопасности пациентов и персонала, а также бесперебойное функционирование медицинских учреждений приобретают первостепенное значение. Эффективное реагирование на любые внезапные происшествия, будь то техногенные катастрофы, криминальные инциденты или ТА, требует четкой координации действий всех задействованных служб. Особую важность приобретает слаженная работа медицинских подразделений между собой, а также их взаимодействие с правоохранительными органами, административными структурами и службами гражданской обороны. Отработка совместных действий и строгое следование установленным инструкциям являются ключевыми факторами для успешного выполнения главной задачи - спасения жизней и сохранения здоровья людей, оказавшихся в опасности. Таким образом, анализ ТА на объектах здравоохранения и выработка мер по повышению их безопасности является крайне актуальной задачей [4; 20; 21; 22].

Введение. В истории России были отмечены трагические случаи террористических нападений на объекты здравоохранения. Одним из первых и наиболее резонансных стал захват Буденновской краевой больницы в 1995 году. Террористы под руководством Басаева взяли в заложники более полутора тысяч человек, включая персонал и пациентов, заминировали помещения и кислородную станцию. В результате штурма и последующих событий погибло 129 человек. Этот теракт привел к принятию специального законодательства по борьбе с терроризмом [3]. Десять лет спустя, в 2003 году, мощный взрыв полностью разрушил военный госпиталь в Моздоке. В результате этого циничного и жестокого нападения на людей, нуждающихся в медицинской помощи, погибло 50 человек, еще 70 получили ранения [16; 19]. Теракт в Моздоке стал ярким примером преступления против основ человечности, направленного на тех, кто борется за жизнь и здоровье. В целом, анализ ситуации показывает, что медицинские учреждения, как в России, так и за рубежом, все чаще становятся объектами угроз, связанных с взрывами. Так, за период с 1999 по 2009 год в России было проведено 48 экстренных эвакуаций из медицинских организаций из-за угроз взрыва [2; 7; 9; 18].

Внезапные происшествия, которые напрямую угрожают жизни и здоровью людей, такие как пожары, обрушения зданий, взрывы (техногенные, криминальные, террористические акты, включая угрозу взрыва, и другие антропогенные чрезвычайные ситуации), требуют незамедлительного вмешательства служб экстренной помощи [6]. Строгое следование инструкциям, разработанным для подобных случаев, всеми

ответственными лицами является единственным условием успешного выполнения главной задачи - защиты и сохранения жизни и здоровья людей, оказавшихся в опасности.

В сентябре 1999 года в Москве произошли два взрыва, которые привели к большому количеству жертв [16; 19]. Опыт ликвидации последствий этих событий имеет важное значение и для медицинских служб [1; 4; 15; 17; 21]. Согласно действующим нормам и правилам, необходимо продолжать отработку совместных действий не только между различными подразделениями экстренной медицинской помощи (центрами экстренной медицинской помощи, станциями скорой и неотложной медицинской помощи), но и с другими службами, такими как полиция, администрация округа, службы безопасности и гражданской обороны.

Основная часть.

Прежде чем перейти к описанию особенностей ТА, важно напомнить основные понятия, используемые для классификации и определения таких событий, а также тенденции, влияющие на организацию медицинского обслуживания населения в подобных чрезвычайных ситуациях [6; 20]. Терроризм можно классифицировать по различным признакам [3]. В основе такой классификации могут лежать цели и идеология террористов, что позволяет выделить такие виды террористических актов, как политические, сепаратистские, националистические, религиозные и криминальные. Терроризм можно классифицировать по используемым методам, выделяя традиционные (оружие, взрывчатка, яды), информационные, партизанские (военные), транспортные и технологические формы. Особую угрозу сегодня представляет технологический терроризм, чьи разрушительные последствия, как показали события в Нью-Йорке, связаны с уязвимостью современных технологий. Технологический терроризм включает в себя биологические, химические, кибернетические, ядерные и сельскохозяйственные виды, часто приводящие к массовым жертвам за короткое время. С развитием общества появляются новые формы терроризма, включая реальную угрозу применения химического и биологического оружия. Терроризм определяется как идеология насилия, направленная на устрашение населения и оказание давления на принятие решений государственными и международными органами через противоправные насильственные действия. Это определение подразумевает два ключевых аспекта, определяющих реакцию системы здравоохранения на теракты, независимо от их политической или криминальной природы [3]. Преднамеренные и жестокие действия террористов неизбежно приводят к жертвам среди населения. Пострадавшим требуется различная медицинская помощь, начиная с первой (экстренной) на месте происшествия и заканчивая стационарным лечением [7; 9; 18; 22]. Для доставки раненых в больницы обычно используется автотранспорт. Террористические акты могут быть направлены и непосредственно против медицинских учреждений, как это было в Буденновске (1995) и Моздоке (2003).

Терроризм проявляется в разнообразных формах, от угроз и запугивания до физического уничтожения людей. Насилие, особенно в жестоких формах, является основным инструментом террористов для достижения своих целей. Страх, вызванный насилием, используется как средство воздействия отдельными лицами, группами, организациями и даже государствами. ТА - это действие (взрыв, поджог и т.п.), направленное на устрашение населения и создающее угрозу для жизни, имущества, окружающей среды или приводящее к другим тяжким последствиям [20]. Цель - оказание незаконного давления на органы власти, местного самоуправления или международные организации для принятия определенных решений. Угроза совершения таких действий также является ТА. Террорист - лицо, участвующее в террористической деятельности в любой форме. Террористическая организация - организация, созданная для осуществления террористической деятельности или допускающая использование терроризма в своей деятельности [3]. Организация признается террористической, если хотя бы одно из ее подразделений осуществляет террористическую деятельность, о которой известно руководству организации. Заложник - человек, захваченный и удерживаемый с целью

принуждения государства, организации или отдельных лиц к совершению или не совершению каких-либо действий в качестве условия для освобождения заложника. Противодействие терроризму представляет собой комплекс мер, предпринимаемых государственными органами власти и местного самоуправления, который включает в себя три основных аспекта:

1. Профилактика терроризма - это работа по предотвращению ТА, которая включает в себя выявление и устранение причин и условий, создающих благоприятную почву для их планирования и совершения.

2. Борьба с терроризмом - это активные действия по обнаружению, предотвращению, пресечению, раскрытию и расследованию террористических актов.

3. Ликвидация последствий терроризма - это меры, направленные на уменьшение или полное устранение ущерба, причиненного в результате террористических проявлений и действий [1; 4; 15; 17; 22].

4.Контртеррористическая операция (КТО) - это совокупность специализированных мероприятий, включающих оперативно-боевые действия, применение вооруженных сил и других специальных мер. Целью таких операций является пресечение ТА, нейтрализация террористов, обеспечение безопасности людей, организаций и учреждений, а также минимизация ущерба от террористических действий.

5. Зона проведения КТО - это определённая территория, будь то участок суши или водного пространства, транспортное средство, здание, сооружение, помещение или прилегающие к ним территории, в пределах которых осуществляется данная операция.

Терроризм - это явление, несущее катастрофические последствия, массовую гибель людей, уничтожение материальных и культурных богатств, а также разжигание вражды между различными группами общества. Эти проблемы настолько масштабны, что их решение на местном уровне становится практически невозможным. Современный терроризм активно использует научные и технические достижения в своих преступных целях, представляя собой серьезную угрозу для общества и превратившись в глобальную проблему, подрывающую международную безопасность и сотрудничество [3]. Классификация ТА основывается на типе используемых средств, методах нанесения ущерба и способах их реализации (рис. 1).

Террористы могут причинять вред людям, используя различные методы воздействия, которые создают опасные факторы в определенном месте и времени. Эти факторы могут быть физическими, химическими, биологическими или механическими. Наибольшее число жертв и самый значительный экономический и социальный ущерб причиняют взрывной, взрывной в сочетании с поджогом и уголовно-насильственный терроризм [3]. На них приходится 95% всех ТА, причем более половины взрывных атак связаны с подрывом зданий и автомобилей с взрывчаткой [16; 19]. ТА могут быть направлены на конкретные объекты или людей (направленный терроризм), либо приводить к случайным жертвам (рассеянный терроризм). Скрытые ТА, такие как отравления или похищения, не привлекают общественного внимания. Демонстрационные же ТА, например, взрывы, поджоги или массовые расстрелы, проводятся с целью вызвать широкий общественный резонанс, посеять страх и ужас. Цели и методы ТА разнообразны и могут варьироваться от устранения отдельных личностей (политиков, бизнесменов, военнослужащих) до провоцирования войн или смены власти.

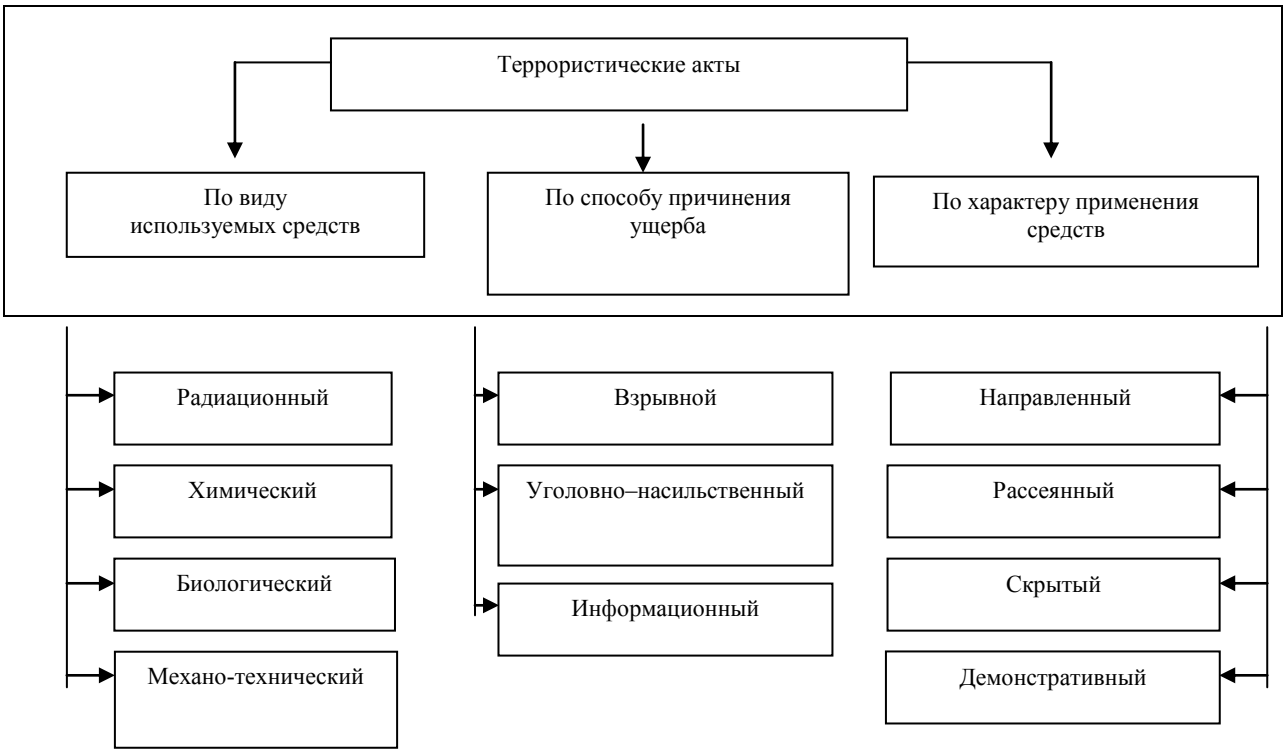

Рисунок 1. Классификация ТА по виду используемых средств, характеру их применения и способу причинения ущерба

Способы также сильно различаются: от применения огнестрельного оружия до организации крупных промышленных аварий, социальных катастроф и даже использования оружия массового поражения. Сочетание целей и методов определяет масштаб ТА (табл. 1). Современный терроризм характеризуется многообразием целей, методов, масштабов последствий, а также идеологических основ и мотивов. Он стал всеобъемлющей проблемой мирового масштаба, требующей скоординированных усилий всего международного сообщества и согласованных действий, как на глобальном, так и на национальном уровнях для его эффективного противодействия.

Анализ ТА за последние десятилетия показывает, что безвозвратные потери среди пострадавших составляли от 10% до 25%. Наиболее частыми причинами смертельных исходов у четверти жертв были проникающие ранения грудной клетки, затрагивающие легкие (в 41% случаев), крупные кровеносные сосуды (18%) и сердце (14%). У 26% пострадавших были зафиксированы проникающие ранения брюшной полости, а у 49% - травмы головы и шеи [5; 8; 9; 10]. Среди поступивших в медицинские учреждения, 87% имели легкие травмы, 3% - травмы средней степени тяжести, а 10% - тяжелые. При этом примерно четверть всех поступивших нуждалась в стационарном лечении, а 10% из них требовали интенсивной терапии. Среди госпитализированных распределение по тяжести травм было следующим: тяжелые травмы - у 19,2%, средней степени - у 8,5%, и легкие - у 72,3%. При террористических актах, совершенных в закрытых помещениях, у пострадавших преобладали повреждения мягких тканей (53,8%), ожоги (41,4%), разрывы барабанных перепонок (36,5%), переломы костей (34,6%), травмы глаз (12,5%) и ушибы легких (4,8%). У трети пострадавших отмечались множественные (сочетанные) травмы требующие срочного восполнения кровопотери [12; 13; 14]. В случае терактов, произошедших на открытой местности, статистика повреждений у пострадавших выглядела следующим образом: травмы головы и шеи - 19,3%, грудной клетки - 6,5%,

живота - 4,7%, спины - 4,0%, конечностей - 39,6%. Также были зафиксированы ожоги (4,0%), акустические травмы (16,3%) и психологические травмы (16,3%).

Таблица 1

Классификация проявлений терроризма

Цель теракта	Способ осуществления теракта	Масштаб теракта
Физическое устранение оппонентов	Применение огнестрельного оружия	Преступление против личности
Устрашение населения	Организация взрывов, поджогов и т.п. в городах	Групповая, массовая гибель среди населения
Дестабилизация деятельности государственной власти и нанесение экономического ущерба	Применение средств массового поражения	Нанесение урона (экономического, политического, нравственного) всей стране или значительному числу ее субъектов
Изменение политического строя	Информационно-психологическое воздействие	Значительная часть субъектов на территории государства
Осложнение межнациональных и межконфессиональных отношений	Организация промышленных и транспортных аварий	Значительное число жертв и пострадавших среди населения и потери в материальной сфере

ТА наносят глубокие соматические и психологические раны и вызывают сильнейший боевой стресс. Эти травмы могут проявляться в виде различных психосоматических состояний, характеризующихся проявлениями повышенной нервозности, тревоги, страха, скованности, депрессии, апатии, а также обострения уже существующих психических расстройств и соматических заболеваний. К основным психотравмирующим факторам терактов относятся: неопределенность после произошедшего, горе и растерянность у потерявших близких и друзей, тревога за тех, кто оказался в заложниках, и сам факт психологического давления, незащищенности, беспомощности, безысходности и уязвимости заложников перед террористами. Исследование последствий чрезвычайных ситуаций для здоровья привело к созданию «Медико-тактической классификации травм и нарушений здоровья в ЧС» (см. таблица 2).

Эта классификация включает в себя 9 позиций и 56 видов (в том числе и подвидов) травм и нарушений здоровья, распределение их по механизму воздействия, характеру возникновения, скорости развития, степени тяжести и количеству пострадавших, привлечению сил и средств службы медицины катастроф для ликвидации последствий, исходу и влиянию травм на трудоспособность пострадавших [1;4;15;17].

Таблица 2

Медико-тактическая классификация травм, нарушений здоровья
и их последствий у пострадавших в чрезвычайных ситуациях

Позиция	Виды и характер травмы, нарушения здоровья, последствия
1. По виду травм, нарушению здоровья	1.1. Механические травмы 1.2. Термические травмы 1.3. Радиационные травмы 1.4. Химические травмы 1.5. Сочетанные травмы 1.6. Комбинированные травмы 1.7. Бактериальные заболевания 1.8. Психоневрологические нарушения 1.9. Соматические нарушения 1.10.Социальные травмы, вследствие социально-политических, социально-экономических и социально-нравственных инцидентов
2. По механизму воздействия	2.1. Механические травмы: – растяжения, ушибы, контузии, переломы (закрытые, открытые); – ранения (непроникающие, проникающие); – сотрясения головного мозга, тяжелые черепно-мозговые травмы (закрытые, открытые); – ушибы и разрывы спинного мозга; – синдром длительного раздавливания, шок, отрывы частей тела, разрывы внутренних органов; – повреждения органа зрения и ЛОР-органов. 2.2. Термические травмы: – тепловые усталость, дерматит, обморок, истощение, перегревание, ожоги; – ознобление; холодовой нейроваскулит, переохлаждение (гипотермия), отморожение. 2.3. Радиационные травмы: – лучевая реакция, местные лучевые поражения (дерматит, ожоги, катаракта, эпиляция); – лучевая болезнь (острая и хроническая); – тератогенное действие (выкидыши, смерть новорожденного, умственная отсталость); – в отдаленном периоде – лейкозы, опухоли, генные мутации, хромосомные аберрации. 2.4. Химические травмы: – поражения АХОВ различных токсикологических групп; – групповые (массовые) отравления окисью углерода, выхлопными газами, метаном и другими ОХВ, а также алкоголем и его суррогатами, медикаментами; – в отдаленном периоде – субатрофические изменения дыхательных путей, пищеварительного тракта, гепато- и нефротоксический синдром, дерматиты, генные мутации, тератогенное действие.

Позиция	Виды и характер травмы, нарушения здоровья, последствия
2. По механизму воздействия	2.5. Сочетанные травмы (поражение одним повреждающим фактором различных анатомических областей тела человека): – ушиб грудной клетки и перелом бедра; – торакоабдоминальное ранение; – отморожение кистей рук и стоп; – ожог лица, живота и бедер; – множественные ранения – другие сочетания. 2.6. Комбинированные травмы (поражения разными повреждающими (поражающими) факторами одной или нескольких анатомических областей тела человека). Прогностически они крайне неблагоприятны и требуют участия в лечении специалистов различного профиля. Примерами являются: – травма + ожог + радиационное воздействие; – травма + отморожение; – травма + поражение АХОВ; – травма + соматические + психические нарушения; – другие комбинации. 2.7. Бактериальные заболевания: – вспышечные инфекционные заболевания – пищевые токсикоинфекции (ОКИ, дизентерия, сальмонеллез, псевдотуберкулез и др.); – вирусные инфекции (корь, гепатит, менингит и др.); – особо опасные инфекции (холера, туляремия, сибирская язва и др.). 2.8. Психоневрологические нарушения: – стрессовые и реактивные состояния, ситуационные реакции; – неврастении и неврозы; – психопатии и психозы; – посттравматический стрессовый синдром. 2.9. Соматические нарушения: – отклонения в деятельности кардиореспираторной, пищеварительной, мочевыделительной систем и гуморальной регуляции; – изменения в кроветворении и в органах чувств; – гиповитаминозы, генетические и другие изменения. 2.10. Социальные: – травмы и поражения вследствие ТА; – травмы и заболевания вследствие геноцида, этнических чисток и насильственного обнищания населения, пребывания в лагерях смерти и т.п. – травмы и поражения вследствие участия в несанкционированных митингах, шествиях, забастовках и при столкновениях на основе расовой, религиозной, национальной неприязни и т.п.

Позиция	Виды и характер травмы, нарушения здоровья, последствия
3. По характеру возникновения	3.1. Техногенные 3.2. Биолого-социальные 3.3. Социально–бытовые 3.4. Социально-политические (социально-экономические) 3.5. Социально-нравственные 3.6. Природные 3.7. Экологические 3.8. Террористические
4. По скорости развития травм, течения заболеваний и их последствий	4.1. Острые травмы (заболевания). 4.2. Подострые заболевания (нарушения). 4.3. Хронические (вялотекущие) заболевания. 4.4. Рецидивирующие заболевания. 4.5. Отдаленные последствия, осложнения
5. По степени тяжести травм, заболеваний и виду лечения	5.1. Легкие – требующие медицинской помощи на месте ЧС и/или последующего амбулаторного лечения. 5.2. Средней тяжести – требующие амбулаторного или стационарного лечения. 5.3. Тяжелые – требующие стационарного лечения. 5.4. Крайне тяжелые – требующие активных реанимационных мероприятий и стационарного лечения. 5.5. Не совместимые с жизнью – требующие медицинского сопровождения.
6. По количеству пострадавших	6.1. Локальные (объектовые) – до 10 человек. 6.2. Муниципальные (местные) –до 50 человек. 6.3. Межмуниципальные (субъектовые) – до 50 чел. 6.4. Региональные (окружные) – от 50 до 500 человек. 6.5. Федеральные – более 500 человек.
7. По привлечению сил и средств СМК	7.1. Не требующие привлечения дополнительных сил и средств СМК извне. 7.2. Требующие привлечения дополнительных сил и средств СМК субъектового уровня. 7.3. Требующие привлечения сил и средств СМК федерального уровня. 7.4. Требующие привлечения сил и средств СМК других государств
8. По исходу	8.1. С полным выздоровлением. 8.2. С частичным выздоровлением. 8.3. Приведшие к инвалидности. 8.4. Вызвавшие летальный исход
9. По влиянию на трудоспособность пострадавших	9.1. Не повлиявшие на трудоспособность пострадавшего. 9.2. Повлекшие утрату трудоспособности пострадавшего на срок до 4-х месяцев. 9.3. Ограничившие трудоспособность пострадавшего и требующие перевода его на более легкий труд. 9.4. Повлекшие утрату трудоспособности пострадавшего на срок более 4-месяцев и требующие перевода его на инвалидность.

Таким образом, проанализировав ТА, совершенные на территории РФ, можно предположить, что основным сценарием террористов может стать угроза взрыва или взрыв ВМО, покушение и убийство персонала и больных, захват заложников, вывод из строя системы газоэлектроснабжения, водообеспечения и других коммуникаций ВМО.

Заключение. Проведенный анализ подтверждает, что объекты здравоохранения в РФ, к сожалению, становились объектами террористических атак и других чрезвычайных ситуаций, представляющих серьезную угрозу для жизни и здоровья людей [6]. Исторические примеры, такие как события, в Буденновске и Моздоке, а также статистика угроз взрыва, свидетельствуют о необходимости постоянного внимания к вопросам безопасности медицинских учреждений. Успешное противодействие подобным угрозам и минимизация последствий чрезвычайных ситуаций напрямую зависят от готовности и способности всех задействованных структур к оперативному и скоординированному реагированию [6; 21; 22; 23]. Это включает в себя не только совершенствование мер физической безопасности самих объектов, но и развитие эффективных механизмов взаимодействия между различными экстренными службами, включая медицинские учреждения, правоохранительные органы и гражданскую оборону. Дальнейшее изучение и отработка совместных действий, основанных на четком понимании рисков и алгоритмов реагирования, является необходимым условием для обеспечения надежной защиты пациентов и персонала медицинских организаций в условиях возрастающих угроз. Это позволит повысить устойчивость системы здравоохранения к любым вызовам и сохранить ее основную функцию - оказание своевременной первой, квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Библиографический список

1. Авраменко В.А. О сроках ликвидации медико-санитарных последствий террористических актов с применением взрывных устройств и других обычных средств поражения // Медицина катастроф.– №1 – 2009. – С. 54–56.
2. Авраменко В.А. Некоторые вопросы эвакуации пораженных при террористических актах // Медицина катастроф.– №2 – 2009. – С. 9–11.
3. Авхименко М.М., Бабенко О.В., Агапов В.И. и др. Терроризм: некоторые медицинские, социальные и психологические аспекты // Военно-медицинский журнал – 1999. № 9. – С. 20–24.
4. Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - 270 с.
5. Божченко А.П., Болдарян А.А., Капустин Е.В., Пинчук П.В., Толмачев И.А., Чудаков А.Ю. Структура смертельного травматизма в современном вооруженном конфликте // Военно-медицинский журнал. 2024. Т. 345. № 10. С. 21-28.
6. Бондаренко С.А., Викторов К.Г., Чудаков А.Ю., Вертаева А.Ю. Поведение людей в экстремальных ситуациях разного характера / Обеспечение безопасности важных государственных и социально значимых объектов Российской Федерации в современных условиях. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. - Санкт-Петербург, 2025. - С. 71-75.
7. Вертаев А.В., Чудаков А.Ю., Фомченко Н.С. Возможности подготовки военнослужащих (сотрудников) войск национальной гвардии к оказанию первой помощи пострадавшим с использованием метода служебно-боевых ситуаций / Психология, педагогика, филология: вопросы теории и практики. Материалы II Всероссийской научно-практической конференции. - Симферополь, 2024. - С. 87-90.
8. Гончаров С.Ф., Авраменко В.А., Бобий Б.В. Исходы лечения пораженных при террористических актах // Медицина катастроф.– №3 – 2009. – С. 11–16.
9. Гончаров С.Ф., Авраменко В.А., Бобий Б.В. Террористические акты: основные условия, влияющие на организацию и оказание медицинской помощи пострадавшим // Медицина катастроф.– №2 – 2011. – С. 1–11.
10. Гончаров С.Ф., Авраменко В.А., Бобий Б.В. Санитарные потери при террористических

актах // Медицина катастроф.- №2 – 2009. – С. 5–9.

11. Губанова М.Н., Чемоданов И.Г., Гайворонская В.В. Аюпова Р.Ф., Кожемяко О.В., Аверьянов Е.Г., Жибурт Е.Б. и др. Инактивация патогенов в клеточных компонентах крови // Трансфузиология. 2017. Т.18. №.3. С.15-36.

12. Жибурт Е.Б., Губанова М.Н., Гайворонская В.В., Буркинбаев Ж.К., Чемоданов И.Г. и др. Новое в трансфузиологии (на конгрессе междунардного общества переливания крови в Копенгагене) // Трансфузиология. 2017. Т.18. №.3. С.62-78.

13. Жибурт Е.Б., Губанова М.Н., Гайворонская В.В., Буркинбаев Ж.К., Чемоданов И.Г. и др. Развитие службы крови США // Трансфузиология. 2017. Т.18. №.3. С.86-96.

14. Жибурт Е.Б., Гайворонская В.В. Пособие по иммуногематологии: Учебно-методическое пособие. – Москва: Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, 2017. - 46 с.

15. Кондратенко Т.А., Вовк Ю.И., Милешкин В.Г. и др. Ликвидация медико–санитарных последствий террористического акта в г. Волгодонске Ростовской области / Медицина катастроф.– №4 – 1999. – С. 38–39.

16. Косачев И.Д. Взрывные поражения. В кн. Военно-полевая хирургия: под ред. Брюсова П.Г., Нечаева Э. А. – М.: «ГЭОТАР», 1996. – С. 135–140.

17. Лукьянчук Э.М. Организационные аспекты ликвидации медицинских последствий при криминальных взрывах в условиях города Москва. Диссерт. на соиск. степ. канд. мед. наук. – М., 1999 – 148 с.

18. Мамаев И.А., Курбанов К.М., Курбанова С.К., Эсетов А.М. Опыт организации оказания медицинской помощи раненым и беженцам во время боевых действий и террористических актов в Дагестане // Медицина катастроф.– №4 (28) – 1999. – С. 5–6.

19. Нечаев Э.А., Грицанов А.И., Минулин И.П. и др. Взрывные поражения: Руководство для врачей и студентов / Под ред. Чл.–корр. РАМН проф. Нечаева Э.А. – СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002. – 656 с.

20. Сахно В.И. Особенности медицинского обеспечения при террористических актах и локальных вооруженных конфликтах // Медицина катастроф. – 2000. – №1 (33). – С. 16–17.

21. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Оценка современной системы оказания медицинской помощи при проведении общественно значимых мероприятий / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С.11-22.

22. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Оценка эффективности отдельных элементов комплектации аптечек первой помощи в воинских частях ВС РФ / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С.91-95.

23. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Анализ системы комплектации и применения медицинских аптечек и шкафов для оказания экстренной и неотложной помощи в подразделениях Вооруженных Сил РФ / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 83-90.

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Бондаренко С.А., Вертаев А.В.

ТАКТИКА ДЕЙСТВИЙ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ВОЙСК НАЦИОНАЛЬНОЙ ГВАРДИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В КОНТРТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Актуальность. В условиях постоянно меняющегося ландшафта угроз, связанных с терроризмом, эффективность действий подразделений войск национальной гвардии Российской Федерации (ВНГ РФ) в контртеррористических операциях (КТО) приобретает первостепенное значение. Рост числа и изощренности террористических актов, а также их потенциальная дестабилизирующая роль в обществе требуют постоянного совершенствования тактических подходов. Изучение и анализ существующих тактик, выявление их сильных и слабых сторон, а также разработка новых, более адаптивных и эффективных методов действий являются критически важными для обеспечения национальной безопасности и защиты граждан. Данное исследование направлено на систематизацию и углубленное понимание тактических аспектов деятельности Росгвардии в КТО, что позволит повысить уровень подготовки личного состава и оптимизировать планирование и проведение контртеррористических мероприятий [1; 7].

Расширилась география территориальных противоречий, которые в ряде случаев перерастают в локальные вооруженные конфликты различного масштаба, интенсивности и продолжительности. В период с 1990 по 2020 гг. в мире произошло более чем 200 вооруженных конфликтов, которые затронули 80 стран и два крупных региона и унесли жизни примерно шести миллионов человек. По оценке Министерства обороны РФ, к концу XX - началу XXI вв. на планете насчитывалось 160 зон этнополитической напряженности, в 80 из них присуща вся атрибутика неурегулированных конфликтов. Нередко такие противостояния приобретают затяжной характер и перерастают в массовый терроризм, в повстанческие движения, в гражданские региональные войны [17]. События последнего десятилетия минувшего века показали, что «внутренняя война» или Специальная Военная Операция легко вспыхивает в любой стране, где помимо подходящей почвы (столкновения интересов социальных или этнических групп) появляются хотя бы самые незначительные сопутствующие условия. Эти конфликты имеют ряд особенностей форм и методов медицинского обеспечения войск.

Не случайно в этой связи значительно возрос интерес военных специалистов к особенностям и причинам возникновения локальных войн и вооруженных конфликтов [17]. Это в полной мере относится и к организации медицинского обеспечения войск, в т.ч. к оказанию медицинской помощи и лечению раненых [5; 8; 9; 19; 20]. Вновь подтвердилась неразрывная связь форм и методов медицинского обеспечения войск со стратегией и тактикой их применения. Опыт подготовки и ведения антитеррористических операций (КТО) на Северном Кавказе показал, что для восстановления конституционного порядка и вооруженной борьбы с незаконными вооруженными формированиями, привлекаются силы согласно действующим в стране законодательным и нормативным актам не только части и соединения Минобороны России, но и формирования ВНГ РФ и органов внутренних дел МВД России [1; 3; 7].

Введение. КТО представляют собой комплекс сложных и многогранных мероприятий, направленных на пресечение террористической деятельности, нейтрализацию террористов и минимизацию последствий террористических актов [13; 14; 15]. ВНГ РФ играют ключевую роль в обеспечении правопорядка и безопасности граждан, в том числе в борьбе с терроризмом [1; 2; 3; 6]. Эффективность выполнения поставленных задач напрямую зависит от грамотно выстроенной тактики действий подразделений. Данная статья посвящена анализу тактических приемов и методов, применяемых

подразделениями Росгвардии в ходе КТО. В работе рассматриваются основные этапы КТО, специфика действий различных типов подразделений, а также факторы, влияющие на успешность проведения операций. Целью исследования является выявление наиболее эффективных тактических решений и определение направлений для их дальнейшего совершенствования.

Опыт медицинского обеспечения боевых действий войск в прошлых войнах свидетельствует о том, что работа медицинской службы по розыску, сбору и оказанию первой медицинской помощи раненым в бою, их выносу и вывозу связана с наибольшими трудностями, так как имеется много тяжелых ранений различной структуры и большой процент безвозвратных потерь в современных вооруженных конфликтах [5; 8; 9]. Оказание такой помощи в КТО имеет свои особенности [1; 3; 7]. Медицинское обеспечение при КТО организуется различными способами. Так, на местном и территориальном уровнях в зону КТО, как правило, первоначально направляются дежурные бригады ближайших станций (отделений) скорой медицинской помощи. При недостаточном их количестве привлекаются дежурные силы скорой медицинской помощи соседних станций, задействуются другие формирования службы медицины катастроф (врачебно- сестринские бригады, бригады специализированной медицинской помощи), сформированные в лечебных организациях больничной базы различных министерств и ведомств территориального уровня. Нам представляется, что в современных условиях особенно сложно реализуемым остается принцип «этапного лечения с эвакуацией по назначению», который остается основополагающим на современном этапе [2; 5; 6]. В условиях КТО предпочтительнее использовать не многоэтапный, а двух - трехэтапный способ организации лечебно-эвакуационных мероприятий [10;11;12]. Кроме того, для решения проблем медицинского обеспечения крайне необходимо точно определить потребности и способы его совершенствования на уровне боевой и медицинской подготовки полка оперативного назначения ВНГ России в КТО.

Основная часть. На протяжении многих лет ВНГ России принимают участие в КТО и при выполнении служебно-боевых задач, зачастую, медицинская служба воинской части имеет множество проблем, которые влияют на качество проведения медицинских мероприятий в КТО зависимо от особенностей вооруженного конфликта и местности его возникновения. Тактика действий подразделений ВНГ РФ в КТО представляет собой теорию и практику подготовки и проведения специальных операций подразделениями и воинскими частями специального назначения ВНГ России. Военнослужащим и сотрудникам данных подразделений в составе группировки сил и средств, а нередко и самостоятельно приходится выполнять сложные служебно-боевые задачи по задержанию или ликвидации участников незаконных вооруженных формирований и террористов. Тактику действий подразделений специального назначения ВНГ России можно условно разделить на общую тактику и тактику боевых групп. Общая тактика действий исследует закономерности общевойскового боя и специальных операций, вырабатывает рекомендации по их подготовке и ведению совместными усилиями всех подразделений. Основу общей тактики действий составляет тактика спецподразделений. Тактика действий боевых групп и элементов боевого порядка разрабатывает специфические вопросы их боевого применения в составе спецподразделений в целом и самостоятельно в различных условиях обстановки. Общая тактика и тактика действий отдельных видов подразделений находятся в тесной взаимосвязи: общая тактика определяет задачи подразделений специального назначения и их видов в спецоперации и способы комплексного их использования и тем самым влияет на развитие их тактики действий. Тактика действий имеет два аспекта - теоретический и практический. Теория тактики исследует содержание и характер боевых действий подразделений специального назначения, раскрывает закономерности и принципы ведения вооруженной борьбы тактическими силами и средствами, изучает служебно-боевые возможности подразделений специального назначения ВНГ России, разрабатывает способы подготовки

и проведения специальных операций и других тактических действий. Теоретические положения тактики действий должны находить свое отражение в уставах, наставлениях, учебниках и других теоретических трудах.

Роль тактико-специальной подготовки военнослужащих и сотрудников подразделений специального назначения ВНГ России в современных условиях, как подтверждает опыт участия в КТО в регионах России со сложной оперативной обстановкой, велика. Это, прежде всего, обусловлено тем, что большое значение в достижении положительных результатов операции продолжают сохранять общие принципы общевойскового боя, а также большие возможности, которыми располагает служебно-боевая деятельность в ходе отдельных спецопераций. Поэтому тактико-специальная подготовка является важнейшей частью боевой подготовки подразделений специального назначения ВНГ России и должна стать одной из ведущих дисциплин в программе подготовки. Тактика действий неразрывно связана с другими составными частями боевой подготовки спецподразделений [2; 3; 6; 7].

В связи с возрастанием агрессивности бандитских и террористических группировок, участившимися случаями их внезапного нападения, а также совершенствованием средств вооруженной борьбы важнейшими задачами тактико-специальной подготовки являются разработка и проведение в жизнь мероприятий, обеспечивающих постоянную боевую готовность подразделений специального назначения к выполнению оперативно-боевых задач в сложных условиях оперативной обстановки, разработка и совершенствование способов ведения боевых действий в специальной операции.

Оснащение и вооружение участников бандитских формирований и террористических группировок современными средствами связи и ведения вооруженной борьбы коренным образом изменило характер специальных операций и условия их проведения. Тактика призвана вскрыть эти изменения, исследовать природу современной специальной операции и ее характерные черты, закономерности, подготовку, принципы и способы ведения. Решение задач специальной операции достигается тесным сочетанием тактических действий, применением специальных средств и оружия, а также своевременным маневром силами и средствами подразделений специального назначения [4]. Задача тактики действий состоит в том, чтобы найти оптимальные сочетания этих элементов спецоперации и участвующих в ней сил и средств. Важной задачей тактики действий является изучение сил и средств противника и способов их действий как в открытом бою, так и при организации террористических актов и засадных действий, выявление сильных и слабых сторон вооружения, техники, организации бандгрупп и тактики действий противника. Кроме того, эта тактика изучает вопросы управления, всестороннего обеспечения специальной операции и вырабатывает практические рекомендации по их решению. В различных условиях обеспечивает поддержание высокой психологической устойчивости военнослужащих и сотрудников спецподразделений и успешное выполнение ими служебно-боевых задач; разрабатывает требования к организационной структуре подразделений специального назначения ВНГ России и уровню их боевой подготовки [16; 18; 21; 22].

Тактические способы действий подразделений специального назначения ВНГ России начали складываться в годы гражданской войны. Дальнейшее развитие они получили в ходе Великой Отечественной войны, в последующих локальных международных и внутренних войнах (Афганистан, Никарагуа и др.), внутренних локальных вооруженных конфликтах (Дагестан, Чечня, Северная Осетия, Ингушетия, а перед этим все бывшие советские республики). Везде подразделения специального назначения МВД России принимали непосредственное участие в специальных операциях по захвату (ликвидации) особо опасных преступников, оказывающих активное вооруженное сопротивление, и специальных операциях по пресечению массовых беспорядков и групповых неповиновениях граждан, в том числе и в местах лишения свободы. Проводили уникальные, не имеющие аналогов в мировой практике спецоперации освобождения

заложников в различных условиях.

В силу современных особенностей и создания подразделений специального назначения ВНГ России их роль в борьбе с бандитизмом и терроризмом неизмеримо возросла. В настоящее время специальные подразделения ВНГ РФ при столкновении с крупными бандами численностью 200 - 300 чел. и более нередко оказываются не в силах одни, без взаимодействия с артиллерией и авиацией Российской Армии успешно решать оперативно-боевые задачи. Ведь сущность глубокого наступательного боя заключается в одновременном массированном применении боевых средств на всю глубину тактической зоны расположения противника с целью его блокирования и уничтожения, что обеспечивается мощным огневым поражением артиллерией боевых порядков бандитов, непрерывным воздействием авиации по резервам и тылам бандитов, безостановочным наступательным продвижением спецподразделений ВНГ России при поддержке бронетехники вслед за огневыми ударами, а также действиями разведывательно-диверсионных групп спецподразделений в тылу бандитов. Успех служебно-боевых мероприятий достигается внезапностью и решительностью действий военнослужащих и сотрудников подразделений специального назначения, умелым сочетанием движения, огня всех видов и маневра, непрерывным и тесным взаимодействием всех функциональных групп, непрерывным управлением всеми силами и средствами.

Современная тактико-специальная подготовка - это теория и практика подготовки и проведения силовых мероприятий, как в рамках специальной операции, так и при проведении отдельных служебно-боевых мероприятий. Выполнение задач психологической подготовки и активное внедрение в практику обучения, подготовки военнослужащих и сотрудников подразделений специального назначения ВНГ России элементов напряженности, внезапности, опасности и риска на занятиях по тактико-специальной подготовке предполагают четкую организацию и точное соблюдение установленных правил и мер безопасности [16; 18; 21; 22]. Строгое соблюдение мер личной безопасности на занятиях по тактической подготовке должно быть направлено не на отказ от опасных и рискованных ситуаций, а на предупреждение и исключение несчастных случаев и происшествий. Для этого необходимо заранее планировать количество и характер вводимых элементов риска и опасности, предусматривать меры, исключающие возможность несчастных случаев и происшествий. Перед занятиями их руководители должны изучить меры безопасности в том объеме, в каком им придется обеспечивать занятия по тактико-специальной подготовке, и довести до курсантов требования наставлений, руководств, курсов и других документов по вопросам мер безопасности.

Развитие научно-технического прогресса во всем мире открыло перед ВНГ России широкие, до этого не используемые возможности. В последнее время на вооружение поступили новые виды экипировки, оружия, боеприпасов, специальных и технических средств [4]. Новые перспективы открылись и для совершенствования процесса тактико-специальной подготовки военнослужащих и сотрудников ВНГ России.

Главной задачей ВНГ РФ является поддержание боевой и мобилизационной готовности на уровне, обеспечивающем выполнение объема служебно-боевых задач в условиях и участии в проведении КТО в Северо-Кавказском регионе Российской Федерации. Основу ВНГ России составляют соединения и воинские части оперативного назначения. Они совместно с органами внутренних дел решают следующие задачи: блокирование районов чрезвычайного положения или районов вооруженных конфликтов; пресечение в указанных районах вооруженных столкновений и разъединение противоборствующих сторон; изъятие оружия у населения, разоружение незаконных вооруженных формирований, а в случае оказания ими вооруженного сопротивления - их ликвидацию; усиление охраны общественного порядка и общественной безопасности в местах, примыкающих к районам чрезвычайного положения или районам вооруженных конфликтов. Также, законодательными актами определены задачи частям и

подразделениям ВНГ РФ специального назначения. Они участвуют в разоружении и ликвидации незаконных вооруженных формирований, организованных преступных групп, в пресечении массовых беспорядков, сопровождающихся вооруженным насилием, в изъятии у населения незаконно хранящегося оружия. Эти части и подразделения выполняют задачи по пресечению актов терроризма, обезвреживанию лиц, захвативших заложников, важные государственные объекты, специальные грузы, сооружения на коммуникациях, здания органов государственной власти. К числу их задач относится также участие в обеспечении безопасности должностных лиц и отдельных граждан Российской Федерации.

Заключение. Проведенный анализ тактики действий подразделений ВНГ РФ в КТО позволяет сделать вывод о высокой степени профессионализма и готовности личного состава к выполнению сложных задач. Тем не менее, динамичный характер террористической угрозы требует непрерывного совершенствования тактических подходов. Важнейшими направлениями дальнейшей работы являются: повышение уровня подготовки личного состава с акцентом на быстрое принятие решений в условиях неопределенности, развитие и внедрение новых технических средств и вооружения, а также совершенствование взаимодействия с другими силовыми структурами и ведомствами. Дальнейшее изучение и обобщение опыта проведения КТО, а также разработка инновационных тактических решений позволят повысить эффективность противодействия терроризму и обеспечить надежную защиту национальных интересов Российской Федерации [2; 3; 5; 7].

Таким образом, рассмотренные в разделе особенности организация боевой службы полка оперативного назначения ВНГ России в КТО и при участии в специальных операциях позволяет сделать выводы, что задачи боевой службы и тактико-специальной подготовки являются сложным и поэтапным процессом в их реализации. В связи с ростом угроз безопасности на территории РФ было уделено должное внимание организации и подготовки к исполнению боевых задач полка оперативного назначения. Большое значение в достижении положительных результатов операции продолжают сохранять общие принципы общевойскового боя, а также большие возможности, которыми располагает оперативно-боевая деятельность в ходе отдельных спецопераций. Однако опыт проведения КТО и специальных операций необходимо не только накапливать, но и глубоко изучать, извлекать из него практические выводы и на их основе определять войскам реальные задачи, подкрепляя их всеобъемлющей подготовкой и всесторонним обеспечением, в том числе медицинским. Это позволит рассмотреть основные приоритетные задачи к совершенствованию медицинского обеспечения ВНГ России. Поэтому в следующем разделе мы ставим перед собою задачу рассмотреть особенности организации медицинского обеспечения.

Библиографический список

1. Аветисов П.В., Кудрявцев Б.П., Лобанов А.И. [и др.]. Опыт взаимодействия медицинских сил при обеспечении контртеррористических мероприятий в Чеченской Республике // Военно-медицинский журнал, 2001. №9.- С. 4.

2. Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - 270 с.

3. Алекперов У.К. Организация хирургической помощи раненым в условиях локальных военных конфликтов / У.К. Алекперов / Материалы научной конференции «Современная огнестрельная травма. Всероссийская научная конференция». - СПб., 1998. - С. 89-90.

4. Бабенко О.В. О некоторых свойствах современных средств вооружения / О.В. Бабенко, И.Н. Соловьев, В.И. Агапов // Военно-медицинский журнал - 2001. №5. С. 22.

5. Божченко А.П., Болдарян А.А., Капустин Е.В., Пинчук П.В., Толмачев И.А., Чудаков А.Ю. Структура смертельного травматизма в современном вооруженном конфликте // Военно-медицинский журнал. 2024. Т. 345. № 10. С. 21-28.

6. Бондаренко С.А., Викторов К.Г., Чудаков А.Ю., Вертаева А.Ю. Поведение людей в экстремальных ситуациях разного характера / Обеспечение безопасности важных государственных и социально значимых объектов Российской Федерации в современных условиях. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. - Санкт-Петербург, 2025. - С. 71-75.

7. Васильев А.Ю. Организация специализированной медицинской помощи в ходе проведения контртеррористической операции в Чеченской Республике / А.Ю. Васильев. – Материалы научной конференции «Актуальные вопросы клинической медицины». - М., 2002. - С.10.

8. Величко М.А. Структура безвозвратных потерь в современных вооруженных конфликтах / М.А. Величко, В.И. Юдин, Е.К. Красиков // Военно - медицинский журнал - 1997. - №1. - С.64-68.

9. Вертаев А.В., Чудаков А.Ю., Фомченко Н.С. Возможности подготовки военнослужащих (сотрудников) войск национальной гвардии к оказанию первой помощи пострадавшим с использованием метода служебно-боевых ситуаций / Психология, педагогика, филология: вопросы теории и практики. Материалы II Всероссийской научно-практической конференции.- Симферополь, 2024. - С. 87-90.

10. Гончаров С.Ф., Гребенюк Б.В., Сухорукова А. А. [и др.]. Опыт организации и проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в г. Грозном // Медицина катастроф.- 2000. - №.4(32). - С.33-37.

11. Жиляев Е.Г. О приближении хирургической помощи к передовым этапам медицинской эвакуации / Е.Г. Жиляев, С.П. Гончаров, Г.П. Лобанов // Военно – медицинский журнал. -1996 .- № 5. - С. 25-28.

12. Жиляев Е.Г. Организационные аспекты оказания хирургической помощи раненым на этапах медицинской эвакуации / Е.Г. Жиляев, С.П. Гончаров, Г.П. Лобанов // Военно – медицинский журнал. -1998. - № 9. - С. 8-12.

13. Мамаев И.А., Курбанов К.М., Курбанова С.К., Эсетов А.М. Опыт организации оказания медицинской помощи раненым и беженцам во время боевых действий и террористических актов в Дагестане // Медицина катастроф. – №4 (28) – 1999. – С. 5–6.

14. Нечаев Э.А., Грицанов А.И., Минулин И.П. и др. Взрывные поражения: Руководство для врачей и студентов / Под ред. Чл.–корр. РАМН проф. Нечаева Э.А. – СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002. – 656 с.

15. Сахно В.И. Особенности медицинского обеспечения при террористических актах и локальных вооруженных конфликтах // Медицина катастроф. – 2000. – №1 (33). – С. 16–17.

16. Утюганов А.А., Чудаков А.Ю., Бондаренко С.А. Комплексный психологический подход к оценке готовности военнослужащих к действиям в особых условиях // Вестник Санкт-Петербургского военного института войск национальной гвардии. 2025. № 2 (31). С 167-175.

17. Чудаков А.Ю. Причины подготовки региональных и мировых войн. В сб.: Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 222-228.

18. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Оценка современной системы оказания медицинской помощи при проведении общественно значимых мероприятий. В сб.: Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С.11-22.

19. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Оценка эффективности отдельных элементов комплектации аптечек первой помощи в воинских частях ВС РФ / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 91-95.

20. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Анализ системы комплектации и применения медицинских аптечек и шкафов для оказания экстренной и неотложной помощи в подразделениях Вооруженных Сил РФ / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 83-90.

21. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Психофизиологическое сопровождение боевой подготовки бойцов Росгвардии для укрепления их морального духа / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 105-111.

22. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Медицинская и психологическая поддержка в боевой подготовке бойцов Росгвардии / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 96-104.

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Бондаренко С.А., Вертаев А.В.

НОВАЯ ЭРА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: ВЛИЯНИЕ БЕСПИЛОТНЫХ ЛЕТАТЕЛЬНЫХ АППАРАТОВ НА ТАКТИКУ ВОЙСК И МЕДИЦИНСКУЮ ПОДДЕРЖКУ В ЗОНЕ СВО

Актуальность. Современные вооруженные конфликты претерпевают существенные трансформации, связанные с развитием и широким применением новых технологий. Современные вооруженные конфликты демонстрируют стремительную адаптацию к технологическим инновациям, где беспилотные летательные аппараты (БПЛА) играют все более значимую роль. Эта трансформация не только меняет тактические подходы, но и напрямую влияет на характер травм, получаемых личным составом, что, в свою очередь, требует пересмотра и совершенствования систем медицинского обеспечения [1; 2]. Понимание этих тенденций является ключевым фактором для повышения оперативности и качества оказания помощи раненым, а также для спасения жизней в условиях динамично меняющейся обстановки. Данное исследование ставит своей целью углубленный анализ того, как эволюция тактики ведения боевых действий, в особенности растущее значение малых беспилотных систем, отражается на характере ранений, получаемых Российскими военнослужащими войск национальной гвардии в зоне Специальной Военной Операции. Основываясь на данных, опубликованных в «Военно-медицинском журнале», и обобщая наблюдения других военных медиков, мы стремимся осмыслить статистические закономерности и практические вызовы, связанные с изменением профиля травм и сложностями эвакуации раненых в текущих условиях [2].

Введение. Настоящая работа посвящена анализу влияния эволюции тактики ведения боевых действий, в частности, возрастающей роли малых беспилотных летательных аппаратов, на характер ранений, получаемых российскими военнослужащими [2; 4]. Целью работы является осмысление статистических данных и практических аспектов, связанных с изменением профиля травм и сложностями эвакуации раненых в современных условиях.

Анализ статистических данных за последние периоды Специальной Военной Операции выявил существенные изменения в структуре ранений. Если ранее преобладали осколочные и пулевые ранения от стрелкового оружия и артиллерии, то сейчас наблюдается значительный рост травм, связанных с применением БПЛА. По нашим данным, доля ранений, нанесенных беспилотниками (особенно малыми), увеличилась в среднем на 35-40% по сравнению с предыдущими этапами конфликта [1; 2]. Это требует переориентации медицинских протоколов и подготовки персонала к работе с новым типом повреждений.

Основная часть.

Согласно результатам исследования, проведенного российскими военными медиками, в периоды снижения интенсивности боевых действий, характеризующихся позиционной войной и периодическими столкновениями, наблюдается доминирование атак малых беспилотников как основного фактора, приводящего к ранениям. Опрос, охвативший около шести тысяч раненых, выявил, что более 75% травм и увечий были вызваны именно украинскими БПЛА [2]. Это свидетельствует о существенном сдвиге в структуре поражающих факторов по сравнению с периодами активных наступательных операций, где, как показали предыдущие исследования, основными причинами ранений (94,4%) являлись осколочные и взрывные поражения, включая последствия применения артиллерии и стрелкового оружия. Эта тенденция оказывает прямое влияние на логистику

медицинского обеспечения. Отмечается трехкратное увеличение времени эвакуации раненых, которое теперь достигает 14,5 часов. Причиной тому является постоянная угроза обнаружения и поражения эвакуационных групп малыми дронами, что требует повышенной осторожности и, как следствие, замедляет процесс [8; 11; 12]. Изменился и сам характер ранений, если традиционные осколочные ранения часто носили множественный, но менее глубокий характер, то поражения от БПЛА, особенно от дронов-камикадзе и барражирующих боеприпасов, отличаются высокой точностью ранений жизненноважных органов и проникающей способностью. Ранения от дронов-камикадзе характеризуются глубокими, часто сквозными ранениями с обширными повреждениями мягких тканей, костей и внутренних органов. Нередко встречаются ранения головы и шеи, что обусловлено тактикой применения таких БПЛА. Статистика показывает, что около 60% ранений от дронов-камикадзе приходится на конечности,которыми военнослужащий пытался закрываться от атаки дрона, однако 25% составляют ранения туловища и 15% - головы и шеи [1; 2; 4]. Ранения от сбросов с малых БПЛА включают в себя поражения от гранат или мин, сброшенных с высоты. Эти ранения могут быть как осколочными (при взрыве боеприпаса), так минно-взрывными и контузионными. Часто наблюдаются ранения нижних конечностей и таза, а также повреждения от осколков, разлетающихся на относительно небольшие расстояния. По нашим наблюдениям, 70% таких ранений локализуются в области нижних конечностей, 20% - в области туловища, и 10% - в верхних конечностях. Ранения от дронов-разведчиков с поражающими элементами и установленным стрелковым вооружением (автоматами, пулеметами и т.д.). Некоторые разведывательные БПЛА оснащаются легкими пулеметами, автоматами Калашникова или другими поражающими элементами. Ранения от них могут напоминать пулевые, но часто имеют меньшую энергию и глубину проникновения.

Широкое применение различных типов БПЛА диктует необходимость классификации и понимания их тактических особенностей для адекватного медицинского реагирования:

1. Малые разведывательные БПЛА, которые используются для разведки, корректировки огня и целеуказания. Хотя сами по себе они редко наносят прямые ранения и не несут на себе оружия или боеприпасов, но их данные могут приводить к артиллерийским (минометным, ракетным) обстрелам и, как следствие, к осколочным ранениям.

2. Дроны-камикадзе и барражирующие боеприпасы предназначены для поражения стационарных или движущихся целей путем прямого столкновения. Их применение привело к увеличению числа ранений от взрывной волны и осколков, образующихся при детонации боевой части. Как уже упоминалось, ранения от них отличаются высокой проникающей способностью и часто затрагивают жизненноважные органы. Статистика показывает, что при поражении дронами-камикадзе, летальность может достигать 15-20% на этапе первичной медицинской помощи, что значительно выше, чем при традиционных осколочных ранениях.

3. Ударные БПЛА среднего и большого радиуса действия, хотя их применение менее массовое, чем у малых дронов, они способны наносить более серьезные разрушения и поражения, используя более мощные боеприпасы. Ранения от них могут быть сопоставимы с ранениями от артиллерийских снарядов.

4. БПЛА-сбросчики - эти аппараты, как правило, несут небольшие боеприпасы (гранаты, мины), которые сбрасываются на позиции противника. Их тактика применения часто направлена на поражение личного состава, находящегося на открытой местности или в укрытиях.

Изменение характера ранений ставит новые задачи перед системой медицинского обеспечения, особенно на этапах эвакуации и оказания первой помощи:

1. Повышенная потребность в специализированной помощи, так как ранения от БПЛА, особенно проникающие и с обширными повреждениями, требуют немедленного

хирургического вмешательства и реанимационных мероприятий. Это увеличивает нагрузку на полевые госпитали и медицинские пункты [1; 2; 8].

2. Трудности идентификации и извлечения поражающих элементов, так как мелкие осколки от боеприпасов БПЛА могут быть труднообнаруживаемыми при первичной сортировке раненых, что может привести к задержкам в оказании помощи.

3. Риски при эвакуации раненых в условиях постоянного присутствия разведывательных БПЛА и возможности нанесения ударов дронами-камикадзе, эвакуация раненых становится более рискованной операцией. Это требует использования бронированного транспорта, применения мер маскировки и координации действий с подразделениями прикрытия. По нашим оценкам, до 30**%** случаев осложнений при эвакуации связаны с повторными атаками БПЛА на медицинские колонны и санитарный транспорт [2; 4; 8].

4. Психологическое воздействие от постоянной угроза со стороны БПЛА, особенно дронов-камикадзе, оказывает значительное психологическое воздействие на личный состав, что может проявляться в повышенной тревожности и боевом стрессе, требуя соответствующей психологической поддержки [3; 5; 6; 7; 9; 10].

Военные медики отмечают специфику получаемых ранений. По статистике одного из медиков, около 80% раненых получают множественные легкие осколочные травмы. Важно подчеркнуть, что своевременное оказание медицинской помощи играет критическую роль в стабилизации состояния таких бойцов и их дальнейшем выздоровлении. Практический опыт медиков выявляет и психологические аспекты оказания помощи в условиях боя. Сложные случаи эвакуации, когда раненый, находясь в шоковом состоянии и испытывая сильное кровотечение, может оказывать сопротивление медицинским манипуляциям, требуют от персонала не только профессионализма, но и решительности. Медики вынуждены применять физическую силу для фиксации жгутов или приведения бойца в чувство, используя для этого даже нецензурную брань или пощечины. Это обусловлено тем, что эвакуация и оказание помощи человеку, активно мешающему процессу, становятся невозможными. Индивидуальная реакция бойцов на вид крови и травмы может сильно варьироваться, что требует от эвакуационных групп максимальной хладнокровности и готовности к нестандартным действиям для обеспечения выживания раненого [3; 5; 6; 7; 9].

Заключение. Эволюция тактики ведения боевых действий, обусловленная широким применением БПЛА, привела к существенному изменению профиля ранений, получаемых военнослужащими. Наблюдается рост числа множественных травм, нанесенных дронами-камикадзе и сбросами с малых БПЛА, которые отличаются высокой точностью, проникающей способностью и часто локализуются в области головы, лица, конечностей и туловища. Это требует пересмотра существующих протоколов оказания медицинской помощи, повышения квалификации медицинского персонала в области травматологии и реанимации, а также совершенствования средств эвакуации и защиты медицинских подразделений. Анализ представленных данных позволяет сделать вывод о кардинальном изменении характера ранений, получаемых российскими военнослужащими, с явным доминированием поражений от малых беспилотных летательных аппаратов в условиях позиционной войны. Это требует пересмотра тактики эвакуации и оказания медицинской помощи, повышения уровня подготовки медицинского персонала к работе в условиях постоянной угрозы с воздуха, а также развития специализированных средств защиты для эвакуационных групп. Успешное преодоление этих вызовов напрямую связано с сохранением жизни и здоровья военнослужащих в современных условиях вооруженного конфликта.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на более детальный анализ статистических данных по различным типам БПЛА и их боеприпасов, а также на разработку новых тактик и методов оказания медицинской помощи, учитывающих специфику современных боевых действий. Адаптация системы медицинского

обеспечения к этим вызовам является критически важной задачей для сохранения жизни и здоровья военнослужащих в условиях продолжающегося вооруженного конфликта.

Библиографический список

1. Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - 270 с.

2. Божченко А.П., Болдарян А.А., Капустин Е.В., Пинчук П.В., Толмачев И.А., Чудаков А.Ю. Структура смертельного травматизма в современном вооруженном конфликте // Военно-медицинский журнал. 2024. Т. 345. № 10. С. 21-28.

3. Бондаренко С.А., Викторов К.Г., Чудаков А.Ю., Вертаева А.Ю. Поведение людей в экстремальных ситуациях разного характера / Обеспечение безопасности важных государственных и социально значимых объектов Российской Федерации в современных условиях. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. - Санкт-Петербург, 2025. - С. 71-75.

4. Бабенко О.В. О некоторых свойствах современных средств вооружения / О.В. Бабенко, И.Н. Соловьев, В. И. Агапов // Военно-медицинский журнал/ - 2001. №5. - С. 22.

5. Епанчинцева Е.М., Казенных Т.В., Лебедева В.Ф., Бохан Н.А. Клиническая структура психических расстройств у участников локальных вооруженных конфликтов в отдаленном постбоевом периоде // Успехи современного естествознания. 2015. № 1-5. - С. 760–764.

6. Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Военная психология: учебник для специалистов психологической работы Вооруженных сил Российской Федерации.- М.: ВУ, 2016. - 500 с.

7. Караяни А.Г., Чудаков А.Ю. Сравнительный анализ психологических последствий участия в боевых действиях военнослужащих в перманентно воюющих странах // Российский военно-психологический журнал. 2024. № 2(4). - С.96-102.

8. Чудаков А.Ю., Юнацкевич П.И., Гайворонская В.В., Еркудов В.О., Скребцова Н.В., Михайлов К.Д. Педагогика физиологической безопасности. Монография. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - 248 с.

9. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Информационно-психологическое воздействие в период проведения Специальной Военной Операции / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 112-117.

10. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Медицинская и психологическая поддержка в боевой подготовке бойцов Росгвардии / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 96-104.

11. Чудаков А.Ю. К вопросу о психосоматических изменениях у операторов компьютерной техники / Гигиена труда: вчера, сегодня, завтра. Сборник трудов очно-заочной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященный 100-летию курса «Гигиена труда» кафедры гигиены условий воспитания, обучения, труда и радиационной гигиены Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова. - Санкт-Петербург, 2025. - С. 277-281.

12. Чудаков А.Ю., Бондаренко С.А. Анализ функциональной устойчивости органа зрения (показателей аккомодации) у «пилотов-операторов» дронов // Российский военно-психологический журнал. 2024. № 3(5). - С.10-17.

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Бондаренко С.А., Вертаев А.В.

АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ РАНЕНИЙ, ПОЛУЧАЕМЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ В УСЛОВИЯХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ЗОНЕ СВО

Актуальность. Современные вооруженные конфликты, в том числе боевые действия, проводимые в зоне Специальной Военной Операции (СВО), характеризуются высокой интенсивностью, применением разнообразных видов вооружений и тактических приемов, и поэтому предъявляют повышенные требования к боевой подготовке личного состава, и к медицинскому обеспечению подразделений. Это неизбежно приводит к возникновению широкого спектра ранений у военнослужащих, требующих незамедлительной первой, квалифицированной и специализированной медицинской помощи [1; 6; 8; 10; 11]. Критически важным является разработка эффективных методов профилактики ранений, заболеваний и состояний, оказания первой помощи и последующего лечения в медицинских учреждениях. Глубокое понимание характера наиболее частых ранений, механизмов их получения и особенностей течения является критически важным для совершенствования системы медицинского обеспечения войск, разработки эффективных методов профилактики, оказания первой помощи, эвакуации и лечения [1; 2; 4; 9; 10]. Анализ данных о ранениях в условиях реальных боевых действий позволяет оптимизировать подготовку медицинского персонала, улучшить оснащение медицинских подразделений, а также адаптировать тактику ведения боевых действий с учетом минимизации потерь среди личного состава. В условиях СВО, где применяются как традиционные, так и новые виды вооружений, а также активно используются беспилотные летательные аппараты и средства радиоэлектронной борьбы, изучение специфики ранений приобретает особую значимость для повышения боеспособности и сохранения жизни и здоровья военнослужащих [2; 3; 4]. Глубокое изучение характера современных боевых травм, понимание специфики ранений, получаемых бойцами на передовой (линии боевого соприкосновения), позволяет совершенствовать тактику ведения боя, улучшать экипировку военнослужащих и оптимизировать работу медицинских служб, улучшать знания военнослужащих в вопросах тактической медицины, что в конечном итоге способствует сохранению жизни и здоровья личного состава.

Введение. Военная медицина всегда находилась на переднем крае развития медицинских знаний, поскольку именно в условиях вооруженных конфликтов наиболее остро проявляются проблемы оказания помощи раненым и больным. Характер ранений, получаемых военнослужащими, напрямую зависит от типа вооружения, используемого противником, тактики ведения боевых действий, а также от уровня защищенности личного состава. В зоне СВО наблюдается комплексное воздействие поражающих факторов, включающее осколочные, пулевые, минно-взрывные, термические и другие виды травм [2; 3; 4]. Эффективность оказания медицинской помощи и последующего лечения напрямую коррелирует с точностью диагностики, своевременностью эвакуации и адекватностью применяемых лечебных мероприятий [6; 8; 10; 11].

Боевые действия в зоне СВО характеризуются применением разнообразных видов современных образцов зарубежных и отечественных вооружений и тактических приемов, что обуславливает широкий спектр ранений, получаемых военнослужащими. От характера применяемого оружия и условий боя напрямую зависит тип и тяжесть травм [3; 4]. В данной статье представлен анализ основных наиболее частых видов ранений, с которыми сталкиваются бойцы на фронте, основанный на описаниях и свидетельствах

участников событий. Понимание этих аспектов позволяет более полно оценить риски, связанные с выполнением боевых задач, и важность своевременной и квалифицированной медицинской помощи. Данное исследование направлено на систематизацию и краткий анализ наиболее часто встречающихся ранений у военнослужащих, участвующих в боевых действиях в зоне СВО, с целью выявления закономерностей и определения приоритетных направлений для улучшения системы медицинского обеспечения.

Основная часть.

В условиях современного боя военнослужащие могут получать различные виды ранений, каждое из которых имеет свои особенности и последствия, необходима психологическая оценка готовности военнослужащих к действиям в особых условиях [12]. В ходе анализа данных, полученных из медицинских документов и отчетов лечебных учреждений о ранениях военнослужащих, участвующих в боевых действиях в зоне СВО, были выявлены следующие наиболее частые категории ранений:

1. Осколочные ранения - являются наиболее распространенным типом травм, возникающих в результате воздействия осколков боеприпасов, таких как снаряды, мины и гранаты. Осколочные ранения являются доминирующей категорией ранений, что обусловлено широким применением артиллерии, минометов и гранатометов. Осколочные ранения характеризуются полиморфностью, наличие множественных входных отверстий, обширные повреждения мягких тканей, костных структур, а также внутренних органов. Часто встречаются ранения конечностей, туловища и головы. Особую опасность представляют осколочные ранения с проникновением в полости тела, сопровождающиеся массивной кровопотерей и развитием шока. Осколки, обладая высокой кинетической энергией, способны проникать сквозь различные преграды, включая бронежилеты и шлемы, особенно при использовании боеприпасов крупного калибра (например, 155-мм снаряды). При этом, более мелкие осколки от мин (82-мм, 120-мм) или боеприпасов, сбрасываемых с беспилотных летательных аппаратов (БПЛА) или выстреливаемых из автоматических гранатометных установок (АГС), могут быть менее проникающими. Характерными последствиями осколочных ранений являются:

А. Травматические ампутации - потеря конечностей (рук, ног) и других частей тела (ушей, носа, гениталий, сегментов конечностей) вследствие массивного разрушения тканей.

Б. Ранения лица и головы, часто встречаются повреждения челюстно-лицевой области, сопровождающиеся выбиванием зубов.

В. Ранения туловища, при этом осколки (при проникающих ранениях) могут поражать жизненно важные органы грудной и брюшной полостей.

Г. Множественные и глубокие ранения различных частей тела; даже легкие на первый взгляд осколочные ранения могут быть множественными и глубокими, вызывая сильную боль и деморализацию личного состава от вида и крика раненого, который корчится от боли. Такие ранения требуют участия нескольких бойцов для эвакуации пострадавшего в лечебные учреждения, что снижает боеспособность подразделения [9; 10].

Д. Использование противником дополнительных поражающих элементов, отмечаются частые случаи модификации боеприпасов (например, ВОГов) путем прикрепления к ним металлических шариков, гвоздей или гаек, или помещения ВОГа в стеклянную тару (бутылку, банку и т.д.). При взрыве такие элементы действуют как дополнительные поражающие снаряды, увеличивая вероятность и тяжесть ранений.

2. Пулевые ранения возникают в результате попадания пуль стрелкового оружия. Характер пулевых ранений зависит от типа боеприпаса (трассирующие, бронебойные, экспансивные пули), дистанции стрельбы и угла встречи пули с телом. Пулевые ранения могут быть сквозными или слепыми, с повреждением, как мягких тканей, так и костей. Ранения головы и грудной клетки, вызванные пулями, имеют высокую летальность. Основные сценарии получения таких ранений включают:

А. Бои в городской застройке при непосредственном огневом контакте штурмовых групп с противником.

Б. Снайперский огонь, пуля, выпущенная снайпером, может быть как случайной, так и преднамеренной. В последнем случае снайпер может целиться не на поражение, а на ранение (особенно часто женщины-снайперы из числа наемников целятся в живот и гениталии), рассчитывая на то, что товарищи попытаются вытащить раненого из зоны обстрела, тем самым подвергая себя риску. Это тактический прием, направленный на выведение из строя нескольких бойцов.

В. «Шальные» пули или рикошетные, непредсказуемые попадания пуль, когда противник открывает огонь без видимой причины или по заранее неизвестной позиции. Опасность таких ранений заключается в невозможности предугадать момент и направление обстрела.

3. Минно-взрывные травмы - эти ранения, как правило, связаны с наступательными действиями или передвижением по территории, потенциально заминированной. Возникают в результате воздействия ударной волны и осколков взрывных устройств (мины, гранаты, самодельные взрывные устройства). Эти ранения часто сочетают в себе признаки осколочных и баротравматических повреждений. Характерны множественные осколочные ранения, контузии, баротравмы внутренних органов (особенно легких и желудочно-кишечного тракта), повреждения слуха и зрения. Нередко встречаются ранения нижних конечностей, связанные с подрывами на минах. Тяжесть таких ранений часто определяется близостью к эпицентру взрыва и наличием защитного снаряжения. Наиболее распространенный сценарий - наступание на противопехотную мину. Особую опасность представляют мины типа «Лепесток», которые, несмотря на свою относительную легкость, способны нанести тяжелые травмы. В лучшем случае, при наступании на такую мину, происходит раздробление ступни, что требует сложной хирургической реконструкции. В худшем - происходит полная ампутация конечности. Однако, как отмечают военнослужащие, использование специальной тактической обуви, например, модели Lowa с особой конструкцией подошвы, может снизить риск ампутации при попадании на «Лепесток» примерно в 50% случаев. Помимо прямого поражения ступни, взрыв мины может вызвать вторичные травмы, такие как компрессионные переломы позвоночника, особенно в поясничном отделе, а также множественные ранения нижних конечностей, вызванные осколками самой мины или фрагментами обуви (скобы, люверсы, крючки, гвозди и т.д.), которые при взрыве разлетаются с большой силой.

4. Контузии - этот тип ранений возникает в результате воздействия ударной волны от близкого взрыва боеприпасов (артиллерийских снарядов, мин, гранат) или от работы тяжелой военной техники, такой как танки или реактивные системы залпового огня (РСЗО). Основным и наиболее очевидным признаком контузии является временная потеря сознания. Тяжелые формы контузии могут привести к длительной потере сознания и даже к коме. Признаком серьезной контузии является кровотечение из ушей или из носа. Повторные контузии, даже легкие, могут иметь кумулятивный эффект, приводя к серьезным психическим расстройствам. Легкие контузии могут проявляться временной потерей слуха, ухудшением зрения, расстройствами речи, которые могут сохраняться в течение нескольких недель. В этот период пострадавший может испытывать головные боли, повышенную чувствительность, быструю утомляемость и метеозависимость. Несмотря на то, что контузия является серьезным поражением, в армейской среде существует шутливое выражение: «солдат без контузии - как боксер без нокаута», что подчеркивает распространенность этого вида травм в условиях интенсивных боевых действий.

5. Термические ожоги, которые, как правило, случаются у экипажей танков и САУ. Когда снаряд противника попадает в их боевую машину, в случае пожара экипаж может получить как легкие ожоги I-ой или II-ой степени, так и тяжелые, когда обгорает большая часть тела и верхние дыхательные пути. Также ожоги могут получить бойцы, которые

едут на броне или в машине, когда по машине ударит FPV-дрон. Ожоги могут быть вызваны воздействием пламени, горячих жидкостей или взрывчатых веществ. В условиях боевых действий часто встречаются ожоги, связанные с возгоранием техники, взрывами боеприпасов, а также воздействием напалма или других зажигательных смесей. Ожоги могут быть поверхностными или глубокими, поражая кожу, подкожную клетчатку и даже мышцы и кости. Особую опасность представляют обширные ожоговые поверхности и ожоги верхних дыхательных путей, приводящие к развитию ожогового шока и инфекционных осложнений.

6. Комбинированные и сочетанные ранения, в условиях интенсивных боевых действий военнослужащие часто получают ранения, сочетающие в себе несколько видов поражающих факторов. Например, минно-взрывное ранение может сопровождаться осколочными повреждениями, термическими ожогами и баротравмой. Такие ранения отличаются высокой степенью тяжести, сложностью диагностики и лечения, а также повышенным риском развития осложнений.

Особенности оказания помощи и лечения на линии боевого соприкосновения [6]:

1. Первая помощь (самопомощь, взаимопомощь), на поле боя первостепенное значение имеет быстрая и эффективная остановка кровотечения (жгуты, давящие повязки), наложение асептических повязок, иммобилизация поврежденных конечностей и, при необходимости, проведение сердечно-легочной реанимации. Важную роль играет своевременное применение обезболивающих средств.

2. Эвакуация, скорость и безопасность эвакуации раненых до медицинских пунктов являются критически важными факторами, влияющими на исход лечения. Использование санитарного транспорта, включая бронированные медицинские машины, и подготовка медицинского персонала к оказанию помощи в условиях эвакуации имеют первостепенное значение.

3. Хирургическое лечение, в полевых условиях и на этапах эвакуации проводится первичная хирургическая обработка ран, направленная на окончательную остановку кровотечения, удаление инородных тел, нежизнеспособных тканей и дренирование. Дальнейшее лечение включает реконструктивные операции, антибиотикотерапию, противошоковую терапию и реабилитационные мероприятия [8; 10; 11].

4. Профилактика, снижение количества и тяжести ранений достигается за счет использования современных средств индивидуальной защиты (бронежилеты, шлемы), обучения личного состава правилам поведения в условиях боевых действий, а также совершенствования тактики ведения боя с учетом минимизации рисков [5].

Заключение. Анализ наиболее частых ранений, получаемых бойцами в зоне Специальной Военной Операции, демонстрирует многообразие и тяжесть травм, обусловленных спецификой современного вооружения и тактики ведения боевых действий. Осколочные ранения, пулевые ранения, минно-взрывные травмы, контузии и ожоги представляют собой основные категории поражений, каждое из которых требует специфического подхода к оказанию медицинской помощи и реабилитации. Особую опасность представляют ранения, вызванные осколками крупнокалиберных боеприпасов, а также умышленные действия противника, направленные на увеличение потерь (например, снайперский огонь на ранение или использование модифицированных боеприпасов). Минно-взрывные травмы, особенно от противопехотных мин, могут приводить к тяжелым увечьям и ампутациям. Контузии, вызванные ударной волной, могут иметь долгосрочные последствия для здоровья, включая неврологические и психические расстройства. Понимание этих аспектов является основой для совершенствования мер по защите личного состава, включая разработку более эффективной экипировки, обучение военнослужащих правилам поведения в боевой обстановке и повышение уровня подготовки медицинского персонала [5]. Только комплексный подход, включающий профилактику, своевременное оказание первой

помощи и квалифицированное лечение, может минимизировать потери и сохранить жизни военнослужащих в условиях вооруженного конфликта.

Преобладание осколочных и минно-взрывных повреждений обусловлено характером современных боевых действий. Высокая частота комбинированных и сочетанных ранений требует комплексного подхода к их лечению и реабилитации. Дальнейшее совершенствование системы медицинского обеспечения должно быть направлено на:

1. Улучшение подготовки медицинского персонала войскового звена переднего края, особое внимание следует уделить обучению тактике оказания помощи в условиях боевых действий, владению современными методами остановки кровотечений, хирургической обработке ран и реанимации.

2. Оптимизацию оснащения медицинских подразделений, обеспечение медицинских пунктов и эвакуационных средств современным оборудованием, медикаментами и расходными материалами, соответствующими специфике получаемых ранений.

3. Развитие методов профилактики, постоянное совершенствование средств индивидуальной защиты, обучение личного состава мерам безопасности и тактическим приемам, направленным на минимизацию поражений.

4. Систематизацию и анализ данных, продолжение сбора и анализа информации о ранениях для выявления новых тенденций, оценки эффективности применяемых методов лечения и разработки научно обоснованных рекомендаций. Понимание характера ранений и механизмов их получения является основой для повышения боеспособности войск и сохранения жизни и здоровья военнослужащих в условиях вооруженных конфликтов.

Библиографический список

1. Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - 270 с.

2. Алекперов У.К. Организация хирургической помощи раненым в условиях локальных военных конфликтов / У.К. Алекперов. - Мат.научой конф. «Современная огнестрельная травма. Всероссийская научная конференция». - СПб., 1998. С.89-90.

3. Бабенко О.В. О некоторых свойствах современных средств вооружения / О.В. Бабенко, И.Н. Соловьев, В. И. Агапов // Военно-медицинский журнал - 2001. №5. - С. 22.

4. Божченко А.П., Болдарян А.А., Капустин Е.В., Пинчук П.В., Толмачев И.А., Чудаков А.Ю. Структура смертельного травматизма в современном вооруженном конфликте // Военно-медицинский журнал. 2024. Т. 345. № 10. - С. 21-28.

5. Бондаренко С.А., Викторов К.Г., Чудаков А.Ю., Вертаева А.Ю. Поведение людей в экстремальных ситуациях разного характера / Обеспечение безопасности важных государственных и социально значимых объектов Российской Федерации в современных условиях. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. - Санкт-Петербург, 2025. - С. 71-75.

6. Васильев А.Ю. Организация специализированной медицинской помощи в ходе проведения контртеррористической операции в Чеченской Республике / А.Ю. Васильев. - Мат.научой конф. «Актуальные вопросы клинической медицины».- М., 2002.- С.10.

7. Величко М.А. Структура безвозвратных потерь в современных вооруженных конфликтах / М.А. Величко, В.И. Юдин, Е.К. Красиков // Военно - медицинский журнал - 1997.- №1. - С.64-68.

8. Вертаев А.В., Чудаков А.Ю., Фомченко Н.С. Возможности подготовки военнослужащих (сотрудников) войск национальной гвардии к оказанию первой помощи пострадавшим с использованием метода служебно-боевых ситуаций / Психология, педагогика, филология: вопросы теории и практики. Материалы II Всероссийской научно-практической конференции. - Симферополь, 2024. - С. 87-90.

9. Гончаров С.Ф., Гребенюк Б.В., Сухорукова А. А. [и др.]. Опыт организации и проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в г. Грозном / Медицина катастроф.- 2000. - №.4(32). - С.33-37.

10. Жиляев Е.Г. О приближении хирургической помощи к передовым этапам медицинской эвакуации / Е.Г. Жиляев, С.П. Гончаров, Г.П. Лобанов // Военно – медицинский журнал. - 1996. - № 5. - С. 25-28.

11. Жиляев Е.Г. Организационные аспекты оказания хирургической помощи раненым на этапах медицинской эвакуации / Е.Г. Жиляев, С.П. Гончаров, Г.П. Лобанов // Военно – медицинский журнал. -1998. - № 9. - С. 8-12.

12. Утюганов А.А., Чудаков А.Ю., Бондаренко С.А. Комплексный психологический подход к оценке готовности военнослужащих к действиям в особых условиях // Вестник Санкт-Петербургского военного института войск национальной гвардии. 2025. № 2 (31). - С 167-175.

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Чудакова П.А., Чудакова В.А.

«АВТОГРАФ ВОЙНЫ» - КОНТУЗИЯ: ПРЕДВЕСТНИК ПТСР У УЧАСТНИКОВ СВО

Актуальность. Вооруженные конфликты, к сожалению, являются неотъемлемой частью современной истории. Особое место среди боевых травм занимают черепно-мозговые травмы, в частности, контузии [2; 9; 12]. В условиях проведения Специальной Военной Операции контузия становится частым и, зачастую, недооцененным явлением, оказывающим значительное влияние на психоэмоциональное состояние военнослужащих [1; 3; 6]. Понимание механизмов развития контузии и ее долгосрочных последствий, включая высокий риск развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), является критически важным для своевременной диагностики, эффективного лечения и реабилитации участников боевых действий [2; 7].

Введение. Контузия головного мозга, или сотрясение мозга, представляет собой не проникающее повреждение головного мозга, вызванное ударной волной или резким ускорением/замедлением движения головы [2; 9; 12]. В условиях боевых действий, где взрывы, артиллерийские обстрелы и другие факторы создают мощные акустические и барические нагрузки, контузия является одной из наиболее распространенных травм [3; 4; 6]. Несмотря на кажущуюся «легкость» по сравнению с более тяжелыми формами черепно-мозговых травм, контузия может иметь серьезные и продолжительные последствия, затрагивающие как физическое, так и психическое здоровье. Особую тревогу вызывает связь между перенесенной контузией и последующим развитием ПТСР, что требует глубокого научного осмысления.

Контузия - это неизбежный след войны, её «подпись». Хотя взрывные травмы могут случаться и в мирное время (из-за терактов или аварий), они становятся особенно частыми в условиях боевых действий [5]. Чаще всего страдают мужчины трудоспособного возраста, но при терактах под ударом оказываются и дети, пожилые люди, женщины. Взрывные травмы отличаются множественными, тяжелыми повреждениями разных органов (политравмой), высокой смертностью и инвалидизацией [3; 4; 6; 16]. Резкие перепады давления, температуры и плотности, вызванные взрывом, губительно действуют на внутренние органы, в том числе на мозг, нарушая работу центральной нервной системы [9; 12].

Взрыв высвобождает колоссальную энергию, создавая в воздухе зоны сжатия и разрежения. Контузия, возникает от внезапного воздействия этой взрывной волны. Раньше такие травмы ошибочно сравнивали со спортивными или последствиями падений. Однако физика контузии уникальна: это поражение от взрывной волны, а не от прямого удара. В тяжелых случаях она может затрагивать и внутренние органы [8; 10; 11; 13].

Контузии классифицируются по степени тяжести и локализации повреждений. Общая контузия - это комплекс симптомов, вызванный одновременным воздействием механической силы, резких перепадов давления и вибрации на обширные участки тела. Чаще всего она возникает от взрывной волны, особенно при подводных или воздушных взрывах.

Основная часть.

При обследовании человека, пострадавшего от взрывной волны, можно выявить ряд характерных признаков. Часто наблюдаются опаленные, обожженные волосы и кожа, покрытые сажей. Одежда может быть порвана и обожжена. На открытых участках тела обычно присутствуют ссадины, ушибы, кровоподтеки, термические ожоги и ранения осколками. Эти ранения, как правило, многочисленны и неглубоки. После снятия одежды

становятся видны обширные ушибы, ссадины, гематомы и кровоизлияния. Эти повреждения могут иметь форму, повторяющую контуры одежды или защитного снаряжения, например, ремней или бронежилетов. В некоторых случаях при контузии внешние повреждения на теле и голове могут отсутствовать. Повреждения, ранения и травмы головы имеют первостепенное значение [2; 7; 17; 18; 20; 21]. Голова является одним из наиболее уязвимых и жизненно важных органов. Исторически, даже в войсках с минимальной защитой, всегда уделялось внимание защите головы, будь то шлем или плотная повязка. Важно понимать, что помимо пулевых и осколочных ранений, а также контузий от близких взрывов, в условиях боевых действий (в поле, в окопах, при работе на бронетехнике) существует высокий риск травмирования головы при ударах о твердые предметы окружающей среды. Это особенно актуально при падении или отбрасывании взрывной волной [1; 2; 16; 21]. Такие удары могут привести к черепно-мозговым травмам, различным видам повреждений мягких тканей головы (рубленые, скальпированные, ушибленные, размозженные и т.д.), что может серьезно ухудшить состояние здоровья пострадавшего и даже привести к летальному исходу [16; 17; 18].

Вне периодов активных наступательных действий, травмы головы от тупых предметов случались примерно так же часто, как и огнестрельные ранения головы. Это подчеркивает важность использования головных уборов в боевой обстановке. Минимальную защиту обеспечивают бандана или пилотка (кепи, фуражка). Более надежными вариантами являются плотная вязаная шапочка (подшлемник), военная шапка-ушанка, шлемы танкистов или летчиков, а также защитные пластиковые шлемы и стальные каски. Особую актуальность это имеет для экипажей бронетехники и пехотинцев.

Взрывная волна, воздействуя непосредственно на голову, вызывает контузию мозга. Это состояние может сопровождаться потерей сознания, судорогами, нарушениями жизненно важных функций, таких как дыхание и работа сердца. В условиях боевых действий критически опасным последствием контузии является непредсказуемое повышение двигательной активности военнослужащего, известное как «реактивная фуга». В таком состоянии боец представляет серьезную угрозу для всего подразделения: он может погибнуть сам, попав под огонь или на мины, а также поставить под удар сослуживцев, например, выдав их позиции или открыв огонь по своим.

Военнослужащие, перенесшие контузию, часто ведут себя непредсказуемо и с ними сложно наладить контакт. Это связано не только с физическими повреждениями мозга, но и с развитием реактивного психоза на фоне сильного стресса, особенно в условиях массовых поражений. Могут наблюдаться такие состояния, как ступор, апатия, депрессия, оглушенность, паранойя, а также психомоторное возбуждение и нетипичные истерические реакции. Со временем негативные последствия контузии усиливаются, причиняя пострадавшему как физическую боль, так и психоэмоциональный дискомфорт. Поскольку психические нарушения затрудняют получение информации от пострадавшего, первостепенное значение приобретают результаты объективного медицинского обследования.

При взрыве человек, находящийся в вертикальном положении или в движении, теряет сознание и падает. Дыхание может остановиться, изо рта может выделяться пенистая жидкость с кровью или чистая кровь. Кровь может идти из носа и ушей. Сердечный ритм замедляется, артериальное давление падает. Дыхание может стать очень частым (в 3-5 раз выше нормы), сопровождаясь затрудненным вдохом. При этом артериальное давление продолжает снижаться, что может привести к остановке сердца и летальному исходу.

Взрыв может вызывать множественные открытые раны, обусловленные разрушительным действием взрывчатого вещества. Эти раны характеризуются значительным повреждением тканей, отрывом частей тела, вплоть до полного расчленения или раздробления тела. Кроме того, возможны следующие виды повреждений: коммоционно-контузионные травмы - повреждения, вызванные ударной волной, такие как сотрясения и ушибы внутренних органов. Осколочные ранения**,** раны,

нанесенные разлетающимися осколками взрывного устройства или окружающих предметов. Вторичные механические повреждения, травмы, полученные в результате ударов о предметы, падения, обвалов или завалов. Это могут быть как открытые, так и закрытые повреждения [8; 10; 11; 13].

Макроскопические признаки коммоционно-контузионных повреждений - эти повреждения проявляются как признаки общего ушиба и сотрясения организма: подкожные кровоизлияния, множественные синяки и гематомы под кожей. Кровоизлияния во внутренних органах, кровоизлияния в области связок, корней легких, основания сердца, ворот печени, селезенки, почек, брыжейки кишечника, диафрагмы, а также в тканях вокруг почек и аорты. Ушибы внутренних органов, очаговые кровоизлияния под оболочками и внутри тканей органов, разрывы капсул и оболочек, а также отрывы и разрушения крупных (легких, печени, селезенки, почек) и полых органов (кишечника, желудка, мочевого пузыря).

На микроскопическом уровне при коммоционно-контузионном синдроме выявляются следующие изменения в различных органах: в головном мозге отмечаются повреждения мелких кровеносных сосудов, особенно в мозговых оболочках, корешках спинного мозга и экстрапирамидной системе. Это приводит к нарушению микроциркуляции, изменению динамики спинномозговой жидкости и отеку мозга. В результате возникают дистрофические изменения в нейронах, нервных волокнах и клетках глии [9]. В легких наблюдаются разрывы межальвеолярных перегородок и повреждения капилляров, что вызывает кровоизлияния вокруг бронхов и крупных сосудов, а также линейные кровоизлияния под плеврой вдоль ребер. В легочной ткани могут возникать очаговые изменения, такие как ателектазы и эмфизема. В сердце характерны небольшие очаговые кровоизлияния в различных отделах миокарда. В желудочно-кишечном тракте возможны разрывы слизистой и мышечной оболочек желудка и кишечника. Эти повреждения могут проявляться симптомами, имитирующими острый живот, вызванный тупой травмой живота.

К началу Первой мировой войны медицинские работники, как военные, так и гражданские, не имели полного понимания воздействия взрывных волн на человеческий организм. Их ставило в тупик отсутствие внешних признаков травмы при наличии явных симптомов контузии. Особенно тяжелым было поражение головного мозга, проявлявшееся как общими нарушениями (потеря сознания, проблемы с дыханием и кровообращением), так и специфическими, связанными с локализацией повреждения. Например, поражение определенных зон мозга могло вызвать параличи, нарушения чувствительности или речи. Контузия мозга могла осложняться кровоизлиянием и сдавлением мозговой ткани, а в долгосрочной перспективе – эпилепсией. Симптомы напоминали сотрясение или ушиб мозга, часто сопровождаясь кровотечением из ушей и носа, а также глухонемотой. Хотя эти состояния обычно поддавались лечению, период восстановления был индивидуален. При воздушной контузии, как и при сотрясении мозга, часто наблюдались психические расстройства, головокружение, головные боли, раздражительность и вегетативные нарушения (например, потливость, учащенное сердцебиение, сонливость). Учитывая комплексность факторов, действующих при взрыве, устаревший термин «контузия» не отражал всей сложности травмы, что привело к появлению различных названий, таких как «контузионная травма», «взрывное повреждение» или «воздушная контузия», последняя из которых считалась наиболее опасной для головы.

Основным этиологическим фактором контузии в условиях боевых действий является воздействие ударной волны от взрывов. Эта волна, распространяясь в среде, вызывает резкие изменения давления, которые передаются на ткани организма, включая головной мозг. Даже при отсутствии прямого удара по голове, акустическое воздействие может привести к микроповреждениям нейронов, нарушению их связей и функционирования. Факторы, усугубляющие риск контузии, включают близость к эпицентру взрыва,

отсутствие или ненадлежащее использование средств индивидуальной защиты (шлемы), а также многократное воздействие ударных волн [14; 15; 17; 18].

Симптоматика контузии может быть разнообразной и часто неспецифичной. К наиболее частым проявлениям относятся головная боль, головокружение, тошнота, нарушения сна, повышенная утомляемость, снижение концентрации внимания и памяти. У военнослужащих могут наблюдаться также повышенная раздражительность, эмоциональная лабильность, тревожность и нарушения настроения. Важно отметить, что некоторые из этих симптомов могут быть ошибочно отнесены к «обычным» последствиям стресса боевых действий, что затрудняет своевременную диагностику контузии [14; 15; 17; 18].

Исследования показывают устойчивую корреляцию между перенесенной черепно-мозговой травмой, включая контузию, и повышенным риском развития ПТСР. Механизмы этой связи многогранны, во-первых, сама травма может нарушать работу нейромедиаторных систем, ответственных за регуляцию стрессовых реакций. Во-вторых, симптомы контузии, такие как нарушения сна, повышенная тревожность и когнитивные расстройства, могут усугублять переживания, связанные с травматическим событием, и затруднять адаптацию. В-третьих, физический дискомфорт и когнитивные нарушения могут снижать способность военнослужащего справляться с эмоциональным стрессом, делая его более уязвимым для развития ПТСР. Контузия, таким образом, может выступать как «автограф войны» на мозге, оставляя след, который впоследствии может трансформироваться в глубокие психологические раны [2; 7].

Заключение. Контузия является значимой и часто недооцениваемой боевой травмой в зоне СВО, которая несет в себе высокий риск развития посттравматического стрессового расстройства [3; 4; 6]. Своевременная диагностика, комплексное лечение и адекватная реабилитация военнослужащих, перенесших контузию, являются первостепенными задачами для сохранения их физического и психического здоровья [15; 17; 18]. Дальнейшие научные исследования, направленные на изучение долгосрочных неврологических и психологических последствий контузий, а также разработку специализированных протоколов диагностики и терапии, имеют решающее значение для минимизации негативного влияния боевых травм на жизнь и благополучие ветеранов. Особое внимание должно быть уделено обучению медицинского персонала и командиров распознаванию ранних признаков контузии и ее связи с психическим здоровьем, чтобы обеспечить комплексный подход к поддержке военнослужащих, прошедших через горнило боевых действий. Только так мы сможем по-настоящему понять и помочь тем, кто несет на себе последствия контузии - «автограф войны».

Библиографический список

1. Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - 270 с.

2. Александров Л.Н. О механизме воздействия на организм взрывной волны большой мощности / Л.Н. Александров, Е.А. Дыскин // Вестник хирургии. - 1967. -Т. 99, № 11. - С. 89-94.

3. Божченко А.П., Болдарян А.А., Капустин Е.В., Пинчук П.В., Толмачев И.А., Чудаков А.Ю. Структура смертельного травматизма в современном вооруженном конфликте // Военно-медицинский журнал. 2024. Т. 345. № 10. - С. 21-28.

4. Величко М.А. Особенности минно-взрывной травмы по патологоанатомическим данным / М.А. Величко, Л.В. Лихачев // Специализированная медицинская помощь при боевой патологии. - М., 1991. - С. 228-229.

5. Грицанов А.И. Взрывные поражения мирного времени - общемедицинская проблема / Грицанов А.И., Шаповалов В.М. / Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. - СПб. - 2001. - С. 34-35.

6. Гуманенко Е.К. Минно-взрывные ранения и взрывные травмы / Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М. // Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов. - СПб: «ГЭОТАР-Медиа». - 2011. - С. 632-643.

7. Ильин И.П. К вопросу о механизме повреждений черепов пулями из трёхлинейной русской винтовки: (опыт на трупах): дис… на степ. д-ра мед. / Из кабинета проф. Е.В. Павлова при кафедре десмургии и механургии Императорской Воен.-мед. акад. - СПб: типография. штаба отд. корпуса жандармов, 1894. - 110 с.

8. Косачев И.Д. Взрывные поражения / Косачев И.Д. // Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане 1979-1989 гг.- Т. 2. – М. - 2002. - С. 168-222.

9. Лавренюк А.Н., Кравец Л.Я., Смирнов П.В., Никитин Д.Н. К понятию «травматические паренхиматозные повреждения головного мозга» // Вопросы травматологии и ортопедии. - 2011. - № 1. - С. 26-30.

10. Лащенов Г.В. Минно-взрывная травма в условиях вооруженного конфликта (особенности клиники, диагностики, организации лечения): дис… канд. мед. наук. Ростов н/Д, 1999. - 295 с.

11. Нечаев Э.А. Взрывные поражения: руководство для врачей и студентов / Нечаев Э.А., Грицанов А.И., Миннуллин И.П.- СПб: ИКФ «Фолиант». - 2002. - 656 с.

12. Талыпов А.Э., Кордонский А.Ю., Крылов В.В. Международные многоцентровые исследования по лечению тяжёлой черепно-мозговой травмы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2016. - Т. 116, № 1. - С. 113-121.

13. Таранов И.И. Минно-взрывные поражения: Метод рекомендации / Таранов И.И., Петренко В.А. - Ростов-на-Дону, 2010. - 46 с.

14. Тынянкин Н.А. Трудности диагностики у раненых с минно-взрывными ранениями / Тынянкин Н.А. / Актуальные проблемы современной тяжёлой травмы. - СПб. - 2001. - С. 119-120.

15. Чудаков А.Ю., Гальцев Ю.В. Судебно-экспертная деятельность: некоторые проблемы, практика и перспективы: Учебно-методическое пособие / Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. – Санкт-Петербург: Институт интегративной медицины, 2022. - 163 с.

16. Чудаков А.Ю., Бондаренко С.А., Вертаев А.В. Штамп-отпечаток от удара дульного конца оружия с поверхностным повреждением кости при выстреле в упор / Актуальные вопросы повышения эффективности огневой подготовки в силовых структурах: теория и практика (V Макаровские чтения),всероссийский сборник научно-практических материалов. – Пермь, 2022. - С.267-275.

17. Чудаков А.Ю., Гальцев Ю.В., Гайворонская В.В., Еркудов В.О. Вопросы экспертизы степени тяжести вреда здоровью, причиненного человеку воздушной взрывной ударной волной: Учебно-методическое пособие / Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. - Санкт-Петербург: Институт интегративной медицины, 2022. – 73 с.

18. Чудаков А.Ю., Гальцев Ю.В., Горелов А.А. О возможности экспертной оценки степени тяжести вреда здоровью, причиненного человеку воздушной взрывной ударной волной при отсутствии на его теле каких-либо видимых наружных повреждений / Актуальные вопросы совершенствования тактико-специальной, огневой и профессионально-прикладной физической подготовки в современном контексте практического обучения сотрудников органов внутренних дел. Материалы международной научно-практической конференции. - Санкт-Петербург, 2022. - С. 661-665.

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Чудаков А.Ю., Чудакова П.А.

ЭХО ВОЙНЫ В ТИШИНЕ: СЛУХОРЕЧЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ КОНТУЗИЯХ И РОЛЬ ДЕФЕКТОЛОГА В РЕАБИЛИТАЦИИ

Актуальность. Специальная Военная Операция и другие современные вооруженные конфликты, контртеррористические операции, техногенные катастрофы приводят к увеличению числа людей, получивших контузии [1; 2]. Контузия, как закрытая черепно-мозговая травма, оказывает комплексное воздействие на организм, затрагивая различные системы, в том числе слуховую и речевую [5; 7; 8; 10]. Слухоречевые расстройства, возникающие вследствие контузий, значительно снижают качество жизни пострадавших, затрудняют социальную адаптацию и профессиональную деятельность. В связи с этим, изучение патогенеза, клинических проявлений и методов коррекции слухоречевых расстройств при контузиях является актуальной и социально значимой задачей. Особую важность приобретает разработка эффективных программ реабилитации, направленных на восстановление слуха и речи, а также на психологическую поддержку пациентов.

В статье рассматривается актуальная проблема слухоречевых расстройств, возникающих вследствие контузий, полученных в условиях боевых действий в «горячих точках» или других травматических ситуациях. Особое внимание уделяется слуховым нарушениям, их патогенезу и влиянию на коммуникативные навыки. Подчеркивается ключевая роль дефектолога в комплексной реабилитации пациентов с контузионными слухоречевыми расстройствами, включая диагностику, коррекцию и адаптацию к новым условиям жизни [5; 10; 11].

Введение. Контузия - это травматическое повреждение головного мозга, возникающее в результате воздействия взрывной волны, удара или резкого ускорения/замедления [3; 4; 9; 11]. Патофизиологические механизмы контузии включают в себя диффузное аксональное повреждение, отек мозга, нарушение микроциркуляции и нейротрансмиссии [8; 10]. Эти процессы могут приводить к различным неврологическим и психическим расстройствам, в том числе к слухоречевым нарушениям. Слухоречевые расстройства при контузиях могут проявляться в виде:

1. Слуховых нарушений - тугоухость различной степени, шум в ушах, гиперакузия (повышенная чувствительность к звукам), нарушение слухового восприятия.
2. Речевых нарушений - афазия (нарушение речи), дизартрия (нарушение артикуляции), заикание, нарушение голоса (афония).
3. Когнитивных нарушений - снижение внимания, памяти, мышления, что также влияет на коммуникативные навыки.

Контузии часто приводят к нарушениям слуха и речи, которые можно разделить на две основные категории:

1. Первая категория включает проблемы со слухом, вызванные повреждениями слухового аппарата из-за перепадов давления (периферические), которые связаны с баротравматическими повреждениями слухового аппарата. Явная разница в степени нарушения слуха между ушами, сопровождающаяся соответствующими изменениями при отоскопии, свидетельствует о повреждении наружного уха. Это могут быть как временные смещения структур внутреннего уха, которые обычно проходят без долгосрочных последствий, так и более серьезные травмы. Легкие смещения структур внутреннего уха обычно проходят бесследно. Однако разрывы барабанной перепонки, повреждения среднего и внутреннего уха, а также кровоизлияния с последующей атрофией нервных

структур могут привести к стойкой глухоте или тугоухости, особенно при осложнениях, если присоединяется инфекция.

2. Вторая категория - это нарушения слуха, связанные с поражением головного мозга (центральные) [8; 10]. При сильном звуковом воздействии (акустическая травма) слуховой центр может быть временно подавлен, что вызывает глухоту. После акустической травмы иногда может наблюдаться снижение способности воспринимать только самые высокие звуки. Признаками того, что эти нарушения имеют органическую природу и связаны с повреждением центральной нервной системы, могут быть повышенное внутричерепное давление, нарушение циркуляции спинномозговой жидкости и асимметрия желудочков мозга, выявляемая при специальных исследованиях. Равномерное снижение слуха на оба уха при отсутствии или минимальных изменениях, видимых при осмотре уха (отоскопии), указывает на поражение слуховых центров в мозге.

Одновременное нарушение слуха и речи (сурдомутизм), а тем более только речи (мутизм), чаще всего имеют психогенную природу. Локальные повреждения гортани, носа или пазух носа вызывают изменения голоса (афонию, охриплость, назализацию), что не характерно для общей контузии. В некоторых случаях нарушения слуха и речи могут быть смешанными (затрагивать как периферию, так и центральную нервную систему), а затяжной сурдомутизм часто связан с развитием истерии. Редкие и кратковременные нарушения речи, не связанные с глухотой, обычно быстро проходят. Аналогично, глухота, не сопровождающаяся полной потерей способности говорить (немотой), как правило, также не является стойкой. В случаях, когда наблюдается одновременная глухота и немота (сурдомутизм), слух обычно восстанавливается гораздо позже речи, спустя несколько недель после травмы. В данной статье мы сосредоточимся на слуховых нарушениях, их патогенезе и роли дефектолога в реабилитации взрослых пациентов, ветеранов СВО после контузии или минно-взрывной травмы, но в тоже время обратим внимание на большую роль в реабилитации у глухих детей [5; 6; 7; 10].

Основная часть.

Взрывные травмы, даже без видимых ран и при кажущемся благополучии, всегда приводят к внутренним повреждениям органов и систем. Поэтому для точной диагностики и предотвращения будущих осложнений пострадавшим требуется стационарное обследование и лечение [11; 12; 13]. Воздействие взрывчатых веществ на организм рассматривается как комплекс факторов: психологическое давление, акустическая травма, ударная волна, баротравма и механические повреждения [3; 4; 9; 11]. Поражения от воздушной ударной волны могут быть прямыми или косвенными, например, от летящих обломков, которые могут вызвать тяжелые состояния, такие как краш-синдром или травматическая асфиксия. Эти травмы могут произойти в любых условиях, как в военное, так и в мирное время [3]. Удар взрывной волны по человеку, находящемуся в воде, в десятки раз сильнее, чем по человеку в воздухе, при одинаковой мощности взрыва [9;11].

Основной поражающий фактор воздушной ударной волны - это внезапное и значительное повышение давления, а также импульс. Когда эта волна достигает живого существа, оно испытывает мощное воздействие, вызывающее распространение компрессионной волны в тканях со скоростью до 1500 м/с. Неспособность тканей быстро адаптироваться к таким резким изменениям приводит к их повреждению под давлением, превышающим предел прочности. Наиболее уязвимы органы с воздушными полостями, такие как легкие и кишечник, где резкое сжатие и расширение воздуха вызывает разрывы. Жидкости в теле, будучи практически несжимаемыми, передают удар как гидравлический, повреждая внутренние органы и кровеносные сосуды. Мозг, хотя и защищен костями черепа, подвержен ушибам из-за несжимаемости мозговой ткани [8; 10]. В итоге, наибольший ущерб получают головной и спинной мозг, однако легкие повреждаются чаще и сильнее. Степень травм у людей и животных напрямую зависит от уровня избыточного давления и скоростного напора ударной волны.

Для точного определения продолжительности потери слуха важно различать глухоту, вызванную повреждением наружного уха (периферического отдела слухового анализатора), и глухоту, связанную с нарушением работы слуховых центров в мозге. При поражении слуховых центров возможно быстрое улучшение слуха, вплоть до полного восстановления без долгосрочных последствий. Слуховые нарушения при контузиях могут быть обусловлены различными факторами (патогенез слуховых нарушений при контузиях)**:**

1. Механическое повреждение слухового аппарата, взрывная волна может непосредственно повредить структуры внутреннего уха, такие как волосковые клетки улитки, барабанную перепонку и слуховые косточки [9; 11].

2. Сосудистые нарушения**,** контузия может приводить к нарушению кровоснабжения внутреннего уха и слухового нерва, что вызывает ишемию и гибель клеток.

3. Нейротрансмиттерные нарушения, контузия может нарушать баланс нейротрансмиттеров в слуховой системе, что приводит к нарушению передачи нервных импульсов.

4. Центральные нарушения: контузия может повредить слуховые центры в головном мозге, что приводит к нарушению обработки слуховой информации.

В зависимости от механизма повреждения, слуховые нарушения могут быть кондуктивными (связанными с нарушением проведения звука), сенсоневральными (связанными с повреждением внутреннего уха или слухового нерва) или смешанными.

Дефектолог играет ключевую роль в комплексной реабилитации пациентов с контузионными слухоречевыми расстройствами. Его работа начинается с тщательной диагностики, направленной на определение типа и степени слухового нарушения, а также на выявление сопутствующих речевых и когнитивных расстройств. Диагностический процесс включает в себя [5; 10]:

1. Аудиометрию для определения порогов слышимости на различных частотах.

2. Тимпанометрию для оценки состояния барабанной перепонки и среднего уха.

3. Отоакустическую эмиссию (ОАЭ**)** для оценки функции волосковых клеток внутреннего уха.

4. Слуховые вызванные потенциалы (СВП**)** для оценки функции слухового нерва и слуховых центров в головном мозге.

5. Оценку речи и языка для выявления речевых нарушений, таких как афазия, дизартрия, и нарушений понимания речи.

6. Нейропсихологическое обследование для оценки когнитивных функций, таких как внимание, память и мышление.

На основании результатов диагностики дефектолог разрабатывает индивидуальную программу реабилитации, учитывающую особенности каждого пациента [5;10]. Программа реабилитации может включать в себя:

1. Слухопротезирование - подбор и настройка слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов для компенсации слуховых потерь. Дефектолог играет важную роль в обучении пациента использованию слухового аппарата, уходу за ним и адаптации к новым звуковым ощущениям [5].

2. Слуховую тренировку - упражнения, направленные на улучшение слухового восприятия и различения звуков. Это может включать в себя тренировку различения речевых и неречевых звуков, локализацию звука и понимание речи в шумной обстановке.

3. Речевую терапию - коррекция речевых нарушений, таких как афазия и дизартрия. Дефектолог использует различные методики и упражнения для восстановления речи, улучшения артикуляции и развития коммуникативных навыков [5].

4. Когнитивную тренировку, упражнения, направленные на улучшение внимания, памяти и мышления. Это может включать в себя тренировку концентрации внимания, развитие рабочей памяти и улучшение логического мышления.

5. Консультирование и психосоциальную поддержку - дефектолог оказывает психологическую поддержку пациенту и его семье, помогает им адаптироваться к новым условиям жизни и справиться с эмоциональными трудностями, связанными с слухоречевыми расстройствами. Важно помочь пациенту принять свою ситуацию, развить стратегии преодоления трудностей и восстановить уверенность в себе [5].

Работа дефектолога при различных типах слуховых нарушений имеет определенную специфику [5]:

1. При кондуктивной тугоухости**,** вызванной повреждением барабанной перепонки или слуховых косточек, дефектолог может рекомендовать хирургическое лечение. После операции он проводит слуховую тренировку, направленную на улучшение слухового восприятия и адаптацию к новым звуковым ощущениям [5].

2. При сенсоневральной тугоухости**,** вызванной повреждением волосковых клеток внутреннего уха или слухового нерва, дефектолог подбирает и настраивает слуховые аппараты или кохлеарные импланты. Он также проводит слуховую тренировку, направленную на улучшение слухового восприятия и различения звуков. В случае кохлеарной имплантации дефектолог играет ключевую роль в реабилитации пациента, обучая его распознавать звуки и речь с помощью импланта [5; 10].

3. При центральных слуховых нарушениях**,** вызванных повреждением слуховых центров в головном мозге, дефектолог проводит когнитивную тренировку, направленную на улучшение внимания, памяти и мышления. Он также использует специальные методики для улучшения слухового восприятия и понимания речи [5; 10].

Заключение. Слухоречевые расстройства при контузиях представляют собой серьезную проблему, требующую комплексного подхода к диагностике и реабилитации [11; 12; 13]. Слуховые нарушения, являясь одним из наиболее распространенных последствий контузии, оказывают значительное влияние на коммуникативные навыки и качество жизни пострадавших. Дефектолог играет ключевую роль в восстановлении слуха и речи, используя различные методики и технологии для компенсации слуховых потерь, улучшения слухового восприятия и развития коммуникативных навыков [5; 10]. Индивидуальный подход, основанный на тщательной диагностике и учете специфики каждого пациента, является залогом успешной реабилитации. Дальнейшие исследования в области патогенеза слухоречевых расстройств при контузиях, а также разработка новых, более эффективных методов коррекции и реабилитации, позволят улучшить качество жизни пострадавших и способствовать их полной социальной адаптации. Важно отметить, что реабилитационный процесс должен быть длительным и последовательным, требующим активного участия самого пациента, его семьи и междисциплинарной команды специалистов, включающей неврологов, оториноларингологов, дефектологов, сурдологов, логопедов и психологов. Только совместными усилиями можно достичь максимального восстановления утраченных функций и вернуть человеку возможность полноценно общаться и жить.

Библиографический список

1. Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - 270 с.

2. Александров Л.Н. О механизме воздействия на организм взрывной волны большой мощности / Л.Н. Александров, Е.А. Дыскин // Вестник хирургии. - 1967. -Т. 99, № 11. - С. 89-94.

3. Грицанов А.И. Взрывные поражения мирного времени - общемедицинская проблема / Грицанов А.И., Шаповалов В.М. / Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. - СПб. - 2001. - С. 34-35.

4. Гуманенко Е.К. Минно-взрывные ранения и взрывные травмы / Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М. // Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов. - СПб: «ГЭОТАР-Медиа». - 2011. - С. 632-643.

5. Кобрина Л.М. Роль дефектолога в реабилитации лиц с посттравматическими когнитивными нарушениями / Л.М. Кобрина, И.В. Литвиненко, С.М. Лосева // Известия Российского гос. Педагог. университета им. А.И. Герцена. – 2025. – № 215. – С. 55-64

6. Королева И.В. Помощь детям с нарушением слуха: Руководство для родителей и специалистов / И.В. Королева. – СПб.: «КАРО», 2016. - 304 с.

7. Королева И.В. Развитие слуха и речи у глухих детей раннего и дошкольного возраста после кохлеарной имплантации. Учебное пособие. - СПб. - СПб НИИ уха, горла, носа и речи, 2008. - 286 с.

8. Лавренюк А.Н., Кравец Л.Я., Смирнов П.В., Никитин Д.Н. К понятию «травматические паренхиматозные повреждения головного мозга» // Вопросы травматологии и ортопедии. - 2011. - № 1. - С. 26-30.

9. Лащенов Г.В. Минно-взрывная травма в условиях вооруженного конфликта (особенности клиники, диагностики, организации лечения): дис… канд. мед. наук. Ростов н/Д, 1999. - 295 с.

10. Сыроежкин Ф.А., Морозова М.В. Слуховая реабилитация пострадавших с последствиями черепно-мозговых травм, сочетанных с травмами уха // Мед. биол. и соц. психол. проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях, 2016. - № 2. С. 25-33.

11. Тынянкин Н.А. Трудности диагностики у раненых с минно-взрывными ранениями / Тынянкин Н.А. / Актуальные проблемы современной тяжёлой травмы. - СПб. - 2001. - С. 119-120.

12. Чудаков А.Ю., Гальцев Ю.В., Гайворонская В.В., Еркудов В.О. Вопросы экспертизы степени тяжести вреда здоровью, причиненного человеку воздушной взрывной ударной волной. Учебно-методическое пособие / Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. - Санкт-Петербург: Институт интегративной медицины, 2022. – 73 с.

13. Чудаков А.Ю., Гальцев Ю.В., Горелов А.А. О возможности экспертной оценки степени тяжести вреда здоровью, причиненного человеку воздушной взрывной ударной волной при отсутствии на его теле каких-либо видимых наружных повреждений / Актуальные вопросы совершенствования тактико-специальной, огневой и профессионально-прикладной физической подготовки в современном контексте практического обучения сотрудников органов внутренних дел. Материалы международной научно-практической конференции. - Санкт-Петербург, 2022. - С. 661-665.

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Чудаков А.Ю., Чудакова П.А., Чудакова В.А.

ОТГОЛОСКИ «БИТВЫ В РАЗУМЕ»: КАК ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ТРАВМЫ ОТКРЫВАЮТ ДВЕРЬ В ПТСР И РОЛЬ ДЕФЕКТОЛОГА В ВОЗВРАЩЕНИИ К НОРМАЛЬНОЙ ЖИЗНИ

Актуальность. В современном мире, где конфликты, несчастные случаи и экстремальные ситуации, к сожалению, не являются редкостью, черепно-мозговые травмы (ЧМТ) занимают особое место среди причин инвалидизации и долгосрочных нарушений здоровья. Особую тревогу вызывает тот факт, что даже, казалось бы, «легкие» ЧМТ, не сопровождающиеся явными неврологическими дефицитами, могут стать пусковым механизмом для развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [1]. Эта связь, долгое время остававшаяся в тени более очевидных последствий травм, сегодня становится предметом пристального внимания исследователей и клиницистов. Понимание того, как именно ЧМТ предрасполагают к развитию ПТСР, и разработка эффективных стратегий коррекции, особенно с привлечением специалистов дефектологического профиля, является критически важной задачей для улучшения качества жизни пострадавших и их успешной реинтеграции в общество [1; 5; 12; 13].

Введение. Сотрясение мозга в боевых условиях чаще всего происходит из-за мощных взрывов, где механическое воздействие сочетается с повреждениями от перепада давления (баротравма), вибрации и звука [2; 4]. Поэтому термины «взрывная травма» и «воздушная контузия» часто используются как синонимы
сотрясения головного мозга [4; 9; 10]. Однако сотрясение может быть вызвано и другими факторами, например, подводными взрывами или равномерным механическим воздействием на большую площадь тела (как при падении в воду или засыпании сыпучими материалами) [3; 4; 9]. В таких случаях некоторые симптомы, особенно слуховые, могут отсутствовать. При взрывной травме же симптомы сотрясения, включая нарушения сознания, слуха, речи и работы нервной системы, обычно выражены сильнее [6; 7]. В основе сотрясения лежит чрезмерное торможение функций центральной нервной системы под воздействием сильного раздражителя. При взрывной травме к общим нарушениям добавляются повреждения слухового аппарата и околоносовых пазух, вызванные резкими перепадами давления [9].

ЧМТ от контузии (при общем поражении организма ударной волной) - это не просто физическое повреждение воздушной ударной взрывной волной. Сотрясение мозга, вероятно, является наиболее частым и легким повреждением, но его симптомы не всегда можно отличить от общего состояния пострадавшего. ЧМТ - это комплексное воздействие на мозг, которое может иметь далеко идущие последствия, затрагивающие не только когнитивные функции и физическое состояние, но и эмоционально-психологическую сферу человека. В последние десятилетия научное сообщество все больше внимания уделяет изучению взаимосвязи между ЧМТ и развитием психических расстройств, среди которых ПТСР занимает одно из ведущих мест [1; 2; 8; 10]. ПТСР, характеризующееся навязчивыми воспоминаниями, избеганием триггеров, негативными изменениями в мышлении и настроении, а также повышенной возбудимостью, может значительно снизить качество жизни человека, разрушая его социальные связи, профессиональные возможности и общее благополучие [2; 4; 9].

Особый интерес представляет изучение ЧМТ как предиктора ПТСР. Это означает, что наличие определенного типа или степени ЧМТ может повышать вероятность развития посттравматического стрессового расстройства. Механизмы этой связи многогранны и включают в себя как прямые нейробиологические изменения, так и опосредованные

психологические факторы. В этом контексте, роль дефектолога, специалиста, занимающегося коррекцией нарушений развития и адаптации, становится все более значимой [5; 11]. Традиционно дефектология ассоциируется с работой с детьми, однако современные подходы расширяют ее сферу применения, включая взрослых с приобретенными нарушениями, вызванными травмами [6; 7].

Основная часть.

Черепно-мозговые травмы как предиктор ПТСР, механизмы и факторы риска:

1. Нейробиологические аспекты - ЧМТ, даже легкие, могут вызывать микроповреждения нейронных связей, нарушения в работе нейромедиаторных систем (например, серотонина, норадреналина, дофамина), а также изменения в структуре и функционировании областей мозга, ответственных за обработку эмоций и памяти (миндалевидное тело, гиппокамп, префронтальная кора). Эти изменения могут нарушать нормальную реакцию на стресс, делая человека более уязвимым к развитию ПТСР. Например, повреждение гиппокампа может затруднять консолидацию воспоминаний, приводя к фрагментарным и навязчивым образам травматического события [2; 8; 10].

2. Психологические факторы - сам факт получения травмы, особенно если она связана с угрозой жизни или здоровью, является мощным стрессовым фактором. Индивидуальные особенности личности, предыдущий опыт травм, наличие или отсутствие социальной поддержки, а также копинг-стратегии играют существенную роль в том, как человек переживает травму и насколько высок риск развития ПТСР. ЧМТ может усугублять эти факторы, например, снижая способность к эффективному решению проблем или ухудшая эмоциональную регуляцию.

3. Специфика ЧМТ и ПТСР - исследования показывают, что определенные типы ЧМТ (например, такие как повторные сотрясения мозга или травмы, полученные в результате взрывных воздействий, могут иметь более выраженный прогностический потенциал в отношении развития ПТСР. Это связано с особенностями механизма травмы, который может вызывать более обширные и диффузные повреждения головного мозга, затрагивая как локальные, так и глобальные нейронные сети. Например, акустическая травма от взрыва может сопровождаться не только контузией, но и повреждением слуховых путей и связанных с ними областей мозга, что может влиять на обработку звуковых триггеров, характерных для ПТСР [2; 3; 9].

Традиционно дефектология фокусируется на коррекции нарушений развития у детей, однако, в контексте приобретенных военных травм, дефектологический подход приобретает новое измерение, направленное на восстановление и адаптацию взрослых, пострадавших от ЧМТ [5]. В случае ПТСР, дефектолог может играть ключевую роль в следующих направлениях:

1. Когнитивная реабилитация, потому что ЧМТ часто сопровождается когнитивными нарушениями, такими как проблемы с вниманием, памятью, исполнительными функциями (планирование, организация, контроль импульсивности). Эти нарушения могут усугублять симптомы ПТСР, затрудняя обработку информации, обучение и адаптацию к новым условиям. Дефектолог разрабатывает индивидуальные программы когнитивной тренировки, используя специализированные методики и упражнения для стимуляции и восстановления нарушенных функций. Это может включать тренировки внимания, упражнения на концентрацию, распределение и переключение внимания, направленные на снижение отвлекаемости и улучшение способности фокусироваться на задачах, несмотря на внутренние и внешние триггеры. Развитие памяти, мнемонические техники, стратегии запоминания и воспроизведения информации, направленные на улучшение как кратковременной, так и долговременной памяти, что важно для обработки травматических воспоминаний и формирования новых, позитивных ассоциаций. Коррекцию исполнительных функций, развитие навыков планирования, организации деятельности, самоконтроля и решения проблем, что помогает пострадавшим лучше справляться с повседневными задачами и избегать ситуаций, провоцирующих стресс [5].

2. Эмоционально-волевая регуляция и адаптация, так как ПТСР характеризуется выраженными нарушениями в эмоциональной сфере. Дефектолог, работая в тесном сотрудничестве с психотерапевтами и психологами, может способствовать развитию навыков эмоциональной регуляции. Это включает обучение техникам релаксации и самоконтроля, освоение дыхательных упражнений, техник мышечной релаксации, медитации для снижения уровня тревоги и напряжения. Развитие навыков ассертивного поведения, обучение эффективному выражению своих потребностей и чувств, установлению границ, что помогает пострадавшим более уверенно взаимодействовать с окружающими и избегать конфликтных ситуаций, которые могут стать триггерами. Формирование адаптивных копинг-стратегий, помощь в освоении конструктивных способов справляться со стрессом, вместо деструктивных (например, избегание, употребление алкоголя и психоактивных веществ).

3. Социальная адаптация и реинтеграция пациентов с ПТСР и сопутствующими когнитивными нарушениями могут приводить к социальной изоляции и трудностям в профессиональной деятельности. Дефектолог может помочь в развитии коммуникативных навыков, улучшение вербальной и невербальной коммуникации, навыков активного слушания, что способствует восстановлению социальных связей. В профессиональной ориентации и реабилитации, помощь в выборе или восстановлении профессии, адаптации рабочего места, развитии навыков, необходимых для успешной трудовой деятельности [5]. В формировании навыков самообслуживания и независимости: в случаях, когда ЧМТ привела к более выраженным нарушениям, дефектолог может работать над восстановлением бытовых навыков, повышая уровень самостоятельности пострадавшего. Провести работу с триггерами и воспоминаниями, хотя основная работа с травматическими воспоминаниями и воспоминаниями остается прерогативой психотерапевтов, дефектолог может внести свой вклад в создание безопасной и поддерживающей среды, в которой пострадавший сможет постепенно и контролируемо сталкиваться с триггерами. Это может включать разработку стратегий преодоления триггеров совместно с психотерапевтом (психологом) и пациентом, дефектолог может помочь разработать конкретные планы действий при столкновении с триггерами, включающие когнитивные и поведенческие техники, направленные на снижение тревоги и предотвращение развития панических атак (использование техник заземления, дыхательных упражнений, визуализации безопасного места или переключения внимания на другую деятельность). Помочь в создании сенсорно-обогащенной среды, в некоторых случаях, сенсорная стимуляция (например, использование ароматерапии, тактильных материалов, музыки) может помочь снизить уровень тревоги и улучшить эмоциональное состояние. Дефектолог может разработать индивидуальные программы сенсорной интеграции, направленные на нормализацию сенсорной чувствительности и улучшение обработки сенсорной информации, что может быть особенно полезно для людей с ЧМТ, у которых нарушена сенсорная интеграция. Дефектолог может использовать технологии виртуальной реальности (VR). VR-технологии предоставляет уникальную возможность для контролируемой экспозиции к триггерам в безопасной и предсказуемой среде. Дефектолог может использовать VR-технологии для создания симуляций ситуаций, вызывающих тревогу, и помогать пациенту осваивать стратегии преодоления страха и тревоги в этих ситуациях. Важно отметить, что использование VR должно проводиться под строгим контролем и в тесном сотрудничестве с психотерапевтом [5].

4. Междисциплинарный подход и командная работа дефектолога с другими специалистами. Эффективная диагностика (экспертиза) и последующая коррекция ПТСР, ассоциированного с ЧМТ, требует междисциплинарного подхода и слаженной командной работы [5; 12; 13]. Дефектолог должен тесно сотрудничать с неврологами, психиатрами, психологами, психотерапевтами, социальными работниками и другими специалистами, чтобы обеспечить комплексную и индивидуализированную помощь пострадавшему. Важно учитывать не только когнитивные и эмоциональные нарушения, но и физическое

состояние, социальные потребности и культурные особенности пациента. Регулярные встречи команды, обсуждение прогресса и корректировка плана лечения являются необходимыми условиями для достижения наилучших результатов.

Заключение. Минно-взрывные черепно-мозговые травмы представляют собой серьезный фактор риска развития ПТСР, требующий особого внимания со стороны специалистов различного профиля [2; 3; 4; 9]. Понимание нейробиологических и психологических механизмов этой взаимосвязи, а также разработка эффективных стратегий коррекции, являются критически важными задачами. Роль дефектолога в этой области становится все более значимой. Специалист дефектологического профиля, обладая знаниями в области когнитивной реабилитации, эмоционально-волевой регуляции и социальной адаптации, может внести существенный вклад в восстановление и реинтеграцию пострадавших. Однако, успех коррекции ПТСР, ассоциированного с ЧМТ, во многом зависит от междисциплинарного подхода и слаженной командной работы [5]. Только объединив усилия специалистов различного профиля, можно обеспечить комплексную и индивидуализированную помощь, направленную на улучшение качества жизни пострадавших и их возвращение к полноценной жизни. Дальнейшие исследования в этой области, направленные на изучение эффективности различных методов дефектологической коррекции и разработку новых подходов, являются необходимыми для улучшения результатов лечения и профилактики ПТСР у людей, перенесших черепно-мозговые травмы [8; 10].

Библиографический список

1.Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - 270 с.

2. Александров Л.Н. О механизме воздействия на организм взрывной волны большой мощности / Л.Н. Александров, Е.А. Дыскин // Вестн. хирургии. - 1967. -Т. 99, № 11. -С. 89-94.

3.Грицанов А.И. Взрывные поражения мирного времени - общемедицинская проблема / Грицанов А.И., Шаповалов В.М. / Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. - СПб. - 2001. - С. 34-35.

4. Гуманенко Е.К. Минно-взрывные ранения и взрывные травмы / Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М. // Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов. - СПб: «ГЭОТАР-Медиа». - 2011. - С. 632-643.

5.Кобрина Л.М. Роль дефектолога в реабилитации лиц с посттравматическими когнитивными нарушениями / Л.М. Кобрина, И.В. Литвиненко, С.М. Лосева // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2025. – № 215. – С. 55-64

6. Королева И.В. Помощь детям с нарушением слуха: Руководство для родителей и специалистов / И.В. Королева. – СПб.: «КАРО», 2016. - 304 с.

7. Королева И.В. Развитие слуха и речи у глухих детей раннего и дошкольного возраста после кохлеарной имплантации. Учебное пособие. - СПб. - СПб НИИ уха, горла, носа и речи, 2008. - 286 с.

8. Лавренюк А.Н., Кравец Л.Я., Смирнов П.В., Никитин Д.Н. К понятию «травматические паренхиматозные повреждения головного мозга» // Вопросы травматологии и ортопедии. - 2011. - № 1. - С. 26-30.

9. Лащенов Г.В. Минно-взрывная травма в условиях вооруженного конфликта (особенности клиники, диагностики, организации лечения): дис… канд. мед. наук. Ростов н/Д, 1999. - 295 с.

10. Сыроежкин Ф.А., Морозова М.В. Слуховая реабилитация пострадавших с последствиями черепно-мозговых травм, сочетанных с травмами уха // Мед. биол. и соц. психол. проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях, 2016. - № 2. С. 25-33.

11. Тынянкин Н.А. Трудности диагностики у раненых с минно-взрывными ранениями / Тынянкин Н.А. / Актуальные проблемы современной тяжёлой травмы. - СПб. - 2001. - С. 119-120.

12. Чудаков А.Ю., Гальцев Ю.В., Гайворонская В.В., Еркудов В.О. Вопросы экспертизы степени тяжести вреда здоровью, причиненного человеку воздушной взрывной ударной волной. Учебно-методическое пособие / Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. - Санкт-Петербург: Институт интегративной медицины, 2022. – 73 с.

13. Чудаков А.Ю., Гальцев Ю.В., Горелов А.А. О возможности экспертной оценки степени тяжести вреда здоровью, причиненного человеку воздушной взрывной ударной волной при отсутствии на его теле каких-либо видимых наружных повреждений / Актуальные вопросы совершенствования тактико-специальной, огневой и профессионально-прикладной физической подготовки в современном контексте практического обучения сотрудников органов внутренних дел. Материалы международной научно-практической конференции. - Санкт-Петербург, 2022. - С. 661-665.

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Чудаков А.Ю.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У УЧАСТНИКОВ СВО: АКТУАЛЬНОСТЬ, АНАЛИЗ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Актуальность. Участие в боевых действиях, особенно в условиях интенсивных и продолжительных конфликтов, неизбежно сопряжено с колоссальным психоэмоциональным напряжением и воздействием травмирующих событий. Российские военнослужащие, принимающие участие в специальной военной операции (СВО) на Украине, подвергаются воздействию широкого спектра стрессоров, включая непосредственную угрозу жизни и здоровью, постоянное пребывание под обстрелом, участие в боевых столкновениях, риск получения ранений или гибели, наблюдение за насилием и смертью, свидетельствование травматических событий, гибели товарищей, насилия над гражданским населением, свидетельствование массовых пыток, казней, грабежей и мародерства военнослужащими ВСУ, потери боевых товарищей, утрата близких, сослуживцев, что вызывает сильные переживания горя и утраты, а также длительное пребывание в условиях неопределенности и повышенной опасности, физическое и эмоциональное истощение (выгорание), длительное пребывание в условиях боевого стресса, недосыпание, ограниченные ресурсы, физические нагрузки, разлука с близкими, длительное отсутствие контакта с семьей, что может приводить к чувству одиночества и изоляции [4; 12; 22]. Эти факторы создают высокий риск развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), которое, в свою очередь, является одним из наиболее значимых предикторов суицидального поведения [6; 9; 14; 17].

Проблема ПТСР и суицидальных мыслей среди ветеранов боевых действий имеет давнюю историю и подтверждена многочисленными исследованиями, проведенными после других вооруженных конфликтов. Однако, учитывая специфику текущей СВО, ее масштабы, продолжительность и чрезвычайную жестокость, а также особенности информационного поля, изучение данной проблематики приобретает особую актуальность. Своевременное выявление, диагностика и оказание комплексной психологической, педагогической (девиантологической) и психотерапевтической помощи участникам боевых действий, столкнувшимся с ПТСР и суицидальными мыслями, является не только вопросом сохранения их жизни и здоровья, но и важным аспектом социальной адаптации и реабилитации ветеранов, а также укрепления психологического благополучия общества в целом [1; 2; 9].

Данная статья посвящена анализу взаимосвязи между ПТСР и суицидальными мыслями у российских участников боевых действий в зоне СВО. Целью исследования является освещение актуальности данной проблемы, рассмотрение основных аспектов ПТСР и суицидального поведения в контексте боевого опыта, а также обозначение возможных направлений для оказания квалифицированной помощи [7; 8; 10; 16].

Введение. В свете текущих геополитических событий, значительное число граждан РФ принимает участие в боевых действиях. Возвращение этих военнослужащих к мирной жизни сопряжено с серьезными психологическими вызовами. Особую тревогу вызывает рост числа случаев ПТСР и связанных с ним девиантных тенденций (аддиктивных и суицидальных) среди ветеранов СВО. Игнорирование данной проблемы может привести к долгосрочным негативным последствиям как для самих участников боевых действий, так и для общества в целом [2; 9]. Поэтому своевременное изучение и разработка эффективных мер поддержки являются критически важными. СВО на Украине

представляет собой сложный и многогранный конфликт, оказывающий глубокое воздействие на психическое и физическое состояние его участников. Военнослужащие, находящиеся в зоне боевых действий, сталкиваются с экстремальными условиями, которые могут привести к развитию серьезных психологических и психосоматических расстройств. Одним из наиболее распространенных и опасных последствий травматического опыта является ПТСР. ПТСР характеризуется наличием навязчивых воспоминаний о травматическом событии, избеганием стимулов, связанных с травмой, негативными изменениями в когнитивной сфере и настроении, а также повышенной возбудимостью. Тесная связь между ПТСР и суицидальными мыслями является общепризнанным фактом в клинической психологии и психиатрии. Лица, страдающие ПТСР, часто испытывают чувство безнадежности, безысходности, отчаяния, страха, вины и стыда, что значительно повышает риск возникновения суицидальных намерений и попыток, особенно на фоне злоупотребления алкоголем и наркотиками. Учитывая, что участники боевых действий в зоне СВО подвергаются воздействию множества травмирующих факторов, исследование распространенности ПТСР и суицидальных мыслей среди данной категории лиц, а также выявление факторов риска и защитных механизмов, становится первостепенной задачей для разработки эффективных программ психологической поддержки и профилактики [1; 5; 11; 21; 23].

Основная часть.

Участие в вооруженных конфликтах, особенно в условиях интенсивных боевых действий, неизбежно оказывает глубокое воздействие на психику и соматику человека. ПТСР является одним из наиболее распространенных и тяжелых последствий такого опыта. Оно характеризуется сложным комплексом симптомов, включающих навязчивые воспоминания о травмирующих событиях, повышенную тревожность, избегание всего, что напоминает о пережитом, а также нарушения сна и эмоциональную нестабильность. В наиболее тяжелых случаях ПТСР может сопровождаться галлюцинациями. Особую обеспокоенность вызывает тот факт, что у значительной части ветеранов боевых действий наблюдаются суицидальные мысли и намерения, что требует незамедлительного внимания со стороны специалистов и общества.

Специалисты в области психического здоровья отмечают, что военнослужащие, прошедшие через боевые действия, часто сталкиваются с ощущением потерянности и неопределенности после возвращения домой [7; 11; 16]. Это состояние усугубляется трудностями в адаптации к мирной жизни и поиском адекватной помощи. ПТСР проявляется многогранно. Навязчивые воспоминания о травмирующих событиях могут принимать форму ярких флешбэков или кошмарных сновидений, вызывая сильный эмоциональный дистресс. Избегание ситуаций, напоминающих о травме, может приводить к социальной изоляции. Наряду с этим, ветераны часто испытывают депрессивные состояния, проблемы с концентрацией внимания и плохой памятью, искажения в восприятии событий, сменяемыми повышенной раздражительностью, самоагрессией, гетероагрессией и неконтролируемыми вспышки гнева.

Наиболее тревожным аспектом развития ПТСР у участников боевых действий является возникновение суицидальных мыслей и намерений. Эти мысли могут быть обусловлены чувством безысходности, неспособностью справиться с пережитой травмой, ощущением вины или стыда, а также социальной дезадаптацией, особенно на фоне злоупотребления алкоголем, употребления наркотиков и психоактивных веществ (ПАВ). Постоянное внутреннее напряжение и невозможность найти выход из эмоционального тупика могут подталкивать человека к крайним решениям, убийствам или к суицидам [3].

Важно отметить, что психологическое бремя пережитого участниками боевых действий не ограничивается ими самими. Их близкие также подвержены значительному риску развития тревожных и депрессивных расстройств. Постоянный стресс, связанный с беспокойством за жизнь и здоровье военнослужащего-ветерана (особенно получившего тяжелые травмы, ампутации, ожоги, стойкое обезображивание лица, утрату функций:

зрение, слух, детородной функции, неопределенность его будущего, а также трудности в общении с вернувшимся домой человеком, который может быть эмоционально отстранен или агрессивен, страдает от болевого синдрома, злоупотребляет алкоголем и создают тяжелую психологическую обстановку в семье [12; 14; 17].

Для эффективной помощи ветеранам боевых действий и их семьям необходим комплексный подход. Это включает:

1. Раннее выявление и диагностика отклоняющегося поведения, создание доступных и конфиденциальных систем скрининга и диагностики ПТСР и суицидальных рисков непосредственно в войсках и после возвращения [5; 6; 14; 18; 19; 20].

2. Специализированная психологическая, педагогическая и психиатрическая помощь, развитие сети специализированных центров и кабинетов, где ветераны могли бы получить квалифицированную помощь от психологов, педагогов и психиатров, имеющих опыт работы с травмой.

3. Психотерапевтические методы коррекции ПТСР, применение доказавших свою эффективность методов психотерапии, таких как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ), для работы с травматическими воспоминаниями и симптомами ПТСР.

4. Социальная адаптация и реабилитация, разработка программ, направленных на облегчение возвращения ветеранов к гражданской жизни, включая помощь в трудоустройстве, образовании и восстановлении социальных связей. Важно создать поддерживающую среду, где ветераны чувствовали бы себя понятыми и принятыми.

5. Поддержка семей, предоставление медико-психологической помощи и консультаций для членов семей ветеранов, чтобы помочь им справиться с собственными стрессами и научиться эффективно поддерживать своих близких.

6. Информационная и просветительская работа, повышение осведомленности общества о проблемах ПТСР и суицидальных рисках среди ветеранов, с целью снижения стигматизации и поощрения обращения за помощью.

Заключение. Проблема посттравматического стрессового расстройства и суицидальных тенденций среди участников боевых действий является острым вызовом для современного общества. Навязчивые страхи, кошмары, депрессия, раздражительность и, в крайних случаях, суицидальные мысли – это реальные последствия пережитой травмы, которые требуют незамедлительного и комплексного решения. Игнорирование этих проблем может привести к трагическим последствиям для самих ветеранов, их семей и общества в целом. Поэтому крайне важно развивать и совершенствовать системы раннего выявления, диагностики и оказания квалифицированной психологической и психиатрической помощи [5; 6; 13; 14; 15; 18; 19; 20]. Инвестиции в программы медико-психологической реабилитации, социальной адаптации и поддержки семей ветеранов, а также активная просветительская работа, направленная на снижение стигматизации, являются неотъемлемыми компонентами построения здорового и поддерживающего общества, способного достойно встретить и помочь тем, кто защищал его интересы. Только совместными усилиями специалистов, государственных структур и общественности мы сможем обеспечить ветеранам достойную жизнь после возвращения домой и предотвратить возможные дальнейшие трагедии.

Библиографический список

1. Белых С.Ф. Первичная профилактика самоубийств среди сотрудников органов внутренних дел // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2003. № 1(19). – С. 99-100.

2. Григорович Л.А., Горелов А.А., Чудаков А.Ю. Девиантологическая компетентность будущих педагогов и психологов // Российский девиантологический журнал. 2022. Т. 2. № 1. - С. 63-76.

3. Иваненко С.А., Божченко А.П., Толмачев И.А., Чудаков А.Ю. Способы нанесения смертельной травмы: частота встречаемости среди молодых мужчин-самоубийц. В сборнике: Судебная медицина: история и современность (к 225-летию образования кафедры судебной медицины Военно-медицинской академии). Материалы Всероссийской научно-практической конференции. - Санкт-Петербург, 2024. - С. 78-80.

4. Круглова М.А., Лепехин Н.Н., Круглов В.А., Чудаков А.Ю., Круглов В.Г. Трудные рабочие ситуации как предиктор профессионального выгорания сотрудников правоохранительных органов // Вестник психотерапии. 2023. № 88. - С. 81-90.

5. Линевич В.Л. Психологические аспекты диагностико-коррекционной работы по профилактике суицидов среди сотрудников ОВД: монография. - Уфа, 2004. - 169 с.

6. Линевич В.Л. Изучение личностных и социально-психологических характеристик сотрудников ОВД, как факторов аутодеструктивных форм поведения: Учебное пособие. - Уфа, 2006. - 174 с.

7. Положий Б.С., Любов Е.Б. Изучение суицидального поведения в России: проблемы и решения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022; 122(8). - С. 145-149.

8. Сухинин А.В. Суицидальное поведение сотрудников полиции: проблемы причинности и доказывания // Вестник Волгоградского гос. ун-та. Сер. 5, Юриспруд. 2011. № 1 (14). – С. 181-185.

9. Чудаков А.Ю., Чудакова П.А. Формы девиантного поведения подростков / Сборник научных трудов. - Санкт-Петербург - Самара, 2023. - С. 107-135.

10.Чудаков А.Ю., Гайворонская В.В. Безысходность как фактор суицидального поведения при COVID-19. Учебно-методическое пособие / Сер. Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. Санкт-Петербург, 2022. - 16 с.

11. Чудаков А.Ю., Исаков И.Д., Гальцев Ю.В., Жидков Д.Н. Особенности профилактики суицидального поведения при заболевании COVID-19 на примере города Санкт-Петербурга и Ленинградской области / Вехи истории Российского центра судебно-медицинской экспертизы. К 90-летию со дня образования. Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под общей редакцией И.Ю. Макарова. – Москва, 2021. - С. 299-311.

12. Чудаков А.Ю., Лытаев С.А., Гайворонская В.В. Судебно-медицинская экспертиза суицида. Введение в проблему, некоторые психофизиологические и социальные аспекты / Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. - Санкт-Петербург: Институт интегративной медицины, 2022. – 58 с.

13. Чудаков А.Ю., Гальцев Ю.В. Судебно-экспертная деятельность: некоторые проблемы, практика и перспективы. - Самара, 2022. - 117 с.

14.Чудаков А.Ю. Психолого-педагогическая диагностика суицидального поведения. Методическое пособие / Санкт-Петербург, 2025. - 30 с.

15. Чудаков А.Ю., Юнацкевич П.И., Гайворонская В.В., Еркудов В.О., Скребцова Н.В., Михайлов К.Д. Педагогика физиологической безопасности. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – 248 с.

16. Чудаков А.Ю., Жуков А.А. Суицидальное поведение: мировая статистика, факторы риска, гендерные и возрастные различия / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 137-145.

17. Чудаков А.Ю., Жуков А.А. Факторы риска суицидального поведения сотрудников силовых ведомств разных стран / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 146-153.

18. Чудаков А.Ю. Типология суицида / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 154-160.

19.Чудаков А.Ю. Как распознать суицидальные наклонности заблаговременно / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 161-164.

20.Чудаков А.Ю. Симптомы суицидальной готовности у подростков, молодых людей призывного возраста и молодых военнослужащих / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 165-173.

21. Чудаков А.Ю. Мужской суицид в России / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 1174-177.

22. Чудаков А.Ю. К вопросу о профессиональном выгорании сотрудников правоохранительных органов / Гигиена труда: вчера, сегодня, завтра. Сборник трудов очно-заочной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию курса «Гигиена труда» кафедры гигиены условий воспитания, обучения, труда и радиационной гигиены Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – СПб., 2025. - С.271-277.

23. Юнацкевич П. И., Кулганов В. А. Суицид как негативное явление и пути его профилактики // Военная педагогика: Учебное пособие. - СПб. - 1995. - Гл. 11. - С. 196.

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Чудаков А.Ю.

ПРОБЛЕМА СУИЦИДОВ И ПОКУШЕНИЙ НА НИХ В РОСГВАРДИИ: СЕРЬЁЗНАЯ УГРОЗА И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Актуальность. Самоубийства в рядах Росгвардии являются одной из наиболее острых и болезненных проблем. Такие трагические случаи не только наносят непоправимый ущерб физическому и психическому здоровью военнослужащих, но и нередко приводят к их увольнению из армии, поскольку они теряют способность выполнять свои служебные обязанности. Суициды в войсках национальной гвардии имеют не только локальное, но и публичное значение (широкий общественный резонанс). Они затрагивают не только непосредственное окружение погибшего - сослуживцев, командиров, родственников, но и формируют общественное мнение о Росгвардии в целом, влияя на ее имидж как государственного института. В условиях замкнутого армейского быта случаи самоубийств оказывают разрушительное влияние на морально-психологический климат в подразделениях, создавая атмосферу напряженности и неуверенности. Сам факт самоубийства и его обстоятельства могут стать для других военнослужащих, особенно тех, кто испытывает трудности с нервно-психической устойчивостью, профессиональным «выгоранием» своего рода негативным «примером» или способом решения личных проблем, что недопустимо (риск «заражения» суицидальным поведением) [6; 22]. Суицидальное поведение военнослужащих, независимо от его исхода (попытка или завершенный суицид), может быть использовано другими для морального оправдания своего нежелания служить или уклонения от выполнения обязанностей [1; 2; 8; 10]. К сожалению, многие должностные лица не обладают достаточными знаниями в области психологии и педагогики (девиантологии и суицидологи) и необходимыми практическими навыками для эффективной профилактики подобных происшествий [1; 4; 7; 9; 11].

Введение. Самоубийство можно рассматривать как крайнюю форму отклоняющегося поведения и деструктивный способ преодоления военнослужащим острых внутренних конфликтов и проблем во взаимодействии с окружающей средой. Это приводит к потере ценности жизни, подавлению естественного инстинкта самосохранения [2; 9; 14; 17]. Такой кризис может возникнуть внезапно под воздействием стрессовых факторов, но чаще является результатом длительного накопления негативных переживаний. На смену постоянной тревоге приходит чувство безнадежности: военнослужащий теряет веру в свои силы, перестает принимать себя и утрачивает смысл жизни. Проявления суицидального поведения включают суицидальные мысли и намерения; высказывания и угрозы о самоубийстве; подготовку и выбор способа и средств; попытки причинить себе вред, вплоть до летального исхода [5; 8; 10; 14; 16].

Предотвращение самоубийств в воинской части - это комплексная и непрерывная работа, охватывающая правовые, социальные, психологические, педагогические и медицинские аспекты [15; 23]. В этой деятельности задействованы все должностные лица. Для предотвращения суицидального поведения крайне важно анализировать и прогнозировать социально-психологические процессы в воинских коллективах, а также разрабатывать меры по их оптимизации. Социально-психологическое изучение в частях проводится планово, включая первичное и последующее обследование. В случае обострения внутригрупповых конфликтов, обследование может быть инициировано командиром или его заместителем по военно-политической работе. Психологи регулярно обучают командиров методам изучения подразделений. Результаты исследований

оформляются в виде справок-докладов, содержащих информацию о подразделении, выявленных проблемах и путях их решения, и предоставляются руководству. Обследование проводится не ранее чем через 4-6 недель после формирования подразделения. Изучение социально-психологических аспектов, таких как сплоченность коллектива, совместимость военнослужащих, морально-психологический климат, состояние личного состава и стиль руководства, осуществляется офицерами совместно с психологами. Для получения объективной информации используются различные методы, среди которых командирам наиболее доступны беседа и наблюдение [7; 14].

Среди основных факторов, способствующих суицидальному поведению военнослужащих, выделяют [8; 10; 14; 17]:

1. Социально-психологические: а.) семейные трудности: конфликты, измены, разводы, проблемы в гражданских браках, потеря или болезнь близких, материально-бытовые проблемы; б.) служебные проблемы: напряженная атмосфера, конфликты с коллегами или начальством, неудачи в профессиональной деятельности, несправедливые взыскания, сложности с выполнением поставленных задач; в.) нарушение уставных отношений: оскорбления, унижения со стороны сослуживцев или командиров, вымогательство, социальная изоляция [6;22].

2. Индивидуально-психологические и жизненный опыт до службы: а.) особенности семейного воспитания: отсутствие отца в раннем детстве (у 40% склонных к суициду детей воспитывались матерями-одиночками, или с отчимом-абьюзером, или с сожителем-тунеядцем-алклголиком); б.) нетипичное распределение ролей в семье (у 25% суицидентов мать была доминирующей, а отец - пассивным безвольным «подкаблучником»); в.) чрезмерная гиперопека или воспитание в стиле «любимчика семьи», акцентуированной личности, незнающей отказов и слова «нет»; г.) недостаток внимания или отвержение в детстве, когда мнение ребенка игнорировалось, что порождало чувство ненужности и слабость воли («меня не понимают и не ценят, зачем тогда жить?»); д.) воспитание в семьях с алкогольной зависимостью у родителей (у 68% суицидентов отцы злоупотребляли алкоголем, у 22% имели опыт употребления наркотиков), частые семейные ссоры, моральное и физическое насилие; е.) разводы или их планирование родителями (у 18% суицидентов); ж.) наличие в семье или среди близких людей случаев суицидального поведения (завершенные случаи, попытки, высказывания, угрозы); з.) психические заболевания у членов семьи; и.) наличие родственников с девиантным поведением (административные или уголовные правонарушения) [4; 9].

3. Поведенческие особенности: а.) склонность к побегам из дома - дропомания, попрошайничество; б.) неуживчивость в коллективах, частая смена мест учебы или работы из-за межличностных конфликтов; в.) злоупотребление курением и алкоголем или употребление наркотиков; г.) серьезные неудачи в учебе, трудности в запоминании, трудности в общении с ровесниками, учителями или родителями в подростковом возрасте; д.) аутоагрессивное поведение – шрамирование, пирсинг, депрессивные татуировки на лице и шее; е.) гетероагрессивное поведение, насилие над сверстниками, слабыми, больными и беспомощными, инвалидами, лицами БОМЖ, жестокое обращение с животными, вандализм, чрезмерное увлечение граффити.

При изучении подчиненных важно обращать внимание на их прошлое, включая условия воспитания и поведенческие особенности, так как они могут быть предвестниками суицидальных наклонностей.

4. Факторы, связанные с личностью: а) слабая приспособляемость и низкая адаптация; б) недостаточная эмоциональная и психологическая устойчивость, непонимание юмора; в) низкая уверенность в себе, виктимность; г) отсутствие чувства собственной важности для других и чувства собственного достоинства; д) склонность к конфликтам по пустякам; е) ограниченный опыт социального взаимодействия; ж) слабые моральные принципы, склонность к клептомании; з) игнорирование ожиданий и требований близкого окружения; и) боязнь последствий своих противоправных действий (страх наказания); к.)

потребность в близких отношениях, сильное желание теплых и искренних связей с другими людьми, ранняя половая жизнь и разочарование в ней; л) негативное мировоззрение и бездействие, склонность видеть трудности в жизни в мрачном свете и занимать пассивную позицию при возникновении проблем; м) незрелость личности; н) выраженные черты характера (акцентуации) и стремление к идеалу (перфекционизм) [18].

5. Факторы, связанные с физическим здоровьем, увечье, уродства, неизгладимые шрамы от ожогов (других травм) на лице и открытых частях тела, кожные болезни, травмы с последующей ампутацией органа (конечности), потеря (полная или частичная) функций организма (зрения, слуха, детородной функции), психические расстройства, зависимость от наркотиков и алкоголя; физические особенности, воспринимаемые как недостатки, например, нарушения речи (заикание, шепелявость и т.д.) или особенности внешности, вызывающие дискомфорт (дисморфофобия).

6. Факторы, связанные с материальным положением семьи и бытом, недостаток средств для покрытия текущих нужд, наличие долгов и финансовых обязательств, плохая одежда и обувь на фоне сверстников, отсутствие современного мобильного телефона и других гаджетов и др.

Основная задача профилактической работы заключается в снижении и устранении причин и условий, которые провоцируют суицидальные настроения у военнослужащих и поддерживают неблагоприятную атмосферу в воинских коллективах [1; 7; 11]. Учитывая, что средства массовой информации, особенно Интернет, вовлекают все больше людей в обсуждение и распространение информации о самоубийствах, важным направлением деятельности командиров и начальников становится выявление и предотвращение негативного влияния социальных сетей на склонность военнослужащих к суицидальному поведению [7; 12; 14; 19]. Оценку влияния социальных сетей на поведение военнослужащих проводят командиры всех уровней, их заместители, сотрудники штаба, военно-политических органов, военные психологи и врачи. Эта работа осуществляется в рамках:

1. Социально-психологического изучения и обследования личного состава.

2. Специальных мероприятий с применением технических средств и программного обеспечения.

3. Военно-политической работы с личным составом.

4. Контроля за соблюдением запрета на использование в воинских частях личных устройств, имеющих функции записи, хранения и передачи информации, а также беспроводные технологии, включая доступ в Интернет.

Для раннего выявления негативного воздействия социальных сетей на военнослужащих и профилактики девиантного проведения используются следующие методы: изучение личных дел, автобиографий, анкет, характеристик и справок (в том числе запрошенных с предыдущих мест работы или учебы); наблюдение за поведением военнослужащих; индивидуальные беседы; опросы экспертов; общение с родственниками и близкими военнослужащих; анкетирование психологическое тестирование; анализ интересов и активности военнослужащих в Интернете; анализ содержания личной переписки и публикаций в сети [12; 13; 20]. Особое внимание уделяется мониторингу активности военнослужащих в Интернете, так как это позволяет получить объективную информацию об их интересах, значимых людях и событиях, а также выявить признаки отклоняющегося поведения. Сведения об электронных адресах, аккаунтах в социальных сетях и предпочитаемых онлайн-ресурсах (играх) собираются с помощью анкет при поступлении в воинскую часть, уточняются в ходе индивидуальных бесед и могут быть получены из других источников. По решению командира воинской части, организацией мониторинга активности военнослужащих в Интернете занимается заместитель командира по военно-политической работе. Непосредственно мониторинг осуществляют командиры подразделений и их заместители, психологи и другие уполномоченные лица, соблюдая требования по защите информации.

Анализ поведения военнослужащих в интернете направлен на выявление следующих аспектов: социальные связи и их характер, изучается круг общения военнослужащего в социальных сетях, включая его широту, качество участников и уровень активности; принадлежность к неформальным группам, определяется, состоит ли военнослужащий в деструктивных организациях, таких как фанатские или экстремистские сообщества, а также религиозные секты, и насколько он в них активен; обсуждение чувствительных тем, выявляются случаи, когда военнослужащий участвует в обсуждениях в социальных сетях, касающихся нетрадиционных религий, оккультизма, жертвоприношения или способов самоубийства; отношение к службе, анализируются личные взгляды военнослужащего и мнения других пользователей (подписчиков, участников обсуждений) относительно военной службы. Собранная в ходе мониторинга Интернета информация является конфиденциальной и может быть раскрыта только в соответствии с российским законодательством и нормативными актами. Для оценки влияния социальных сетей на суицидальное поведение военнослужащих с помощью специализированного программного обеспечения проводится следующая процедура [5]:

1. Определение релевантных групп: составляется список специализированных групп в популярных российских социальных сетях (таких как «ВКонтакте», «Одноклассники», «Мой Мир», Facebook, Twitter, Google Plus, Instagram, Periscope, MySpace - в порядке убывания популярности), где обсуждаются темы, связанные с самоагрессией и самоубийством (например, «Смерть», «Хочу умереть», «Суицид», «От депрессии до суицида», «Найти выход» и т.п.). При выборе групп учитываются региональные, религиозные и этнические особенности места дислокации или призыва военнослужащих, а также общая популярность социальных сетей.

2. Проводится анализ содержимого персональных страниц военнослужащих, отобранных на основе данных, полученных другими методами (например, психологическое тестирование, информация из других источников, с применением специализированного ПО и технических средств). Цель – раннее выявление признаков суицидальных мыслей и намерений. Особое внимание уделяется: прямым проявлениям суицидальных наклонностей: депрессивные татуировки и подписи к ним, посты, репосты, рисунки, фотографии, картинки или аватарки, связанные с самоповреждением или самоубийством [7; 14; 19; 20]. Тематической информации: книги, статьи, публикации, вопросы или обсуждения, касающиеся суицида. Сопутствующим факторам: анализ музыкальных предпочтений, любимых фильмов, общего стиля общения, содержания фотографий и комментариев к ним.

3. Анализ социального окружения военнослужащих с суицидальными наклонностями: исследуется круг общения военнослужащих, проявляющих склонность к суицидальному поведению. Выявляются группы, в которых состоят два или более военнослужащих из данного подразделения (воинской части), а также их родственники и близкие. Оценивается продолжительность и активность их участия в онлайн-общении. Результаты мониторинга незамедлительно передаются командиру и психологу подразделения.

Для более полного понимания морально-психологической обстановки в подразделении и актуального состояния военнослужащих налаживается сотрудничество с владельцами (модераторами) интернет-ресурсов и блогерами, где публикуется информация о воинской части. Принимаются меры по размещению на этих платформах позитивного контента и организации обмена информацией (общения) между военнослужащими и их семьями.

Характерные признаки онлайн-поведения военнослужащих с высоким суицидальным риском - информация, которую военнослужащие с повышенным риском суицида размещают в социальных сетях, часто отражает:

а) пессимистический взгляд на жизнь, общее негативное восприятие реальности;

б) тревогу и стресс, вызванные личными проблемами или трудностями на службе [6; 22];

в) крайне негативные высказывания, выражающие желание прекратить душевные и физические страдания;

г) восприятие действительности как враждебной, ощущение непреодолимых проблем;

д) отсутствие стремления к поиску смысла жизни, а смерть воспринимается как избавление и состояние абсолютного счастья;

е) уход в вымышленные миры, как альтернатива невыносимой реальной жизни.

Для эффективного предотвращения самоубийств необходимо наладить слаженную работу всех ответственных лиц. Эта работа включает в себя: активные действия, направленные на недопущение случаев отклоняющегося поведения и как крайней его формы - самоубийств (самораспрaв); раннее выявление групп риска, т.е. идентификация военнослужащих, которые испытывают трудности с нервно-психической устойчивостью, демонстрируют отклонения в поведении, склонны к злоупотреблению алкоголем или употребляли наркотики; продвижение здорового образа жизни, организация и проведение спортивно-массовых, культурно-развлекательных и досуговых мероприятий, пропагандирующих здоровый образ жизни [12; 19; 20; 21].

Чтобы обеспечить целенаправленную поддержку военнослужащих, нуждающихся в дополнительном психолого-педагогическом и медицинском сопровождении, в каждой воинской части создается группа динамического наблюдения. В эту группу попадают военнослужащие, у которых выявлены следующие признаки: неустойчивая психика, проблемы с сохранением эмоционального равновесия; трудности в адаптации, сложности с приспособлением к условиям военной службы; высокий риск суицида, высказывания о намерении покончить с собой; нетипичное поведение, отклонения от общепринятых норм поведения [4; 6; 9; 22].

За формирование группы и координацию действий специалистов медицинской службы, командиров подразделений и их заместителей, а также других должностных лиц воинской части отвечает начальник группы психологической работы (специалист-психолог). Если в штате воинской части нет военного психолога, эту функцию выполняет заместитель командира по военно-политической работе. Процедура включения в группу, если должностное лицо подразделения обнаруживает у военнослужащего признаки, указывающие на необходимость включения в группу динамического наблюдения, оно незамедлительно сообщает об этом специалисту-психологу. Специалист-психолог в кратчайшие сроки, совместно с медицинскими работниками и командирами подразделений, проводит медико-психологическое обследование военнослужащего. Для этого используются различные методы всестороннего изучения личности, включая: анализ имеющихся документов; мониторинг активности военнослужащего в Интернете; индивидуальные беседы; общение с родственниками, близкими и сослуживцами; наблюдение за поведением; экспертные опросы; психологическое тестирование; медицинский осмотр [12; 13].

Если негативные признаки в психологическом состоянии и поведении военнослужащего подтверждаются, специалист-психолог в течение суток письменно докладывает об этом командиру воинской части. В рапорте (докладе) указывается: порядковый номер военнослужащего; воинское звание; фамилия, имя и отчество; краткое обоснование причин постановки на динамическое наблюдение; предложения по дальнейшему наблюдению и контролю за поведением со стороны командиров подразделений, а также рекомендации по работе с данным военнослужащим. Одновременно с этим принимаются меры по оказанию военнослужащему необходимой медико-психологической и педагогической помощи, а информация о нем заносится в журнал динамического наблюдения, которое доводится до всех заинтересованных должностных лиц [15; 23]. На основании рапорта командир воинской части принимает соответствующее решение. Военнослужащие, находящиеся под динамическим наблюдением, освобождаются от выполнения особо важных заданий, боевого дежурства, караульной службы и не рассматриваются для повышения в должности. Дальнейшие

решения, касающиеся этих военнослужащих, принимаются психологом и врачом на основе анализа их индивидуальных медико-психологических характеристик и задач, стоящих перед подразделением. Перечень военнослужащих, находящихся под динамическим наблюдением, регулярно пересматривается, не реже одного раза в месяц. Психолог предоставляет командирам подразделений заключения об особенностях военнослужащих, включенных в группу динамического наблюдения, с рекомендациями по организации работы с ними. Командиры и их заместители, а также другие ответственные лица, принимают во внимание эти рекомендации при планировании индивидуальной работы с личным составом и организации служебной деятельности.

При наличии показаний, командир воинской части направляет военнослужащих через начальника медицинской службы (врача) на консультацию к врачу-психиатру в медицинские учреждения Росгвардии для выявления возможных психических заболеваний, препятствующих службе, и/или для получения необходимого лечения в специализированных медицинских учреждениях, включая учреждения Министерства обороны и Минздрава России. Если после обследования (консультации) госпитализация по психиатрическим показаниям не требуется, с военнослужащим проводятся психологические мероприятия, включая индивидуальную работу и контроль со стороны командиров и их заместителей, в соответствии с рекомендациями врача-психиатра. Военнослужащих снимают с наблюдения, если их психологическое состояние улучшилось, что подтверждено заключением психолога. Это заключение должно быть одобрено заместителем командира по военно-политической работе, командиром подразделения и представителем медицинской службы. Снятие с наблюдения возможно не ранее чем через месяц после постановки на учет. С военнослужащими, находящимися под наблюдением, психолог проводит занятия по оказанию психологической помощи не реже одного раза в неделю. По согласованию с заместителем командира по военно-политической работе, психолог также организует работу с семьями военнослужащих.

Важным направлением в предотвращении самоубийств является активное выявление и обследование военнослужащих, которые подвержены высокому риску суицида, а также тех, кто уже совершал попытки самоубийства [12]. Чтобы выявлять военнослужащих, склонных к самоубийству, командиры и их заместители, отвечающие за военно-политическую работу, должны обращать внимание на следующие признаки:

1. Прямые заявления о желании покончить с собой, т.е. военнослужащий сообщает о суицидальных намерениях сослуживцам, начальству, родным или друзьям.

2. Репетиции самоубийства: военнослужащий демонстрирует действия, имитирующие суицид (например, показывает петлю из ремня или имитирует выстрел в себя).

3. Подготовка к самоубийству: военнослужащий ищет и запасает средства для совершения суицида (лекарства, патроны, ядовитые вещества, прочную веревку).

4. Одержимость темой самоубийства, военнослужащий проявляет повышенный интерес к случаям суицида, постоянно говорит о них.

5. Социальная изоляция, военнослужащий избегает общения с сослуживцами, стремится к уединению.

6. Частые просьбы о переводе или отпуске, военнослужащий постоянно просит направить его в госпиталь, перевести в другую часть или предоставить отпуск, ссылаясь на проблемы со здоровьем, проблемы в семье (иногда даже просит родных прислать фиктивную телеграмму о критической ситуации).

7. Резкие изменения в поведении, общительный военнослужащий становится замкнутым, а неконтактный - наоборот, проявляет активность и общительность.

8. Неожиданная щедрость и прощание, военнослужащий начинает раздавать свои вещи, что может сопровождаться символическим прощанием.

9. Потеря интереса ко всему, военнослужащий теряет интерес к людям, вещам, занятиям и ситуациям, которые раньше приносили ему удовольствие, не соблюдает правила личной гигиены, не умывается, не чистит зубы, не меняет нательное белье.

10. Суицидальные мотивы в творчестве, мысли о самоубийстве могут проявляться в рисунках, символах, подписях, отражающих депрессивное состояние.

Подводя итог, исследование подтверждает, что суициды и покушения на них в Росгвардии являются серьезной угрозой, требующей пристального внимания и комплексных решений. Последствия этих явлений многогранны и затрагивают как индивидуальный уровень, так и эффективность всей структуры. Полученные результаты служат основой для дальнейшей разработки и совершенствования программ психологической помощи, повышения стрессоустойчивости и формирования культуры заботы о ментальном здоровье в ведомстве.

Библиографический список

1. Белых С.Ф. Первичная профилактика самоубийств среди сотрудников органов внутренних дел // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2003. № 1(19). – С. 99-100.

2. Боенко А.В. Суицидальное поведение военнослужащих / А.В. Боенко. - М., 1995.- С-142-190.

3. Бубнов В.Г. Как предотвратить самоубийство / В.Г. Бубнов, Н.В. Бубнова. - М., 1994, -14 с.

4.Григорович Л.А., Горелов А.А., Чудаков А.Ю. Девиантологическая компетентность будущих педагогов и психологов. Российский девиантологический журнал. 2022. Т. 2. № 1. - С. 63-76.

5. Иваненко С.А., Божченко А.П., Толмачев И.А., Чудаков А.Ю. Способы нанесения смертельной травмы: частота встречаемости среди молодых мужчин-самоубийц. В сборнике: Судебная медицина: история и современность (к 225-летию образования кафедры судебной медицины Военно-медицинской академии) / Материалы Всероссийской научно-практической конференции. - Санкт-Петербург, 2024. - С. 78-80.

6.Круглова М.А., Лепехин Н.Н., Круглов В.А., Чудаков А.Ю., Круглов В.Г. Трудные рабочие ситуации как предиктор профессионального выгорания сотрудников правоохранительных органов // Вестник психотерапии. 2023. № 88. - С. 81-90.

7. Линевич В.Л. Психологические аспекты диагностико-коррекционной работы по профилактике суицидов среди сотрудников ОВД: монография. - Уфа, 2004. - 169 с.

8. Сухинин А.В. Суицидальное поведение сотрудников полиции: проблемы причинности и доказывания // Вестник Волгоградского гос. ун-та. Сер. 5, Юриспруд. 2011. № 1 (14). – С. 181-185.

9. Чудаков А.Ю., Чудакова П.А. Формы девиантного поведения подростков / Сборник научных трудов. - Санкт-Петербург - Самара, 2023. - С. 107-135.

10. Чудаков А.Ю., Гайворонская В.В. Безысходность как фактор суицидального поведения при COVID-19. Учебно-методическое пособие / Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. - Санкт-Петербург: Институт интегративной медицины, 2022. - 16 с.

11. Чудаков А.Ю., Исаков И.Д., Гальцев Ю.В., Жидков Д.Н. Особенности профилактики суицидального поведения при заболевании COVID-19 на примере города Санкт-Петербурга и Ленинградской области / Вехи истории Российского центра судебно-медицинской экспертизы. К 90-летию со дня образования. Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под общей редакцией И.Ю. Макарова.- Москва, 2021. - С. 299-311.

12. Чудаков А.Ю., Лытаев С.А., Гайворонская В.В. Судебно-медицинская экспертиза суицида. Введение в проблему, некоторые психофизиологические и социальные аспекты / Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. - Санкт-Петербург: Институт интегративной медицины, 2022. – 58 с.

13. Чудаков А.Ю., Гальцев Ю.В. Судебно-экспертная деятельность: некоторые проблемы, практика и перспективы.- Самара, 2022. - 117 с.

14. Чудаков А.Ю. Психолого-педагогическая диагностика суицидального поведения. Методическое пособие. - Санкт-Петербург: Институт суицидологии, 2025. - 30 с.

15. Чудаков А.Ю., Юнацкевич П.И., Гайворонская В.В., Еркудов В.О., Скребцова Н.В., Михайлов К.Д. Педагогика физиологической безопасности. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – 248 с.

16.Ч удаков А.Ю., Жуков А.А. Суицидальное поведение: мировая статистика, факторы риска, гендерные и возрастные различия / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 137-145.

17. Чудаков А.Ю., Жуков А.А. Факторы риска суицидального поведения сотрудников силовых ведомств разных стран / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 146-153.

18. Чудаков А.Ю. Типология суицида / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 154-160.

19. Чудаков А.Ю. Как распознать суицидальные наклонности заблаговременно / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 161-164.

20. Чудаков А.Ю. Симптомы суицидальной готовности у подростков, молодых людей призывного возраста и молодых военнослужащих / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 165-173.

21. Чудаков А.Ю. Мужской суицид в России / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 174-177.

22. Чудаков А.Ю. К вопросу о профессиональном выгорании сотрудников правоохранительных органов / Гигиена труда: вчера, сегодня, завтра. Сборник трудов очно-заочной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию курса «Гигиена труда» кафедры гигиены условий воспитания, обучения, труда и радиационной гигиены Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – СПб., 2025. - С.271-277.

23.Юнацкевич П.И. Педагогическая концепция военной суицидологи / П.И. Юнацкевич. СПб.: Институт интегративной медицины, 1999. - 87 с.

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Чудаков А.Ю., Жуков А.А.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ОТБОР И ЕГО РОЛЬ В ВЫЯВЛЕНИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БУДУЩИХ СОТРУДНИКОВ РОСГВАРДИИ

Актуальность. Служба в войсках Национальной гвардии Российской Федерации (Росгвардии) сопряжена с высокими требованиями к психологической устойчивости, морально-нравственным качествам и законопослушности личного состава [1; 14; 19; 20]. Сотрудники Росгвардии ежедневно сталкиваются с ситуациями, требующими выдержки, ответственности, умения действовать в стрессовых условиях и строгого соблюдения правовых норм. В этом контексте особую значимость приобретает задача минимизации рисков, связанных с проявлением девиантного и аддиктивного поведения среди военнослужащих и сотрудников. Девиантное поведение, проявляющееся в различных формах - от нарушений дисциплины и злоупотребления служебным положением до агрессивных (самоагрессивных - суицидальных) действий и противоправных поступков и может не только подорвать боеготовность и репутацию подразделения, но и создать угрозу общественной безопасности [15; 16; 17; 18]. Раннее выявление и профилактика девиантного поведения на этапе профессионального отбора является ключевым фактором в формировании надежного и профессионального кадрового состава Росгвардии [2; 9; 10; 21]. Это позволяет не только отобрать кандидатов, обладающих необходимыми качествами для успешной службы, но и предотвратить потенциальные проблемы, связанные с их дальнейшим поведением. Таким образом, совершенствование методов профессионального отбора с акцентом на диагностику склонности к девиантному поведению является актуальной и первостепенной задачей для обеспечения эффективности и безопасности деятельности войск Национальной гвардии [1;12]. В условиях повышенного общественного интереса к Росгвардии и необходимости поддержания строгой дисциплины и правопорядка, профессиональный психологический отбор будущих сотрудников стал критически важным. Особое внимание уделяется изучению новобранцев и выявлению среди них лиц с девиантным и аддиктивным поведением. Это связано с ухудшением морально-психологического состояния современной молодежи, включая проблемы с криминализацией, с наркотиками, алкоголем и ростом суицидов [2; 9; 10; 15; 16; 17; 18; 21].

Введение. Войска Национальной гвардии Российской Федерации играют важнейшую роль в обеспечении национальной безопасности, правопорядка и общественной стабильности. Эффективность выполнения возложенных на них задач напрямую зависит от качества кадрового состава, его профессиональной подготовки и психологической готовности. Одним из критически важных этапов формирования такого состава является профессиональный отбор, который призван выявить наиболее подходящих кандидатов, обладающих необходимыми знаниями, навыками и личностными качествами [9; 10; 14; 19; 20]. В последние годы все большее внимание уделяется не только профессиональным компетенциям, но и психологическому профилю кандидатов, в частности, их склонности к девиантному поведению. Девиантное поведение, как отклонение от общепринятых норм и правил, может проявляться в различных формах (крайние формы - суицид и гетероагрессия, убийства) и иметь серьезные негативные последствия для служебной деятельности и имиджа правоохранительных органов. В контексте службы в Росгвардии, где сотрудники наделены значительными полномочиями и несут ответственность за

безопасность граждан, выявление и минимизация рисков, связанных с девиантными проявлениями, приобретает особую остроту [2; 12; 15; 16; 17; 21].

Настоящая статья посвящена исследованию вопросов проведения профессионального отбора для службы в войсках Национальной гвардии Российской Федерации с целью раннего выявления девиантного поведения. Целью исследования является анализ существующих подходов к профессиональному отбору и определение направлений его совершенствования для более эффективной диагностики и профилактики девиантных проявлений среди кандидатов [2; 9; 10; 21]. Процесс призыва регулируется законом № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе». Основные документы, регламентирующие психологическую работу при отборе, включают постановление Правительства № 565 «О военно-врачебной экспертизе», Приказ Минобороны № 640 «Об организации и проведении профессионального психологического отбора в Вооружённых Силах Российской Федерации», Приказ Федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации от 16.11.2016 № 357 «Об утверждении Инструкции об организации и проведении профессионального психологического отбора в войсках национальной гвардии Российской Федерации», Распоряжение Правительства Российской Федерации от 3 февраля 2010 г. № 134-р «Об утверждении Концепции федеральной программы подготовки граждан к военной службе до 2020 года» [4; 5; 6; 7; 8; 11].

Командование Росгвардии обеспокоено тем, что даже призывники с хорошими результатами профотбора в военкоматах, по прибытии в части, начинают проявлять девиантное поведение: злоупотребление курением, алкоголем, употребление психоактитивных веществ, аутоагрессию, суицидальные наклонности, гетероагрессию, неуставные отношения, межличностные конфликты, неподчинение, шантаж и уклонение от службы (самовольное оставление части – СОЧи) [2; 15; 16; 17; 18; 21].

Необходимо проанализировать расхождения в оценке профессиональной психологической пригодности граждан, проводимой военкоматами Минобороны и подразделениями Росгвардии.

Основная часть. Военные комиссариаты и их подразделения отвечают за организацию призыва граждан на военную службу, а призывные комиссии принимают окончательные решения. Сокращение срока службы до одного года повысило требования к подготовке призывников. Однако, несмотря на это, выявление лиц с психическими расстройствами и зависимостями остается серьезной проблемой для Вооруженных Сил РФ [3]. Для оценки профессиональной пригодности призывников военные комиссариаты используют комплексный психологический отбор, включающий социально-психологическое изучение и тестирование с помощью автоматизированного рабочего места военного психолога. Применяются такие методики, как «S-тест», «КОТ», «ВПП», «Прогноз - 2» и «ОПС», которые помогают определить уровень личностных, профессиональных и познавательных способностей, необходимых для успешной военной карьеры. При оценке профессиональной пригодности особое внимание уделяется нервно-психической устойчивости, которая классифицируется как «высокая», «хорошая», «удовлетворительная» или «неудовлетворительная» [9; 10].

Профессиональный психологический отбор (ППО) для военнослужащих: после прохождения комплекса психологических тестов и мероприятий, кандидатам на военные специальности (командирские, операторские, водительские, связисты, спецназ, технические) присваивается одна из категорий профессиональной пригодности: 1 категория: «рекомендован в первую очередь»; 2 категория: «рекомендован»; 3 категория: «рекомендован условно»; 4 категория**:** «не рекомендован». Результаты ППО фиксируются в индивидуальной карте кандидата.

Аналогичные методы ППО применяются и в войсках национальной гвардии. Однако, отбор проводится только для кандидатов, желающих служить по контракту, а также для военнослужащих, проходящих службу по призыву, и поступающих в военные учебные заведения. Прибывшие в воинские части военнослужащие проходят психологическое

обследование для изучения их индивидуальных особенностей. Для этого используются следующие тесты:

1. Для оценки психологических характеристик, адаптации и нервно-психической устойчивости: «МЛО - Адаптивность» и «Прогноз - 2».

2. Для выявления склонности к отклоняющемуся поведению: «Индивидуально-типологический опросник (ИТО)» и тест на склонность к суициду «ССР» [15; 16; 17; 18].

3. Для оценки текущего психического состояния и настроения: «Методика определения доминирующего состояния (Л.В. Куликова)» и опросник САН [3].

Помимо психологического обследования, психологи воинских частей проводят углубленное социально-психологическое изучение новобранцев. Цель - собрать полную информацию об условиях воспитания, особенностях поведения, моральных качествах, организаторских способностях, образовании, профессиональной подготовке и мотивации. Это необходимо для правильного распределения военнослужащих по должностям и облегчения их адаптации к службе. Для глубокого изучения личности и ее проявлений в обществе применяются различные методы, включая анализ документации, психодиагностические тесты и личные беседы. Анализ документов включает в себя детальное изучение личного дела призывника. В нем содержится исчерпывающая информация: учетные карты, биографические сведения, данные о состоянии здоровья, документы об образовании, характеристики с места учебы или работы, сведения о привлечении к правосудию, а также информация о профессиональной пригодности для службы в армии. При оценке морально-деловых качеств военнослужащих особое внимание уделяется их нравственному облику, сведения о котором также фиксируются в личном деле. Положительные черты характера подтверждаются такими факторами, как: воспитание в полной и трудолюбивой семье; отсутствие в семье судимых, алкоголиков, наркоманов, суицидентов; успешная учеба; положительные характеристики с места учебы или работы; спортивные достижения и наличие разрядов; активное участие в общественной жизни; наличие профессиональной квалификации.

С научной точки зрения, существует генетическая предрасположенность к определенным личностным чертам. Исследования показали, что наследуемость некоторых качеств составляет: стремление к лидерству - 61%; неприятие нового - 60%; эмоциональная неустойчивость в стрессовых ситуациях - 55%; оптимистичный взгляд на жизнь – 54%; психологическая уравновешенность и сдержанность – 51%; склонность к девиантному поведению – 50%; склонность к суицидальному поведению – 49%; агрессивность и враждебность по отношению к другим, вандализм – 48%; осторожность в принятии решений и рационализм – 43%; эмоциональная и социальная открытость – 33%. Эти данные позволяют специалисту сформировать представление об индивидуальных особенностях характера и поведения призывника, а также прогнозировать их развитие [2; 14; 16; 18; 19; 21].

К признакам, снижающим пригодность призывника к военной службе (факторы, негативно влияющие на призывника), относятся: семейное окружение (воспитание в условиях неполной, неблагополучной, маргинальной семьи); образование и развитие (низкая успеваемость в учебе, отсутствие увлечений и интересов); социальная характеристика (отрицательные отзывы с места учебы, с места проживания или работы, привлечение к административной ответственности - приводы в полицию); семейная история (наличие судимостей и случаев административной ответственности у близких родственников, случаи алкоголизма, наркомании или употребления ПАВ, случаи нервно-психических заболеваний или самоубийств в семье); личное девиантное или аддиктивное поведение (злоупотребление курением и алкоголем, опыт употребления наркотических или психотропных веществ, аутоагрессия – шрамирование, пирсинг, депрессивные татуировки на лице и шее, жестокость по отношению к слабым, жестокое отношение к животным, депрессивные граффити, вандализм, попытки суицида) [3; 15; 16; 17; 18]. Девиантное поведение в контексте службы в Росгвардии может проявляться в широком

спектре форм, включая: дисциплинарные нарушения: неисполнение приказов, халатность, самовольные отлучки, нарушение правил внутреннего распорядка; агрессивное поведение: проявление излишней жестокости, необоснованное применение силы, конфликты с коллегами и гражданскими лицами; противоправные действия: коррупционные преступления, злоупотребление служебным положением, кражи, нанесение телесных повреждений; психологическая неустойчивость: неспособность справляться со стрессом, импульсивность, склонность к зависимостям (алкоголизм, наркомания, психоактивные вещества - ПАВ), суицидальные наклонности; нелояльность и предательство: разглашение государственной тайны, сотрудничество с криминальными структурами, предательство интересов службы [2; 15; 16; 17; 18].

О высокой мотивации к военной службе и профессиональной ориентации свидетельствуют: происхождение из семьи военнослужащих; увлечение военно-прикладными видами спорта; стремление поступить в военное учебное заведение.

При изучении личности призывника особое внимание уделяется его поведению и взаимодействию в коллективе. Анализируются сведения из характеристик, касающиеся отношений с одноклассниками и преподавателями: на наличие лидерских качеств указывают фразы из характеристик «пользуется авторитетом у товарищей» или «принимал активное участие в общественных и культурных мероприятиях» указывают на лидерский потенциал; положительные черты характера такие как, доброжелательность, отзывчивость, вежливость и толерантность являются показателями зрелой личности. Эти качества способствуют уравновешенности и минимизируют вероятность как межличностных, так и внутренних конфликтов.

В ходе личной беседы проводится наблюдение за поведением призывника, включая его мимику, жесты, манеру речи (правильность, выразительность, темп), а также логичность и скорость ответов на вопросы. Эти наблюдения позволяют сформировать комплексное представление об индивидуальных особенностях личности молодого человека. При обследовании призывников отмечается рост числа военнослужащих с низким уровнем нервно-психической устойчивости (НПУ) – с 5,4% до 6,8%. У этих военнослужащих наблюдались трудности в адаптации к армейской жизни, случаи девиантного поведения и повышенная конфликтность в коллективе. При обследовании 7689 граждан, призванных в одно из соединений войск национальной гвардии в 2024 году, на этапе военкоматов не было выявлено ни одного призывника с низкой НПУ [2; 21]. Однако, опрос 30 000 старшеклассников Ленинградской области, проведенный Министерством здравоохранения РФ в 2023 2024 гг.), показал негативное влияние этих факторов на психическое состояние 86,4% учащихся. У них наблюдались пограничные психические реакции, такие как депрессия (52,5%), астения (53,2%) и обсессивно-фобические расстройства (42,3%). Наблюдалось незначительное повышение числа военнослужащих с признаками депрессии и суицидального риска (с 2,7% до 3,2%), что свидетельствует о слабой эффективности профилактической работы в этом направлении. В ходе личных бесед военные психологи выявили, что 3,4% военнослужащих ранее привлекались к административной ответственности, 2,4% имели судимых родственников, у 0,7% родственники совершили самоубийство, а 0,09% предпринимали попытки суицида до призыва. Кроме того, 3,9% военнослужащих, призванных в 2024 году, имели опыт употребления наркотиков до начала службы [3; 15; 16; 21].

В марте 2021 года рядовой К., призванный в армию в июне 2020 года из Красноярского края, совершил самоубийство. Несмотря на то, что при первоначальном обследовании в военкомате у него была отмечена удовлетворительная нервно-психическая устойчивость (НПУ) и рекомендована служба в войсках связи, последующее изучение в воинской части выявило серьезные проблемы. Установлено, что родители рядового К. страдали алкоголизмом, его дядя совершил самоубийство, а отец имел три попытки суицида. Сам военнослужащий имел опыт употребления наркотиков, демонстрировал низкую адаптивность, склонность к дезадаптивным состояниям и неудовлетворительную НПУ,

что привело к включению его в группу психолого-педагогического внимания. Этот случай подчеркивает низкое качество профессионально-психологического отбора призывников. Обследование новобранцев 2024 года показало, что 12,5% имели признаки отклоняющегося поведения и нуждались в психокоррекционных мероприятиях. Более того, медицинские данные свидетельствуют, что у 33% призывников выявляются различные формы девиантного поведения, суицидальные наклонности и другие проблемы, что указывает на системные недостатки в работе военкоматов [2; 21].

Различия в результатах психологического тестирования призывников в военкоматах и военнослужащих в частях Росгвардии объясняются тремя основными причинами:

1. Разные цели обследования, военкоматы оценивают профессиональную пригодность к конкретной военной специальности, тогда как в Росгвардии изучают личностные качества, прогнозируют поведение и адаптированность к службе, а также дают рекомендации по применению.

2. Влияние условий, в военкоматах тестирование проходит в привычной обстановке без сильного стресса. В частях Росгвардии на состояние военнослужащих влияют стрессовые факторы военной службы (смена обстановки, режим, нагрузки), что может искажать результаты.

3. Разные инструменты, военкоматах могут использоваться устаревшие методики (например, разработанные более 10 лет назад), в то время как в Росгвардии применяются современные, апробированные в 2020 году автоматизированные тесты, обеспечивающие большую точность.

Заключение. Исследование психологических данных военнослужащих, зачисленных в Национальную гвардию в 2020-2024 гг., указывает на необходимость более избирательного подхода к сведениям, предоставляемым военными комиссариатами в рамках профессионального психологического отбора [9; 10]. При подготовке психологических характеристик, рекомендаций по служебному применению и планировании индивидуальной воспитательной работы следует учитывать результаты оценки профессиональной пригодности кандидатов, полученные в военных комиссариатах, но с учетом их критической верификации [1; 12]. Также актуализируется задача организации взаимодействия с военными комиссариатами для выработки унифицированных методик психодиагностического обследования призывников на этапах отбора в военкоматах и последующей адаптации в воинских частях Национальной гвардии.

Проведение профессионального отбора для службы в войсках Национальной гвардии Российской Федерации с акцентом на раннее выявление девиантного поведения является критически важным элементом обеспечения безопасности, боеготовности и высокого профессионализма личного состава. Девиантное поведение, проявляясь в различных формах, способно нанести существенный ущерб, как отдельным подразделениям, так и всей системе Росгвардии, подрывая доверие общества и снижая эффективность выполнения служебных задач. Современные методы профессионального отбора, включающие психологическое тестирование, структурированное интервьюирование, наблюдение и проверку биографических данных, предоставляют инструментарий для диагностики склонности кандидатов к девиантным проявлениям [2; 9; 21]. Однако, для достижения максимальной эффективности, необходимо постоянное совершенствование этих методов. Это включает в себя разработку более комплексных прогностических моделей, использование передовых информационных технологий, повышение квалификации специалистов, а также проведение лонгитюдных исследований для оценки валидности применяемых инструментов. Важно понимать, что профессиональный отбор - это не только фильтрация, но и первый шаг к формированию культуры законопослушности и высокой моральной ответственности. Акцент на раннем выявлении и профилактике девиантного поведения на этапе отбора позволяет не только отобрать наиболее достойных кандидатов, но и заложить основу для их успешной и

законопослушной службы в войсках Национальной гвардии РФ, тем самым укрепляя национальную безопасность и правопорядок. Дальнейшие исследования в этой области, направленные на разработку и апробацию новых, более точных и надежных методов диагностики, будут способствовать повышению качества кадрового состава Росгвардии и снижению рисков, связанных с девиантным поведением [2; 9; 13; 21].

Библиографический список

1. Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - 270 с.

2. Григорович Л.А., Горелов А.А., Чудаков А.Ю. Девиантологическая компетентность будущих педагогов и психологов // Российский девиантологический журнал. 2022. Т. 2. № 1. - С. 63-76.

3. Куликов В.В., Ядчук В.Н., Столяров Г.Б. Психические расстройства у призывников и военнослужащих, проходящих военную службу по призыву // Военно-медицинский журнал. -2006. - № 6. - С. 12-14.

4. Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 № 565 (ред. от 17.04.2024) «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».

5. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 31.10.2019 № 640 «Об утверждении Инструкции об организации и проведении профессионального психологического отбора в Вооруженных Силах Российской Федерации».

6. Приказ Федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации от 26.12.2018 г. № 665 «О проведении профессионального психологического отбора в войсках национальной гвардии».

7. Приказ Федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации от 16.11.2016 № 357 «Об утверждении Инструкции об организации и проведении профессионального психологического отбора в войсках национальной гвардии Российской Федерации».

8. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 3 февраля 2010 г. № 134-р «Об утверждении Концепции федеральной программы подготовки граждан к военной службе до 2020 года» // Российская газета от 12 февраля 2010 г. № 5109.

9. Селиванова М.Н. Особенности проведения психологического отбора среди призывников [Электронный ресурс] // Психологическая газета: Мы и Мир. (№ 7[119]2006)//URL: http://www. gazetamim.ru/opinion/opinion/voenkomat.htm

10. Титова Е.Г. Организация работы психолога на этапе призыва в Вооруженные Силы Российской Федерации [Электронный ресурс] // Научное обозрение. Медицинские науки. -2016. - № 3. - с. 134-138 //URL: http://medicine. science - review.ru/ru/article/view?id=899

11. Федеральный закон «О воинской обязанности и военной службе» от 28.03.1998 № 53-ФЗ

12. Фисун А.Я., Калачёв О.В., Редькин Е.Е. Перспективное планирование деятельности медицинской службы Вооружённых сил Российской Федерации на 2016-2020 гг. // Военно-медицинский журнал. - 2016. - № 4. - с. 4-10.

13. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Женщины как потенциальный кадровый резерв силовых структур: актуальность и перспективы / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 131-136.

14. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Психофизиологическое сопровождение боевой подготовки бойцов Росгвардии для укрепления их морального духа / Актуальные

вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 105-111.

15. Чудаков А.Ю. Как распознать суицидальные наклонности заблаговременно / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 161-164.

16. Чудаков А.Ю. Симптомы суицидальной готовности у подростков, молодых людей призывного возраста и молодых военнослужащих / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 165-173.

17. Чудаков А.Ю. Мужской суицид в России / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 174-177.

18. Чудаков А.Ю. Психолого-педагогическая диагностика суицидального поведения. Методическое пособие. – Санкт-Петербург: Институт суицидологии, 2025. – 30 с.

19. Чудаков А.Ю., Утюганов А.А., Бондаренко С.А. Медико-психологическое обеспечение боевой подготовки бойцов Росгвардии в целях прогнозирования патопсихологических состояний // Вестник Военной академии войск национальной гвардии. № 1 (30). 2025.- С. 201-212.

20. Чудаков А.Ю., Утюганов А.А., Бондаренко С.А. Психофизиологическое обеспечение боевой подготовки бойцов Росгвардии в целях выявления патопсихологических состояний // Сибирский социально-гуманитарный журнал. 2025. № 2 (7).- С. 29-39.

21.Чудаков А.Ю., Чудакова П.А. Формы девиантного поведения подростков / Сборник научных трудов. - Санкт-Петербург - Самара, 2023. С. 107-135.

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Чудаков А.Ю.

ПОВЕДЕНИЕ СУИЦИДЕНТА ПОСЛЕ НЕУДАЧНОЙ ПОПЫТКИ: ОБЗОР И ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность. Суицид является серьезной проблемой общественного (в том числе и военного) здравоохранения во всем мире. Несмотря на усилия по профилактике, количество суицидальных попыток остается высоким [1; 5; 11; 25]. Особую тревогу вызывает поведение человека после неудачной попытки суицида, поскольку этот период является критическим с точки зрения риска повторного суицида. Понимание факторов, влияющих на поведение суицидента после неудачной попытки, необходимо для разработки эффективных стратегий помощи и предотвращения повторных попыток. Существующие исследования часто фокусируются на факторах риска, предшествующих попытке, в то время как динамика поведения и психологического состояния после нее изучена недостаточно. Данная статья направлена на обобщение имеющихся данных и определение перспективных направлений для дальнейших исследований в этой области.

Введение. Неудачная попытка суицида - это не просто «зов о помощи», а серьезный индикатор глубокого психологического дистресса (профессионального выгорания) и повышенного риска завершенного суицида [2; 4; 22]. После неудачной попытки человек может испытывать широкий спектр эмоций, включая боль, стыд, вину, страх, облегчение, разочарование и гнев. Его поведение может варьироваться от активного поиска помощи до изоляции и отрицания произошедшего. На поведение суицидента после неудачной попытки влияют множество факторов, включая: психическое состояние, наличие депрессии, тревожных расстройств, расстройств личности, злоупотребления алкоголем, наркотиками, психоактивными веществами (ПАВ); социальная поддержка, наличие и качество социальных связей, поддержка со стороны семьи и друзей; отношение к попытке суицида, чувство сожаления, стыда, облегчения, разочарования; реакция окружающих, стигматизация, осуждение, изоляция, поддержка, понимание; наличие и доступность квалифицированной психологической, педагогической и психиатрической помощи [2; 9]. Важно помнить, что после попытки самоубийства сохраняется высокий риск повторной попытки. Риск завершенного суицида в течение года после попытки возрастает многократно. Типы поведения после попытки суицида (по мнению специалистов) [2; 6; 10; 14; 17].

1. Критический постсуицид. Конфликт, подтолкнувший к попытке, теряет актуальность, человек не имеет суицидальных мыслей и высказываний, испытывает вину и стыд за свой поступок, боится смерти и осознает, что попытка самоубийства не решила проблему. В этом случае достаточно педагогической коррекции и психотерапии.

2. Манипулятивный постсуицид. Попытка суицида используется для привлечения внимания, демонстрации или манипулирования окружающими. После попытки самоубийства ситуация для военнослужащего улучшилась, что стало следствием его суицидальных действий. При этом явных суицидальных намерений у него нет. К совершенной попытке он относится с позиции выгоды, испытывает легкое смущение и опасается возможного летального исхода. Такое поведение закрепляется как способ влияния на окружающих, переходя в демонстративно-шантажную форму. Необходимо пересмотреть его жизненные ценности, сформировать отрицательное отношение к суициду и избавиться от привычки использовать манипулятивные методы в общении [8; 11; 14; 16].

3.Аналитический постсуицид, человек анализирует причины, приведшие к попытке самоубийства, и ищет способы решения проблем (способы и орудия для самоубийства) [3]. Конфликтная ситуация остается для военнослужащего значимой, но суицидальных намерений у него не наблюдается. К совершенной попытке он относится отрицательно. Сейчас он ищет новые пути решения проблемы. Если эти пути окажутся неэффективными, а конфликт станет невыносимым, существует риск повторной попытки суицида с более высоким шансом летального исхода. В такой ситуации требуется содействие со стороны руководства подразделения (части), включая командиров, заместителей по военно-политической работе и психолога, для разрешения конфликта. Если же причиной является психическое расстройство, необходимо соответствующее лечение и дальнейшее регулярное наблюдение у психиатра.

4. Суицидально-фиксированный постсуицид. Суицидальные мысли и намерения сохраняются, и человек продолжает планировать самоубийство повторно. Конфликт остается для военнослужащего острым, суицидальные намерения сохраняются и могут быть скрыты. Отношение к суициду в целом положительное. Такой военнослужащий нуждается в строгом наблюдении и лечении в условиях стационара психиатрического профиля.

Поведение суицидента после неудачной попытки можно условно разделить на несколько категорий [6; 8; 11; 14; 16]:

1. Поиск медико-психологической помощи, некоторые люди после неудачной попытки активно ищут последующую помощь, обращаются к врачам, психологам, психотерапевтам, друзьям и родственникам. Они могут быть более открыты к обсуждению своих проблем и готовы к сотрудничеству в рамках лечения.

2. Изоляция и отрицание, другие, напротив, могут изолироваться от окружающих, отрицать серьезность произошедшего, избегать обсуждения попытки и отказываться от помощи. Это может быть связано со стыдом, виной, страхом осуждения или недоверием к системе здравоохранения.

3. Повторные попытки, к сожалению, значительная часть людей, переживших неудачную попытку суицида, совершают повторные попытки, которые могут привести к летальному исходу. Факторами риска повторных попыток являются: отсутствие лечения, сохраняющиеся психические расстройства, социальная изоляция, доступность средств совершения суицида.

4. Изменение поведения, в некоторых случаях неудачная попытка суицида может стать поворотным моментом в жизни человека. Он может пересмотреть свои ценности, изменить образ жизни, начать заботиться о своем здоровье и благополучии [8; 11; 14; 16; 17]. Важно отметить, что поведение суицидента после неудачной попытки не является статичным и может меняться со временем. На него влияют как внутренние факторы (психическое состояние, личностные особенности), так и внешние (социальная поддержка, доступность помощи). Каждый случай самоубийства или попытки его совершения обязывает заместителя командира подразделения (части) по военно-политической работе провести своевременное и беспристрастное расследование (разбирательство), выступая в роли эксперта. Процедура сбора и анализа информации при расследовании суицидального случая включает следующие этапы:

1.Установление ключевых фактов происшествия:

Идентификация: полное имя, воинская должность, подразделение и воинская часть погибшего.

Время и место: точная дата, время и место совершения суицида, а также его удаленность от места службы или проживания.

Способ: детализированное описание использованного способа самоубийства, включая наличие и характер приспособлений (заранее подготовленных или найденных на месте) [3].

Обнаружение: кто обнаружил тело, кому и когда было доложено о происшествии (особое внимание к информации от гражданских лиц или правоохранительных органов).

Хронология: время с момента последнего известного местонахождения погибшего до момента его обнаружения.

Свидетели: наличие или вероятность наличия свидетелей подготовки или совершения суицида.

Сроки отчетности: время, прошедшее с момента суицида до момента доклада по команде.

2. Сбор социально-демографических данных:

Личные данные: дата рождения, национальность, семейное положение.

Образование: для офицеров - наименование и год окончания военно-учебного заведения.

Семейное положение: состав семьи (полная/неполная), информация о родителях (степень родства, ФИО, год рождения), женах, невестах, сожителях, их место проживания.

Возрастные соотношения: разница в возрасте между родителями и погибшим, его положение в семье (старший/младший ребенок, разница в возрасте с братьями/сестрами).

Родительская занятость: род занятий родителей, образование, профессия.

Место проживания: совместное или раздельное проживание погибшего с родителями/семьей.

Для контрактников: информация о месте проживания (собственное, аренда, общежитие), месте работы/учебы до службы (близко/далеко от родителей), характер отношений с супругой (совместно/раздельно), наличие и количество детей (совместные/не совместные).

Для холостых: информация о предыдущих браках, характер отношений с бывшей супругой и детьми.

3. Информация о прохождении военной службы:

Способ поступления на службу: дата и военный комиссариат (или пункт отбора для контрактников), через который был призван или поступил на службу.

Место призыва: призыв по месту проживания родителей или вдали от него.

Документация: полнота и качество документов при поступлении на службу, включая характеристики и запросы в правоохранительные органы и медицинские учреждения [5; 6].

4. Анализ обстоятельств, предшествовавших суициду:

Предшествующие события: краткое описание обстоятельств, которые могли повлиять на решение о самоубийстве.

Правовые аспекты: информация о возбуждении уголовного дела (при наличии).

Коммуникации: содержание предсмертной записки, телефонных разговоров, электронной переписки и SMS-сообщений (при наличии).

Предполагаемые причины: возможные мотивы самоубийства, такие как семейные проблемы, развод, супружеская измена, неразделенная любовь, финансовые трудности, неизлечимые заболевания, венерические заболевания, страх ответственности за правонарушения или проступки, а также трудности, связанные с военной службой.

Для снижения риска суицидальных случаев среди военнослужащих крайне важно повышать их осведомленность в вопросах финансов и улучшать индивидуальную работу с теми, кто имеет просроченные долги. В связи с этим, руководители подразделений (частей) должны организовывать следующие мероприятия:

1. Выявление и поддержка военнослужащих с финансовыми и другими материально-бытовыми проблемами, необходимо активно выявлять военнослужащих, имеющих задолженности перед банками, вести их персональный учет и оказывать им необходимую юридическую помощь. При этом важно избегать формального подхода к сбору информации, не оказывать давления на военнослужащих с целью погашения кредитов, а

также строго соблюдать конфиденциальность их личных данных и банковской информации.

2. Проводить индивидуальная работа с группами риска:

Военнослужащие с валютными кредитами, множественными кредитами или высокой долговой нагрузкой. Необходимо проводить детальное выяснение целей получения кредитов, условий их предоставления и графиков погашения. Совместно с военнослужащими и их семьями следует разрабатывать планы по обслуживанию долгов и оказывать им юридическую поддержку.

Военнослужащие с высокими расходами на аренду жилья. Следует принимать меры для решения их жилищных вопросов, если расходы на аренду превышают 30% семейного дохода.

Многодетные семьи и семьи с больными детьми. Особое внимание следует уделять семьям, где единственный источник дохода - денежное довольствие, и которые испытывают материальные трудности, в том числе из-за необходимости дорогостоящего лечения детей с хроническими заболеваниями.

Необходимо проводить разъяснительную работу с будущими контрактниками по вопросам получения потребительских и ипотечных кредитов, кредитных карт, а также по условиям их погашения и эффективным процентным ставкам. Проводить консультирование по кредитам и если военнослужащий планирует взять кредит, с ним и, при необходимости, с членами его семьи должна проводиться разъяснительная работа.

В местах службы и проживания военнослужащих и их семей, а также в библиотеках и клубах, на информационных стендах должна размещаться актуальная информация о потребительских и ипотечных кредитах, кредитных картах, условиях их погашения, процентных ставках и контактных данных кредитных организаций, участвующих в программах финансовой грамотности. Не реже одного раза в квартал в рамках правового информирования и встреч с семьями военнослужащих следует проводить разъяснительные мероприятия по вопросам повышения финансовой грамотности.

Необходимо изучать наличие в районах дислокации воинских частей микрофинансовых организаций, предоставляющих кредиты.

Предотвращение самоубийств в воинских частях требует от руководства обучения методам выявления и профилактики суицидального поведения, а также навыкам оказания помощи военнослужащим, находящимся в кризисных ситуациях. Основные направления работы с военнослужащими, подверженными суицидальному риску, включают [1; 5; 11; 14; 25]:

1. Постоянное наблюдение и изучение индивидуальных особенностей каждого военнослужащего.

2. Минимизацию негативного влияния военной службы на психическое здоровье (снижение физического и психологического напряжения, обеспечение нормального режима сна и отдыха, учет условий службы и климатических факторов).

3. Выявление и устранение внешних социальных факторов, которые могут негативно сказываться на психической устойчивости, адаптации к службе и приводить к отклоняющемуся поведению [2; 14; 16; 9].

4.Индивидуальный подход к организации служебной деятельности, учитывающий физическое и психологическое состояние военнослужащих.

5. Реализацию комплекса мер по раннему выявлению и предотвращению суицидальных наклонностей [18; 19; 23; 24; 25].

6. Проведение психокоррекционных мероприятий.

7. Создание благоприятной социальной атмосферы в подразделениях.

8. Организацию медицинских осмотров и обследований, медицинской реабилитации и психиатрической помощи (консультирования).

9. Взаимодействие с семьями военнослужащих.

Прежде чем предпринимать меры по предотвращению самоубийств, необходимо проанализировать индивидуальные и групповые факторы риска. Это предполагает своевременное выявление военнослужащих с суицидальными мыслями и предоставление им психологической, педагогической, социальной и медицинской поддержки. При оценке суицидального риска необходимо учитывать как факторы, способствующие суициду, так и факторы, препятствующие ему. Важно усиливать последние, такие как: позитивное отношение к жизни и неприятие смерти; наличие различных способов решения проблем [3]; социальная адаптированность; эмоциональная связь с близкими и сослуживцами; чувство ответственности перед семьей и коллективом; страх перед физической болью; восприятие самоубийства как аморального или греховного поступка; наличие жизненных целей и планов. Руководителям важно понимать, что попытка суицида часто является отчаянной попыткой привлечь внимание, выражением глубокого отчаяния, беспомощности в сложной жизненной ситуации. Командиры и их заместители должны знать основные этапы проведения индивидуальной профилактической беседы с военнослужащими, находящимися в психологическом кризисе [1; 5; 11; 25]. Первый этап беседы направлен на установление доверительных отношений. Военнослужащий может по-разному реагировать на попытку установления контакта, желание высказать свои негативные эмоции, открытое общение и принятие, отрицание. В первую очередь, важно дать военнослужащему возможность выговориться, поделиться своими переживаниями и эмоциями. Слушайте внимательно, проявляя сочувствие и понимание. Без открытого выражения чувств невозможно построить доверительные отношения. Если речь заходит о суициде, не стоит демонстрировать удивление, раздражение или страх. Профессиональная позиция заключается в том, чтобы рассматривать суицид как возможную реакцию на тяжелую жизненную ситуацию, с которой, по мнению самого военнослужащего, он не может справиться. Второй подход - обходные пути и снятие табу. Если военнослужащий избегает разговоров о самоубийстве, можно использовать косвенные методы. Спросите о его самочувствии, состоянии здоровья и причинах ухудшения. Важно обсудить суицидальные мысли, намерения или действия, чтобы снять табу с этой темы. Для проявления сопереживания можно использовать фразы вроде: «Понимаю, как вам было тяжело, когда... В таких ситуациях люди часто задумываются, стоит ли продолжать жить. А как у вас?». Также полезно повторять и уточнять сказанное военнослужащим, а также использовать паузы в разговоре. Выявление и осмысление проблемы на следующем этапе беседы. Необходимо определить основную проблему, которая подтолкнула военнослужащего к крайним мерам, отделив ее от второстепенных. Помогите ему понять причины кризиса. Ищите вместе пути решений и стимулов к жизни. Задавайте открытые вопросы, начинающиеся со слов «Почему?», «Когда?», «Зачем?». Грамотно сформулированные вопросы могут натолкнуть военнослужащего на мысль, что самоубийство - не единственный выход. Важно также выявить факторы, которые могут побудить человека жить дальше (противосуицидные факторы). Поиск аргументов в пользу жизни - это отправная точка для разработки позитивных способов решения сложившейся ситуации. Далее необходимо перейти к разработке плана действий. На третьем этапе беседы совместно с военнослужащим нужно составить план выхода из кризисной ситуации. Предлагайте варианты решения проблемы, но не навязывайте их и не оказывайте давления. Важно с пониманием относиться к возражениям и стимулировать военнослужащего к самостоятельному поиску конструктивных решений. Четвертый этап посвящен укреплению уверенности военнослужащего в своих силах для преодоления трудностей (формирование уверенности и подведение итогов). По окончании беседы необходимо проанализировать ее результаты.

Эффективность индивидуальной профилактической беседы с военнослужащим, находящимся в психологическом кризисе, напрямую зависит от тактичности, толерантности, уважения к личности, педагогической интуиции, умения слушать и эмпатии (сопереживания) со стороны должностного лица [1; 5; 11; 25]. Для руководителей

военно-политических структур предотвращение суицидов имеет первостепенное значение. Самоубийства военнослужащих подрывают боевой дух подразделений, создают искаженное представление о службе в армии в глазах общественности и могут отталкивать молодежь от призыва. Поэтому офицерам необходимо глубоко разбираться в причинах суицидального поведения, уметь выявлять его заранее [2; 6; 8; 10; 11; 14].

Заключение. Поведение суицидента после неудачной попытки - сложный и многогранный феномен, требующий дальнейшего изучения. Необходимо проводить исследования, направленные на: выявление факторов, влияющих на выбор стратегии поведения после неудачной попытки; разработку и оценку эффективности программ помощи и поддержки для людей, переживших неудачную попытку суицида; снижение стигматизации и повышение осведомленности о проблеме суицида в обществе; улучшение доступности и качества психиатрической и психологической помощи.

Понимание динамики поведения суицидента после неудачной попытки позволит разработать более эффективные стратегии профилактики повторных попыток и спасти жизни. Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку персонализированных подходов к оказанию помощи, учитывая индивидуальные потребности и особенности каждого человека, пережившего суицидальную попытку [5; 11; 25].

Будущие исследования должны быть мультидисциплинарными, объединяя усилия психиатров, психологов, социологов и специалистов по общественному здравоохранению. Особое внимание следует уделить лонгитюдным исследованиям, которые позволят отследить долгосрочные последствия неудачных попыток и выявить предикторы успешной адаптации или, наоборот, рецидива суицидального поведения. Важным направлением является изучение роли различных видов терапии, включая когнитивно-поведенческую терапию, диалектическую поведенческую терапию и семейную терапию, в снижении риска повторных попыток. Также необходимо исследовать влияние онлайн-ресурсов и социальных сетей на поведение суицидентов после неудачной попытки, как в плане предоставления поддержки, так и в плане распространения деструктивной информации.

Кроме того, важно углубить понимание нейробиологических и генетических факторов, которые могут предрасполагать к суицидальному поведению и влиять на реакцию человека после неудачной попытки. Исследование роли травматического опыта, включая детские травмы и насилие, в контексте постсуицидального поведения также является критически важным. Разработка и внедрение протоколов скрининга и раннего вмешательства в медицинских учреждениях, где оказываются помощь после суицидальных попыток, может значительно улучшить исходы [18; 20; 23; 24].

Наконец, необходимо активно работать над дестигматизацией психических расстройств и суицидального поведения в обществе. Повышение осведомленности и формирование культуры открытого диалога о ментальном здоровье могут способствовать тому, что люди, пережившие неудачную попытку, будут чувствовать себя более комфортно, обращаясь за помощью и поддержкой. Это, в свою очередь, может стать ключевым фактором в предотвращении повторных попыток и в конечном итоге – в снижении общего уровня суицидов. Таким образом, комплексный подход, охватывающий как клинические, так и социальные аспекты, является залогом успешной работы в этой сложной и жизненно важной области.

Проблема поведения суицидента после неудачной попытки требует комплексного и многостороннего подхода, объединяющего усилия специалистов различных областей, людей с личным опытом и представителей общественности. Только совместными усилиями мы сможем создать общество, в котором каждый человек, переживающий суицидальный кризис, получит необходимую помощь и поддержку, и в котором суицид станет редким и предотвратимым явлением.

Библиографический список

1. Белых С.Ф. Первичная профилактика самоубийств среди сотрудников органов внутренних дел // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2003. № 1(19). – С. 99-100.

2. Григорович Л.А., Горелов А.А., Чудаков А.Ю. Девиантологическая компетентность будущих педагогов и психологов // Российский девиантологический журнал. 2022. Т. 2. № 1. - С. 63-76.

3. Иваненко С.А., Божченко А.П., Толмачев И.А., Чудаков А.Ю. Способы нанесения смертельной травмы: частота встречаемости среди молодых мужчин-самоубийц. В сборнике: Судебная медицина: история и современность (к 225-летию образования кафедры судебной медицины Военно-медицинской академии). Материалы Всероссийской научно-практической конференции. - Санкт-Петербург, 2024. - С. 78-80.

4. Круглова М.А., Лепехин Н.Н., Круглов В.А., Чудаков А.Ю., Круглов В.Г. Трудные рабочие ситуации как предиктор профессионального выгорания сотрудников правоохранительных органов // Вестник психотерапии. 2023. № 88. - С. 81-90.

5. Линевич В.Л. Психологические аспекты диагностико-коррекционной работы по профилактике суицидов среди сотрудников ОВД: монография. - Уфа, 2004. - 169 с.

6. Линевич В.Л. Изучение личностных и социально-психологических характеристик сотрудников ОВД, как факторов аутодеструктивных форм поведения: учебное пособие. - Уфа, 2006. - 174 с.

7. Положий Б.С., Любов Е.Б. Изучение суицидального поведения в России: проблемы и решения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022; 122(8). - С. 145-149.

8. Сухинин А.В. Суицидальное поведение сотрудников полиции: проблемы причинности и доказывания // Вестник Волгоградского гос. ун-та. Сер. 5, Юриспруд. 2011. № 1 (14). – С. 181-185.

9. Чудаков А.Ю., Чудакова П.А. Формы девиантного поведения подростков / Сборник научных трудов. - Санкт-Петербург - Самара, 2023. - С. 107-135.

10. Чудаков А.Ю., Гайворонская В.В. Безысходность как фактор суицидального поведения при COVID-19. Учебно-методическое пособие / Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. - Санкт-Петербург: Институт интегративной медицины, 2022. - 16 с.

11. Чудаков А.Ю., Исаков И.Д., Гальцев Ю.В., Жидков Д.Н. Особенности профилактики суицидального поведения при заболевании COVID-19 на примере города Санкт-Петербурга и Ленинградской области / Вехи истории Российского центра судебно-медицинской экспертизы. К 90-летию со дня образования. Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под общей редакцией И.Ю. Макарова. – Москва, 2021. - С. 299-311.

12. Чудаков А.Ю., Лытаев С.А., Гайворонская В.В. Судебно-медицинская экспертиза суицида. Введение в проблему, некоторые психофизиологические и социальные аспекты / Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. - Санкт-Петербург: Институт интегративной медицины, 2022. – 58 с.

13. Чудаков А.Ю., Гальцев Ю.В. Судебно-экспертная деятельность: некоторые проблемы, практика и перспективы. - Самара, 2022. - 117 с.

14. Чудаков А.Ю. Психолого-педагогическая диагностика суицидального поведения. Методическое пособие / Санкт-Петербург, 2025. - 30 с.

15. Чудаков А.Ю., Юнацкевич П.И., Гайворонская В.В., Еркудов В.О., Скребцова Н.В., Михайлов К.Д. Педагогика физиологической безопасности. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – 248 с.

16. Чудаков А.Ю., Жуков А.А. Суицидальное поведение: мировая статистика, факторы риска, гендерные и возрастные различия / Актуальные вопросы организации

здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 137-145.

17. Чудаков А.Ю., Жуков А.А. Факторы риска суицидального поведения сотрудников силовых ведомств разных стран / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 146-153.

18. Чудаков А.Ю. Типология суицида / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 154-160.

19. Чудаков А.Ю. Как распознать суицидальные наклонности заблаговременно / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 161-164.

20. Чудаков А.Ю. Симптомы суицидальной готовности у подростков, молодых людей призывного возраста и молодых военнослужащих / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 165-173.

21. Чудаков А.Ю. Мужской суицид в России / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 1174-177.

22. Чудаков А.Ю. К вопросу о профессиональном выгорании сотрудников правоохранительных органов / Гигиена труда: вчера, сегодня, завтра. Сборник трудов очно-заочной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию курса «Гигиена труда» кафедры гигиены условий воспитания, обучения, труда и радиационной гигиены Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – СПб., 2025. - С. 271-277.

23. Чудаков А.Ю., Утюганов А.А., Бондаренко С.А. Медико-психологическое обеспечение боевой подготовки бойцов Росгвардии в целях прогнозирования патопсихологических состояний // Вестник Военной академии войск национальной гвардии. № 1 (30). 2025. - С. 201-212.

24. Чудаков А.Ю., Утюганов А.А., Бондаренко С.А. Психофизиологическое обеспечение боевой подготовки бойцов Росгвардии в целях выявления патопсихологических состояний // Сибирский социально-гуманитарный журнал. 2025. № 2 (7). - С. 29-39.

25. Юнацкевич П. И., Кулганов В. А. Суицид как негативное явление и пути его профилактики // Военная педагогика: Учебное пособие. – Санкт-Петербург: ВИКА им. А.Ф. Можайского, 1995. - Гл. 11. - С. 196.

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Чудаков А.Ю.

ЦЕНА ВОЗВРАЩЕНИЯ С СВО: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ВЕТЕРАНОВ, НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ОБЩЕСТВА, АЛКОГОЛИЗМ, ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ, СУИЦИДЫ

Актуальность. Возвращение ветеранов из зон боевых действий в мирную жизнь - это сложный и многогранный процесс, требующий пристального внимания со стороны общества и государства. Участие в СВО, сопряженное с экстремальными физическими и психологическими нагрузками, оставляет глубокий след в психике и соматике военнослужащих, что часто приводит к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), депрессии, профессиональному выгоранию, алкоголизму, тревожным расстройствам и другим психологическим проблемам [4; 22]. Эти проблемы, в свою очередь, негативно сказываются на социально-психологической адаптации ветеранов, их способности к трудоустройству и поддержанию стабильных семейных отношений. Игнорирование этих проблем может привести к серьезным последствиям, таким как рост преступности, увеличение числа разводов, ухудшение здоровья и, в конечном итоге, к трагическим исходам, включая суициды. Недостаточная изученность данной проблематики в контексте СВО подчеркивает необходимость проведения комплексного анализа и разработки эффективных стратегий поддержки ветеранов. Актуальность исследования обусловлена масштабом проблемы, так как значительное количество военнослужащих, прошедших через СВО, нуждаются в комплексной реабилитации и поддержке. Неадаптированные ветераны представляют собой группу повышенного риска, подверженную профессиональному выгоранию, девиантному поведению, алкоголизму, наркомании и суицидальным наклонностям [2; 4; 22]. Потеря трудоспособности и распад семей ветеранов приводят к увеличению нагрузки на социальные службы и экономическим потерям для государства. Проблемы социально-психологической адаптации ветеранов СВО требуют дальнейшего изучения и разработки эффективных методов помощи.

Введение. Участие в боевых действиях оказывает разрушительное воздействие на психику человека. Ветераны СВО, пережившие травматический опыт и боевой стресс, часто сталкиваются с трудностями при возвращении к нормальной жизни. Социально-психологическая дезадаптация проявляется в различных формах, включая профессиональное выгорание, ПТСР, затянувшуюся депрессию, тревожные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами, девиантное поведение, криминализацию и суицидальное поведение [2; 4; 22]. Важным фактором риска, усугубляющим ситуацию отклоняющегося проведения, является непереносимость со стороны общества, непонимание и отчуждение, с которыми сталкиваются ветераны [16; 17]. Данное исследование направлено на выявление взаимосвязи между этими факторами и разработку рекомендаций по улучшению социальной адаптации и психологической поддержки ветеранов СВО, по заблаговременной профилактике девиантного (суицидального) и аддиктивного проведения [1; 2; 5; 11; 23]. Целью данной статьи является анализ социально-психологических проблем, возникающих у ветеранов СВО после возвращения к мирной жизни, и их влияния на трудоустройство, взаимоотношения в коллективах, с соседями и семейные отношения.

Основная часть.

Участие в боевых действиях является мощным психотравмирующим фактором, приводящим к развитию широкого спектра социально-психологических и физиологических проблем. Ветераны «не находят себя в мирной жизни», испытывают

трудности в установлении и поддержании социальных связей, отчуждение от семьи и друзей, постоянные межличностные, семейные и служебные конфликты, изоляция, чувство одиночества, проблемы с трудоустройством. В психосоматическом состоянии их беспокоят хронические посттравматические и фантомные боли, шейно-грудные и пояснично-крестцовые полирадикулопатии, головные боли, подъёмы артериального давления, проблемы с пищеварением, снижение аппетита, сердечно-сосудистые заболевания, кожные заболевания - псориаз, нейродермит, нарушения сна. Наиболее распространенными являются посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР**),** которое характеризуется навязчивыми воспоминаниями о травматических событиях, кошмарными сновидениями, повышенной тревожностью, раздражительностью, избеганием ситуаций, напоминающих о травме, и эмоциональным оцепенением. Также часто у ветеранов отмечают затянувшуюся депрессию, проявляющуюся в резком снижении настроения, потере интереса к жизни, усталости, нарушениях сна и аппетита, чувстве вины, беспомощности и безысходности. Отмечают тревожные расстройства, которые включают в себя панические атаки, генерализованное тревожное расстройство, социальную тревожность, чувство вины, раздражительность, агрессивность или апатию, флешбэки, фобии и другие формы тревоги. Панические атаки (проявление неразрешенного страха) - это внезапные приступы сильного страха или дискомфорта, сопровождающиеся физическими симптомами, такими как учащенное сердцебиение, одышка, головокружение, дрожь, ощущение удушья. Для ветеранов СВО панические атаки могут быть прямым следствием пережитого травматического опыта, своеобразной реакцией психики на постоянное ощущение угрозы и боевого стресса. Эти атаки могут возникать спонтанно, даже в безопасной обстановке, вызывая у ветерана чувство потери контроля и усиливая страх перед будущим [15]. Повторяющиеся панические атаки значительно снижают качество жизни, ограничивают социальную активность и усугубляют чувство беспомощности.

Ветераны пытаются найти выход из этих болезненных состояний в злоупотреблении психоактивными веществами, алкоголь и наркотики часто используются в качестве способа справиться с психологической и физической болью, тревогой, паникой и страхами. Злоупотребление курением и алкоголем часто становится для ветеранов самым лёгким и распространённым способом заглушить душевную и физическую боль (способ совладания), справиться с тревогой, бессонницей и посттравматическими воспоминаниями. Алкоголь временно снимает напряжение, но в долгосрочной перспективе усугубляет психологические проблемы, разрушает физическое здоровье и социальные связи. Зависимость от алкоголя приводит к дальнейшей изоляции, потере работы, семейным конфликтам и усугублению депрессивных состояний. Это порочный круг, из которого ветерану бывает крайне сложно выбраться самостоятельно.

Крайней формой отклоняющегося (девиантного) поведения и проявления психологического неблагополучия является суицидальное поведение - суицидальные мысли, намерения, подготовка, поиск способов и средств для самоубийства, и попытки ухода из жизни [2; 6; 7; 8; 10; 14; 16]. Суицидальные мысли, поиск способов и средств уйти из жизни, попытки самоубийства (крайняя точка отчаяния) являются наиболее трагическим проявлением социально-психологической дезадаптации ветеранов [3; 12; 13]. Они возникают на фоне невыносимого психологического страдания, физической боли после травм и ранений, чувства безысходности, потери смысла жизни, одиночества и отсутствия поддержки. Сочетание профессионального выгорания, ПТСР, депрессии, алкогольной зависимости, безденежья и социальной изоляции создает крайне высокий риск суицидального поведения [2; 4; 8; 14; 16; 22]. Отсутствие своевременной и квалифицированной психологической помощи, а также стигматизация психических расстройств могут препятствовать обращению ветеранов за необходимой поддержкой, что увеличивает вероятность фатального исхода.

Факторами риска развития дезадаптации является тяжесть боевого опыта, интенсивность и продолжительность участия в боевых действиях, их жестокость, пережитые травмы, потери товарищей, свидетельствование расстрелов, казней, пыток мирного населения и пленных. Также играют роль индивидуальные особенности, наследственная предрасположенность к психическим расстройствам, низкая стрессоустойчивость, отсутствие навыков совладания со стрессом. Отсутствие поддержки со стороны семьи, друзей, общества, недостаточная доступность психологической помощи. Непонимание и отчуждение со стороны общества являются серьезным препятствием на пути к адаптации ветеранов. Стереотипы, предрассудки и негативное отношение к участникам боевых действий могут усугублять чувство изоляции и отчуждения. Недостаточная информированность общества о проблемах, с которыми сталкиваются ветераны, приводит к непонимаванию их потребностей и, как следствие, к отсутствию адекватной поддержки и как следствие невозможности раннего выявления суицидальных наклонностей [19; 20; 21; 23]. Ветераны могут сталкиваться с обвинениями, осуждением или, наоборот, с излишним, но поверхностным сочувствием, которое не решает их реальных проблем. Это создает ощущение, что их опыт и переживания не ценятся и не принимаются, что подрывает их самооценку и желание интегрироваться в гражданскую жизнь [16; 17; 18].

Психологические проблемы, возникающие у ветеранов СВО, оказывают существенное влияние на их способность к трудоустройству и успешной профессиональной деятельности. ПТСР, психосоматические расстройства, затянувшаяся депрессия и тревожные расстройства могут приводить к снижению концентрации внимания и памяти - это затрудняет выполнение сложных задач и требует дополнительных усилий для поддержания продуктивности. Повышенная раздражительность и агрессивность, попытки «поиска правды и справедливости» создают проблемы в общении с коллегами и руководством, приводит к конфликтам и увольнениям. Ветераны испытывают проблемы с соблюдением трудовой дисциплины, инструкций и правил - это обусловлено трудностями с контролем импульсов и эмоциональной регуляцией. Стараются уединиться, избегают социальные контакты, что ограничивает возможности для профессионального роста и развития, препятствует командной работе. Из-за ухудшения физического и психического здоровья прибегают к частым больничным и пропускам работы. В результате, ветераны СВО часто сталкиваются с трудностями при поиске работы, удержании на рабочем месте и продвижении по карьерной лестнице. Многие вынуждены соглашаться на низкооплачиваемую и неквалифицированную работу, что усугубляет их финансовое положение и психологическое состояние. Психологические проблемы ветеранов СВО оказывают разрушительное воздействие на их семейные отношения. ПТСР, депрессия, злоупотребление алкоголем, тревожные расстройства могут приводить к эмоциональной отстраненности и холодности, что затрудняет установление близких и доверительных отношений с женой (партнером) и детьми. Частые вспышки гнева, самоагрессии и агрессии создают атмосферу страха и напряжения в семье, приводят к конфликтам и насилию. Злоупотребление курением и алкоголем, употребление наркотиков и ПАВ (хронический суицид), усугубляет проблемы в семье, приводит к финансовым трудностям и социальной изоляции. Снижение сексуального влечения и проблемы в интимной сфере подрывают эмоциональную связь между партнерами. Неспособность к выполнению родительских обязанностей оказывает негативное влияние на развитие детей. В результате, семьи ветеранов СВО часто сталкиваются с конфликтами, непониманием, изменами и разводами. Дети, выросшие в таких семьях, подвержены повышенному риску развития психологических проблем и девиантного поведения [2; 8; 10].

Для решения проблем социально-психологической дезадаптации ветеранов СВО необходим комплексный подход, включающий в себя раннюю диагностику и лечение психологических и психосоматических проблем [1; 2; 5; 11; 14; 23]. Необходимо проводить скрининг всех военнослужащих после возвращения из зоны боевых действий,

изучать личностные и социально-психологические характеристики и обеспечивать им доступ к квалифицированной медико-психологической помощи [6; 7]. Развитие системы реабилитации и социальной адаптации, для чего необходимо создавать специализированные центры реабилитации, предлагающие широкий спектр услуг, включая медико-психологическую помощь, профессиональную переподготовку, юридическую консультацию и социальную поддержку. Обучение членов семей ветеранов, проводить тренинги и семинары для членов семей ветеранов, направленные на повышение их осведомленности о психологических проблемах, с которыми сталкиваются ветераны, и обучение навыкам эффективного общения и поддержки. Создание программ трудоустройства и профессиональной переподготовки, разрабатывать специальные программы трудоустройства и профессиональной переподготовки для ветеранов, учитывающие их индивидуальные потребности и возможности. Повышать осведомленность общества о проблемах ветеранов, проводить информационные кампании, направленные на повышение осведомленности общества о проблемах, с которыми сталкиваются ветераны, и формирование позитивного отношения к ним. Необходимо совершенствовать законодательство, регулирующее вопросы социальной защиты и поддержки ветеранов, и обеспечивать его эффективное исполнение.

Заключение. Социально-психологическая дезадаптация ветеранов СВО является серьезной проблемой, требующей пристального внимания со стороны общества и государства. Психологические проблемы, возникающие у ветеранов после участия в боевых действиях, оказывают разрушительное воздействие на их трудоустройство и семейные отношения, приводя к потере работы, распаду семей и, в крайних случаях, к суицидальным мыслям. Непереносимость общества, панические атаки и глубокая внутренняя боль становятся барьерами на пути к полноценной жизни. Эффективное решение данной проблемы требует комплексного и системного подхода. Государство, общественные организации и сами ветераны должны объединить усилия для создания благоприятной среды, способствующей их реинтеграции. Это включает в себя не только медицинскую и психологическую помощь, но и активную поддержку в сфере трудоустройства, профессиональной переподготовки и укрепления семейных связей. Важно осознавать, что ветераны СВО - это не просто люди, прошедшие через военные действия, а граждане, которые внесли свой вклад в защиту страны и теперь нуждаются в нашей поддержке и понимании. Инвестиции в их реабилитацию и адаптацию - это инвестиции в стабильность и благополучие всего общества. Игнорирование этих проблем приведет к росту социальной напряженности, увеличению нагрузки на социальные службы и, что самое трагичное, к дальнейшим человеческим трагедиям.

Таким образом, цена возвращения для ветеранов СВО может быть очень высокой, если общество не сможет обеспечить им необходимую поддержку. Наша задача - сделать этот путь возвращения к мирной жизни максимально безболезненным и продуктивным, чтобы каждый ветеран мог вновь обрести свое место в жизни, в семье и в обществе, не теряя при этом себя. Дальнейшие исследования в области психологии ветеранов, разработка новых реабилитационных методик и совершенствование существующих программ поддержки являются ключевыми шагами на пути к достижению этой цели.

Библиографический список

1. Белых С.Ф. Первичная профилактика среди сотрудников органов внутренних дел. Психопедагогика в правоохранительных органах. 2003. № 1(19). – С. 99-100.

2. Григорович Л.А., Горелов А.А., Чудаков А.Ю. Девиантологическая компетентность будущих педагогов и психологов // Росс-й девиантолог. журнал. 2022. Т. 2. № 1. - С. 63-76.

3. Иваненко С.А., Божченко А.П., Толмачев И.А., Чудаков А.Ю. Способы нанесения смертельной травмы: частота встречаемости среди молодых мужчин-самоубийц / Судебная медицина: история и современность (к 225-летию образования кафедры

судебной медицины Военно-медицинской академии). Материалы Всероссийской научно-практической конференции. - Санкт-Петербург, 2024. - С. 78-80.

4. Круглова М.А., Лепехин Н.Н., Круглов В.А., Чудаков А.Ю., Круглов В.Г. Трудные рабочие ситуации как предиктор профессионального выгорания сотрудников правоохранительных органов // Вестник психотерапии. 2023. № 88. - С. 81-90.

5. Линевич В.Л. Психологические аспекты диагностико-коррекционной работы по профилактике суицидов среди сотрудников ОВД: монография. - Уфа, 2004. - 169 с.

6. Линевич В.Л. Изучение личностных и социально-психологических характеристик сотрудников ОВД, как факторов аутодеструктивных форм поведения: учебное пособие. - Уфа, 2006. - 174 с.

7. Положий Б.С., Любов Е.Б. Изучение суицидального поведения в России: проблемы и решения // Жур-л неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022; 122(8). - С. 145-149.

8. Сухинин А.В. Суицидальное поведение сотрудников полиции: проблемы причинности и доказывания // Вестник Волгоградского гос. ун-та. Сер. 5, Юриспруд. 2011. № 1 (14). – С. 181-185.

9. Чудаков А.Ю., Чудакова П.А. Формы девиантного поведения подростков / Сборник научных трудов. - Санкт-Петербург - Самара, 2023. - С. 107-135.

10. Чудаков А.Ю., Гайворонская В.В. Безысходность как фактор суицидального поведения при COVID-19. Учебно-методическое пособие / Сер. Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. Санкт-Петербург, 2022. - 16 с.

11.Чудаков А.Ю., Исаков И.Д., Гальцев Ю.В., Жидков Д.Н. Особенности профилактики суицидального поведения при заболевании COVID-19 на примере города Санкт-Петербурга и Ленинградской области / Вехи истории Российского центра судебно-медицинской экспертизы. К 90-летию со дня образования. Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под общей редакцией И.Ю. Макарова. – Москва, 2021. - С. 299-311.

12. Чудаков А.Ю., Лытаев С.А., Гайворонская В.В. Судебно-медицинская экспертиза суицида. Введение в проблему, некоторые психофизиологические и социальные аспекты / Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. - Санкт-Петербург: Институт интегративной медицины, 2022. – 58 с.

13. Чудаков А.Ю., Гальцев Ю.В. Судебно-экспертная деятельность: некоторые проблемы, практика и перспективы. - Самара, 2022. - 117 с.

14. Чудаков А.Ю. Психолого-педагогическая диагностика суицидального поведения. Методическое пособие. - Санкт-Петербург: Институт суицидологии, 2025. - 30 с.

15. Чудаков А.Ю., Юнацкевич П.И., Гайворонская В.В., Еркудов В.О., Скребцова Н.В., Михайлов К.Д. Педагогика физиологической безопасности. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – 248 с.

16. Чудаков А.Ю., Жуков А.А. Суицидальное поведение: мировая статистика, факторы риска, гендерные и возрастные различия / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 137-145.

17. Чудаков А.Ю., Жуков А.А. Факторы риска суицидального поведения сотрудников силовых ведомств разных стран / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – 248 с.
С. 146-153.

18. Чудаков А.Ю. Типология суицида / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение

эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 154-160.

19. Чудаков А.Ю. Как распознать суицидальные наклонности заблаговременно / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 161-164.

20. Чудаков А.Ю. Симптомы суицидальной готовности у подростков, молодых людей призывного возраста и молодых военнослужащих / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 165-173.

21. Чудаков А.Ю. Мужской суицид в России / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 174-177.

22. Чудаков А.Ю. К вопросу о профессиональном выгорании сотрудников правоохранительных органов / Гигиена труда: вчера, сегодня, завтра. Сборник трудов очно-заочной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию курса «Гигиена труда» кафедры гигиены условий воспитания, обучения, труда и радиационной гигиены Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – СПб., 2025. - С.271-277.

23. Юнацкевич П. И., Кулганов В. А. Суицид как негативное явление и пути его профилактики // Военная педагогика: Учебное пособие. – Санкт-Петербург: ВИКА им. А.Ф. Можайского. - 1995. - Гл. 11. - С. 196.

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Чудаков А.Ю.

АНТИСУИЦИДАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА КАК ИНСТРУМЕНТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РОСГВАРДИИ

Актуальность. Суицидальное поведение как крайняя форма отклоняющегося поведения является одной из наиболее острых социальных проблем современности, затрагивающей все слои общества, включая военнослужащих Росгвардии вне зависимости от возраста, срока службы, должности и воинского звания. Войска национальной гвардии Российской Федерации, выполняя специальные и боевые задачи по обеспечению безопасности государства и граждан, особенно в зоне Специальной Военной Операции сталкиваются с комплексом специфических стрессогенных факторов риска, таких как боевой стресс, высокий уровень ответственности, интенсивные физические и психоэмоциональные нагрузки, непосредственный риск для жизни и здоровья, а также необходимость адаптации к условиям постоянной готовности и возможного участия в боевых действиях [1; 2; 17; 20]. Эти факторы, в сочетании с индивидуальными особенностями личности в настоящее время на фоне проведения контртеррористических операций и Специальной Военной Операции (СВО), могут создавать предпосылки для развития депрессивных состояний, тревожных расстройств, злоупотребления курением и алкоголем и, как следствие, суицидальных намерений и поступков. В связи с этим, разработка и внедрение эффективных мер ранней медико-психологической и педагогической (девиантологической) профилактики суицидального поведения военнослужащих Росгвардии приобретает особую актуальность [1; 5; 11; 23]. Педагогический подход, ориентированный на формирование устойчивой психики, развитие навыков саморегуляции, укрепление социальной поддержки и повышение психологической грамотности, способен стать действенным инструментом в снижении рисков и сохранении жизни и здоровья личного состава. Игнорирование данной проблемы может привести к необратимым последствиям как для отдельных военнослужащих и их семей, так и для боеспособности подразделений и репутации войск в целом.

Введение. Суицидальное поведение, как крайняя форма отклоняющегося поведения, представляет собой комплексную проблему, обусловленную взаимодействием биологических, психологических, социальных и экзистенциальных факторов. В условиях военной службы в особых условиях, где боевой стресс и риск являются неотъемлемыми спутниками, понимание и профилактика суицидальных тенденций приобретают первостепенное значение [1; 5; 11; 23]. Войска национальной гвардии Российской Федерации, будучи структурой, призванной обеспечивать правопорядок и безопасность, требуют особого внимания к медико-психологическому состоянию своих сотрудников.

Настоящая статья посвящена исследованию педагогических аспектов профилактики суицидального поведения военнослужащих войск национальной гвардии Российской Федерации. Целью исследования является определение ключевых педагогических стратегий и методов, направленных на формирование психологической устойчивости, развитие навыков совладания со стрессом и создание благоприятной социальной среды в воинских коллективах. В работе рассматриваются основные факторы риска суицидального поведения в условиях военной службы, а также предлагаются конкретные педагогические подходы к их минимизации [8; 14; 16; 18].

Основная часть.

Военнослужащие Росгвардии подвергаются воздействию факторов риска суицидального поведения [17; 18; 19; 20]:

1. Профессиональные стрессоры: высокий уровень ответственности и риск для жизни при выполнении служебных задач (участие в СВО, в контртеррористических операциях, охрана общественного порядка в условиях массовых беспорядков); интенсивные физические и психоэмоциональные нагрузки, связанные с боевой подготовкой и дежурствами; необходимость адаптации к условиям постоянной готовности и возможного развертывания в экстремальных условиях; травматический опыт, связанный с боевыми действиями или чрезвычайными ситуациями; профессиональное выгорание; злоупотребление курением и алкоголем, употребление наркотиков; межличностные и служебные конфликты; доступ к табельному оружию [3; 4; 22].

2. Личностные факторы: наличие в анамнезе психических расстройств (черепно-мозговые травмы, контузии, ранения, ПТСР, злоупотребление курением и алкоголем, употребление наркотиков, депрессия, тревожные расстройства); низкая или наоборот завышенная самооценка, неуверенность в себе, перфекционизм; проблемы в межличностных отношениях, социальная изоляция; злоупотребление психоактивными веществами; наличие суицидальных мыслей или попыток в прошлом [3; 17; 20].

3. Социальные и семейные факторы: проблемы в семейных отношениях, конфликты с близкими; финансовые и материально-бытовые трудности, долги, кредиты, ипотека; наличие тяжело или неизлечимо больных родственников (родителей, жён, детей); отсутствие социальной поддержки, чувство одиночества; трудности с адаптацией после увольнения из армии или при переводе в новое подразделение [10; 11; 18].

Педагогическая (девиантологическая) профилактика суицидального поведения военнослужащих Росгвардии должна строиться на комплексном, многоуровневом подходе, охватывающем как индивидуальные, так и коллективные аспекты жизни военнослужащего. Ключевыми направлениями данной профилактики являются [1; 2; 5; 15]:

1. Формирование психологической устойчивости и стрессоустойчивости: психологическое просвещение, проведение регулярных занятий, лекций и тренингов, направленных на повышение психологической грамотности военнослужащих; важно информировать о природе стресса, его влиянии на психику, а также о способах его преодоления; особое внимание следует уделять дестигматизации обращений за медико-психологической помощью; развитие навыков саморегуляции, обучение техникам релаксации, медитации, дыхательным упражнениям, визуализации - эти навыки позволяют военнослужащим эффективно управлять своим эмоциональным состоянием в условиях повышенного стресса; формирование позитивного мышления и жизнестойкости (resilience), развитие способности видеть в трудностях вызовы, а не непреодолимые препятствия, умение извлекать уроки из неудач и сохранять оптимизм - это может достигаться через когнитивно-поведенческие техники, работу с ценностями и смыслами; развитие навыков решения проблем, обучение алгоритмам анализа проблемных ситуаций, генерации альтернативных решений, оценки их последствий и выбора оптимального пути.

2. Укрепление социальной поддержки и межличностных отношений: формирование сплоченного воинского коллектива, создание атмосферы доверия, взаимопомощи и уважения в подразделениях. Важно поощрять открытое общение, поддержку товарищей и чувство принадлежности к коллективу; развитие коммуникативных навыков, обучение эффективному общению, умению слушать и быть услышанным, конструктивно разрешать конфликты; поддержка семейных связей, проведение мероприятий, направленных на укрепление семейных отношений военнослужащих, оказание психологической помощи семьям в период разлуки или стрессовых ситуаций; создание системы наставничества: привлечение опытных военнослужащих к поддержке и адаптации молодых сотрудников, передача им жизненного и профессионального опыта; раннее (заблаговременное)

выявление и коррекция факторов риска, регулярный психологический мониторинг, проведение скрининговых исследований для выявления военнослужащих с повышенным риском развития депрессивных состояний или суицидальных тенденций; индивидуальное консультирование и психотерапия, предоставление своевременной квалифицированной психологической помощи военнослужащим, испытывающим трудности; работа с травматическим опытом, специализированная помощь военнослужащим, пережившим боевые травмы или другие травмирующие события; профилактика злоупотребления психоактивными веществами, информационные компании и программы поддержки для предотвращения и преодоления зависимости; формирование позитивного образа военной службы и профессиональной идентичности, подчеркивание значимости профессии, акцентирование внимания на важности и патриотической составляющей службы в Росгвардии; развитие профессиональной гордости, формирование чувства удовлетворения от выполнения служебного долга и принадлежности к элитной структуре; создание условий для профессионального роста и самореализации, предоставление возможностей для повышения квалификации, получения новых знаний и навыков [1; 5; 20; 21; 23].

3. Эффективность педагогической (девиантологической) профилактики во многом зависит от квалификации и подготовленности педагогических кадров, командиров и психологов; необходимо обеспечить систематическое обучение и повышение квалификации, командиры всех уровней должны обладать базовыми знаниями в области психологии и уметь распознавать признаки неблагополучия у подчиненных, а также знать, куда и как направить военнослужащего за помощью; психологическая служба должна быть оснащена современными методиками и постоянно совершенствовать свои навыки; интеграция психологической поддержки в образовательный процесс, психологические тренинги и занятия должны быть органично встроены в систему профессиональной подготовки и воспитательной работы с личным составом; создание доверительной атмосферы, педагоги и психологи должны быть доступны для общения, проявлять эмпатию и создавать безопасное пространство, где военнослужащие не боятся говорить о своих проблемах; межведомственное взаимодействие, важно наладить тесное сотрудничество с медицинскими учреждениями, образовательными организациями и общественными организациями для обмена опытом и ресурсами в области профилактики суицидального поведения [2; 9; 14; 16].

4. Инновационные подходы в педагогической профилактике - использование цифровых технологий, телемедицины для ранней диагностики психопатологических состояний и суицидального поведения; изучение личностных, социально-психологических и медицинских характеристик; разработка и внедрение онлайн-платформ для психологического просвещения, самодиагностики и получения консультаций; мобильные приложения с техниками релаксации и управления стрессом могут стать доступным инструментом для военнослужащих; геймификация, применение игровых механик в обучающих программах для повышения вовлеченности и мотивации военнослужащих к освоению навыков психологической устойчивости; арт-терапия и творческие методы - использование искусства (рисование, музыка, театр) как средства самовыражения, проработки эмоциональных проблем и снятия напряжения; развитие эмоционального интеллекта, целенаправленное обучение распознаванию, пониманию и управлению собственными эмоциями и эмоциями других людей - это способствует более эффективному межличностному взаимодействию и снижению конфликтности [5; 6; 7; 14].

Заключение. Педагогическая (девиантологическая) профилактика суицидального поведения военнослужащих войск национальной гвардии Российской Федерации является многогранной и критически важной задачей. Она требует системного подхода, включающего формирование психологической устойчивости, развитие навыков совладания со стрессом, укрепление социальной поддержки и раннее выявление факторов риска [2; 9; 20; 21]. Успешная реализация предложенных педагогических стратегий и инновационных подходов позволит не только снизить уровень суицидальных проявлений,

но и повысить общее психологическое благополучие личного состава, укрепить боеспособность подразделений и сохранить жизни тех, кто стоит на страже безопасности страны. Дальнейшие исследования в данной области, направленные на эмпирическую проверку эффективности различных методов и разработку персонализированных программ профилактики, медико-психологическую, педагогическую и судебно-медицинскую экспертизу и будут способствовать совершенствованию системы психологической поддержки военнослужащих Росгвардии [12; 13; 15]. Инвестиции в психологическое здоровье военнослужащих - это инвестиции в безопасность и стабильность государства. Эффективность предложенных стратегий напрямую зависит от их систематического и последовательного внедрения на всех уровнях военной организации. Недостаточно ограничиться разовыми мероприятиями или формальным выполнением инструкций. Требуется создание целостной системы, пронизывающей все аспекты жизни военнослужащего, от этапа отбора и подготовки до периода адаптации после завершения службы. Важным элементом этой системы является непрерывное образование и повышение квалификации не только командиров и психологов, но и всего личного состава. Каждый военнослужащий должен обладать базовыми знаниями о психическом здоровье, уметь распознавать признаки депрессии, тревоги и суицидальных намерений у себя и у своих товарищей, а также знать, куда обратиться за помощью. Это требует разработки специальных образовательных программ, адаптированных к специфике военной службы и учитывающих особенности различных категорий военнослужащих (контрактники, призывники, офицеры).

Кроме того, необходимо активно вовлекать в процесс профилактики семьи военнослужащих. Семья является важнейшим источником поддержки и понимания, и ее роль в поддержании психического здоровья военнослужащего трудно переоценить. Следует проводить информационные кампании для членов семей, обучать их навыкам эффективного общения, распознавания признаков неблагополучия и оказания первой психологической помощи. Важно также предоставлять семьям доступ к психологической консультации и поддержке в случае необходимости.

Особое внимание следует уделить созданию благоприятной социальной среды в воинских коллективах. Это предполагает формирование атмосферы доверия, взаимопомощи и уважения, где каждый военнослужащий чувствует себя принятым и ценным. Необходимо поощрять открытое общение, конструктивное разрешение конфликтов и развитие чувства принадлежности к коллективу. Важную роль в этом процессе играют командиры, которые должны быть примером для своих подчиненных, проявлять заботу о их благополучии и создавать условия для развития позитивных межличностных отношений.

В контексте раннего выявления и коррекции факторов риска необходимо совершенствовать систему психологического мониторинга. Важно использовать современные методы и инструменты для оценки психического состояния военнослужащих, выявления признаков депрессии, тревоги и суицидальных намерений. При этом необходимо соблюдать этические нормы и обеспечивать конфиденциальность полученной информации. Важно также разработать четкие алгоритмы действий в случае выявления военнослужащих с повышенным риском суицида, предусматривающие немедленное оказание им квалифицированной психологической помощи.

Нельзя недооценивать роль инновационных подходов в педагогической профилактике. Использование цифровых технологий, телемедицины, геймификации, арт-терапии и других современных методов может значительно повысить эффективность профилактических мероприятий. Важно постоянно искать новые и более эффективные способы донесения информации, вовлечения военнослужащих в процесс обучения и развития навыков психологической устойчивости.

Важность межведомственного взаимодействия в области профилактики суицидального поведения, Росгвардия должна активно сотрудничать с медицинскими учреждениями,

образовательными организациями, спортивными, общественными организациями и другими ведомствами для обмена опытом, ресурсами и лучшими практиками. [8;14;16] Только совместными усилиями можно создать эффективную систему профилактики суицидального поведения военнослужащих и сохранить жизни тех, кто стоит на страже безопасности страны.

Таким образом, педагогическая профилактика суицидального поведения военнослужащих Росгвардии - это сложная и многогранная задача, требующая системного подхода, постоянного совершенствования и активного вовлечения всех заинтересованных сторон. Инвестиции в психологическое здоровье военнослужащих – это не только моральный долг, но и стратегически важный вклад в обеспечение безопасности и стабильности государства.

Библиографический список

1. Белых С.Ф. Первичная профилактика самоубийств среди сотрудников органов внутренних дел // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2003. № 1(19). – С. 99-100.

2. Григорович Л.А., Горелов А.А., Чудаков А.Ю. Девиантологическая компетентность будущих педагогов и психологов // Российский девиантологический журнал. 2022. Т. 2. № 1. - С. 63-76.

3. Иваненко С.А., Божченко А.П., Толмачев И.А., Чудаков А.Ю. Способы нанесения смертельной травмы: частота встречаемости среди молодых мужчин-самоубийц / Судебная медицина: история и современность (к 225-летию образования кафедры судебной медицины Военно-медицинской академии). Материалы Всероссийской научно-практической конференции. - Санкт-Петербург, 2024. С. 78-80.

4. Круглова М.А., Лепехин Н.Н., Круглов В.А., Чудаков А.Ю., Круглов В.Г. Трудные рабочие ситуации как предиктор профессионального выгорания сотрудников правоохранительных органов // Вестник психотерапии. 2023. № 88. - С. 81-90.

5. Линевич В.Л. Психологические аспекты диагностико-коррекционной работы по профилактике суицидов среди сотрудников ОВД: монография. - Уфа, 2004. - 169 с.

6. Линевич В.Л. Изучение личностных и социально-психологических характеристик сотрудников ОВД, как факторов аутодеструктивных форм поведения: учебное пособие. - Уфа, 2006. - 174 с.

7. Положий Б.С., Любов Е.Б. Изучение суицидального поведения в России: проблемы и решения // Жур-л неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022; 122(8). - С. 145-149.

8. Сухинин А.В. Суицидальное поведение сотрудников полиции: проблемы причинности и доказывания // Вестник Волгоградского гос. ун-та. Сер. 5, Юриспруд. 2011. № 1 (14). – С. 181-185.

9. Чудаков А.Ю., Чудакова П.А. Формы девиантного поведения подростков / Сборник научных трудов. - Санкт-Петербург - Самара, 2023. - С. 107-135.

10. Чудаков А.Ю., Гайворонская В.В. Безысходность как фактор суицидального поведения при COVID-19. Учебно-методическое пособие / Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. - Санкт-Петербург: Институт интегративной медицины, 2022. - 16 с.

11. Чудаков А.Ю., Исаков И.Д., Гальцев Ю.В., Жидков Д.Н. Особенности профилактики суицидального поведения при заболевании COVID-19 на примере города Санкт-Петербурга и Ленинградской области / Вехи истории Российского центра судебно-медицинской экспертизы. К 90-летию со дня образования. Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под общей редакцией И.Ю. Макарова. – Москва, 2021. - С. 299-311.

12. Чудаков А.Ю., Лытаев С.А., Гайворонская В.В. Судебно-медицинская экспертиза суицида. Введение в проблему, некоторые психофизиологические и социальные аспекты / Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. - Санкт-Петербург: Институт интегративной медицины, 2022. – 58 с.

13. Чудаков А.Ю., Гальцев Ю.В. Судебно-экспертная деятельность: некоторые проблемы, практика и перспективы. - Самара, 2022. - 117 с.

14. Чудаков А.Ю. Психолого-педагогическая диагностика суицидального поведения. Методическое пособие. - Санкт-Петербург: Институт суицидологии, 2025. - 30 с.

15. Чудаков А.Ю., Юнацкевич П.И., Гайворонская В.В., Еркудов В.О., Скребцова Н.В., Михайлов К.Д. Педагогика физиологической безопасности. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – 248 с.

16. Чудаков А.Ю., Жуков А.А. Суицидальное поведение: мировая статистика, факторы риска, гендерные и возрастные различия / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 137-145.

17. Чудаков А.Ю., Жуков А.А. Факторы риска суицидального поведения сотрудников силовых ведомств разных стран / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 146-153.

18. Чудаков А.Ю. Типология суицида / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 154-160.

19. Чудаков А.Ю. Как распознать суицидальные наклонности заблаговременно / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 161-164.

20. Чудаков А.Ю. Симптомы суицидальной готовности у подростков, молодых людей призывного возраста и молодых военнослужащих / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. - Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 165-173.

21. Чудаков А.Ю. Мужской суицид в России / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 1174-177.

22. Чудаков А.Ю. К вопросу о профессиональном выгорании сотрудников правоохранительных органов / Гигиена труда: вчера, сегодня, завтра. Сборник трудов очно-заочной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию курса «Гигиена труда» кафедры гигиены условий воспитания, обучения, труда и радиационной гигиены Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – СПб., 2025. - С.271-277.

23. Юнацкевич П. И., Кулганов В. А. Суицид как негативное явление и пути его профилактики / Военная педагогика: Учебное пособие. – Санкт-Петербург: ВИКА им. А.Ф. Можайского, 1995. - Гл. 11. - С. 196.

УДК 574
ББК 51
Ч 84

Чудаков А.Ю., Васильчук А.В., Иорданишвили А.К.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ РАНЕННЫМ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВУЮ ОБЛАСТЬ В ЗОНЕ СВО И ДАЛЬНЕЙШАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Актуальность. Современные вооруженные конфликты, к сожалению, несут с собой не только разрушения, но и специфические вызовы для системы здравоохранения. Огнестрельные ранения, особенно в челюстно-лицевую область (ЧЛО), представляют собой одну из наиболее сложных и травматичных категорий повреждений [5]. Эти ранения затрагивают не только физическое здоровье, но и оказывают глубокое психологическое воздействие на пострадавших, влияя на их способность говорить, принимать пищу и, в конечном итоге, на их социальную адаптацию. В условиях проведения специальной военной операции (СВО) оказание своевременной и квалифицированной медицинской помощи, включая стоматологическую, становится критически важным для спасения жизней и восстановления качества жизни раненых, в том числе и в условиях санаторно-курортного лечения [1; 6; 7; 11; 12]. Понимание специфики ранений, потребностей в стоматологической помощи и протезировании в таких условиях является залогом успешной реабилитации и возвращения бойцов к полноценной жизни [4; 6; 11]. Данная статья посвящена анализу особенностей оказания медицинской помощи при огнестрельных ранениях челюстно-лицевой области в зоне СВО и определению ключевых потребностей в стоматологической помощи и зубном протезировании для успешной реабилитации раненых.

Введение. Челюстно-лицевая область - это сложный анатомический комплекс, отвечающий за множество жизненно важных функций, таких как дыхание, прием пищи, речь, а также играющий ключевую роль в эстетическом облике человека. Огнестрельные ранения этой зоны, полученные в условиях боевых действий, характеризуются высокой степенью разрушения тканей, наличием инородных тел, инфекционными осложнениями, развитием сопутствующих стоматологических и соматических заболеваний, развитием остеопороза в зоне огнестрельной травмы и значительным риском развития посттравматических деформаций и сопутствующих соматических нарушений [2; 3; 5]. Эффективное лечение таких ранений требует мультидисциплинарного подхода, включающего хирургическое вмешательство, антибактериальную терапию, анестезиологическое обеспечение и, что немаловажно, последующую стоматологическую реабилитацию [6; 9; 11].

В контексте СВО, где медицинская инфраструктура может быть ограничена, а логистика затруднена, организация оказания стоматологической помощи и протезирования после огнестрельных ранений лица приобретает особую значимость [1; 6; 7; 11; 14]. Отсутствие своевременного и адекватного протезирования может привести к стойким нарушениям жевательной функции, речи, эстетическим дефектам и, как следствие, к снижению качества жизни и социальной изоляции пострадавших. Тяжесть повреждений ЧЛО от огнестрельного оружия зависит от нескольких факторов: формы и размера пули, её кинетической энергии в момент удара и расстояния, которое она пролетела [5].

1. Высокоскоростные ранения, пули, выпущенные из штурмовых винтовок, обладают высокой скоростью (около 990 м/с) и, следовательно, большой кинетической энергией. Это приводит к образованию временной пульсирующей полости в тканях. Входное отверстие обычно небольшое, а выходное - значительно больше и имеет рваные края. Такие ранения характеризуются обширным разрушением как мягких, так и костных тканей лица; сильно раздробленные переломы костей лицевого скелета; обширные повреждения мягких тканей лица и полости рта вдоль траектории пули; вторичные переломы, вызванные ударной волной; повреждение сосудов, приводящее к нарушению кровоснабжения тканей (аваскулярному некрозу) и образованию лоскутов внутренней оболочки сосудов, даже вдали от прямого попадания пули [5].

2. Низкоскоростные ранения, пули, выпущенные из пистолетов, обладают меньшей кинетической энергией (примерно в три раза меньше, чем у высокоскоростных пуль). Они вызывают проникающие ранения с переломами костей и разрывами кожи, но обычно не приводят к обширному разрыву тканей ЧЛО.

Челюстно-лицевые травмы могут приводить к следующим осложнениям: эстетические дефекты, деформация и обезображивание лица, образование рубцов; частичная и полная адентия; остеопороз челюстей; сопутствующих стоматологических и соматических заболеваниях; частые инфекционные осложнения, хронический синусит, парамандибулярные абсцессы, флегмоны, инфицированные гематомы; неврологические нарушения - повреждение черепно-мозговых нервов, приводящее к потере чувствительности, ограничению подвижности лица, ухудшению зрения, обоняния или вкуса; функциональные нарушения, нарушение прикуса; другие осложнения: кровотечение; асимметрия лица; психологическая травма; онемение или слабость мышц лица; потеря зрения или двоение в глазах [2; 3; 5].

Основная часть.

Огнестрельные ранения лица в зоне боевых действий имеют ряд отличительных черт:

1. Высокая энергия современных поражающих элементов часто приводят к обширным разрушениям костных структур, мягких тканей, зубов и челюстей.

2. Множественные осколочные ранения, то есть помимо основного раневого канала, часто присутствуют множественные мелкие осколки, усложняющие хирургическое лечение и увеличивающие риск инфекционных осложнений, сопутствующих стоматологических и соматических заболеваниях [3].

3. Загрязнение раны и высокая вероятность попадания в рану земли, пыли, остатков одежды, что требует тщательной первичной хирургической обработки.

4. Нередко огнестрельные ранения челюстно-лицевой области сочетаются с черепно-мозговыми травмами, ранениями шеи и грудной клетки, что требует комплексного подхода к лечению.

5. В условиях боевых действий может наблюдаться дефицит специализированного оборудования, расходных материалов и квалифицированных кадров для оказания стоматологической помощи [1]. На этапах оказания медицинской помощи:

Доврачебная помощь – временная остановка кровотечения, иммобилизация челюстей (при необходимости), обезболивание, наложение асептической повязки для защиты раны от вторичного инфицирования.

Первая врачебная помощь - первичная хирургическая обработка раны, удаление инородных тел, окончательная остановка кровотечения, наложение швов, антибактериальная терапия.

Квалифицированная и специализированная помощь на этом этапе включает в себя:

Хирургическое лечение - репозиция костных отломков, остеосинтез (фиксация костей с помощью пластин, винтов, проволоки), пластика мягких тканей с использованием местных тканей или свободных трансплантатов. Особое внимание уделяется восстановлению целостности зубного ряда и альвеолярных отростков. Антибактериальная и противовоспалительная терапия назначается эмпирически с учетом вероятных

возбудителей и корректируется по результатам микробиологических исследований. Анестезиологическое обеспечение включает как местную, так и общую анестезию, с учетом состояния пациента и объема предстоящего вмешательства. Реабилитационные мероприятия начинаются на ранних этапах и включают физиотерапию, лечебную физкультуру для восстановления функции жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава [6; 9; 11].

После стабилизации состояния и завершения острых хирургических вмешательств, раненые с повреждениями челюстно-лицевой области сталкиваются с рядом стоматологических проблем, требующих комплексного решения [5; 7; 13; 14]:

1. Восстановление целостности зубного ряда, потеря зубов является частым следствием огнестрельных ранений. Это приводит к нарушению жевательной функции, изменению дикции, эстетическим дефектам, дискомфорту, изменению пищевого рациона и ассортимента продуктов [8].

2. Реконструкция костных дефектов, значительные костные дефекты челюстей требуют костной пластики, которая может быть выполнена с использованием аутотрансплантатов (собственных тканей пациента) или аллотрансплантатов.

3. Восстановление функции височно-нижнечелюстного сустава, так как травмы ЧЛО могут приводить к анкилозам, контрактурам или дисфункции сустава, что требует специализированного лечения и реабилитации в условиях специализированных стационаров и санаториев [6; 9; 11; 12].

4. Эстетическая реабилитация**,** восстановление внешнего вида лица является важным аспектом психологической адаптации пациентов. Это может включать пластику мягких тканей, реконструкцию носа, ушей, губ.

5.Зубное протезирование является неотъемлемой частью комплексной реабилитации [4; 11]. Оно направлено на восстановление жевательной функции, а это позволяет пациентам полноценно принимать пищу, что критически важно для общего здоровья и восстановления. Улучшение дикции**,** правильно изготовленные зубные протезы помогают восстановить артикуляцию звуков. Коррекция эстетических дефектов, которая возвращает пациентам уверенность в себе и облегчает социальную адаптацию. Предотвращение дальнейших деформаций лица, потому что отсутствие зубов может приводить к смещению оставшихся зубов и дальнейшим изменениям прикуса.

Виды протезирования, востребованные после огнестрельных ранений: съемное протезирование - включает полные или частичные съемные протезы, которые могут быть использованы при значительных дефектах зубного ряда [4; 11; 12]. Несъемное протезирование - мостовидные протезы, коронки, которые могут быть установлены на сохранившиеся зубы или имплантаты. Имплантология - установка дентальных имплантатов является одним из наиболее эффективных методов восстановления утраченных зубов, позволяя достичь высокой функциональной и эстетической реабилитации. Однако, в условиях боевых действий, доступность и возможность проведения имплантации могут быть ограничены. Ортодонтическое лечение может потребоваться для коррекции прикуса после травмы и подготовки к протезированию. Индивидуальные лицевые протезы (эпитезы) - в случаях обширных дефектов мягких тканей или костных структур, когда реконструктивная хирургия не может полностью восстановить внешний вид, применяются лицевые протезы, изготавливаемые индивидуально. Оказание стоматологической помощи в зоне СВО сопряжено с рядом организационных вызовов:

1. Обеобеспечение постоянного наличия специализированных стоматологических материалов, инструментов и оборудования в условиях ограниченной логистики является критически важным.

2. Необходимость в высококвалифицированных челюстно-лицевых хирургах, стоматологах-ортопедах и зубных техниках, способных работать в экстремальных условиях.

3. Обеспечение плавной передачи пациентов между различными этапами оказания медицинской помощи, от полевых условий до специализированных госпиталей, для продолжения реабилитации [6; 9; 11].

4. Ранения челюстно-лицевой области часто сопровождаются выраженными психологическими травмами и ПТСР. Важна интеграция психологической помощи в процесс реабилитации.

5. Потребность в долгосрочном наблюдении и коррекции зубопротезных конструкций, а также в проведении повторных хирургических вмешательств для достижения оптимальных результатов.

Заключение. Огнестрельные ранения челюстно-лицевой области в условиях специальной военной операции представляют собой серьезный вызов для системы здравоохранения, требующий комплексного и мультидисциплинарного подхода. Своевременное и квалифицированное оказание медицинской помощи, начиная от первичной хирургической обработки и заканчивая сложными реконструктивными операциями, является залогом спасения жизни и сохранения функций. Однако, не менее важным этапом является стоматологическая реабилитация и протезирование, направленные на восстановление жевательной функции, речи и эстетического облика. Потребности раненых в этой области многогранны и включают в себя как восстановление утраченных зубов и костных структур, так и коррекцию функциональных и эстетических дефектов [1; 7; 13; 14]. Для успешной реабилитации необходимо обеспечить доступность современных стоматологических технологий, включая имплантологию и индивидуальное протезирование, а также создать условия для непрерывного и долгосрочного наблюдения за пациентами. Решение этих задач требует консолидации усилий медицинских специалистов, совершенствования логистических цепочек и постоянного повышения квалификации кадров, работающих в условиях боевых действий. Только такой комплексный подход позволит максимально восстановить качество жизни пострадавших и вернуть их к полноценной жизни после полученных травм.

СВО выявила, что значительная доля боевых травм приходится на обширные огнестрельные повреждения костей и мягких тканей лица. Несмотря на высокую эффективность современных средств индивидуальной защиты (бронежилеты, каски) в предотвращении травм груди, живота и головы, лицо остается уязвимой зоной. Это подчеркивает острую необходимость в разработке специализированных защитных средств для ЧЛО. Ключевым фактором успешного хирургического лечения таких ранений является неукоснительное следование диагностическим и лечебным протоколам. Это возможно только при наличии специализированных челюстно-лицевых отделений. Для обеспечения должного уровня помощи раненым с травмами ЧЛО требуется внедрение дополнительных организационных мер, направленных на совершенствование системы оказания специализированной помощи. Эти меры опираются на ценный опыт, накопленный в ходе предыдущих военных конфликтов, включая войну в Афганистане, контртеррористические операции на Северном Кавказе и текущую СВО.

Характерной чертой СВО и других современных вооруженных конфликтов стало широкое применение ударных дронов (включая FPV-дроны), беспилотных летательных аппаратов (БПЛА), барражирующих боеприпасов, тяжелой и реактивной артиллерии, мин и других средств поражения живой силы. Это привело к увеличению числа минно-взрывных ранений, в том числе к тотальным и субтотальным повреждениям мягких тканей лица и костей лицевого черепа, а также с выбиванием зубов.

Вместе с тем, появление новых видов вооружений стимулировало развитие и внедрение принципиально новых, ранее не применявшихся методов лечения таких травм. К ним относятся: эндопротезирование височно-нижнечелюстного сустава, остеосинтез с использованием титановых пластин, применение аппаратов внешней фиксации, свободные костные трансплантаты с восстановленным кровоснабжением, индивидуальные титановые имплантаты, созданные с помощью 3D-печати, современные

методы дентальной имплантации, вакуумная терапия ран (VAC-системы) и множество других передовых технологий. Все это требует пересмотра и адаптации существующих клинических рекомендаций по оказанию медицинской помощи пациентам с травмами челюстно-лицевой области, чтобы они соответствовали современным реалиям и обеспечивали наилучшие результаты лечения.

Библиографический список

1. Актуальные вопросы оказания стоматологической помощи военным пенсионерам и членам их семей: дальнейшие пути развития и повышения её эффективности. Сборник научных трудов под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - 172 с.

2. Васильчук А.В., Иорданишвили А.К. Чудаков А.Ю. Остеопороз в практике работы стоматолога-ортопеда / Актуальные вопросы оказания стоматологической помощи военным пенсионерам и членам их семей: дальнейшие пути развития и повышения её эффективности. Сборник научных трудов под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С.105-116.

3. Васильчук А.В., Иорданишвили А.К. Чудаков А.Ю. К вопросу о сопутствующих соматических заболеваниях в практической деятельности врача-стоматолога-ортопеда / Актуальные вопросы оказания стоматологической помощи военным пенсионерам и членам их семей: дальнейшие пути развития и повышения её эффективности. Сборник научных трудов под ред. профессора Чудакова А. Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С.117-122.

4. Васильчук А.В., Иорданишвили А.К. Чудаков А.Ю. К вопросу об особенностях стоматологического материаловедения / Актуальные вопросы оказания стоматологической помощи военным пенсионерам и членам их семей: дальнейшие пути развития и повышения её эффективности. Сборник научных трудов под ред. профессора Чудакова А. Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 66-79.

5. Заболевания, повреждения и опухоли челюстно лицевой области: руководство по клинической стоматологии / под ред. профессора А. К. Иорданишвили. - СПб.: «СпецЛит», 2007 - 496 с.

6. Иорданишвили А.К., Кувшинова А.К, Музыкин М.И., Сериков А.А. Сравнительная оценка методов стоматологической реабилитации при последствиях огнестрельных ранений челюстно-лицевой области // Военно-медицинский журнал. 2018. Т.339. № 9. С.43-47.

7.Чудаков А.Ю., Иорданишвили А.К., Васильчук А.В. Особенности оказания стоматологической помощи военным пенсионерам и членам их семей / Актуальные вопросы оказания стоматологической помощи военным пенсионерам и членам их семей: дальнейшие пути развития и повышения её эффективности. Сборник научных трудов под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 39-48.

8. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Краткий исторический обзор особенностей питания военнослужащих армий разных государств / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 118-123.

9. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Методологические основы медицинской реабилитации военнослужащих / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности,

дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 47-57.

10. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Предложения по оптимизации системы медицинской реабилитации в военно-медицинских учреждениях Министерства обороны РФ / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 66-74.

11. Чудаков А.Ю., Иорданишвили А.К., Васильчук А.В. К вопросу о льготном зубопротезировании для военных пенсионеров и членов их семей / Актуальные вопросы оказания стоматологической помощи военным пенсионерам и членам их семей: дальнейшие пути развития и повышения её эффективности. Сборник научных трудов под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С.49-56.

12. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Гусейнов Р.И. Определение потребности в санаторно-курортном обеспечении военнослужащих в военно-медицинских учреждениях Министерства обороны РФ / Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья в современных условиях: повышение эффективности, дальнейшие пути развития. Сборник научных статей под ред. профессора Чудакова А.Ю. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. - С. 58-65.

13. Чудаков А.Ю. Особенности медицинского обеспечения военных пенсионеров и членов их семей / Медицина труда: Проблемы сохранения профессионального здоровья в России на рубеже первой и второй четверти XXI века. Сборник трудов всероссийской научной конференции с международным участием, посвящённой 100-летию со дня основания кафедры медицины труда ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. - Санкт-Петербург, 2024. - С. 252-255.

14. Чудаков А.Ю. Оценка условий оптимизации медицинской помощи военным пенсионерам и членам их семей / Многопрофильная клиника XXI века. Инновации и передовой опыт. Материалы XIII международной научной конференции. - Санкт-Петербург, 2024. - С. 253-255.

ЗАБОТА О ЗДОРОВЬЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РОСГВАРДИИ - ВКЛАД В ОБОРОНСПОСОБНОСТЬ И СТАБИЛЬНОСТЬ ГОСУДАРСТВА

Сборник научных трудов
Часть II
под редакцией профессора А.Ю. Чудакова

Сведения об авторах

Чудаков Александр Юрьевич, профессор кафедры управления повседневной деятельностью Военной ордена Жукова академии войск национальной гвардии Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, академик МАНЭБ, академик МАИСУ, академик АЭСТ.

Жуков Андрей Аркадьевич, начальник кафедры организации и тактики медицинской службы Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, заслуженный рационализатор РФ, доктор медицинских наук, доцент.

Иорданишвили Андрей Константинович, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, заслуженный рационализатор РФ, доктор медицинских наук, профессор.

Гайворонская Виктория Витальевна, доцент кафедры нормальной физиологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, кандидат медицинских наук.

Бондаренко Сергей Анатольевич, доцент кафедры управления повседневной деятельностью Военной ордена Жукова академии войск национальной гвардии Российской Федерации, кандидат военных наук, доцент.

Вертаев Александр Владимирович, профессор кафедры управления повседневной деятельностью Военной ордена Жукова академии войск национальной гвардии Российской Федерации, кандидат педагогических наук.

Васильчук Андрей Васильевич, врач-стоматолог-ортопед Взрослого поликлинического отделения № 127 Городской поликлиники № 93, Санкт-Петербург.

Чудакова Полина Александровна, студентка второго курса магистратуры Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена.

Чудакова Варвара Александровна, ученица 11 класса Гимназии № 49 Приморского района, Санкт-Петербург.

Редактор: Ю.А. Афанасьева
Корректор: Л.В. Ведмецкая
Компьютерная вёрстка: Ф.Т. Сергеева
Художественное оформление: Иванова Н.А.

Издательство Института медицины и информальной юстиции

Иванов Эдуард Михайлович
Директор редакционно-издательского отдела
Института медицины и информальной юстиции
https://mi.ast.social victorlavrov02@gmail.com

Электронное издание