

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ
СССХХІІІ

*Тод
вздунид
-190-й*



5
МАЙ
2012



ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РФ ЗА I КВАРТАЛ 2012 г. В ВОЛГОГРАДЕ

В январе 2012 г. министром обороны Российской Федерации было принято решение о проведении в период подведения итогов работы медицинской службы Вооруженных сил РФ за I квартал 2012 г. практического занятия по вопросам медицинского обеспечения войск.

Подведение итогов работы медицинской службы ВС РФ за I квартал текущего года состоялось в г. Волгограде **15 марта 2012 г.** на базе филиала № 1 1602-го Окружного военного клинического госпиталя. Практические занятия проводились по следующим вопросам: «Организация работы медицинского отряда специального назначения» на полигоне «Прудбой» (силами омедо СпН 1602 ОВКГ) и «Эвакуация раненых и больных авиационным транспортом» на аэродроме «Мариновка».

В мероприятии участвовали офицеры Главного военно-медицинского управления МО РФ, начальники медицинской службы военных округов (флотов), окружных военных клинических госпиталей, центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора и медицинских отрядов (специального назначения).



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ
И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Издается с 1823 года



**РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ:**

М.В.Поддубный (*главный редактор*)
В.В.Бузунов (*ответственный секретарь*)
А.Ю.Власов
Л.Л.Галин (*заместитель главного редактора*)
В.В.Иванов
О.В.Калачев
А.А.Калмыков
А.Б.Леонидов
Ю.В.Лобзин
Ю.В.Мирошниченко
В.А.Новиков
В.Е.Парфёнов
И.В.Петреев
И.М.Самохвалов
Э.П.Соловей
Ю.Ш.Халимов
В.Н.Цыган
В.К.Шамрей
А.М.Шелепов
В.В.Яменсков



**РЕДАКЦИОННЫЙ
СОВЕТ:**

С.А.Белякин (Красногорск)
П.Г.Брюсов (Москва)
А.А.Будко (С.-Петербург)
С.Ф.Гончаров (Москва)
В.В.Добржанский (Москва)
Е.В.Ивченко (С.-Петербург)
И.Б.Максимов (Москва)
И.Г.Мосягин (Калининград)
Э.А.Нечаев (Москва)
П.В.Пинчук (Москва)
Ю.В.Сабанин (Москва)
В.Б.Симоненко (Москва)
И.М.Чиж (Москва)

Адрес редакции:

194044, Санкт-Петербург,
ул. Академика Лебедева, д. 6
Тел. (812) 292-33-46

Корпункт в Москве:
119160, Москва, редакция
«Военно-медицинского журнала»
Тел./факс: (495) 656-33-41

Адрес в сети Интернет:

[@morfOrgInfo](http://sc.mil.ru/social/media/magazine/more.htm?id=8753)

Non scholae, sed vitae discimus!

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2012 * МАЙ
Т. 333 * № 5

- *Хирургическое лечение военнослужащих с патологией коленного сустава*
- *Коррекция тревожных и психосоматических расстройств у бывших участников боевых действий*
- *О контаминации Legionella Pneumophila систем водоснабжения лечебных учреждений*
- *О комплексной системе требований по безопасности жизни и деятельности военнослужащих*
- *К вопросу о декомпрессионной болезни и ее лечении*
- *Противоэпидемическое обеспечение войск в годы Великой Отечественной войны*

МОСКВА
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
«КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»


Организация медицинского обеспечения Вооруженных сил
Organization of medical support of the Armed Forces

Шаповалов В.М., Рикун О.В., Гладков Р.В., Аверкиев Д.В., Кузьмин А.В. – Состояние и перспективы хирургического лечения военнослужащих с патологией коленного сустава в специализированных ортопедо-травматологических отделениях 4

Shapovalov V.M., Rikun O.V., Gladkov R.V., Averkiyev D.V., Kuz'min A.V. – Outlook of surgical treatment of servicemen with pathology of knee joint in the specialized orthopedo-traumatology department

Корнюшко И.Г., Яковлев С.В., Булатов М.Р., Матвеев А.Г. – Организация медицинского обеспечения вооруженных сил США 13

Kornyushko I.G., Yakovlev S.V., Bulatov M.R., Matveyev A.G. – Organization of medical support U.S. Armed Forces


Медицина экстремальных ситуаций
Medicine of extreme situations

Туманов Э.В., Романович К.Н., Колкутин В.В. – О некоторых особенностях формирования «пятен Вишневого» при общей гипотермии 19

Tumanov E.V., Romanovich K.N., Kolkutin V.V. – About some features of formation of «spots of Vishnevsky» in general hypothermia


Лечебно-профилактические вопросы
Prophylaxis and treatment

Овечкин И.Г., Шукун С.Ю., Емельянов Г.А. – Восстановительная коррекция аккомодационно-рефракционных нарушений у военных специалистов-операторов зрительно-напряженного труда с близорукостью 24

Ovchkin I.G., Shchukin S.Yu, Emelyanov G.A. – Reconstructive correction of refractive-accommodative disorders in military personnel – operators of visual-intensive work with myopia

Попов А.П., Покусаяев А.А., Сидорова А.Г., Острикова А.К., Романцова Л.И., Емельянова Г.И., Копяева Т.В., Лиферов Р.А. – Коррекция тревожных и психосоматических расстройств в условиях поликлиники у бывших участников боевых действий 28

Popov A.P., Pokusayev A.A., Sidorova A.G., Ostriкова A.K., Romantsova L.I., Emelyanova G.I., Kopyayeva T.V., Liferov R.A. – Correction of anxiety and psychosomatic disorders in a outpatient department for former combatants


Эпидемиология и инфекционные болезни
Epidemiology and infectious diseases

Груздева О.А., Тартаковский И.С., Марьин Г.Г. – Исследование контаминации систем водоснабжения лечебных учреждений возбудителем легионеллеза 34

Gruzdeva O.A., Tartakovskiy I.S., Maryin G.G. – Examination of the contamination aetiological agent of legionellosis in the water supply systems of medical treatment facilities


Гигиена и физиология военного труда
Military physiology and hygiene

Кудрин И.Д., Александров В.Н. – О комплексной системе требований по безопасности жизни и деятельности военнослужащих 39

Kudrin I.D., Alexandrov V.N. – About the complex system of requirements on the everyday safety of servicemen



**Авиационная
и военно-морская медицина**

Air and navy medicine

Благинин А.А., Торчило В.В., Емельянов Ю.А.,
Загородников Г.Г. – К вопросу о высот-
ной декомпрессионной болезни и ее ле-
чении

44

*Blaginin A.A., Torchilo V.V., Emelyanov Y.A.,
Zagorodnikov G.G. – About the problem
of high-altitude decompression sickness
and its treatment*



Краткие сообщения

33,
50

Brief reports



**По страницам зарубежной
медицинской печати**

18,
49,71

***From the foreign
medical publications***



**Из истории
военной медицины**

***From the history
of military medicine***

Огарков П.И., Иванников Ю.Г. – Про-
тивоэпидемическое обеспечение войск
в годы Великой Отечественной войны

73

*Ogarkov P.I., Ivannikov Yu.G. – Epidemio-
logic support of troops during the Great
Patriotic War*

Жеглов В.В., Петров О.И. – Николай
Терентьевич Потёмкин (К 90-летию со
дня рождения)

76

*Zheglov V.V., Petrov O.I. – Nikolay Ter-
entyevich Potyomkin (On the occasion
of 90th anniversary of the birth)*

Лукина И.А. – Из воспоминаний об отце
– полковнике медицинской службы
А.Е.Эндере

78

*Lukina I.A. – From the memories about
father – colonel of medical service
A.E.Ender*



Официальный отдел

87

Official communications



Хроника

Chronicle

Белякин С.А., Гребенюк А.Н., Климов А.С.,
Минаев Д.Ю. – Структура и задачи ме-
дицинской службы вооруженных сил
Итальянской Республики

88

*Belyakin S.A., Grebenyuk A.N., Klimov A.S.,
Minayev D.Yu. – Structure and tasks
of the medical service of the armed forces
of the Italian Republic*

Шмелев С.В., Опарин М.Ю. – VI науч-
но-практическая конференция «Меди-
цинское обеспечение сил флота в усло-
виях Кольского Заполярья»

93

*Shmelev S.V., Oparin M.Yu. – VI research-
to-practice conference «Medical support
of naval forces in condition of Kola Polar
Region»*

CONTENTS



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 616.728.3-057.36-089

Состояние и перспективы хирургического лечения военнослужащих с патологией коленного сустава в специализированных ортопедотравматологических отделениях

ШАПОВАЛОВ В.М., заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, профессор,
генерал-майор медицинской службы в отставке
РИКУН О.В., кандидат медицинских наук
ГЛАДКОВ Р.В., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы (dr.gladkov@gmail.com)
АВЕРКИЕВ Д.В., доцент, полковник медицинской службы (averdm@mail.ru)
КУЗЬМИН А.В., кандидат медицинских наук (ars6786@mail.ru)

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

Shapovalov V.M., Rikun O.V., Gladkov R.V., Averkiyev D.V., Kuz'min A.V. – Outlook of surgical treatment of servicemen with pathology of knee joint in the specialized orthopedo-traumatology department. – Analyzed data from annual reports of major trauma districts, chiefs of departments of hospitals and centers and reviewed the frequency and structure of surgical interventions on the knee, made in the last 5 years (2005–2010) in health care facilities the Defense Ministry. The frequency of the most typical injuries and diseases of the knee joint in different categories of servicemen. An integrated laboratory and endoscopic examination of patients with reactive arthritis, associated with latent urogenital infection and how the underlying disease and disease associated surgical pathology knee. Formulated evidence-based recommendations for improving the organization of surgical treatment of soldiers with the pathology of the knee.

Key words: knee, arthroscopy, anterior cruciate ligament, menisci, chronic synovitis, reconstruction, plastic.

Результаты анализа хирургической работы травматологических отделений военных госпиталей можно рассматривать как объективный показатель основной патологии опорно-двигательного аппарата и возможностей оказания специализированной помощи военнослужащим. За последние годы он свидетельствует об особой актуальности повреждений коленного сустава, лечение которых составило 23,4% всех сложных хирургических операций (табл. 1).

Соотношение основных групп операций, в частности остеосинтеза переломов длинных костей и внутрисуставных хирургических вмешательств, выполнявшихся на опорно-двигательном аппарате в течение последних пяти лет, оставалось относительно стабильным, составляя в среднем 1,0:1,03. Вместе с тем в связи с внедрением диагностической артроскопии в практику травматологи-

ческих отделений госпиталей военных округов и связанным с этим в перспективе улучшением диагностики внутрисуставной патологии, можно ожидать дальнейшего смещения баланса в сторону артрологических операций.

Переломы длинных костей не представляют диагностических сложностей, поэтому различные способы остеосинтеза являются вмешательством, проводимым в большинстве случаев по месту получения травмы. В то же время хирургическую коррекцию непростых в диагностике повреждений коленного сустава относят к плановым ортопедическим операциям. Современный подход к лечению его патологии всецело связан с артроскопией.

Это высокотехнологичное и малоинвазивное направление является типичным примером современной субспециализации в хирургии. Оно предусматривает ис-



6. Следует обратить внимание командиров частей на строгое соблюдение рекомендаций ортопедов и решения ВВК

по ограничению физических нагрузок после вмешательств на коленном суставе, особенно после реконструкции ПКС.

Литература

1. Aglietti P., Giron F., Losco M. et al. Comparison Between Single- and Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. A Prospective, Randomized, Single-Blinded Clinical Trial // Amer. J. Sports Med. – 2010. – Vol. 38, N 1. – P. 25–33.

2. Brophy R.H., Pearle A.D. Single-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. A Comparison of Conventional, Central, and Horizontal Single-Bundle Virtual Graft Positions // Amer. J. Sports Med. – 2009. – Vol. 37, N 7. – P. 1317–1323.

3. Brophy R.H., Wright R.W., Matava M.J. Cost Analysis of Converting From Single-Bundle to Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction // Amer. J. Sports Med. – 2009. – Vol. 37, N 4. – P. 683–687.

4. Fu F.H., Shen W., Starman J.S. et al. Primary anatomic double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction // Amer. J. Sports Med. – 2008. – Vol. 36, N 7. – P. 1236–1273.

5. Gadikota H.R., Seon J.K., Kozanek M. et al. Biomechanical Comparison of Single Tunnel-Double Bundle and Single Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstructions // Amer. J. Sports Med. – 2009. – Vol. 37, N 5. – P. 962–968.

6. Gadikota H.R., Wu J.-L., Seon J.K. et al. Single Tunnel-Double Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction With Anatomical Placement of Hamstring Tendon Graft. Can It Restore Normal Knee Joint Kinematics? // Amer. J. Sports Med. – 2010. – Vol. 38, N 4. – P. 713–719.

7. Kondo E., Merican A.M., Yasuda K., Amis A.A. Biomechanical Comparison of Anatomic Double-Bundle, Anatomic Single-Bundle, and Nonanatomic Single-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstructions // Amer. J. Sports Med. – 2011. – Vol. 39, N 2. – P. 279–287.

8. Kondo E., Yasuda K., Azuma H. et al. Prospective clinical comparison of anatomic double-bundle versus single-bundle anterior cruciate ligament reconstruction procedures in 328 consecutive patients // Amer. J. Sports Med. – 2008. – Vol. 36, N 9. – P. 1675–1687.

9. Lam M.-H., Fong D.T.-P., Yung P.Sh.-H.Y. et al. Knee Rotational Stability During Pivoting Movement Is Restored After Anatomic Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction // Amer. J. Sports Med. – 2011. – Vol. 39, N 5. – P. 1032–1037.

10. Lohmander L.S., Englund P.M., Dahl L.L., Roos E. The long-term consequence of anterior cruciate ligament and meniscal injuries (Clinical sports medicine update) // Amer. J. Sports Med. – 2007. – Vol. 35, N 10. – P. 1756–1765.

11. Musahl V., Plakseychuk A., van Scyoc A. et al. Varying femoral tunnels between the anatomical footprint and isometric positions // Amer. J. Sports Med. – 2008. – Vol. 36, N 5. – P. 712–717.

12. Ntoulia A., Papadopoulou F., Ristanis S. et al. Revascularization Process of the Bone-Patellar Tendon-Bone Autograft Evaluated by Contrast-Enhanced Magnetic Resonance Imaging 6 and 12 Months After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction // Amer. J. Sports Med. – 2011. – Vol. 39, N 7. – P. 1478–1485.

13. Paxton E.S., Kymes S.M., Brophy R.H. Cost-Effectiveness of Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. A Preliminary Comparison of Single-Bundle and Double-Bundle Techniques // Amer. J. Sports Med. – 2010. – Vol. 38, N 12. – P. 2417–2423.

14. Pearle A.D., Shannon F.J., Granchi C. et al. Comparison of 3-dimensional obliquity and anisometric characteristics of anterior cruciate ligament graft positions using surgical navigation // Amer. J. Sports Med. – 2008. – Vol. 36, N 8. – P. 1534–1540.

15. Rue J.-P.H., Ghodadra N., Bach B.R. et al. Femoral tunnel placement in single-bundle anterior cruciate ligament reconstruction // Amer. J. Sports Med. – 2008. – Vol. 36, N 1. – P. 73–78.

16. Song K., Oh L.S., Thomas J. et al. Prospective Comparative Study of Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Using the Double-Bundle and Single-Bundle Techniques // Amer. J. Sports Med. – 2009. – Vol. 37, N 9. – P. 1705–1710.

17. Stanford F.C., Kendoff D., Warren R.F., Pearle A.D. Native Anterior Cruciate Ligament Obliquity Versus Anterior Cruciate Ligament Graft Obliquity An Observational Study Using Navigated Measurements // Amer. J. Sports Med. – 2009. – Vol. 37, N 1. – P. 114–118.

18. Steiner M.E., Battaglia T.C., James F. Independent Drilling Outperforms Conventional Transtibial Drilling in Anterior Cruciate Ligament Reconstruction // Amer. J. Sports Med. – 2009. – Vol. 37, N 10. – P. 1912–1916.

19. Steiner M.E., Murrey M.M., Rodeo S.A. Strategies to improve anterior cruciate ligament healing and graft placement (Clinical sports medicine update) // Amer. J. Sports Med. – 2008. – Vol. 36, N 1. – P. 176–187.

20. Suomalainen P., Moisala A.-S., Paakkala A. et al. Double-Bundle Versus Single-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Randomized Clinical and Magnetic Resonance Imaging Study With 2-Year Follow-up // Amer. J. Sports Med. – 2011. – Vol. 39, N 8. – P. 1615–1621.

21. Ziegler C.G., Pietrini S.D., Anderson C.J. et al. Arthroscopically Pertinent Landmarks for Tunnel Positioning in Single-Bundle and Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstructions // Amer. J. Sports Med. – 2011. – Vol. 39, N 4. – P. 743–750.

22. Yasuda K., Van Eck C.F., Hoshino Y. et al. Anatomic Single- and Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction, Part 1. Basic Science // Amer. J. Sports Med. – 2011. – Vol. 39, N 8. – P. 1789–1797.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК [61:355](73)

Организация медицинского обеспечения вооруженных сил США

КОРНЮШКО И.Г., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,
генерал-майор медицинской службы в отставке¹
ЯКОВЛЕВ С.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы²
БУЛАТОВ М.Р., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы¹
МАТВЕЕВ А.Г., подполковник медицинской службы в отставке³

¹Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва; ²Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва; ³Филиал № 3 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, Москва

Kornyushko I.G., Yakovlev S.V., Bulatov M.R., Matveyev A.G. — Organization of medical support U.S. Armed Forces. The article describes the structure of the medical service of the U.S. Army, presented by seven corps, principles of planning of capabilities of medical services and their management, personnel policy of the Medical Service, that focuses on the staffing of the medical service of the officers of the possibilities. Organization of medical care during the combat theater provided by 4 echelons is represented. The first echelon «battlefield — Battalion», the second — «brigade combat team», the third is the rear of the theater of operations, the fourth — stationary hospitals outside the theater of operations. The basic direction of reducing the medical costs of all the troops: military personnel, their families, civilian employees of the Ministry of Defence, members of their families, veterans of military service and their families.

К е у в о р д s: U.S. Army Medical Service in the theater of military operations, medical support.

Вооруженные силы США (U.S. Armed Forces) состоят из 5 компонентов: Армии*, военно-морского флота, военно-воздушных сил, корпуса морских пехотинцев и береговой охраны [12, 16].

Армия США управляется департаментом Армии, возглавляемым гражданским лицом — секретарем Армии. Второе лицо в департаменте Армии представлено профессиональным военным — начальником штаба Армии [11, 12].

Единого органа управления медицинской службой в министерстве обороны (МО) США нет — каждый компонент вооруженных сил имеет собственную медицинскую службу.

Структуру медицинской службы Армии США представляют [8]:

— медицинский департамент Армии США — (U.S. Army Medical Department), входящий в структуру департамента Армии, возглавляемый начальником медицинского командования Армии США —

генеральным хирургом Армии, и состоящий из следующих формирований:

- штаба медицинского командования Армии;
- 29 исполнительных агентств;
- 20 главных управлений;
- 6 региональных медицинских командований: Североатлантического, Юго-восточного, Больших Равнин, Тихоокеанского, Европейского и Западного, осуществляющих непосредственное повседневное руководство стационарной медицинской помощью в местах постоянной дислокации Армии США;
- 5 функциональных медицинских командований: по медицинским центрам и учебным заведениям; по укреплению здоровья и профилактической медицине; по вопросам стоматологии; по исследованиям в области медицины и материальному обеспечению; по ветеринарии.

Военные медики Армии США подразделяются на 7 корпусов [7, 8].

1. Медицинский корпус. В корпус входят врачи более чем 40 специальностей, включая терапевтов, хирургов, психиатров, патологоанатомов и т. д., в т. ч. и более редких специальностей, например детского кардиолога [6].

* Здесь и далее термин «армия» с заглавной буквы употребляется для обозначения одного из 5 компонентов вооруженных сил США, чтобы отличить его от значения «армия» как синонима вооруженных сил в целом.



планирования медицинских объектов, являющегося подразделением командования Армии США в области медицинских исследований и оборудования медицинского департамента Армии. Агентство имеет выделенное финансирование.

Основными мероприятиями, проводимыми в вооруженных силах США, по совершенствованию медицинского обеспечения контингентов МО являются следующие [7].

Стационарная медицинская помощь в Армии США оказывается всем контингентам: военнослужащим, членам их семей, гражданским служащим МО, членам их семей, ветеранам военной службы и членам их семей. В основе стационарной медицинской помощи лежит развитая система индивидуального медицинского страхования. При выборе медицинского учреждения для госпитализации рационально используется существующая инфраструктура гражданского здравоохранения. Треть от числа направленных на стационарное лечение военнослужащих Армии США госпитализируется в гражданские лечебные учреждения.

Высокое качество оказания стационарной помощи в госпиталях Армии США обеспечивается постоянным совершенствованием материальной базы медицинской службы.

Офицеров медицинской службы привлекают не только комплексом социальных привилегий, льгот, пособий, высоким уровнем заработной платы, но и широкими перспективами профессиональной творческой деятельности, продуманной организацией быта и отдыха.

Уровень оказания стационарной медицинской помощи и подготовки медицинских кадров обеспечивается финансированием на основе принципа реальной достаточности не только по линии МО США, но и посредством не связанных с ним правительственных учреждений.

Развивается медицинская информационная система МО США. В этих целях осуществляется интеграция различных информационных систем медицинского обеспечения военнослужащих МО, в т. ч. применение носителей личной информации (Personal Information Carrier), электронных персональных карточек, несущих в себе полную медицинскую информацию о военнослужащем, и полевых систем дистанционного контроля жизненно важных параметров состояния здоровья военнослужащих — частоты пульса, частоты дыхания, насыщения крови кислородом.

В области медицинского обеспечения вооруженных сил планируются и проводятся научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы, особенно по вопросам медицинской защиты от биологического и химического оружия.

Для подготовки медицинских кадров всех специальностей введен обязательный ежегодный курс обучения в полевых условиях в обстановке, максимально приближенной к боевой.

Совершенствуется система создания заблаговременных запасов медицинского имущества и медикаментов, предназначенных для использования в военное время, проводятся их оптимизация и улучшение условий хранения за счет использования стандартных стальных контейнеров.

Литература

1. Армейский региональный медицинский центр в Ландштуле // Интернет-энциклопедия «Википедия». Landstuhl Regional Medical Center. URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Landstuhl_Regional_Medical_Center (дата обращения: 26.02.2009).

2. Бюджет Департамента по делам ветеранов // Официальный сайт Белого дома. Офис менеджмента и бюджета. The White House. Department of Veterans Affairs. URL: http://www.whitehouse.gov/omb/assets/fy_2010_new_era/Department_of_Veterans_Affairs.pdf (дата обращения: 28.03.2009).

3. Бюджет индивидуального медицинского страхования «Медикэр» // Официальный сайт офиса распечатки документов правительства США. U.S. Government Printing Office. Tabl. 11.2. P. 204. URL: <http://frwebgate6.access.gpo.gov/cgi-bin/PDFgate.cgi?WAISdocID=228134439759+3+2+0&WAIAction=retrieve> (дата обращения: 28.03.2009).

4. Бюджет индивидуального медицинского страхования «Трикэар» // Официальный сайт офиса распечатки документов правительства США. U.S. Government Printing Office. URL: <http://frwebgate1.access.gpo.gov/cgi-bin/PDFgate.cgi?WAISdocID=227637356222+0+2+0&WAIAction=retrieve> (дата обращения: 28.03.2009).



5. Войсковая клиника им. Р.Коннера // Официальный сайт медицинской службы Армии США. Conner Troop Medical Clinic. URL: www.drum.amedd.army.mil/CTMC (дата обращения: 18.02.2009).

6. Корпусной состав медицинского департамента Армии США. Официальный сайт медицинской службы Армии США. U.S. Army Medical Department Corps. URL: <http://www.armymedicine.army.mil/org/department-corps.html> (дата обращения: 24.03.2009).

7. Обзоры интернет-публикаций Научно-исследовательской лаборатории зарубежной военно-медицинской информации и Кафедры автоматизации управления медицинской службой Военно-медицинской академии им С.М.Кирова, Санкт-Петербург 2010 г.

8. Организационная структура медицинского департамента Армии США // Официальный сайт медицинской службы Армии США. Organization Chart of the U.S. Army Medical Department / U.S. Army Medical Department. URL: <http://www.armymedicine.army.mil/org/orgchart.html> (дата обращения: 29.03.2009).

9. Официальный сайт вербовки в медицинский корпус армии США. GOARMY.COM. URL: <http://www.goarmy.com/amedd/medical/index.jsp> (дата обращения: 27.03.2009).

10. Официальный сайт рабочей группы статистики личного состава и снабжения министерства обороны США. DoD Personnel & Procurement Statistics DoD Work Force. URL:

<http://siadapp.dmdc.osd.mil/personnel/MILITARY/ms0.pdf> <http://siadapp.dmdc.osd.mil/personnel/CIVILIAN/fy2009/january2009.pdf> (дата обращения: 20.03.2009).

11. Руководящий состав Армии США // Официальный сайт департамента Армии США. U.S. Army Leaders. URL: <http://www.army.mil/leaders/> (дата обращения: 29.03.2009).

12. Структура министерства обороны США // Официальный сайт Министерства обороны США. U.S. Department of Defense Chart. URL: <http://www.defense.gov/odam/omp/pubs/GuideBook/Pdf/MilDeps.PDF> (дата обращения: 29.03.2009). (Обновленный режим доступа — <http://www.defense.gov> — Ред).

13. Combat support hospital. URL: <http://www.trust-us.ch/cryptome/04-Iraq-Kill-Maim-061213/csh/pict112.jpg> (дата обращения: 05.01.2010).

14. Medical evacuation in a theater of operations: Tactics, techniques, and procedures : Field Manual No. 8-10-6. URL: http://www.brooksidepress.org/Products/OperationalMedicine/DATA/operation_almcd/Manuals/fm8_10_6/toc.pdf (дата обращения: 05.01.2010).

15. UH-72A Lakota Light Utility Helicopter. URL: http://www.globalsecurity.org/military/systems/aircraft/images/uh-72a-eads_04.jpg (дата обращения: 05.01.2010).

16. U.S. Army: Basic Training. URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Basic_training (дата обращения: 05.01.2010).

ПО СТРАНИЦАМ ЗАРУБЕЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕЧАТИ

Альтернативные методы лечения паронихии на борту судна ВМФ (Alternative Behandlungsmethode der Paronchie an Bord eines Marineschiffs). — *Cornelius von Wilmsky, Axel Haber, Armin Kalmbach, Albert Bosserhoff.* — *Wehrmedizinische Monatsschrift.* — 2011. — Нф. 1.

Паронихия нередко встречается у молодых мужчин. Учитывая возрастную структуру вооруженных сил, этому заболеванию следует уделять внимание. Очень часто в подразделениях, проходящих службу в открытом море, данное заболевание ввиду ограниченных возможностей по лечению приводит к ограничению пригодности к несению службы, в отдельных случаях — к полной неспособности солдата исполнять свои обязанности.

По этой причине в ходе боевых учений в 2010 г. был разработан новый, минимально инвазивный метод лечения с использованием мобильных дентальных микродвигателей, входящих в стандартное оснащение военных судов.

Представлены случаи трех пациентов, которые прошли рекомендованную терапию с положительным результатом. Спустя два дня они снова могли нести ежедневную службу в жесткой обуви.

Предложенный метод позволяет снизить продолжительность лечения паронихии на борту судна, быстро восстановить боеспособность и предотвратить случаи полной потери боеспособности солдатом.

Метод представляет собой минимально инвазивную процедуру, которая может быть использована, когда судно находится в открытом море. Процедура осуществляется с помощью стандартного медицинского оборудования, находящегося на борту. Она не трудоемка, не требует больших затрат, сокращает время лечения, не вызывает у пациента дискомфорта и препятствий к ежедневному несению службы благодаря быстрому восстановлению боеспособности.

(Кафедра хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии университетской клиники Эрлангена; вспомогательное судно ВМФ «Франкфурт-на-Майне», Киль; отделение анестезии и интенсивной терапии в Штайнхайме)



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 616-001.186-091

О некоторых особенностях формирования «пятен Вишневого» при общей гипотермии

ТУМАНОВ Э.В., кандидат медицинских наук, доцент (e.tumanov@mail.ru)¹

РОМАНОВИЧ К.Н. (kostek@tut.by)²

КОЛКУТИН В.В., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса (vasil.wert@yandex.ru)³

¹Институт повышения квалификации и переподготовки кадров государственной службы медицинских судебных экспертиз, Республика Беларусь; ²Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь; ³111-й Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ, Москва

Tumanov E.V., Romanovich K.N., Kolkutin V.V. — About some features of formation of «spots of Vishnevsky» in general hypothermia. The article describes the features of formation of «spots of Vishnevsky» in general hypothermia. It is proved that the wedge shape of hemorrhages in the gastric mucosa caused by swelling and discrepancy of the paries of stomach pits with the filling of forming wedge-shaped cavity with blood from the arrosive capillaries. It is noted that the dynamics of accumulation of PAS-positive material in the gastric pits in the gastric mucosa in case of total of hypothermia is directly dependent on the growth of intracellular acidosis and disintegration of plasmolemma of parietal cells.

К е у о р д с: general hypothermia, spots of Vishnevsky, cold injury.

Одной из важных проблем судебно-медицинской экспертизы в настоящее время является достоверная пост-мортальная диагностика различных вариантов холодовой травмы. Особенности несения военной службы в различных климатических условиях и экстремальных ситуациях нередко связаны с возможной гибелью военнослужащих от неблагоприятных воздействий внешней среды (условия Крайнего Севера, переохлаждение в воде в результате гибели корабля или воздушного судна с длительнейшим пребыванием экипажа в холодной воде, длительное нахождение в условиях высокогорья и т. п.). Подобные ситуации всегда влекут за собой тщательное расследование со стороны следственных органов, что сопровождается проведением различного рода судебных экспертиз, и в первую очередь судебно-медицинской экспертизы. В связи с изложенным становится понятной актуальность четкого знания особенностей механизма формирования патогномо-

ничных морфологических признаков для точной диагностики холодовой травмы.

В настоящее время одним из ведущих диагностических признаков смерти от общего переохлаждения является обнаружение в процессе секционного исследования кровоизлияний в слизистой оболочке желудка — так называемых «пятен Вишневого» (ПВ) [2, 8].

Гистологическая картина ПВ рассматривается как участки некроза слизистой оболочки желудка с эритроцитарным пропитыванием пораженных участков. При этом отмечено, что на верхушках складок слизистой оболочки желудка покровный эпителий в одних полях зрения отечен, в других — разрушен на всю глубину желудочной ямки с гипергидратацией и интенсивным эритроцитарным пропитыванием слизистой оболочки желудка диапедезного характера. В прилегающих участках наблюдаются венозное полнокровие и зоны ишемических повреждений (некрозов), которые расцениваются как фокальный



лудка осуществляется слоем фибрина, выпадающего на поверхность ПВ. Степень зрелости фибрина, покрывающего различные участки повреждений слизистой оболочки желудка, зависит от сроков формирования этих повреждений при холодовой травме.

4. Динамика накопления ШИК-позитивного материала в желудочных ямках в слизистой оболочке желудка при общей гипотермии напрямую зависит от нарастания внутриклеточного ацидоза и нарушения целостности клеточных мембран обкладочных клеток.

Литература

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исакова В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. — М.: Тиада-Х, 1998. — 482 с.

2. Афанасьев С.А., Южакова Т.П. Гистоморфологическая диагностика смерти от переохлаждения // Актуал. вопр. судебной медицины и экспертной практики. — Новосибирск — Красноярск, 2007. — Вып. 12, ч. 1. — 258 с.

3. Афанасьев Ю.И., Юрина Н.А. Гистология, цитология и эмбриология / Под ред. Ю.И.Афанасьева. — М.: Медицина, 2002. — 725 с.

4. Касьянов М.И. Очерки судебно-медицинской гистологии. — М.: Медгиз, 1954. — 212 с.

5. Лопина О.Д., Котлобай А.А., Рубцов А.М. и др. Молекулярные механизмы регуляции секреции соляной кислоты слизистой оболочки желудка // Рос. журн. гепатологии, гастроэнтерологии, колопроктологии. — 1997. — № 6. — С. 15–19.

6. Меркулов Г.А. Курс патологистологической техники. — Л.: Медицина, 1969. — 423 с.

7. Осьминкин В.А., Семенова И.Ю. Некоторые аспекты судебно-медицинской диагностики смерти от переохлаждения // Совр. вопр. судебной медицины и экспертной практики. — Ижевск, 1994. — Вып. 7. — С. 63–67.

8. Пермяков В.А., Витер В.И. Судебно-медицинская гистология: Руководство для врачей. — Ижевск: Экспертиза, 1998. — 209 с.

9. Плющева Т.В., Алисиевич В.И. К патогенезу пятен Вишневецкого от переохлаждения // Суд.-мед. экспертиза. — 2000, № 2. — С. 12–16.

10. Потанова О.М. Судебно-медицинское значение плоидометрического исследования клеток слизистой оболочки желудка при смерти от гипотермии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006.

11. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. — М.: Медицина, 1995. — 664 с.

12. Preuss J., Thierauf A., Dettmeyer R., Maeda B. Wischnewsky's spots in an ectopic stomach // Forensic Sci. Int. — 2007. — Vol. 169, N 2–3. — P. 220–222.

13. Tsokos M. Forensic pathology reviews // Totowa. — NJ: Humana Press, 2008. — P. 11–14.

14. Yamada T. Textbook of Gastroenterology. — Philadelphia: J.B. Lippincott, 1995 — 299 p.

ДИССЕРТАЦИИ В ОБЛАСТИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ К ЗАЩИТЕ В 2010 ГОДУ*

Окончание на с. 38

УДК 61 (043.3/5)

Самарцев И. Н. Клинико-электрофизиологические паттерны компенсаторно-восстановительных процессов при травматических невротиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.11 — *нервные болезни* / Науч. рук. С.А.Живолупов; Офиц. оппоненты С.В.Лобзин, Н.В.Скрипченко; С.-Петербург. гос. мед. университет им. И.П.Павлова; ВМедА им. С.М.Кирова. — СПб, 2010. — 28 с.: ил.

Федоров Н. В. Социальное функционирование больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 — *психиатрия* / Науч. рук. В.К.Шамрей; Офиц. оппоненты Н.Н.Петрова, А.Г.Сафронов; С.-Петербург. научно-исслед. психоневрологич. ин-т им. В.М.Бехтерева; ВМедА им. С.М.Кирова. — СПб, 2010. — 21 с.: ил.

* Начало обзора см. Воен.-мед. журн. — 2011, № 5, с. 15, 19, 41, 48, 58; № 6, с. 93; № 7, с. 29; № 8, с. 60; № 10, с. 28; № 11, с. 92; 2012, № 4, с. 76.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 617.753.2-057.36-08

Восстановительная коррекция аккомодационно-рефракционных нарушений у военных специалистов—операторов зрительно-напряженного труда с близорукостью

ОВЕЧКИН И.Г., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы
в отставке (dostoro@mail.ru)¹
ШУКИН С.Ю., кандидат медицинских наук (fako@mail.ru)²
ЕМЕЛЬЯНОВ Г.А., кандидат медицинских наук (P.rozrenie@mail.ru)³

¹Филиал № 2 ФГУ «3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого», Москва; ²«Поликлиника ОАО «Газпром», Москва; ³ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи», г. Ульяновск

Ovechkin I.G., Shchukin S., Emelyanov G.A. — Reconstructive correction of refractive-accommodative disorders in military personnel — operators of visual-intensive work with myopia. The authors propose an integrated method of rehabilitation of the vision (a course of physiotherapy and incentive effects, additional medical and non-pharmacological treatment, application of self-correction), which provides military specialists - operators of visual-intensive work after the excimer laser correction of myopia higher level of visual performance, prevention of accommodative disorders, the progression of of myopia and astenopicheskikh states.

К е у в о р д с: the operators of visual-intensive work, excimer laser correction, rehabilitation treatment, short-sightedness.

Накопленный опыт диспансерного офтальмологического наблюдения за военными специалистами — операторами зрительно-напряженного труда (ОЗНТ) свидетельствует, что наиболее распространенной формой глазной патологии является близорукость слабых-средних степеней, которая встречается в 22–44% случаев, в 1,6–2,5% миопия требует диспансерного наблюдения. При этом близорукость служит ведущей причиной дисквалификации или ограничений в годности по медицинским показаниям, связанными с органом зрения, а также может оказывать существенное неблагоприятное влияние на качество профессиональной зрительной деятельности. Необходимо также подчеркнуть, что среди военных специалистов — ОЗНТ в силу регламентирующих документов по медицинскому допуску наиболее распространена близорукость слабой-средней степени (до 6,0 дптр) [3, 5].

Наряду с этим возникновение близорукости сопровождается расстройством аккомодационной системы глаза в виде так называемого «спазма аккомодации», что ухудшает течение заболевания и является причиной прогрессирования близорукости [1]. В настоящее время в офтальмологической практике достаточно широко апробированы различные методы консервативного (медикаментозная терапия, физиотерапия, аппаратная стимуляция и др.) лечения пациентов с близорукостью, направленного на профилактику прогрессирования близорукости и (или) улучшение функционирования аккомодационной мышцы глаза [11]. Кроме того, для восстановления рефракции широко применяются хирургические методы эксимерлазерной коррекции близорукости [8]. В то же время в литературе присутствуют лишь единичные исследования, рассматривающие возмож-



закономерно привела к статистически значимым изменениям остроты зрения валь как базового офтальмологического показателя.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что у ряда больных с миопией слабой-средней степени, наряду с высокими результатами остроты зрения, полученной после восстановления оптической соразмерности глаза с помощью эксимерлазерной операции, отмечается наличие спазма аккомодации, проявляющегося динамикой объективной рефракции в условиях циклоплегии, снижением резервов и объема аккомодации, что в целом приводит к ухудшению субъективного статуса пациентов. Проведение в ранний послеоперационный период комплекса восстановительных мероприятий обеспечивает больному более высокий уровень функционирования зрительного анализатора.

Обсуждая в целом результаты исследования, необходимо подчеркнуть, что повышение функциональных и субъективных показателей эксимерлазерной коррекции близорукости у военных специалистов – ОЗНТ может осуществляться по следующим принципиальным направлениям:

– «техническому», мероприятия которого направлены на разработку (усовершенствование) приборного оборудования и (или) дополнительных средств технической поддержки;

– «медицинскому», мероприятия которого нацелены на разработку (усовершенствование) собственно методики эксимерлазерной коррекции в контексте применения новых алгоритмов воздействия и (или) медикаментозных средств;

– «личностному», мероприятия которого связаны непосредственно с пациентом в контексте предоперационного

отбора, прогнозирования продолжения профессиональной зрительной деятельности и послеоперационного «долечивания» в целях обеспечения высокой степени удовлетворенности.

Проведенный анализ литературных данных указывает на достаточно углубленную разработку различных аспектов первого и второго направлений, что, в частности, реализовано широким внедрением фемтосекундных лазерных систем, методики персонализированной абляции специальных технических алгоритмов операции («СуперЛАСИК», «Супервижн» и др.), а также рациональной медикаментозной коррекцией [2, 4, 12]. Следует подчеркнуть, что значительно менее изучены возможности повышения функциональных и субъективных результатов эксимерлазерной коррекции в рамках третьего направления, связанного непосредственно с пациентом. Наши исследования указывают на перспективность комплексного подхода к проведению восстановительного лечения органа зрения, основанного на разнонаправленных методах профилактики аккомодационных нарушений, прогрессирования близорукости и возникновения астенопических состояний.

Таким образом, комплексное восстановительное лечение органа зрения (курс физиотерапевтического и стимулирующего воздействия на орган зрения, дополнительное медикаментозное и немедикаментозное лечение, применение методов самокоррекции зрения) в ранний послеоперационный (после эксимерлазерной коррекции близорукости) период обеспечивает военным специалистам – операторам зрительно-напряженного труда более высокий уровень зрительной работоспособности и продление профессионального долголетия по функции органа зрения.

Литература

1. *Аветисов Э.С.* Близорукость. – М.: Медицина, 1999. – 288 с.
2. *Бойко Э.В., Коскин С.А., Пожарицкий М.Д., Овечкин И.Г.* Сравнительная медико-техническая характеристика современных фемтосекундных лазерных систем // *Вестн. Рос.*

воен.-мед. акад. – 2010. – Т. 2. – № 30. – С. 220–222.

3. *Кабалин А.П., Овечкин И.Г., Ткаченко В.К., Антонюк В.Д.* Актуальность проблемы близорукости у военных специалистов на современном этапе развития Вооруженных сил // *Боевые повреждения органа зрения: Тез. науч. конф.* – СПб, 1999. – С. 35–36.



4. Карамян А.А., Суханова Е.В. Сравнительное клиническое исследование стандартного Lasik и оптимизированной кератопластики ORK «Corwave» // Вестн. офтальмологии. — 2006. — Т. 122, № 3. — С. 6–8.

5. Овечкин И.Г., Белякин С.А., Кожухов А.А. Основные направления «восстановительной офтальмологии» в условиях многопрофильного реабилитационного центра // Воен.-мед. журн. — 2005. — Т. 326, № 10. — С. 31–35.

6. Овечкин И.Г., Першин К.Б., Антонюк В.Д. Функциональная коррекция зрения. — СПб: АСП, 2003. — 96 с.

7. Оковитов В.В., Овечкин И.Г. Домашняя энциклопедия по глазным болезням. — М.: ВИДА, 1993. — 104 с.

8. Першин К.Б. Клинико-физиологическое и офтальмоэргонимическое обоснование критериев восстановления функционального состояния зрительного анализатора после коррекции близорукости методами ФРК и Ласик: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2000. — 40 с.

9. Рагимова Н.Р. Физиотерапевтическая коррекция компьютерного зрительного син-

дрома // Воен.-мед. журн. — 2011. — Т. 332, № 1. — С. 60–61.

10. Тарутта Е.П., Иомдина Е.Н., Тарасова Н.А. Применение 2,5% ирифрина для лечения расстройств аккомодации при миопии // Функциональные методы диагностики и лечения рефракционных нарушений: Тез. докл. междунар. науч.-практ. конф. — 2010. — С. 75–78.

11. Тарутта Е.П., Филинова Е.П., Кварацхелия Н.Г. Новые возможности диагностики и лечения расстройств аккомодации при миопии и других аномалий рефракции // Функциональные методы диагностики и лечения рефракционных нарушений: Сб. науч. работ II междунар. науч.-практ. офтальмол. конф. — М., 2009. — С. 19–21.

12. Трубилин В.Н., Пожарицкий М.Д. Сочетанное применение фемтосекундного лазерного воздействия и персонализированной абляции роговицы как новая медицинская технология хирургической коррекции рефракционных нарушений у пациентов после перенесенной радиальной кератотомии // Офтальмология. — 2009. — Т. 6, № 4. — С. 4–9.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 616.89-057-08

Коррекция тревожных и психосоматических расстройств в условиях поликлиники у бывших участников боевых действий

ПОПОВ А.П., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса
(popovdok@mail.ru)¹

ПОКУСАЕВ А.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса¹

СИДОРОВА А.Г., кандидат медицинских наук¹

ОСТРИКОВА А.К.¹

РОМАНЦОВА Л.И.¹

ЕМЕЛЬЯНОВА Г.И.¹

КОПАЕВА Т.В.¹

ЛИФЕРОВ Р.А., кандидат медицинских наук²

¹Филиал № 6 Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого, Москва;
²Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В.Мандрыки, Москва

Popov A.P., Pokusayev A.A., Sidorova A.G., Ostrikova A.K., Romantsova L.I., Emelyanova G.I., Kopayeva T.V., Liferov R.A. — Correction of anxiety and psychosomatic disorders in a clinic for former combatants. Psychological personality disorder among former combatants and their relationship to subsequent psychosomatic disorders are examined. For this purpose, in health centers performed clinical and psychological examination of 105 fighters and 100 military personnel who were not taking part in hostilities (control group) aged 27 to 40 years, three groups are outlined: low (24,7%), moderate (64,8%) and high (10,5%) anxiety level, represented by their clinical characteristics. Studies have shown that combat stress can contribute to posttraumatic change not only the psyche combatant, but also the development of persistent psychosomatic disorders. The methods and results of treatment and preventive advice are given.

Key words: combatants, combat stress, psychosomatic disorders, correction of anxiety.

Современному человеку все чаще приходится сталкиваться с воздействием различных экстремальных факторов, переживать психический травматический стресс. В экстремальных ситуациях про-

является весь спектр психотипологического реагирования конкретной личности. При этом участие в боевых действиях по силе своего воздействия и характеру проявления негативных последствий



лы, психотерапия эмоциональных травм с помощью метода десенсибилизации и переработки движений глаз (ДПДГ) по Ф.Шапиро, семейная психотерапия, арт-терапия, тематические беседы, библиотерапия, патронаж [7, 11, 13]. По цели воздействия успешно использовались диссоциативная, корректирующая, седативная, амнезирующая, обучающая, активизирующая психотерапия. Тревожность становилась управляемой наряду с другими эмоциональными переживаниями.

Настойчивое проведение комплекса лечебно-психотерапевтических мероприятий у лиц основной группы и в группе сравнения приводило к снижению тревожности, исчезновению или уменьшению клинической симптоматики, восстановлению толерантности к раздражителям. Положительная динамика поведенческого характера сопровождается нормализацией клинических симптомов. Невротическая или функциональная стадия выявлена преимущественно у лиц основной группы в возрасте от 27 до 35 лет с низким и средним уровнем тревожности. К ним мы отнесли лиц с вегетососудистой дистонией (4,8%) и язвенной болезнью 12-перстной кишки (8,6%). У таких пациентов при устранении тревожности, невротической симптоматики исчезали и соматические жалобы в 89% случаев.

Труднее поддавались реабилитации участники боевых действий с гипертонической болезнью (29,5%). К ним относятся лица в возрасте от 30 до 40 лет с высоким и средним уровнями тревожности.

В их анамнезе подъемы артериального давления отмечались еще в студенческие годы. По мере психотерапевтического лечения, психологической коррекции личности у них также снижался уровень тревожности, происходила дезактуализация стрессовых ситуаций, снижался уровень артериального давления в 73% случаев.

Таким образом, на основании результатов исследования можно сделать следующие выводы:

— при направлении личного состава в экстремальные условия боевых действий требуются психологический отбор и дифференцированный подход к каждому военнослужащему;

— необходимо повысить качество профессионального отбора, уровень психологической подготовки личного состава к действиям в экстремальных условиях, а также реализовать особый подход к военнослужащим с личностной тревожностью с целью ее своевременной психотерапевтической коррекции;

— участники боевых действий нуждаются в психотерапевтической реабилитации, устранении тревожности как существенной характеристики, определяющей особенности их деятельности и общения после возвращения из боевой обстановки.

Важной задачей является разъяснение и напоминание командованию об особенностях состояния здоровья бывших участников боевых действий, необходимости организации их дополнительного отдыха и реабилитации после повышенных служебных нагрузок.

Литература

1. Ганнушкин П.Б. Об одной из форм тяжелой психической инвалидности // Труды психиатрической клиники. — М.: Изд-во М. и С. Сабашниковых, 1926. — Вып. 2. — С. 52—59.

2. Гордеева Е.Г., Искандирова А.Б., Пахтусова Е.Е., Агапова М.В. Психотерапия и психологическая реабилитация пострессовых психоэмоциональных нарушений у спасателей // Материалы V Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии. — М.: Институт психотерапии и клинической психологии, 2002. — С. 8—11.

3. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. — СПб: Питер, 2006. — 944 с.

4. Кускова Н.А., Боев О.И., Никитина Т.Е. Толерантность к боевому стрессу у военнослужащих с циклоидным психотипом // Материалы V Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии. — М.: Институт психотерапии и клинической психологии, 2002. — С. 39—42.

5. Люшер М. Руководство по использованию восьмицветного теста Люшера // Составитель О.Ф. Дубровская. Издание 6-е. — М.: ЭКСМО, 2005. — 192 с.

6. Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств. — М.: Госкомстат России, 1996. — 135 с.

7. Платонов К.К. Структура и развитие личности. — М.: Наука, 1986. — С. 256.



8. Ротенберг В.С., Бондаренко С.М. Мозг, обучение, здоровье. — М.: Просвещение, 1989. — 240 с.

9. Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги. — М.: ФиС, 1983. — С. 12–24.

10. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. — М.: Институт прикладной психологии, 1997. — 469 с.

11. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональ-

ных травм с помощью движения глаз. Основные принципы, протоколы и процедуры. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998. — 496 с.

12. Шевалёв Е.А. О запоздалой реактивности // Советская психоневрология. — 1935. — № 4–5. — С. 196–207.

13. Эрикссон М. Мой голос останется с вами. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 1981. — 304 с.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.233-002.1-085.23

Зайцев А.А., Кулагина И.Ц., Смирнов А.Д. — Фармакоэпидемиологические аспекты лечения острого бронхита.

Острый бронхит (ОБ) — острое диффузное воспаление трахеобронхиального дерева, как правило инфекционной, преимущественно вирусной этиологии, ведущим клиническим проявлением которого является кашель (продуктивный или непродуктивный), продолжающийся не более 3 нед. Спектр возбудителей ОБ представлен в основном респираторными вирусами (вирусы гриппа, парагриппа, риновирусы и пр.). Вне сезонных эпидемических вспышек респираторных инфекций этиологическими агентами ОБ могут быть *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Bordetella pertussis*, однако их вклад в развитие ОБ у взрослых не превышает 5–10%.

В то же время в значительном числе случаев установление диагноза ОБ ассоциируется у врачей с необходимостью назначения антибактериальной терапии. Данная проблема привлекает пристальное внимание экспертов во всем мире, повсеместно разрабатывают программы, направленные на снижение частоты применения *антимикробных препаратов* (АМП) при ОБ. При этом российские данные, свидетельствующие об истинной распространенности антибиотикотерапии ОБ, отсутствуют.

Цель исследования — провести фармакоэпидемиологический анализ реальной практики применения антибактериальной терапии у взрослых больных с ОБ в лечебных поликлинических учреждениях.

Проанализированы 572 случая ОБ у пациентов, получавших амбулаторное лечение в четырех поликлиниках, расположенных в городах Москва, Нижний Новгород, Санкт-Петербург и Казань. Для фармакоэпидемиологического исследования создали индивидуальную регистрационную карту, в которой отражали демографические характеристики больного, наличие сопутствующих заболеваний, антибактериальную терапию, режимы дозирования, путь введения препаратов и дли-

тельность лечения. Средний возраст включенных в исследование пациентов составил 39,8±5,7 года, из них мужчин — 74%, женщин — 26%.

Из 572 случаев фармакотерапии ОБ антибиотиков применяли у 490 (85,7%) больных. Так, в Нижнем Новгороде ($n=237$) АМП назначали в 84%, в поликлиниках, расположенных в Санкт-Петербурге ($n=200$) и Москве ($n=108$), в 88,5 и 81,5% соответственно. В Казани ($n=27$) антибактериальную терапию проводили всем пациентам с ОБ. Наиболее часто использовали АМП следующих групп: макролиды — в 45,8%, «ингибиторзащищенные» пенициллины — в 43,7%, фторхинолоны (ципрофлоксацин) — в 4,9%. Реже регистрировали использование доксицилина — 1,6%, амоксицилина — 1,8%, ампициллина — 2,2%. Из макролидных антибиотиков чаще назначали азитромицин — 33,7%, кларитромицин и эритромицин применяли значительно реже — 8,6 и 3,5% соответственно.

Таким образом, следует признать, что реальная практика амбулаторного лечения ОБ у взрослых в подавляющем числе (85,7%) случаев предполагает назначение антибактериальных препаратов широкого спектра действия. При этом частота назначения антимикробной терапии была высокой во всех поликлинических лечебных учреждениях вне зависимости от их территориального расположения. Очевидно, практика широкого применения АМП при заболевании преимущественно вирусной этиологии является ошибочной и ведет лишь к повышению числа нежелательных явлений, «утяжелению» стоимости лечения и может сопровождаться ростом числа антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов. Представленная ситуация требует создания и внедрения в практику работы лечебно-профилактических учреждений программ, направленных на снижение частоты применения АМП у больных ОБ.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК [614.777:579.8]:628.1/3

Исследование контаминации систем водоснабжения лечебных учреждений возбудителем легионеллеза

ГРУЗДЕВА О.А., доцент (gruzdeva_oa@mail.ru)¹
ТАРТАКОВСКИЙ И.С., профессор, доктор биологических наук²
МАРЬИН Г.Г., доцент, полковник медицинской службы запаса¹

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Москва;
²НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи, Москва

Gruzdeva O.A., Tartakovskiy I.S., Maryin G.G. – Examination of the contamination aetiological agent of legionellosis in the water supply systems of medical treatment facilities. This study considers the features of colonization of water distribution systems by Legionella in large multi-type health-care facilities in Moscow-city, Russia. The investigation of 16 pavilions in 5 multi-type health-care facilities had found the high level of hot water systems contaminated by Legionella pneumophila (68%), including the risk units. Among the different species of Legionella pneumophila, circulating in hot water systems of health-care facilities, the following strains had prevailed: the serogroup 6 (44%), 5 (26%) and 1 (13%). The findings conclude that certain prevention measures should be taken for microbial control and ensuring water safety in water systems of health-care facilities to prevent the nosocomial cases of legionellosis.

Key words: legionellosis, prevention, health-care facilities, nosocomial case, hot water system.

Актуальность легионеллеза (болезни легионеров) в последние годы возрастает, что обусловлено главным образом ухудшением эпидемиологической обстановки по данной инфекции в связи с широким распространением систем климатизации, кондиционирования, промышленного охлаждения и нарушениями правил эксплуатации систем водоснабжения жилых и общественных зданий.

Легионеллезная инфекция вызывает крупные эпидемические вспышки и спорадические случаи тяжелой внебольничной и внутрибольничной пневмонии с большим числом летальных исходов (от 5 до 20%). Только за период с 2002 по 2007 г. в европейских странах зарегистрированы 44 эпидемические вспышки, связанные с контаминацией градирен, и 215 эпидемических вспышек и групповых случаев легионеллеза – с контаминацией систем водоснабжения.

По материалам разных авторов, отдельные виды рода *Legionella* являются причиной от 4 до 12% случаев пневмонии. Внебольничная пневмония – одна из актуальных проблем медицинской службы Вооруженных сил РФ. Военно-медицинская значимость легионеллезной инфекции определяется тяжестью течения болезни, значительным числом осложнений и высокой летальностью. Такое грозное осложнение, как острая дыхательная недостаточность, возникает у $1/3$ больных и требует оказания неотложной медицинской помощи и последующей искусственной вентиляции легких, что нередко делает неблагоприятным прогноз исхода заболевания [2, 8, 9].

К факторам риска развития болезни легионеров относятся сопутствующая патология (хронический бронхит, иммунодефицитные заболевания), табако-



снабжения при температуре воды ниже 50 °С. Поэтому при обследовании крупных объектов (в т. ч. и многопрофильных ЛПУ), где циркулируют большие объемы воды, важно правильное определение мест и точек отбора проб в целях микробиологического контроля [11].

При высокой контаминации систем горячего водоснабжения ЛПУ основой профилактики легионеллеза должно являться соблюдение соответствующих инструкций, режимов и требований нормативно-технической документации по их эксплуатации [4]. К основным методическим подходам по профилактике нозокомиального легионеллеза в ЛПУ следует отнести:

– поддержание высокой температуры воды в системе горячего водоснабжения в соответствии с действующими Санитарными правилами СанПиН 2.1.4.1074-01 (с изменением СанПиН 2.1.4.2496-09) «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества. Гигиенические требования к обеспечению безопасности систем горячего водоснабжения»;

– применение высоких концентраций хлорсодержащих соединений, ионизацию воды с помощью ионов серебра и меди, ультрафиолетовое облучение или озонирование.

Для отделений групп риска в ЛПУ рекомендуется применение фильтровальных насадок в душах и водопроводных кранах. Этот метод широко используется за рубежом, а фильтровальные насадки ПАЛЛ-АКВАСЕЙФ разрешены к применению и в нашей стране. При условии ежемесячной замены они полностью исключают контакт с возбудителями бактериальных нозокомиальных

инфекций, распространяемых через систему водоснабжения и не влияют на ее эксплуатацию.

Контроль эффективности профилактики нозокомиального легионеллеза должен осуществляться с помощью количественного определения *L. pneumophila* и *Legionella* spp. бактериологическим методом и ПЦР в реальном времени [1, 7]. Проведение микробиологического мониторинга содержания легионелл в горячей воде 2 раза в год предусмотрено «Санитарно-эпидемиологическими требованиями к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (СанПиН 2.1.3.2630-10).

В Ы В О Д Ы

1. Выявлен высокий уровень контаминации *Legionella pneumophila* систем горячего водоснабжения (68%) при обследовании 16 корпусов многопрофильных ЛПУ Москвы.

2. Среди возбудителей легионеллеза, выявленных в системах горячего водоснабжения ЛПУ Москвы, преобладали штаммы *L. pneumophila* серогрупп шестой (44%), пятой (26%) и первой (13%).

3. В 9% исследованных образцов воды и биопленок были выделены другие микроорганизмы в ассоциации с *L. pneumophila* – возбудители внутрибольничных инфекций: *Ps. aeruginosa*, *Acinetobacter* spp, *B. vesicularis*, *M. luteus*.

4. Высокий уровень контаминации *L. pneumophila* систем горячего водоснабжения ЛПУ Москвы свидетельствует о необходимости организации комплекса мероприятий профилактики нозокомиального легионеллеза, в т. ч. соответствующего микробиологического контроля.

Литература

1. Аляпкина Ю.С., Дронина Ю.Е., Карпова Т.И. и др. Применение ПЦР в реальном времени для выявления легионелл в объектах окружающей среды // Журн. микробиол. – 2009. – № 2. – С. 75–80.

2. Белевитин А.Б., Акимкин В.Г., Мосягин В.Д. и др. Организационно-эпидемиологические аспекты профилактики внебольничной пневмонии в воинских коллективах

// Воен.-мед. журн. – 2009. – Т. 330, № 9. – С. 56–63.

3. Дронина Ю.Е., Тартаковский И.С., Люк К. и др. Моноклональные антитела к липополисахариду легионелл и их значение для типирования возбудителя // Жизнь без опасности. – 2010. – № 4. – С. 122–125.

4. Егорова Н.А., Букушук А.А., Красовский Г.Н. Актуальные аспекты горячего водоснабжения населения // Гиг. и сан. – 2009. – № 2. – С. 91–93.



5. Карпова Т.И., Дронина Ю.Е., Тартаковский И.С. и др. Природные биоопленки легионелл и их роль в эпидемиологии инфекции: методы изучения и моделирования // Журн. микробиол. — 2008. — № 2. — С. 13–16.
6. Садретдинова О.В., Груздева О.А., Карпова Т.И. и др. Контаминация *Legionella pneumophila* систем горячего водоснабжения зданий общественного назначения, в том числе лечебно-профилактических учреждений // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер. — 2011. — № 2. — С. 163–167.
7. Тартаковский И.С., Гинцбург А.Л., Лазикова Г.Ф. и др. Стандарты лабораторной диагностики легионеллеза и их применение во время эпидемической вспышки пневмоний в г. Верхняя Пышма // Журн. микробиол. — 2008. — № 2. — С. 16–19.
8. Тартаковский И.С., Синопальников А.И., Дёмина Ю.В., Груздева О.А. Профилактика легионеллеза как основа для нового направления профилактики нозокомиальных инфекций // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер. — 2010. — Т. 12, № 4. — С. 272–283.
9. Темежникова Н.Д., Синопальников А.И. Болезнь легионеров: клинические аспекты осложнений, лечения и прогноза // Воен.-мед. журн. — 2008. — Т. 329, № 2. — С. 54–58.
10. Темежникова Н.Д., Тартаковский И.С. Легионеллезная инфекция. — М.: Медицина, 2007.
11. Шкарин В.В., Благонравова А.С., Чубукова О.А. и др. Контаминация объектов внешней среды ЛПУ бактериями *Legionella pneumophila* // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунол. — 2011. — № 2. — С. 75–78.
12. Borellia P., Montagna M., Romano-Spica V. et al. Legionella infection risk from domestic hot water // Emerg. Infect. Dis. — 2004. — Vol. 10. — P. 457–464.
13. France Government Guidelines. Relative to the prevention of Risks Linked to Legionella in Health Establishments: DGS/SD7A/SD5C/E4. — N 2002/243 of 22/04/02 Guidelines. — Paris, 2002.
14. Guidelines for preventing health-care associated pneumonia 2003: recommendation of CDC and the Health care Infection Control Practices Advisory Committee // MMWR Recomm.Rep. — 2004. — Vol. 26 (RR-3). — P. 1–36.
15. Guidelines for drinking-water quality. — Geneva: WHO, 2004.
16. Legionella and the prevention of legionellosis. — Geneva: WHO, 2007. — 252 p.
17. Pedro-Boiet M.L., Sopena N., Garcia-Cruz A. et al. Streptococcus pneumophila pneumonia in HIV-infected patients // Scand. J. Infect. Dis. — 2007. — Vol. 39, N 2. — P. 122–128.
18. Rogues A., Boulestreau H., Lasheras C. et al. Contribution of tap water to patient colonization with *Pseudomonas aeruginosa* in a medical intensive care unit // J. Hosp. Infection. — 2007. — Vol. 67. — P. 72–78.
19. Sabria M., Campins M. Legionnaires Disease: update on epidemiology and management options // Am. J. Respir. Med. — 2003. — Vol. 2(3). — P. 235–243.
20. Sabria M., Pedro-Boiet M., Gomez J. et al. Environmental cultures and hospital-acquired Legionnaires' disease: a 5-year prospective study in 20 hospitals in Catalonia, Spain // Infect. Control. Hosp. Epidemiol. — 2004. — Vol. 25. — P. 1072–1076.

ДИССЕРТАЦИИ В ОБЛАСТИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ К ЗАЩИТЕ В 2010 ГОДУ

Начало на с. 23

Цветков Ю. В. Психофизиологические критерии профессионального психофизиологического отбора кандидатов на должности воспитателей в военные училища и кадетские корпуса МО РФ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.02 — *психофизиология* / Науч. рук. **В.П.Ганапольский**; Офиц. оппоненты **А.А.Боченков, Б.В.Овчинников**; Всерос. центр экстренной и радиац. медицины им. А.М.Никифорова; ВМедА им. С.М.Кирова. — СПб, 2010. — 19 с.: ил.

Щеголев А. В. Дифференцированный подход при формировании стратегии и тактики интенсивной терапии пострадавшим с тяжелой черепно-мозговой травмой: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.20 — *анестезиология и реаниматология* / Науч. консультант **Ю.С.Полушин**; Офиц. оппоненты **К.М.Лебединский, С.В.Гаврилин, В.Н.Лапшин**; НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко; ВМедА им. С.М.Кирова. — СПб, 2010. — 48 с.

Обзор подготовил кандидат медицинских наук
В.А.Варфоломеев



© И.Д.КУДРИН, В.Н.АЛЕКСАНДРОВ, 2012
УДК 613.67

О комплексной системе требований по безопасности жизни и деятельности военнослужащих

КУДРИН И.Д., профессор, полковник медицинской службы в отставке
АЛЕКСАНДРОВ В.Н., заслуженный эколог РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке

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

Kudrin I.D., Alexandrov V.N. – About the complex system of requirements on the everyday safety of servicemen. The article is based on studies of medical and technical problems of habitability, livelihoods, military; environment and service troops justified the structure and content of the complex system requirements on the everyday safety of servicemen. It summarizes the scientific and educational methods to the accounting of the human factor in military facilities. Allowable limits and hygienic standards are the foundation of life safety of personnel. Extreme conditions are characterized by emergencies and injury.

К е у w o r d s: habitability, hygiene, environment and service troops, standards, livelihoods, security, life, work, health, prevention, competence and first aid.

Безопасность жизни и деятельности военнослужащих (БЖиДВ) находится в тесной связи с условиями обитаемости образцов вооружения и военной техники (ОВВТ), вопросы которой разрабатываются военной медициной уже 90 лет. Обоснованы многоуровневые, дифференцированные медико-технические требования по обитаемости ОВВТ, совершенствуются требования по экологичности объектов военной техники [2, 4, 5, 9]. Весомый вклад в решение ряда важных проблем внесен сотрудниками НИЛ обитаемости Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.

В последние годы в Российской Федерации оформилась спорная по названию учебная дисциплина «основы безопасности жизнедеятельности» (ОБЖ). Она преподается в средней школе, в гражданских и многих военных вузах и как «безопасность жизнедеятельности» (БЖ) [7, 16]. Однако дисциплина БЖ игнорирует достижения в области гигиены и проблемы обитаемости, нуждается в существенных теоретических, научно-методических и терминологических уточнениях. Лингвистические, философские, биологические и медико-технические аспекты данной проблемы крайне вос-

требованы не только Министерством образования и науки РФ, но и основными силовыми структурами (МО РФ, МЧС РФ, МВД РФ и др.).

Цель исследования

На основе систематизации требований по учету человеческого фактора в различных условиях *окружающей среды* (ОС) обосновать структуру и содержание дифференцированной *комплексной системы требований по безопасности жизни и деятельности военнослужащих* (КСТ БЖиДВ).

Результаты и обсуждение

Здоровье и работоспособность (бое-способность) военнослужащего во многом зависят от факторов, условий и требований, представленных в таблице [1, 2, 4, 8, 12].

КСТ БЖиДВ является совокупностью научных и практических данных по БЖиДВ на основе оптимизации медико-технических требований по обитаемости и экологичности при разработке и эксплуатации ОВВТ, а также компетентной деятельности в различных условиях *окружающей (рабочей) среды*.



2. Для здорового и работоспособного человека (военнослужащего) в системе «человек – техника – окружающая среда» правомерен только термин «безопасность жизни и деятельности», отражающий высшую форму существования материи, осознанного отношения к меняющейся ОС, работе и здоровью. Определение в технических справочниках и учебных пособиях термина «безопасность жизнедеятельности» как науки о комфортных и травмобезопасных условиях деятельности является неверным, ошибочным и антинаучным.

3. Название учебных дисциплин «ОБЖ и БЖ» (бессознательные акты) целесообразно изменить на словосочетание «безопасность жизни и деятельности» (акты сознательной жизни). Необходимо включать в межкафедральные (междисциплинарные) и частные программы вопросы безопасности допустимых и экстремальных ситуаций, медицинской защиты и первой помощи с учетом градации регламентов факторов среды обитания.

4. Дифференцированная медико-техническая стандартизация терминов «безопасность жизни и деятельности» (для допустимых и предельно допустимых условий ОС), а также «безопасность жизнедеятельности» (для экстремальной и сверхэкстремальной ОС) крайне актуальна.

5. Подрастающее поколение призывной молодежи и действующий личный состав ВС РФ не должны ориентироваться при обучении и на практике только на сомнительные основы БЖДВ. При решении повседневных и учебно-боевых задач необходимо совершенствовать вопросы компетентного взаимодействия медицинской и заинтересованных служб (инженерной, продовольственной, вещевого и др.) в области БЖДВ с целью обеспечения эффективной профессиональной деятельности военнослужащих, профилактики получения травм и развития заболеваний у личного состава Вооруженных сил РФ.

Литература

1. Александров В.Н., Александров М.В. Экологическая безопасность и экстремальная медицина: Лекции и семинары. – СПб: ГМА им. И.И. Мечникова, 2009. – 272 с.
2. Александров В.Н., Кудрин И.Д., Петреев И.В. Принципы медико-экологической регламентации требований по обитаемости и экологичности военной продукции // Стандарты и качество, 2004. – № 2. – С. 38–42.
3. Буткевич В.С. Бактерии моря и их жизнедеятельность // Тр. Ин-та микробиологии АН СССР. – М., 1958. – 388 с.
4. Довгуша В.В., Кудрин И.Д., Кудрин А.И. и др. Преморбидные состояния в экстремальной медицине и экстремальной психологии. – СПб: ГУП НИИ промышленной и морской медицины. – 2004. – 253 с.
5. Ганопольский В.П., Жернавков В.Ф. Развивая учение об обитаемости и профессиональном отборе // Военный врач, 2011. – № 23–24. – С. 2.
6. Закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Российской Федерации». – М., 1999. – С. 2–14.
7. Кармазинов Ф.В., Русак О.Н. Словарь-справочник основ безопасности жизнедеятельности. – СПб: МАНЭБ (жизнедеятельности), 2001. – 32 с.
8. Кузнецов С.М., Терентьев Л.П., Тихонов М.Н. К вопросу оценки эффективности профилактической деятельности и ее критериях // Военно-морская и радиац. гигиена: традиции, инновации, перспективы. – СПб: ВМедА, 2010. – С. 132–133.

9. Медведев В.И., Кудрин И.Д., Курпита П.Н. О принципах военного гигиенического нормирования // Воен.-мед. журн., 1971. – № 3. – С. 59–61.
10. Окуневский Я.Л. К вопросу о составе воздуха подводных лодок русского флота: Дис. ... д-ра мед. наук. – Петроград: ВМА, 1920. – 29 с.
11. Петреев И.В. Многоуровневая оптимизация формирования гигиенической компетенции военнослужащих: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2007. – 34 с.
12. Петреев И.В., Соловей Э.П. Факторы, препятствующие достижению санитарно-эпидемиологического благополучия // Актуал. пробл. общей и военной гигиены: Материалы Всерос. науч.-практ. конф. – СПб: ВМедА им. С.М.Кирова, 2011. – С. 216.
13. Постановление Правительства РФ от 2003 г. № 794 «О единой государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций». – М., 2003. – 4 с.
14. Приказ МЗСР РФ от 17.05.2010 г. № 353-н «О первой помощи». – М., 2010. – 3 с.
15. Приказ МО РФ от 2001 г. № 369 «О порядке осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Вооруженных Силах РФ». – М., 2001. – 4 с.
16. Русак О.Н., Малакян К.Р., Занько Н.Г. Безопасность жизнедеятельности: Учебное пособие для студентов вузов. – М.: Лань, 2005. – 448 с.
17. Сеченов И.М. Элементы мысли: Избранные произведения. – М., 1952. – Т. 1. – С. 3–10.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 616-001.12-08

К вопросу о высотной декомпрессионной болезни и ее лечении

БЛАГИНИН А.А., профессор, полковник медицинской службы запаса
ТОРЧИЛО В.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
ЕМЕЛЬЯНОВ Ю.А., капитан медицинской службы
ЗАГОРОДНИКОВ Г.Г., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

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

Blaginin A.A., Torchilo V.V., Emelyanov Y.A., Zagorodnikov G.G. — About the problem of high-altitude decompression sickness and its treatment. It gives the idea of the modern conception of intravascular aerogenesis. It reviews the modern methods of diagnostics and treatment of altitude decompression sickness and gives guidelines to the doctor's actions by rendering medical aid in case of altitude decompression sickness.

К е у в о р д s: decompression disease, high-altitude decompression, treatment, oxygen.

В высотных полетах, при проведении в барокамере испытаний и тренировок экипажей летательных аппаратов, несмотря на выполнение медицинских рекомендаций и применение технических средств защиты, иногда создаются условия, при которых у человека может развиться *высотная декомпрессионная болезнь* (ВДБ). В последние годы отмечается рост случаев ВДБ как в нашей стране, так и за рубежом.

На всероссийской конференции «Актуальные проблемы авиационной медицины», проходившей в 2010 г., в выступлении руководителя департамента службы безопасности полетов авиации Вооруженных сил Российской Федерации С.Д.Байнетова было уделено особое внимание двум авиационным катастрофам: Су-25 в 2006 г. и МиГ-29 в 2009 г. Причиной гибели летчиков являлась ВДБ. По данным сводки, приведенной Jersey et al. в 2011 г., за период с 2002 по 2009 г. отмечается увеличение в 2 раза числа случаев возникновения ВДБ по сравнению с предыдущими 47 годами.

При этом в настоящее время возрастает роль авиационной медицинской эвакуации, которая имеет свои особенности, обусловленные влиянием на организм человека пониженного атмосферного

давления, а также опасна развитием ВДБ.

В последние годы в нашей стране также возросла частота использования частных самолетов с негерметичной кабиной, способных набирать высоту более 5000 м. При управлении такими самолетами на больших высотах высока вероятность столкнуться с проявлениями ВДБ. Встречаются описания ее возникновения у таких пилотов (Black W.R., 1992) и даже с летальным исходом (Neubauer Y.C. et al., 1988).

Все вышеперечисленные факторы обосновывают актуальность исследований по данной проблеме.

Высотная декомпрессионная болезнь — это патологическое состояние, развивающееся вследствие первичного образования в крови и тканях пузырьков газа при понижении барометрического давления.

Одним из факторов полета является пониженное барометрическое давление, а вследствие этого — угроза развития ВДБ даже на малых высотах. При этом возникновение газовых пузырьков становится возможным уже при перепаде давления с 765 до 700 мм рт. ст. (Катунцев В.П., 1996). А начиная с 5000 м возможны клинические проявления ВДБ (Казакова Р.Т., 1982; Катунцев В.П., 1996; Molenat F. et al., 2002).



Эффективная регистрация пациентов при происшествии с большим количеством пострадавших в военном госпитале бундесвера в Гамбурге (Effektive Patientenregistrierung bei einem Masseanfall von Verletzten (MANV) im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg). — *Christiane Müller, Thomas Bernner.* — *Wehrmedizinische Monatsschrift.* — 2011. — Hf. 7. — S. 160–165 (нем.)

Любое медицинское учреждение в рамках происшествия, связанного с масштабными разрушениями, может внезапно столкнуться с ситуацией поступления большого количества пострадавших. Эффективное классифицирование поврежденных и регистрация пациентов являются основой их успешного лечения.

Классификация повреждений, именуемая также «триаж» или «сортировка», позволяет оценивать пострадавших с точки зрения вида и степени повреждений, а также определить приоритеты при лечении.

Пункт классификации повреждений в медицинском учреждении должен быть сформирован таким образом, чтобы возможно было осуществить только вход, с целью осуществления полного учета и классификации травм (эффект бутылочного горла).

До проведения классификации и/или в процессе ее осуществления должна быть осуществлена регистрация данных о пациенте. Наряду с личными данными, если они известны, следует документировать категорию повреждения и необходимые жизненные параметры.

Регистрация всех поступающих пострадавших является подзадачей пункта классификации поврежденных. Регистрация представляет собой начальную ступень в рамках госпитализации пациентов в медучреждение, при неполноте данных или вообще ее отсутствии она может привести к огромной трате ресурсов.

Регистрационная команда является частью команды, осуществляющей классификацию повреждений. Она состоит из врача, по меньшей мере одной единицы младшего медперсонала или парамедика, а также опытного администратора, которые отдают себе отчет за последствия в случае отсутствия данных. Должны быть проведены мероприятия по ознакомлению и изучению документального материала. В госпитале бундесвера в Гамбурге ассистент по работе с документами (представитель приемного отделения) обес-

печивает дополнительное фиксирование данных о пациентах и организует немедленную их передачу в орган управления при чрезвычайных ситуациях. Среди прочего санитар (парамедик) ведет записи во внутрибольничном регистрационном листе, где регистрируются диагнозы в виде тезисов.

Содержание регистрационного листа каждые 15 мин по факсу или через почтового курьера передается в больничный орган управления при чрезвычайных ситуациях.

В гамбургском военном госпитале имеются контейнеры на роликах, где размещаются соответствующие материалы. Информация собирается в 9 контейнеров (красный, желтый, 2 зеленых, 1 — для классификации повреждений, 1 — для органа управления при чрезвычайных ситуациях, 3 — для данных о химическом, биологическом, радиологическом и атомном оружии). Регулярный контроль за содержимым контейнеров осуществляется персоналом отделения анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной медицины госпиталя. Контейнер для классификации повреждений содержит необходимый материал для регистрации.

Регистрация пациентов и заполнение документов осуществляются уже при первичном приеме в пункте классификации поврежденных. Всем пострадавшим здесь предоставляются регистрационные наборы и регистрационные браслеты. На цветные регистрационные браслеты наносится ярлык пациента с идентификационным номером соответствующего отделения. Идентификационный номер регистрационной карты пострадавшего, предоставленной спасательной службой, должен быть переписан, чтобы осуществить полное воспроизведение информации в отношении пострадавшего, начиная с места происшествия и заканчивая местонахождением в клинике.

Хранение и регистрация ценных вещей пациентов осуществляются с использованием предварительно изготовленных мешочков, размещаемых на кровати пациента. В воен-



© П.И.ОГАРКОВ, Ю.Г.ИВАННИКОВ, 2012
УДК [614.4:355]«1941–1945»

Противоэпидемическое обеспечение войск в годы Великой Отечественной войны

ОГАРКОВ П.И., профессор, полковник медицинской службы запаса
ИВАННИКОВ Ю.Г., профессор

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

Ogarkov P.I., Ivannikov Yu.G. – Epidemiologic support of troops during the Great Patriotic War. The article is dedicated to the analysis of experience of domestic military preventive medicine during the Great Patriotic war. It describes the methods used and the means of protection of troops, volume control activities carried out. The authors state that these measures had provided epidemiological welfare of troops, expressed in a relatively small proportion of infectious diseases among all diseases of the soldiers.

К е у w o r d s: epidemiologic support of troops, immunoprophylaxis, disinfection, infectious hospital, migration, movement of troops.

Тысячелетний опыт человечества свидетельствует, что санитарные потери армий и населения от эпидемий инфекционных болезней в период войны намного превышают потери от применения всех видов оружия. Хотя в XX в. указанное соотношение санитарных потерь изменилось и не было широкого распространения таких особо опасных инфекций, как чума или холера, войны продолжали сопровождаться эпидемиями. Великая Отечественная война поставила перед военным и всем здравоохранением страны важнейшую задачу предотвращения на фронтах и в тылу массовой инфекционной заболеваемости, прежде всего сыпным, возвратным и брюшным тифом, дизентерией, малярией, клещевым энцефалитом и другими природно-очаговыми инфекциями [1, 2, 5].

Перед войной санитарно-эпидемическое состояние страны было вполне благополучным. Благодаря усилиям санитарно-эпидемиологической службы в СССР были практически ликвидированы холера, чума, натуральная оспа, и в отношении этих инфекций основные противоэпидемические мероприятия были направлены на предупреждение заноса инфекций извне. Заболеваемость сыпным и брюшным тифами, малярией была сни-

жена по сравнению с 30-ми годами в разы и регистрировалась только на отдельных территориях [5].

В период Великой Отечественной войны главными факторами, влияющими на эпидемиологическую ситуацию в армии и стране, были миграция огромных потоков людей с запада на восток (эвакуация, передвижение немецких войск, перемещение военнопленных) и с востока на запад (движение советских войск, реэвакуация населения), ухудшение санитарно-гигиенического состояния населенных мест и жителей (особенно на оккупированных территориях).

Решение стоящих перед военно-медицинской службой задач по противоэпидемическому обеспечению войск осуществлялось с использованием адекватной системы управления при поддержке Верховного главнокомандования, Государственного Комитета Обороны, Генерального штаба РККА, командования фронтов и армий. Были сформированы специализированные противоэпидемические учреждения: санитарно-эпидемиологические отряды, обмывочно-дезинфекционные и фронтовые отдельные дезинфекционные роты, подвижные дезинфекционные отряды фронтового эвакуационного пункта, инфекционные подвижные полевые и специального назначения гос-



полки и бригады, куда поступали призывники из сборных и сборно-пересельных пунктов, являлись первым таким барьером. До 76% всех инфекционных больных, выявленных в тыловых запасных частях, приходилось на лиц, прибывавших в эти части по мобилизации. Вторым мощным противоэпидемическим барьером, препятствовавшим заносу инфекций как на фронт, так и в тыл страны, являлись санитарно-контрольные пункты, изоляционно-пропускные пункты и санитарные пропускники различного типа, развернутые на железнодорожных и водных путях и военно-автомобильных дорогах. Такая система контроля на путях передвижения войск и миграции населения обеспечивала многократную проверку санитарно-эпидемического состояния каждого эшелона за время его нахождения в пути. Она оказалась достаточно эффективной в деле защиты войск от заноса инфекционных заболеваний. Так, если в 1942 г. из общего числа инфекционных больных, зарегистрированных в действующей армии, на долю пополнения приходилось 66%, то в 1943 г. — 3%, а в 1944 г. — только 1,2% [4].

Во время войны первоочередной противоэпидемической задачей была организация банно-прачечного обеспечения с дезинфекцией белья и обмундирования. С этой целью из соединений была изъята вся обмывочно-дезинфекционная техника и на этой основе (с доукомплектованием) были созданы мощные обмывочно-дезинфекционные учреждения, перечисленные выше. В совокупности за время войны была про-

ведена помывка около 103 млн военнослужащих, продезинфицировано более 62 млн комплектов обмундирования, выстирано более 107 тыс. тонн белья.

Главной мерой профилактики инфекционных болезней явилась вакцинация. Более 30 млн военнослужащих были привиты вакциной НИИСИ с антигенами возбудителей брюшного тифа, паратифов А и В, дизентерий Флекснера и Шига, холеры и противостолбнячным анатоксином. Получили прививку живой чумной вакциной 8,5 млн человек. При возникновении угрозы сибирской язвы в войсках, действовавших на территории Румынии, было выполнено 90 тыс. соответствующих прививок [4].

Принципиально новым противоэпидемическим мероприятием явилось лечение инфекционных больных в инфекционных полевых госпиталях без их дальнейшей эвакуации, чем был пресечен занос инфекций из войск в тыл страны.

Важная роль в противоэпидемическом обеспечении армии отводилась санитарно-эпидемиологической разведке, позволявшей выявлять в освобождаемых районах неблагоприятные территории, контингенты населения и военнопленных, проводить адекватные противоэпидемические мероприятия.

Огромная работа военно-медицинской службы по противоэпидемическому обеспечению войск позволила избежать эпидемий и значительно снизить санитарные потери от инфекционных болезней, которые составили всего лишь 9% от всех заболеваний военнослужащих за все время Великой Отечественной войны.

Литература

1. Агафонов В.И. Некоторые формы и методы противоэпидемической работы в годы войны и их значение в современных условиях // Журн. микробиол. — 1985. — № 5. — С. 272–279.
2. Акимкин В.Г., Огарков П.И., Ишкильдин М.И., Смирнов А.В. Противоэпидемическое обеспечение войск Красной Армии в годы Великой Отечественной войны // Эпидемиол. и инфекц. бол. — 2011. — № 2. — С. 50–53.
3. Ишкильдин М.И., Огарков П.И., Смирнов А.В. Деятельность кафедры общей и военной эпидемиологии в годы Великой Отечественной войны / Вклад военной ме-

дицины в в победу советского народа в Великой Отечественной войне. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. 16 апреля 2010 г. — СПб, 2010. — С. 116–117.

4. Огарков П.И., Ишкильдин М.И. Противоэпидемическое обеспечение войск Советской Армии в годы Великой Отечественной войны / Вклад военной медицины в победу советского народа в Великой Отечественной войне. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. 16 апреля 2010 г. — СПб, 2010. — С. 46–50.

5. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.: В 35 т. — М.: Медгиз, 1955. — Т. 32. Эпидемиология. — 162 с.



Николай Терентьевич Потёмкин (К 90-летию со дня рождения)

ЖЕГЛОВ В.В., заслуженный врач РСФСР, генерал-майор медицинской службы в отставке¹
ПЕТРОВ О.И., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы в отставке²

¹Московский дом ветеранов войн и Вооруженных сил; ²988 ЦГСЭН Минобороны России, Москва

Zheglov V.V., Petrov O.I. — Nikolay Terentevich Potyomkin (On the occasion of 90th anniversary of the birth). The article is confined to the 90th anniversary of the birth of famous organizer of medical arrangement of Russian Navy, participant of the Great Patriotic War, Honored Doctor of RSFSR, major-general of Medical Service Nikolay Terentyevich Potyomkin (1.05.1922—9.11.1994). He led Medical Service of Russian Navy almost 10 years, from January 1976 till November 1985, and made the contribution to development of organization of medical arrangement of oceanic nuclear missile Navy of our country. N.T.Potyomkin made the contribution to development of organization of medical arrangement of the ships and shore objects of Russian Navy. He paid attention to improvement of delivery of health care to complement, drawing active service in the seven seas.

К е у о р д с: medical arrangement of Navy of the USSR, arrangement of delivery of health care to complement, N.T.Potyomkin.

Исполнилось 90 лет со дня рождения видного организатора медицинского обеспечения Военно-морского флота, участника Великой Отечественной войны, заслуженного врача РСФСР, генерал-майора медицинской службы Николая Терентьевича Потёмкина (1.05.1922–9.11.1994).

Его имя занимает достойное место среди имен руководителей медицинской службы Военно-морского флота послевоенного периода. Он возглавлял медицинскую службу ВМФ почти 10 лет, с января 1976 г. по ноябрь 1985 г., и внес большой вклад в развитие организации медицинского обеспечения океанского ракетно-ядерного флота нашей страны.

Родился Н.Т.Потёмкин в с. Сезеново Лебедянского района Рязанской области в семье служащего. В 1940 г. окончил среднюю школу и поступил в Кронштадтское военно-морское медицинское училище, после окончания которого (1941) был направлен на Волжскую военную флотилию, где проходил службу фельдшером на судах. Принимал участие в Сталинградской битве.

В июле 1943 г. Николай Терентьевич поступил в Военно-морскую медицинскую академию, находившуюся в то вре-



мя в эвакуации в г. Кирове. После окончания академии (1948) был направлен на Дальний Восток в распоряжение командующего 7-м Военно-морским флотом,



Из воспоминаний об отце — полковнике медицинской службы А.Е.Эндере

ЛУКИНА И.А.

г. Долгопрудный, Московская область

Lukina I.A. — From the memories about father — colonel of medical service A.E.Ender. The article is made as memories, written by Inna Lukina — daughter of famous military physician Anany Efimovich Ender — in 2012 at the instance of editorial staff. Central figure of the essay — participant of two World wars and three revolutions. The most interesting part of the memories is referred to period of the Great Patriotic War, when A.E.Ender led medical evacuation hospital № 3240. During the war medical evacuation hospital was displaced 17 times at Stalingrad, South-Western, Don, Central and 1st Belorussian fronts and made a long way 5000 kilometers in length from Rostov-on-Don to Berlin. A.E.Ender was the chef of military hospital № 104 of the Administration of commandant of Soviet sector of Berlin from September 1946. During 1950 he worked at senior division of the University of Rostov-on-Don, than he worked as a senior lecturer at senior division of the Rostov State Medical University.

К е у в о р д с: military medicine in the USSR, health care to wounded in the period of the Great Patriotic War and in peacetime, colonel of medical service A.E.Ender.

От редакции. Воспоминания об отце Инна Ананьевна Лукина (р. 1934 г.) написала по просьбе редакции. Сама по специальности инженер путей сообщения*, она постаралась сделать текст максимально точным, снабдив его ссылками на сохранившиеся документы государственных архивов. К сожалению, в журнальной публикации объем пришлось сократить почти на треть.

Каким получился «портрет на фоне эпохи» — судить читателю. Отметим лишь, что яркими были и эпоха, и личность.

Отец автора — типичный представитель генерации военных врачей, чей путь в армию начался в 1920-е годы. Типичны происхождение, пронесенная через жизнь страсть к знаниям, военная часть биографии, даже арест и заключение в конце 30-х гг.

С другой стороны, если «участников двух мировых войн и трех революций» среди этого поколения военных врачей еще можно встретить, то немного среди сверстников-коллег героя очерка было кавалеров двух георгиевских крестов в придачу к орденам Ленина, Красного Знамени, Отечественной войны, Красной Звезды... Да и назначение военного медика (к тому же беспартийного) начальником гарнизона немецкого города в победном 1945-м — факт достаточно редкий и о многом говорящий.

Читая этот текст, лучше понимаешь слагаемые победы над фашизмом, одержанной поколением, к которому принадлежал и военный врач А.Е.Эндер.

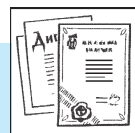
Редакция и автор благодарят Центральный архив Министерства обороны РФ и Военно-медицинский музей за предоставление копий документов и фотографий, впервые публикуемых ниже.

В мае 2012 года исполнилось 25 лет со дня смерти моего отца — полковника медицинской службы Аняния Ефимовича Эндера. Участник двух мировых войн и трех революций, он достойно прожил свою долгую, трудную, интересную жизнь...

Когда я родилась, папа уже прожил половину отведенного ему срока, поэтому я пишу в основном на основании того, что запомнила из рассказов его и мамы, собственных наблюдений, а также архивных документов из Центрального архива Минобороны в г. Подольске и Военно-медицинского музея в Санкт-Петербурге.

Мой папа родился в октябре 1886 г. в многодетной еврейской семье в местечке Вержховиска Яновского уезда Люблинской губернии в Царстве Польском, входившем тогда в состав Российской империи.

* Автор статьи И.А.Лукина в течение многих лет работала конструктором на одном из ведущих предприятий транспортного машиностроения СССР — Коломенском тепловозостроительном заводе им. В.В.Куйбышева. — Ред.



ЮБИЛЕИ

© О.И.ПЕТРОВ., В.С.СУХОРОКОВ, 2012
УДК 616:355 (092 Шемелев Н.П.)



2 мая 2012 г. исполнилось 90 лет видному организатору медицинского обеспечения авиации Военно-морского флота, участнику Великой Отечественной войны, заслуженному врачу РСФСР, кандидату медицинских наук, профессору Академии военных наук полковнику медицинской службы в отставке **Николаю Павловичу Шемелеву**.

Н.П.Шемелев родился в Витебской области. После окончания Ленинградского авиационно-технического училища (1941) был авиамехаником 2-го морского авиационного полка Ленинградского фронта и в 12-й воздушной армии ЗабВО. Окончив ВММА (1949), проходил службу на ТОФ старшим врачом авиационного полка, а затем дивизии. В 1957 г. окончил факультет усовершенствования врачей ВМедА и был назначен в Военно-морское минно-торпедное авиационное училище, где служил врачом-терапевтом лаборатории авиационной медицины, начальником медицинской службы училища. В 1960—1969 гг. был начальником медицинской службы — начальником научно-исследовательского отдела авиационной медицины Центра боевого применения и переучивания летного состава ВМФ, а в 1969 г. стал главным врачом авиации ВМФ.

Николай Павлович — автор и соавтор 50 научных работ. После увольнения из Вооруженных сил (1987) более 20 лет работал врачом-экспертом ЦВВК ВМФ. Он является членом президиума Совета ветеранов медицинской службы ВМФ.

Заслуги Н.П.Шемелева отмечены орденами Отечественной войны II степени, Красной Звезды, «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени и многими медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления МО РФ, служба военно-морской медицины Главного командования ВМФ, отдел госсанэпиднадзора (за объектами ВМФ) ФГУ «988-й центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора» Минобороны России, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Николая Павловича Шемелева с юбилеем и желают ему доброго здоровья и счастья.

© С.В.ТЕРЕЩУК, 2012
УДК 616:355(092 Горбуленко В.Б.)



13 мая 2012 г. исполнилось 70 лет ветерану Вооруженных сил, заслуженному врачу РСФСР, доктору медицинских наук полковнику медицинской службы в отставке **Владимиру Борисовичу Горбуленко**.

В.Б.Горбуленко в 1964 г. окончил стоматологический факультет Киевского медицинского института им. А.А.Богомольца и был призван в ВС СССР на должность зубного врача медицинского пункта танкового полка. С 1965 г. служил врачом-стоматологом подвижного зубоучастка кабинета. Окончив в 1973 г. факультет усовершенствования врачей ВМедА им. С.М.Кирова, служил в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко старшим ординатором радиохирургического отделения радиологического центра, старшим ординатором, начальником отделения челюстно-лицевой хирургии, консультантом-стоматологом. В 1987—1997 гг. был заместителем главного стоматолога МО РФ.

Владимир Борисович — автор более 70 научных работ. После увольнения из ВС РФ стал заведующим операционным отделением центра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ГВКГ им. Н.Н.Бурденко. Он член ученого совета и диссертационного совета госпиталя, одновременно преподает на кафедре хирургии ГИУВ МО РФ цикл «Стоматология».

В.Б.Горбуленко награжден орденом «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени и многими медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления МО РФ, Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, Государственного института усовершенствования врачей МО РФ, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», коллеги и ученики сердечно поздравляют Владимира Борисовича Горбуленко с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и дальнейших творческих успехов.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК [61:355](45)

Структура и задачи медицинской службы вооруженных сил Итальянской Республики

*БЕЛЯКИН С.А., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы запаса¹
ГРЕБЕНЮК А.Н., профессор, полковник медицинской службы²
КЛИМОВ А.С., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы³
МИНАЕВ Д.Ю., подполковник медицинской службы³*

¹3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область; ²Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ³Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва

В соответствии с решением министра обороны Российской Федерации от 27.11.2011 г. в период с 14 по 16 декабря 2011 г. делегация медицинской службы Вооруженных сил РФ осуществила визит в Итальянскую Республику.

Целями командировки являлись знакомство с организацией медицинского обеспечения итальянских военнослужащих и членов их семей, получение информации по обустройству и функционированию многопрофильных лечебных учреждений, изучение системы подготовки медицинских кадров для национальных вооруженных сил и определение направлений сотрудничества в области военной медицины и здравоохранения.

Италия — государство на юге Европы, расположенное на побережье Средиземного моря и занимающее Апеннинский полуостров, Паданскую равнину, острова Сицилия, Сардиния и ряд мелких островов, общей площадью 301 230 км², население составляет 60,5 млн человек, государственное устройство — республика (со 2 июня 1946 г.). Столицей страны является Рим (население около 2,7 млн человек), государственный язык — итальянский, преобладающая религия — католицизм. Страна поделена на 20 областей, включающих в качестве административно-территориальной единицы 110 провинций, которые, в свою очередь, де-

лятся на коммуны (в стране в общей сложности 8101 коммуна). Главой государства и главнокомандующим вооруженными силами Италии является президент.

Итальянская Республика с 4 апреля 1949 г. входит в состав НАТО, являясь одним из 11 государств—основателей Североатлантического альянса. По линии НАТО, Европейского союза и Организации Объединенных Наций ВС Италии активно участвуют в военных операциях и гуманитарных миссиях за рубежом (Афганистан, Ирак, Ливан, Ливия, Косово, Пакистан, Сомали, Чад).

Общая численность ВС Италии составляет около 300 тыс. военнослужащих. Виды вооруженных сил Италии представлены сухопутными войсками (СВ), военно-воздушными силами (ВВС) и военно-морским флотом (ВМФ) общей численностью около 190 тыс. человек, еще 110–120 тыс. проходят службу в подразделениях carabinieri, входящих в состав вооруженных сил Италии на правах отдельного вида, и выполняют функции охраны правопорядка внутри страны.

Медицинская служба ВС Италии укомплектована на 93%, общая численность личного состава по действующему штату составляет 1800 человек (реально — 1672), в т. ч. в СВ — 966 должностей военных медиков (реально — 1060),

Посещение российской военно-медицинской делегацией Итальянской Республики 14–16 декабря 2011 г.



Делегация медицинской службы ВС Российской Федерации с начальником Главного военного госпиталя Италии генерал-майором **Марио Германи**



Посещение российской делегацией Военно-медицинской и ветеринарной школы сухопутных войск Италии: учебные занятия в тренинговых залах



Материал о медицинской службе вооруженных сил Итальянской Республики опубликован в рубрике «Хроника»

Посещение российской военно-медицинской делегацией Итальянской Республики 14–16 декабря 2011 г.



Генерал-майор медицинской службы запаса **С.А.Белякин** оставляет в книге почетных гостей запись о посещении Главного военного госпиталя ВС Италии



Массогабаритные интеллектуальные тренажеры для отработки практических навыков по оказанию неотложной помощи



Гипербарическая камера отдела авиационной и космической медицины учебно-экспериментального центра ВВС Италии



Гипербарическая камера отдела авиационной и космической медицины учебно-экспериментального центра ВВС Италии



© С.В.ШМЕЛЕВ, М.Ю.ОПАРИН, 2012
УДК [61:355](470.21)(063)

VI научно-практическая конференция «Медицинское обеспечение сил флота в условиях Кольского Заполярья»

*ШМЕЛЕВ С.В., майор медицинской службы
ОПАРИН М.Ю., майор медицинской службы*

Медицинская служба Северного флота, г. Североморск, Мурманская область

В г. Североморске **29–30 сентября 2011 г.** прошла VI научно-практическая конференция «Медицинское обеспечение сил флота в условиях Кольского Заполярья», посвященная 75-летию образования 1469-го военно-морского клинического госпиталя Северного флота.

Конференция стала продолжением сложившейся системы научных мероприятий медицинской службы Северного флота, у истоков которой в 60–80-х гг. прошлого столетия стояли выдающиеся флотские организаторы медицинского обеспечения – начальник Первой Краснознаменной флотилии атомных подводных лодок Дмитрий Парменович Зуихин и его сослуживец и ученик, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники (2010) Виталий Васильевич Довгуша.

На пленарном заседании 29 сентября, проходившем в местном ДК «Строитель», была развернута экспозиция научных работ врачей ФГУ «1469 ВМКГ СФ», изданных за последние 5 лет. Демонстрировались статьи в ведущих научных журналах РФ, лекции, пособия и руководства для врачей, четыре монографии, а также сборники и материалы предыдущих аналогичных конференций (2001, 2004, 2005, 2006, 2008 гг.).

С юбилеем участников конференции поздравили командующий Северным флотом вице-адмирал **В.И.Королёв** и член Совета Федерации от Мурманской области адмирал **В.А.Попов**. От Мурманской областной думы приветствия озвучил заместитель руководителя комитета по социальной политике, заслуженный врач РФ, депутат **Ю.А.Паюсов**, от правительства

Мурманской области – министр здравоохранения области **А.Д.Рубин**, от Главного военно-медицинского управления МО РФ – профессор, генерал-майор медицинской службы запаса **В.Б.Симоненко**, от Совета ветеранов медицинской службы ВМФ – академик РАЕН **В.В.Довгуша**, от руководства Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова – заведующий кафедрой организации и тактики медицинской службы ВМФ доцент **М.Т.Топорков**. Выступили также председатель Мурманской региональной организации ветеранов-подводников вице-адмирал в отставке **Ю.И.Бояркин**, руководители ЗАТО г. Североморск и ЗАТО г. Александровск, главные врачи ведущих лечебных учреждений Мурманска и Североморска, руководители и представители отдельных ведомственных структур, которых обслуживает госпиталь.

В докладе «75 лет славной истории: 1469-й военно-морской клинический госпиталь СФ сегодня», открывшем научную часть мероприятий, начальник ФГУ «1469 ВМКГ СФ» полковник медицинской службы **А.Г.Шевченко** рассказал об истории формирования главного госпиталя Северного флота. Докладчик остановился на том, как в сложные предвоенные и военные годы госпиталь обеспечивал устойчивую организацию лечебного процесса, оказывал помощь под бомбежками вражеской авиации. За период с 22 июня 1941 г. по 30 июня 1945 г. в госпиталь поступило 18 426 человек, в т. ч. 6275 раненых, обмороженных и контуженных. Были продемонстрированы архивные фотографии о работе врачей госпиталя.

Конференция «Медицинское обеспечение сил флота в условиях Кольского Заполярья» в г. Североморске 29–30 сентября 2011 г.



Приветствие от начальника ГВМУ МО РФ участникам конференции зачитывает генерал-майор медицинской службы запаса **В.Б.Симоненко**

Делегатов конференции приветствует заместитель руководителя комитета Мурманской областной думы по социальной политике, заслуженный врач РФ, депутат **Ю.А.Паюсов**



Участники конференции

Материал о конференции опубликован в рубрике «Хроника»

**Конференция «Медицинское обеспечение сил флота в условиях Кольского Заполярья»
в г. Североморске 29–30 сентября 2011 г.**



1469-й военно-морской клинический госпиталь Северного флота



Памятник военным врачам, погибшим при исполнении долга в мирное время. Сооружен на территории госпиталя в 2001 г.



Курсанты Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова на стажировке в госпитале



Буклет, выпущенный к 75-летию 1469-го военно-морского клинического госпиталя Северного флота



случаи суицидов. Доклад стал результатом исследования, проведенного группой военных врачей в целях выделения ведущих факторов, влияющих на качество комплектования Северного флота призывниками.

Интересные итоги исследования по анализу освидетельствования военнослужащих женского пола в 2002–2010 гг. доложила **Л.И. Устименко** (военно-врачебная комиссия ФГУ «1469 ВМКГ СФ»). Результаты данной работы послужили основой для формирования предложений по изменению системы медицинского отбора и диспансеризации этой категории военнослужащих в условиях Кольского Заполярья.

В докладе подполковника медицинской службы запаса **И.Л. Мызникова** (ФГУ «1469 ВМКГ СФ») «Организация научно-исследовательской работы в гарнизоне Северного флота: исследовательская тематика в контенте международных научных баз данных» было обращено внимание на те возможности, которые открывают врачам в повседневной работе имеющиеся в сети Интернет базы научных данных и статистика.

Информационную поддержку конференции, как и ранее, оказывал сайт военной поликлиники ФГУ «1469 ВМКГ СФ» в губе Ура (ЗАТО пос. Видяево) www.polik.ved.okis.ru (заведующий поликлиникой – подполковник медицинской службы запаса Д.Г.Перминов).

30 сентября 2011 г. перед началом секционных заседаний было проведено торжественное построение и возложены цветы к памятнику военным врачам, погибшим при исполнении своего долга в мирное время.

На хирургической и терапевтической секциях врачи госпиталя и гости конференции рассматривали профильные актуальные вопросы ведения больных, делились опытом своей работы.

Под председательством начальника медицинской службы Северного флота полковника медицинской службы Ю.Р.Ханкевича был проведен круглый стол, на котором руководящий состав медицинской службы Северного флота изложил свое видение перспектив совершенствования системы медицинского обеспечения сил и войск флота в условиях Кольского Заполярья с учетом существующих проблем.

Состоявшаяся научно-практическая конференция «Медицинское обеспечение сил флота в условиях Кольского Заполярья» в очередной раз продемонстрировала свою эффективность, все участники отметили необходимость продолжения практики подобных форумов.

В период работы конференции в медицинском отделе Мурманской областной универсальной научной библиотеки была развернута экспозиция, посвященная 75-летию славной истории 1469-го военно-морского клинического госпиталя Северного флота России.

*Перевод В.В.Федотовой
Макет и компьютерная верстка В.В.Матишва*

	За содержание и достоверность сведений в рекламном объявлении ответственность несет рекламодатель.	
	Учредитель – Министерство обороны Российской Федерации. Зарегистрирован Министерством печати и информации Российской Федерации. Номер регистрационного свидетельства 01975 от 30.12.1992 г.	
Сдано в набор 26.04.12. Формат 70×108 ¹ / ₁₆ . Усл. печ. л. 8,4. Заказ № 2188.	Печать офсетная. Усл. кр.-отг. 9,8. Тираж 2935 экз.	Подписано к печати 23.05.12. Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 8,6. Каталожная цена 54 р. 00 к.
Отпечатано в типографии ОАО «Издательский дом «Красная звезда» 123007, г. Москва, Хорошевское шоссе, 38, http://www.redstarph.ru		