

© Коллектив авторов, 2016
УДК 616.53–002–055.2
DOI – <http://doi.org/10.14300/mnnc.2016.11129>
ISSN – 2073-8137

ПОЗДНИЕ АКНЕ У ЖЕНЩИН: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В. В. Чеботарев, И. Б. Казьмина, М. В. Кошель, А. В. Одинец, А. О. Коробейникова

Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

ACNE TARDA IN WOMEN: FEATURES OF THE COURSE OF THE DISEASE

Chebotarev V. V., Kazmina I. B., Koshel M. V., Odinets A. V., Korobeynikova A. O.

Stavropol State Medical University, Russia

Проведен анализ течения поздних акне у женщин. Обследовано 76 пациенток в возрасте от 25 до 45 лет. Заболевание чаще всего (76,3 %) регистрировалось в группе до 35 лет. Выявлялись I (27,6 %), II (46,1 %) и III (22,4 %) степени тяжести акне. Среди подтипов наиболее часто устанавливалось персистирующее течение – у 42 пациенток (52,3 %); при этом достаточно высок был процент дебютов в возрасте после 25 лет – 26,3 %. В качестве сопутствующей патологии, которая могла повлиять на течение заболевания, регистрировались депрессивные и тревожные расстройства, заболевания женской репродуктивной системы, эндокринные заболевания, патология желудочно-кишечного тракта и болезни ЛОР-органов. Более половины пациенток расценивали влияние заболевания на качество жизни как сильное 26 (34,2 %) и очень сильное 18 (23,7 %).

Ключевые слова: поздние акне, качество жизни, женщины

The course of acne tarda in women was analyzed. The study involved 76 patients with a diagnosis of acne tarda aged 25 to 45 years. The disease was detected most frequently in patients under 35 years old (76.3 %). I (27.6 %), II (46.1 %) and III (22.4 %) degrees of severity of acne were identified. Among the subtypes the persisting course was the most frequent – in 42 patients (52.3 %); in this case there was a high enough percentage of debuts after the age of 25 years – 26.3 %. As comorbidities that could affect the course of the disease, depressive and anxiety disorders, female reproductive system diseases, endocrine diseases, pathology of the gastrointestinal tract and upper respiratory tract diseases were detected. More than half of patients regarded the impact of the disease on the quality of life as a strong one 26 (34.2 %) and very strong 18 (23.7 %).

Keywords: acne tarda, the quality of life, women

Акне (акне, вульгарные угри) – хроническое мультифакториальное заболевание, сопровождающееся воспалением, вовлекающим сально-волосяной аппарат. Заболевание полиэтиологично, при этом большую роль играют генетическая предрасположенность, эндокринные заболевания, особенности микробиоценоза кожи, патология желудочно-кишечного тракта, иммунодефицитные состояния, влияние внешних факторов, неправильный уход за кожей и т. д. [12].

Под поздними акне понимают высыпания, сохраняющиеся к 25 годам либо впервые возникшие в возрасте 25 лет и старше. По данным J. Leyden, такой формой страдает до 8 % населения [13, 19]. Как считают зарубежные исследователи, поздние акне значительно снижают качество жизни социально активных пациенток и являются серьезной медико-социальной, а кроме того, малоизученной медицинской проблемой [7].

В появлении высыпаний одну из ключевых ролей отводят повышенному салоотделению [4, 5]. С возрастом активность сальных желез снижается, что объясняет пик заболеваемости среди лиц молодого возраста и её снижение у лиц старше 20–25 лет.

Поздние акне чаще встречаются у женщин. В зарубежной литературе существует устоявшаяся аббре-

виатура AFA (adult female acne), то есть поздние акне у женщин. Выделяют 3 варианта течения поздних акне: а) стойкие (персистирующие) – приблизительно у 80 % женщин – с началом заболевания в подростковом периоде, клиническая картина сохраняется после 25 лет; б) с поздним началом – дебютом после 25 лет; в) рецидивирующие – с дебютом в возрасте до 25 лет и рецидивами в возрасте старше 25 лет [6].

Особенность клинической картины поздних акне – более выраженное воспаление при меньшем количестве первичных элементов – закрытых и открытых комедонов, устья сально-волосяных фолликулов расширены. Реже поражается кожа груди, спины, плеч. Локализация сыпи – преимущественное поражение U-зоны – щек, периоральной области и нижней части подбородка [6].

Наиболее частой причиной поздних акне является абсолютная или относительная гиперандрогения. При этом, помимо высыпаний акне, пациентов беспокоит себорея, гирсутизм, алопеция, нарушения менструального цикла, бесплодие, психические расстройства [23]. До 60–70 % женщин отмечают очередное обострение в предменструальный период [16, 22].

Вместе с тем, несмотря на характерную клиническую картину, абсолютную гиперандрогению и заболевания, её вызывающие, выявить не удаётся, то есть

речь идет о повышении чувствительности рецепторов сальных желез к тестостерону и его активным метаболитам [3]. Предполагается полигенное наследование акне, в котором большую роль играет полиморфизм GGN и CAG гена рецептора андрогенов (AR) Xq11q12, Xq12-13. Полиморфизм в генах CYP1A1, CYP17, муцина эпителия (muc1), рецептора к андрогенам CAG в 308 G/A TNF- α влияет процесс формирования гиперкератоза, повышенного салоотделения и развитие воспалительной реакции [8, 9–11, 14, 15, 18, 20].

Нагромождённые или шаровидные поздние акне у мужчин, имеющие рецидивирующее течение, встречаются при наличии дополнительной Y-хромосомы. Несомненным фактором риска акне у мужчин является приём анаболических стероидов, андрогенов или глюкокортикостероидов.

Материал и методы. В период 2013–2015 гг. на базе медицинского центра «Де-Ко-Рум» было проведено проспективное открытое продольное исследование, включившее 76 пациентов с поздними акне.

Диагноз устанавливали на основании жалоб, анамнеза, клинической картины заболевания. Степень тяжести акне оценивали в соответствии со шкалой Американской академии дерматологии, форму – по классификации К. Н. Суворовой и Н. В. Котовой (1997) с дополнениями. В ходе осмотра кожных покровов учитывали локализацию элементов сыпи, характер высыпаний, отмечали признаки гиперандрогении: позднее менархе, гирсутизм, нерегулярный менструальный цикл, изменение вторичных половых признаков, гипертрофию клитора. Уточнялась связь высыпаний с менструальным циклом у женщин, оценивалась эффективность предшествующей терапии, сопутствующая патология, наследственная отягощенность, алергоанамнез, наличие вредных привычек.

Лабораторное обследование проводилось в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями по ведению больных акне (2015) [6] и включало: определение уровня свободного тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, проведение теста на толерантность к глюкозе. По показаниям – определялись антитела к антигенам гельминтов (описторхоз, лямблиоз, токсокароз, дифиллоботриоз, эхинококкоз, трихинеллез), проводилось серологическое исследование на сифилис, ВИЧ, исследование кортизола в плазме крови, экскреции с мочой его метаболита – 17 ОКС. Пациенты были консультированы специалистами – эндокринологом, гинекологом и др. Результаты обследования заносились в специальную карту с листом уточненных диагнозов.

Критерии включения в исследование: возраст пациентов 25 лет и старше, установленный диагноз поздних акне, наличие информированного согласия. Выборка формировалась случайным методом, включила 76 пациенток в возрасте от 25 до 45 лет.

Анализ качества жизни пациентов с акне проводился с использованием опросников APSEA (Assessment of Psychological and Social Effect of Acne). Опросник содержит 15 вопросов, минимальное число баллов за тест – 0, максимальное – 144. Чем больше сумма баллов, тем сильнее акне нарушает качество жизни пациента [1, 2]. Суммированные баллы позволяют характеризовать влияние заболевания как слабое, среднее, сильное, очень сильное.

Статистическая обработка выполнялась в программе STATISTICA 10 метода Манна – Уитни.

Результаты и обсуждение. Распределение больных по возрасту и степени тяжести отражено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по степени тяжести заболевания

Возрастная группа (лет)	Степень тяжести акне				Всего
	I	II	III	IV	
25–29	12	12	9	3	36
30–34	5	14	4	0	23
35–39	3	7	3	0	13
40–45	1	2	1	0	4
Итого	21	35	17	3	76

Достоверно чаще заболевание регистрировалось в возрасте до 35 лет ($p < 0,05$), было представлено I и II степенями тяжести; III и IV степени тяжести отмечались преимущественно у пациенток в возрасте от 25 до 39 лет.

Более половины обследуемых (55,3 %) отмечали у себя персистирующее течение акне, 18,4 % – рецидивирующее, 26,3 % – отмечали дебют после 25 лет (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных по основным подтипам поздних акне

Подтипы акне	Степень тяжести акне				Всего
	I	II	III	IV	
Персистирующее	12	15	12	3	42
С дебютом после 25 лет	4	11	5	0	20
Рецидивирующее	5	9	0	0	14
Итого	21	35	17	3	76

31 пациентка (40,8 % от общего числа обследуемых) и 25 (59,5 % от числа с персистирующим течением) в качестве основной причины возникновения акне видят наступление периода полового созревания, 19 (25 %) – не связывали их появление с каким-либо фактором. При дебюте акне после 25 лет 5 пациенток (25 %) выделили в качестве причины возникновения обострение сопутствующего заболевания (во всех случаях это патология гинекологического профиля – эндометриоз (3 больных), синдром поликистозных яичников (2 больных)); 4 пациентки (20 %) связали свое состояние с нервным стрессом, 3 (15 %) – с нерациональным использованием декоративной и лечебно-профилактической косметики.

Среди причин обострений достоверно чаще ($p < 0,01$) больные отмечали смену фаз менструального цикла – 34 (44,7 %) пациентки; значительно реже – применение косметических средств 8 (10,5 %); прием лекарственных препаратов, обострение или дебют сопутствующего заболевания – 7 (9,2 %); беременность и роды – 6 (7,9 %); 14 (18,5 %) опрошенных связывали обострение с изменением режима питания, нервными стрессами, изменениями климатических условий либо не могли выделить какой-либо причины.

Была проанализирована сопутствующая патология у пациентов с акне. Получены следующие результаты.

Из группы неврологических заболеваний: мигрень (без ауры, с аурой) выявлена у 12 пациенток; депрессивные и тревожные расстройства (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство состояния) – у 25; вегето-сосудистая дистония (соматоформные вегетативные дисфункции) установлена в 17 случаях.

Из группы заболеваний женской половой сферы: синдром поликистоза яичников диагностирован у 15 больных; фолликулярные, ретенционные кисты яичников – у 13; эндометриоз различной локализации – у 19 пациенток; анаэробный вагинит и другие

уточнённые воспалительные болезни влагалища и вульвы) – у 6; кандидоз вульвы и вагины – у 18 пациенток. Заболевания, передающиеся половым путем, были выявлены у 8 (из 76 обследованных); другие воспалительные болезни женских тазовых органов (сальпингиты и оофориты), болезни матки и т. д. – у 24 пациенток.

Из группы эндокринных заболеваний: инсулиннезависимый сахарный диабет без осложнений выявлен у 5 пациенток, у 2 из них – впервые выявленный; ожирение – у 24 пациенток; болезни щитовидной железы (связанные с йодной недостаточностью и сходные состояния, субклинический гипотиреоз вследствие йодной недостаточности, другие болезни щитовидной железы) – у 15 пациенток; аденогенитальные расстройства (врожденная дисфункция коры надпочечников) обнаружены у 2 пациенток; инсулинорезистентность выявлялась в 27 случаях.

Из группы заболеваний желудочно-кишечного тракта: заболевания пищевода и желудка (гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом, хронический поверхностный гастрит, хронический атрофический гастрит) обнаружены у 42 пациенток; заболевания 12-перстной кишки (дуоденит, гастродуоденит) – у 23; болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (камни желчного пузыря, хронический холецистит, хронические панкреатиты) – у 32 пациенток.

Заболевания ЛОР-органов (хронический тонзиллит, хронический верхнечелюстной синусит, хронический фронтальный синусит, хронический пансинусит) – у 28 больных.

Изучение влияния акне на качество жизни больных показало, что поздние акне являются значимой проблемой для пациентов (табл. 3).

Литература

- Адашкевич, В. П. Диагностические индексы в дерматологии / В. П. Адашкевич. – М. : Медицинская книга, 2004. – С. 12–13.
- Альбанова, В. И. Результаты пострегистрационного изучения эффективности терапии топическим эритромицин-цинка ацетатом при обычных и поздних угрях, влияние данного заболевания и лечения на психологический статус пациентов / В. И. Альбанова, Л. Н. Сазыкина, В. А. Гольченко // Клини. дерматол. венерол. – 2012. – № 10. – С. 83–91.
- Дашкова, Н. А. Акне: природа возникновения и развития, вопросы систематизации и современные ориентиры в выборе терапии / Н. А. Дашкова, М. Ф. Логачев // Вестн. дерматол. венерол. – 2006. – № 4. – С. 8–13.
- Ноздрин, В. И. Морфогенетический подход к лечению угрей ретиноидами / В. И. Ноздрин, В. И. Альбанова, Л. Н. Сазыкина. – М. : Изд-во ЗАО ФНПП «Ретиноиды», 2005. – 127 с.
- Самцов, А. В. Акне и акнеформные дерматозы / А. В. Самцов. – М., 2009. – 288 с.
- Федеральные клинические рекомендации по ведению больных акне [Электронный ресурс]. 2015. – Режим доступа: http://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/bolezni-kozhi-i-pridatkov-kozhi/ (дата обращения: 20.03.2016)
- Abdel-Hafez, K. The impact of acne vulgaris on the quality of life and psychologic status in patients from upper Egypt / K. Abdel-Hafez, A. Mahran, E. Hofny [et al.] // Int. J. Dermatol. – 2009. – Vol. 48. – P. 280–285.
- Ando, I. A large number of tandem repeats in the polymorphic epithelial mucin gene is associated with severe acne / I. Ando, A. Kukita, G. Soma [et al.] // Dermatol. – 1998. – Vol. 25. – P. 150–152.
- Anis Irawan, A. The Immunogenetic Analysis of Acne Vulgaris / A. Anis Irawan // Science Journal of Clinical Medicine. – 2013. – Vol. 2, № 2. – P. 58–63.
- Cibula, D. The role of androgens in determining acne severity in adult women / D. Cibula, M. Hill, O. Vohradnikova [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2000. – Vol. 143, № 2. – P. 399–404.
- Davis, E. C. Review of Acne in Ethnic Skin. Pathogenesis, Clinical Manifestations, and Management Strategies / E. C. Davis, V. D. Callender // J. Clin. Aesthet. Dermatol. – 2010. – Vol. 3, № 4. – P. 24–38.
- Gollnick, H. Current concepts of the pathogenesis of acne / H. Gollnick // Drugs. – 2003. – Vol. 63, № 5. – P. 1579–1596.
- Goodman, N. F. Hyperandrogenic Disorders Task Force / N. F. Goodman, M. B. Bledsoe, R. H. Cobin [et al.] // American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for the clinical practice for the diagnosis and treatment of hyperandrogenic disorders. Endocr. Pract. – 2001. – Vol. 7. – P. 120–134.
- Jian-Kang Yang TNF-308 G/A Polymorphism and Risk of Acne Vulgaris: A Meta-Analysis / Jian-Kang Yang, Wen-Juan Wu, Jue Qi [et al.] // Published online PMID: PMC3912133. – 2014. – doi: 10.1371/journal.pone.0087806
- Li He Zhi Yang The Relationship between CYP17-34T/C Polymorphism and Acne in Chinese / Li He Zhi Yang, Haijing Yu [et al.] // Dermatology. – 2006. – Vol. 212. – P. 338–342.
- Lucky, A. W. Quantitative documentation of a premenstrual flare of facial acne in adult women / A. W. Lucky // Arch. Dermatol. – 2004. – Vol. 140. – P. 423–424.
- Motley, R. J. Practical use of a disability index in the routine management of acne / R. J. Motley, A. Y. Finlay // Clin. Exp. Dermatol. – 1992. – Vol. 17. – P. 1–3.
- Paraskevaidis, A. Polymorphisms in the human cytochrome P-450 1A1 gene (CYP1A1) as a factor for developing acne / A. Paraskevaidis, N. Drakoulis, I. Roots [et al.] // Dermatology. – 1998. – Vol. 196. – P. 171–175.
- Rivera, R. Management of acne in women over 25 years of age / R. Rivera, A. Guerra // Actas Dermosifiliogr. – 2009. – Vol. 100. – P. 33–37.
- Sawaya, M. E. Androgen receptor polymorphisms (CAG repeat lengths) in androgenetic alopecia, hirsutism, and acne / M. E. Sawaya, A. R. Shalita // J. Cutan. Med. Surg. – 1998. – Vol. 3. – P. 9–15.
- Vloten, W. A. The effect of 2 combined oral contraceptives containing either drospirenone or ciproterone acetate

Таблица 3

Оценка качества жизни с учетом степени тяжести акне

Степень влияния акне	Степень тяжести акне				Всего
	I	II	III	IV	
Слабое	4	4	0	0	8
Среднее	8	10	0	0	18
Сильное	8	16	8	0	32
Очень сильное	1	5	9	3	18
Итого	21	35	17	3	76

Более половины пациенток оценивали влияние акне на повседневную жизнь как сильное и очень сильное, подчеркивая высокую степень эмоционального дискомфорта, ограничения в выборе сферы деятельности, характере отдыха, свободе общения с окружающими.

Заключение. Таким образом, поздние акне чаще встречаются у пациенток в возрасте от 25 до 35 лет, характеризуя наиболее тяжелое течение (III и IV степени тяжести). Наиболее распространено персистирующее течение заболевания. В качестве основной причины дебюта рассматривается наступление периода полового созревания, а в качестве причин обострения – фазы менструального цикла, гинекологические и эндокринные заболевания, стрессовые состояния. Многочисленные сопутствующие заболевания подчеркивают необходимость комплексного обследования пациенток с поздними акне. Учитывая рост заболеваемости указанной патологией, можно утверждать что акне tarda являются актуальной проблемой, требующей более тщательного изучения.

- on acne and seborrhea / W. A. Vloten, C. W. Haselen, E. J. Zuuren [et al.] // *Cutis*. – 2002. – Vol. 69 – P. 2–15.
22. Williams, M. Explanation of premenstrual acne / M. Williams, W. J. Cunliffe // *Lancet*. – 1973. – Vol. 2. – P. 1055–1057.
- References**
1. Adaskevich V. P. Diagnosticheskiye indeksy v dermatologii. M.: «Meditsinskaya kniga»; 2004. P. 12–13.
 2. Albanova V. I., Sazykina L. N., Golchenko V. A. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. – *Klin. Dermatol. venerol.* 2012;10:83–91.
 3. Dashkova N. A., Logachev M. F. *Vestn. dermatol. i venerol.* – *Journal of Dermatology Venereology*. 2006;4:8–13.
 4. Nozdrin V. I., Albanova V. I., Sazykina L. N. Morfogenetichesky podkhod k lecheniyu ugrey retinoidami. M.: Izd-vo ZAO FNPP «Retinoidy»; 2005. 127 p.
 5. Samtsov A. V. Akne i akneformnye dermatozy. M.; 2009. 288 p.
 6. Federalnye klinicheskiye rekomendatsii po vedeniyu bolnykh akne – Federal guidelines of acne treatment [Elektronnyy resurs]. 2015. URL: [http://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/bolezni-kozhi-i-pridatkov-kozhi/\(data obrashcheniya: 20.03.2016\)](http://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/bolezni-kozhi-i-pridatkov-kozhi/(data obrashcheniya: 20.03.2016))
 7. Abdel-Hafez K., Mahran A., Hofny E., Mohammed K., Dar-weesh Int. *J. Dermatol.* 2009;48(3):280–285. doi: 10.1111/j.1365-4632.2009.03838.x
 8. Ando I., Kukita A., Soma G. *Dermatol.* 1998;25:150–152. doi: 10.1111/j.1346-8138.1998.tb02370.x
 9. Anisrawan Anwar *Science Journal of Clinical Medicine*. 2013;2(2):58–63. doi: 10.11648/j.sjcm.20130202.15
 10. Cibula D., Hill M., Vohradnikova O., Kuzel D., Fanta M., Zivny J. *Br. J. Dermatol.* 2000;143(2):399–404.
 11. Davis E. C., Callender V. D. *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* 2010;3(4):24–38.
 12. Gollnick H. *Drugs*. 2003;63(15):1579–1596.
 13. Goodman N. F., Bledsoe M. B., Cobin R. H., Futterweit W., Goldzieher J. W., Petak S. M. *Endocr. Pract.* 2001;7:120–134.
 14. Jian-Kang Yang, Wen-Juan Wu, Jue Qi, Li He, Ya-Ping Zhang, G. *Novellii online PMID: PMC3912133*. 2014. doi: 10.1371/journal.pone.0087806
 15. Li He Zhi Yang, Haijing Yu. *Dermatol.* 2006;212:338–342. doi: 10.1159/000092284
 16. Lucky A. W. *Arch. Dermatol.* 2004;140:423–424. doi: 10.1001/archderm.140.4.423
 17. Motley R. J., Finlay A. Y. *Clin. Exp. Dermatol.* 1992;17:1–3. doi: 10.1111/j.1365-2230.1992.tb02521.x
 18. Paraskevaidis A., Drakoulis N., Roots I. *Dermatol.* 1998;196:171–175.
 19. Rivera R., Guerra A. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:33–37.
 20. Sawaya M. E., Shalita A. R. *J. Cutan. Med. Surg.* 1998;3:9–15.
 21. Vloten W. A., Haselen C. W., Zuuren E. J., Gerlinger C., Heithecker R. *Cutis*. 2002;69:2–15.
 22. Williams M., Cunliffe W. J. *Lancet*. 1973;2:1055–1057. doi: 10.1016/S0140-6736(73)92661-5
 23. Yarak S., Bagatin E., Hassun K. M., Parada MOAB, Talarico Filho S. *An. Bras. Dermatol.* 2005;80:395–410.

Сведения об авторах:

Чеботарев Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ПДО; тел.: (8652)287922, 89624475355; e-mail: sgmakvd@mail.ru

Казьмина Инна Борисовна, ассистент; тел.: 89187420559; e-mail: kazmina@list.ru

Кошель Марина Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент; тел.: 89283214261; e-mail: k010mv1979@mail.ru

Одинец Алексей Васильевич, кандидат медицинских наук, доцент; тел.: 89624498959; e-mail: odinets1@yandex.ru

Коробейникова Анастасия Олеговна, ассистент; тел.: (8652)287922, 89283215812; e-mail: sgmakvd@mail.ru

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.45-001.1/.3.36«364»

DOI – <http://doi.org/10.14300/mnnc.2016.11130>

ISSN – 2073-8137

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

О. И. Боев, О. В. Лekomтцева, И. В. Боев

Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

PSYCHOPHYSIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF SOLDIERS, COMBAT VETERANS

Boyev O. I., Lekomtseva O. V., Boyev I. V.

Stavropol State Medical University, Russia

Результаты обследования 144 военнослужащих, участников боевых действий психофизиологическим методом «АМСАТ» позволили получить дифференциальные характеристики сравниваемых групп. Параметры электродермальной активности оказались разными в трех группах сравнения, что позволило получить специфические психофизиологические характеристики каждой группы. Полученные характеристики раскрыли механизмы большей или меньшей устойчивости к боевому стрессу в зависимости от личностного психотипа.

Ключевые слова: военнослужащие, психофизиологическая диагностика, психотип, толерантность