

СБОР ГЛАВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ МИНОБОРОНЫ РОССИИ

18–20 сентября 2008 г. на базе Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова и военно-медицинских учреждений Ленинградского военного округа проведен сбор главных медицинских специалистов, в котором приняло участие более 300 офицеров медицинской службы: главные медицинские специалисты МО РФ, начальники лечебно-профилактических отделов (отделений) видов Вооруженных Сил, военных округов, флотов, офицеры ГВМУ МО РФ и профессорско-преподавательский состав ВМедА.



Участники сбора слушают доклад начальника ГВМУ МО РФ

Главные медицинские специалисты у стенда с материалами сбора



Участники сбора на учебном месте в 104-й клиничко-диагностической поликлинике ЛенВО

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ
И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Издается с 1823 года

**РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ:**

М.В.Поддубный (*главный редактор*)
В.Г.Акимкин
А.Б.Белевитин
В.В.Бояринцев
В.В.Бузунов (*ответственный секретарь*)
И.Ю.Быков
Л.Л.Галин (*заместитель главного редактора*)
В.А.Гущенко
В.М.Давыдов
Н.А.Ефименко
И.Г.Корнюшко
А.С.Круглов
А.Н.Кучмин
В.А.Линок
Ю.В.Лобзин
Н.И.Ляшенко
В.К.Семенов
И.Б.Ушаков
А.Я.Фисун
И.М.Чиж
В.К.Шамрей
В.В.Шаппо
Ю.Л.Шевченко
В.В.Яменсков

**РЕДАКЦИОННЫЙ
СОВЕТ:**

С.А.Белякин (Красногорск)
Ф.М.Беня (Ростов-на-Дону)
Е.В.Боярских (Екатеринбург)
П.Г.Брюсов (Москва)
А.А.Будко (С.-Петербург)
А.Р.Волгин (Москва)
С.Ф.Гончаров (Москва)
А.В.Гришук (С.-Петербург)
В.В.Добржанский (Москва)
П.А.Зеренков (Владивосток)
А.Д.Зубков (Москва)
А.П.Кечин (Москва)
В.В.Колкутин (Москва)
А.Г.Круглов (Москва)
И.Б.Максимов (Москва)
Э.А.Нечаев (Москва)
В.А.Новиков (Москва)
В.Ю.Петрищев (Хабаровск)
Ю.В.Сабанин (Москва)
В.Б.Симоненко (Москва)
М.В.Фалеев (Чита)
Ю.Р.Ханкевич (Североморск)
А.М.Шелелов (С.-Петербург)

Адрес редакции:

119160, Москва, редакция
«Военно-медицинского журнала»

Телефоны: (495) 361-20-80
(главный редактор),
361-29-12 (отв. секретарь),
361-20-91 (секретариат)

Non scholae, sed vitae discimus!

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2008 * СЕНТЯБРЬ
Т. 329 * № 9

- *Генезис Службы медицины катастроф Вооруженных Сил Российской Федерации*
- *Хирургическая помощь военнослужащим Внутренних войск и сотрудникам МВД России в контртеррористической операции на Северном Кавказе*
- *Первый опыт применения 64-срезовой компьютерно-томографической коронарографии для диспансеризации офицерского состава*
- *Об использовании эвакуатранспортных средств военно-медицинской службы*
- *Влияние профессиональных факторов на заболеваемость летного и инженерно-технического состава военно-транспортной авиации*

МОСКВА
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
«КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»



Организация медицинского обеспечения Вооруженных Сил

Organization of medical support of the Armed Forces

Акимкин В.Г., Музыченко Ф.В., Малиновский А.А., Моисеев А.Н., Шведов Д.В. — Информационное взаимодействие комплекса программно-технических средств автоматизации управления государственным санитарно-эпидемиологическим надзором

4

Akimkin V.G., Muzychenko F.V., Malinovsky A.A., Moiseev A.N., Shvedov D.V. — Informational cooperation of the complex of software and hardware tools of automatization of administration of state disease control

Давыдов В.М., Коршевер Н.Г. — Организационная диагностика медицинской службы: в развитие научного обоснования

6

Davydov V.M., Korshever N.G. — Organizational diagnostics of medical service: into development of scientific ground



Медицина экстремальных ситуаций

Medicine of extreme situations

Корнюшко И.Г., Котенко П.К., Яковлев С.В. — Генезис Службы медицины катастроф Вооруженных Сил Российской Федерации

10

Kornyushko I.G., Kotenko P.K., Yakovlev S.V. — Genesis of the Service of accident medicine of the Armed Forces of Russian Federation



Войсковая медицина

Army health Service

Фролов В.М. — Функциональная диагностика в войсковом звене медицинской службы

19

Frolov V.M. — Functional diagnostics in military unit of the medical service



Лечебно-профилактические вопросы

Prophylaxis and treatment

Шаппо В.В., Симоненко В.Б., Громов А.И., Захаров С.В. — Первый опыт применения 64-срезовой компьютерно-томографической коронарографии для диспансеризации офицерского состава

22

Shappo V.V., Simonenko V.B., Gromov A.I., Zakharov S.V. — The first experience of using of 64-cut computer-autotomography coronary arteriography for dispensary-sanitation of officer staff

Войновский Е.А., Морозов Д.В., Сабанин Ю.В., Юсупов И.Е., Харламова И.В. — Хирургическая помощь военнослужащим Внутренних войск и сотрудникам МВД России, получившим тяжелые ранения в контртеррористической операции на Северном Кавказе

27

Voynovsky E.A., Morozov D.V., Sabinin Yu.V., Yusupov I.E., Harlamova I.V. — Surgical aid to military men of internal security troops and staff of Ministry of Internal Affairs of RF, got severe wounds during contra-terrorist actions on Northern Caucasia

Фисун А.А., Шамрей В.К., Русанов С.Н., Марченко А.А. — Профилактика аддитивных расстройств у военнослужащих

33

Fisun A.A., Shamrey V.K., Rusanov S.N., Marchenko A.A. — Prophylaxis of addictive disorders among military men

Фурсов А.Н., Потехин Н.П., Чернов С.А., Мычка В.Б., Чернавский С.В. — Метаболический синдром: взгляд на проблему и подходы к лечению

39

Fursov A.N., Potehin N.P., Chernov S.A., Mychka V.B., Chernavsky S.V. — Metabolic syndrome: view on the problem and on the methods of treatment

Шепеленко А.Ф., Степанченко А.В., Воробец В.Г. – Внебольничная пневмония у привитых вакциной «Пневмо-23»: особенности клиники, диагностики и лечения

44

Shepelenko A.F., Stepanchenko A.V., Vorobets V.G. – An outhospital pneumonia by persons, vaccinated by «Pneumo-23»: peculiarities of clinics, diagnostics and treatment



**Авиационная
и военно-морская медицина**

Air and navy medicine

Люцкий И.М., Зинкин В.Н., Афанасьев Р.В., Деллалов Н.Н. – Влияние профессиональных факторов на заболеваемость летного и инженерно-технического состава военно-транспортной авиации

50

Lutsky I.M., Zinkin V.N., Afanasjev R.V., Dellalov N.N. – Influence of professional factors on morbidity of air staff and technical engineer personnel of military-transport aviation



**Военная фармация
и медицинская техника**

**Military pharmacy
and medical technique**

Ушаков И.Б., Медведев В.Р., Петровский Г.В., Поздняков А.В., Варфоломеев В.А. – Организационные аспекты использования эвакуотранспортных средств военной медицинской службы

53

Ushakov I.B., Medvedev V.R., Petrovsky G.V., Pozdnyakov A.V., Varfolomeev V.A. – Organizational aspects of using of evacuation-transport means of military medical service



Краткие сообщения

57

Brief reports



**Из истории
военной медицины**

**From the history
of military medicine**

Брюсов П.Г. – Легендарный хирург XX столетия (К 100-летию со дня рождения Майкла Дебейки)

76

Bryusov P.G. – Fabulous surgeon of the XXth century (To the 100th anniversary of Michael DeBakey)

Мирский М.Б. – Фридрих Эсмарх – видный военно-полевой хирург

82

Mirsky M.B. – Frederick Esmarch – famous military-field surgeon

Шегольков А.М., Мандрыкин С.Ю. – Юбилей кафедры медицинской реабилитации и физических методов лечения ГИУВ МО РФ

85

Shchegolkov A.M., Mandrykin S.Yu. – Anniversary of department of medical rehabilitation and physical methods of treatment by GIUV of Ministry of Defense of RF



Официальный отдел

88

Official communications



Хроника

93

Chronicle

Резюме

96

Summary

CONTENTS



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008
УДК 614.4

Информационное взаимодействие комплекса программно-технических средств автоматизации управления государственным санитарно-эпидемиологическим надзором

*АКИМКИН В.Г., профессор, полковник медицинской службы
МУЗЫЧЕНКО Ф.В., полковник медицинской службы
МАЛИНОВСКИЙ А.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
МОИСЕЕВ А.Н., подполковник медицинской службы
ШВЕДОВ Д.В., полковник медицинской службы*

Повышение эффективности государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГСЭН) во многом определяется применением новых информационных технологий. В Вооруженных Силах РФ информационное взаимодействие на современном программно-техническом уровне успешно осуществляется комплексом программно-технических средств автоматизации управления государственным санитарно-эпидемиологическим надзором (КПТСАУГСЭН). Комплекс функционирует на основе автоматизированных рабочих мест главного государственного санитарного врача и специалистов 1-го отдела Главного военно-медицинского управления МО РФ, взаимодействующих по коммутируемым каналам связи с рабочими местами специалистов Главного центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ, главных государственных санитарных врачей видов Вооруженных Сил, военных округов, флотов, родов войск и всех центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН) армии и флота [1, 2, 4д].

Шестью функциональными подсистемами (ФПС) комплекса осуществляются сбор и обработка входящей информации и выработка необходимых управленческих решений.

Так, в рамках ФПС 1 осуществляется анализ оперативной информации об инфекционной заболеваемости, в т. ч. сбор и обработка информации по задачам ежenedельного и ежесмесячного слежения за заболеваемостью, ежесдневный учет групповой и вспышечной заболеваемости, индивидуальный учет всех случаев заболеваний нозологическими формами, требующими представления внеочередных донесений, а также слежение за ходом обследования и вакцинации молодого пополнения.

В ФПС 2 проводятся статистическая обработка информации и анализ данных о заболеваемости по данным ФПС 1.

В ФПС 3 анализируется оперативная информация о санитарно-эпидемиологическом состоянии объектов ГСЭН.

В ФПС 4 осуществляются анализ деятельности санитарно-эпидемиологических учреждений (СЭУ), в т. ч. анализ кадрового состава, лабораторной работы, соответствия сил и средств потребностям и оценка эффективности деятельности СЭУ.

В ФПС 5 анализируется информация об условиях военного труда и его влиянии на здоровье военнослужащих.

В ФПС 6 проводятся учет и контроль поступления и отработки документов по направлениям деятельности в 1-м отделе ГВМУ МО РФ, а также формирование базы данных нормативных и правовых документов.



о количестве личного состава, находящегося под воздействием того или иного неблагоприятного фактора (аварии на коммунальных сетях, неудовлетворительные оценки санитарного состояния столовых, несоответствие воды требованиям СанПиН и т. д.), с целью ориентировочной оценки степени потенциального риска в конкретных частях и гарнизонах.

Ранжирование объектов с нарушениями санитарных норм и правил по степени риска для личного состава (до разработки специальной программной

обеспечения) планируется осуществлять путем сортировки с использованием стандартной программы *M. Excel* пакета *M. Office*.

Таким образом, на современном этапе развития военной медицины отмечается всевозрастающее расширение информационного взаимодействия органов и учреждений, осуществляющих ГСЭН в Вооруженных Силах, для надежного обеспечения устойчивого санитарно-эпидемиологического благополучия войск и сил флота.

Литература

1. Мельниченко П.И., Малиновский А.А., Устюхин Н.В. и др. Применение информационных технологий в процессе управления государственным санитарно-эпидемиологическим надзором Министерства обороны РФ // Мед. высокие технол. — 2006. — № 1. — С. 70–72.

2. Мельниченко П.И., Музыченко Ф.В., Малиновский А.А. и др. О создании комплекса программно-технических средств автоматизации управления государственным санитарно-эпидемиологическим надзором // Воен.-мед. журн. — 2005. — Т. 326, № 5. — С. 33–38.

3. О структуре, содержании и порядке представления докладов по охране здоровья личного состава воинских частей, кораблей, учреждений, вузов, соединений и объединений: Директива начальника ГВМУ МО РФ от 31.01.1998 г. ДМ-4. — М., 1998. — 26 с.

4. Указания начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны РФ:

а) об изменении стиля и методов профилактической работы в новых условиях функционирования военно-медицинской службы / № 161/530, № 161/687, № 161/1015. — М., 2007;

б) о введении календарей профилактических прививок / № 161/1/4590. — М., 2007;

в) о передаче информации о случаях вирусного гепатита А по электронным каналам комплекса ПТСАСЭН / № 161/865. — М., 2007;

г) о передаче информации о случаях педикулеза по электронным каналам комплекса ПТСАСЭН / № 161/1030. — М., 2004;

д) о переходе на электронный документооборот органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор в Вооруженных Силах РФ, и введении инструкции / № 161/979. — М., 2004.

© В.М.ДАВЫДОВ, Н.Г.КОРШЕВЕР, 2008
УДК [61:355]:001.8

Организационная диагностика медицинской службы: в развитие научного обоснования

ДАВЫДОВ В.М., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы
КОРШЕВЕР Н.Г., профессор, полковник медицинской службы запаса

В процессе развития системы медицинского обеспечения войск неоднократно поднимался вопрос о создании универсального организационно-управ-

ленческого (административного) механизма выявления проблемных ситуаций, определения причин их возникновения и осуществления мониторинга дея-



**Факторы, влияющие на привлекательность военной службы
(по 5-балльной шкале)**

Фактор	Оценка
Интересная работа	4,23
Деятельность, которая заставляет развивать свои способности	3,93
Высокая степень ответственности	3,85
Возможность достижения социального престижа и уважения окружающих	3,82
Хорошие шансы продвижения по службе	3,80
Признание и одобрение хорошо выполненной работы	3,74
Работа, требующая творческого подхода	3,73
Работа с людьми, которые нравятся	3,67
Возможность наиболее полной реализации именно в данной сфере деятельности	3,63
Возможность решать вопросы, укрепляющие обороноспособность Отечества	3,56
Сложная и трудная работа	3,54
Удобное расположение места работы	3,50
Хорошие отношения с непосредственным начальником	3,43
Комфортные условия на рабочем месте	3,40
Высокая заработная плата	3,28
Деятельность без большого напряжения и стрессов	3,19

тельности личного состава медицинской службы. Опыт создания и успешной реализации такого рода механизма получил в военном здравоохранении наименование *организационная диагностика медицинской службы* (ОДМС), под которой понимается «комплекс мероприятий по оценке функционирования, выявлению положительных сторон и недостатков медицинских структур, анализу и определению причин их обуславливающих» (Быков И.Ю., Корнюшко И.Г., Шелепов А.М. и др., 2007).

ОДМС является одним из важных элементов управления. Ее важность обусловлена тем, что изучение, анализ и оценка деятельности медицинской службы влияют на эффективность работы по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья военнослужащих.

Наиболее сложным объектом диагностирования являются люди — их личностные качества, характер взаимоотношений в коллективе, мотивы и интересы, способности, уровни профессиональ-

ной подготовленности и культуры. Этот компонент научного аппарата ОДМС обоснован в наименьшей степени, в связи с чем нами предпринята попытка в определенной мере устранить данный пробел.

Проведены опрос 14 экспертов из числа руководящего и профессорско-преподавательского состава *Саратовского военно-медицинского института* (СарВМедИ) МО РФ, анонимное анкетирование 128 выпускников этого вуза, а также 160 военных врачей войскового звена медицинской службы.

Результаты *организационной диагностики личного состава* (ОДЛС) позволяют:

- оценить кадровый состав медицинской службы, его соответствие целям, организационно-штатной структуре, технологиям медицинского обеспечения;
- определить возможные направления развития, включая процедуру конкурса для приема на вакантные штатные должности, а также сформировать кадровый резерв;



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008
УДК 614.8:355

Генезис Службы медицины катастроф Вооруженных Сил Российской Федерации

*КОРНЮШКО И.Г., кандидат медицинских наук, генерал-майор медицинской службы
КОТЕНКО П.К., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы
ЯКОВЛЕВ С.В., полковник медицинской службы*

Участие военной медицины в ликвидации последствий катастроф становится неперенной составляющей деятельности по оказанию медицинской помощи пострадавшему населению в нашей стране и за рубежом. В последние годы в России создана общегосударственная система экстренной медицинской помощи, в которой регламентировано широкое участие военно-медицинской службы. Более того, в ответственных элементах этой системы, особенно в начальный период, военно-медицинская служба играет роль авангарда.

Проблема участия военной медицины в оказании помощи гражданскому населению своей и других стран имеет глубокие исторические корни. Издавна военные медики в зоне боевых действий оказывали помощь пострадавшим жителям, а в мирное время участвовали в ликвидации медико-санитарных последствий землетрясений, наводнений, пожаров, ураганов, селей и т. п. Такая помощь оказывалась главным образом силами обычных формирований военного и гражданского здравоохранения, поскольку еще не было создано ни отечественных, ни международных организаций, специально предназначенных для оказания помощи бедствующему населению в чрезвычайных ситуациях.

Примеров участия военных медиков в оказании медицинской помощи лицам, пострадавшим не от боевых травм, а от природных катастроф или массовых заболеваний, немало. Так, во время народ-

ного восстания в Боснии и Герцеговине против турецкого владычества (1876) русское Общество попечения о раненых и больных воинах выделило денежные средства на медицинское пособие раненым повстанцам и беженцам и сформировало специальный госпиталь. Лично профессором С.П.Боткиным на собранные им пожертвования был сформирован один из медицинских отрядов (16 врачей, 12 фельдшеров, 8 сестер милосердия). Общее число участвовавших в этой акции врачей составило 115, провизоров – 4, фельдшеров – 70, сестер милосердия – 115, студентов-медиков – 41.

Легендарным стало участие русских военных моряков, в т. ч. медиков, в оказании помощи населению итальянского города Мессина (Сицилия, 1908), пострадавшего в результате катастрофического землетрясения. Русские моряки отряда кораблей (2 линкора, 2 крейсера и 2 канонерские лодки) извлекли из-под развалин и спасли более 2 тыс. человек. Оказанием медицинской помощи руководил флагманский врач отряда А.Бунге, в прошлом известный полярный исследователь.

Традиции русской военной медицины в оказании помощи бедствующему населению сохранились и получили дальнейшее развитие в период Гражданской войны, а также в годы мирного строительства в СССР, когда руководители здравоохранения широко использовали военных медиков в борьбе с эпидемиями среди населения. Наряду с совершенствованием медицинской службы Красной Армии



© В.М.ФРОЛОВ, 2008
УДК 616-072.7-057.36

Функциональная диагностика в войсковом звене медицинской службы

ФРОЛОВ В.М., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

Одной из важнейших задач лечебно-диагностической работы в воинской части является раннее выявление заболеваний в подразделениях и их своевременное медицинское обследование. Ведущая роль в ее выполнении принадлежит функциональной диагностике.

Другими задачами, стоящими перед функциональной диагностикой, являются:

- выполнение установленного перечня функциональных исследований, проводимых с целью неотложной диагностики острых заболеваний внутренних органов;

- раннее выявление скрытых и начальных форм заболеваний внутренних органов (в первую очередь сердечно-сосудистой и дыхательной систем);

- диагностическое обеспечение проведения диспансеризации военнослужащих, в т. ч. медицинских осмотров и углубленных обследований военнослужащих, проходящих военную службу по призыву и по контракту, при проведении медицинских осмотров прибывающего молодого пополнения, при проведении профессионального отбора;

- контроль за течением заболевания и эффективностью лечения у лиц, находящихся в стационаре лазарета медицинского пункта (медицинской роты), у лиц, находящихся под диспансерным динамическим наблюдением, а также подвергшихся воздействию вредных для здоровья факторов;

- динамическое наблюдение за личным составом, прибывающим после лечения из *лечебно-профилактических учреждений* (ЛПУ).

За организацию функциональной диагностики в медицинском пункте воинской части отвечает начальник медицинского пункта, в *отдельном медицинском батальоне* (омедб) – командир госпитального взвода. Для выполнения функциональных исследований в медицинском пункте разворачивается *кабинет функциональной диагностики* (КФД) в соответствии с требованиями приказа министра обороны Российской Федерации 2000 г. № 102 «Об утверждении Норм расквартирования соединений, воинских частей и организаций Вооруженных Сил Российской Федерации», а обеспечение медицинским инвентарным и расходным имуществом осуществляется по заявкам через медицинскую службу округов (флотов) в соответствии с приказом министра обороны Российской Федерации 2002 г. № 30 «Об утверждении Норм снабжения медицинской техникой и имуществом соединений и воинских частей Вооруженных Сил Российской Федерации на мирное время».

Врачи воинских частей должны уметь лично выполнять все функциональные исследования в соответствии с их перечнем для частей и давать клиническую оценку результатов. Консультативная и методическая помощь в организации и проведении функциональных диагностических исследований в медицинском пункте (роте) осуществляется врачами-специалистами гарнизонных госпиталей. Врач части имеет право направлять больных в ближайшее ЛПУ для проведения тех функциональных исследе-



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008
УДК 616.132.2-073.756.8:621.3

Первый опыт применения 64-срезовой компьютерно-томографической коронарографии для диспансеризации офицерского состава

ШАППО В.В., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,
генерал-майор медицинской службы
СИМОНЕНКО В.Б., заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ,
член-корреспондент РАМН, профессор, генерал-майор медицинской службы
ГРОМОВ А.И., профессор, полковник медицинской службы
ЗАХАРОВ С.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

Диагностика ишемической болезни сердца (ИБС) до последнего времени основывалась на данных клинической картины, результатах лабораторных и функциональных исследований. Для лечения ИБС традиционными консервативными методами этих данных в большинстве случаев было достаточно.

В последние десятилетия появилась возможность применять в клинической практике кардиохирургические и малоинвазивные рентгенохирургические методы лечения по восстановлению коронарного кровотока. Они потребовали развития методов прямой визуализации коронарных артерий (КА) сердца.

«Золотым» стандартом выявления пораженных КА является коронароангиография (КАГ). Этот метод позволяет с наибольшей точностью диагностировать уровень и степень стеноза и, что самое важное, во многих случаях сразу перейти к лечебным мероприятиям.

КАГ является инвазивным исследованием, сопровождается госпитализацией, постельным режимом, требует катетеризации магистральных артерий, имеет высокую стоимость. В связи с этими обстоятельствами она неприменима для широкого распространения как диагностический метод, тем более при диспансеризации.

Возможность визуализации коронарного русла при компьютерной томографии появилась после создания мультиспиральных компьютерных томографов [4, 8]. Однако попытки выполнения такого исследования на 4- и 8-срезовых томографах оказались неудачными из-за высокой частоты возникновения дыхательных артефактов и ошибок, связанных с движениями сердца. Только благодаря созданию 16-, а затем 32-, 40- и 64-срезовых томографов со временем оборота трубки менее 0,5 с, сопоставимого со скоростью одного сердечного цикла, стали получать изображения достаточного качества для изучения КА [1–3, 7].

Короткое время проведения исследования, необременительного для пациента, и меньшая по сравнению с КАГ стоимость исследования определяют мультиспиральную компьютерно-томографическую коронарографию (МСКТКГ) перспективной для широкого применения в целях ранней диагностики ИБС.

Целью исследования явилось изучение возможности использования 64-срезовой МСКТКГ для раннего выявления коронарного атеросклероза.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008
УДК 616-001.4-057.36-089

Хирургическая помощь военнослужащим Внутренних войск и сотрудникам МВД России, получившим тяжелые ранения в контртеррористической операции на Северном Кавказе

*ВОЙНОВСКИЙ Е.А., член-корреспондент РАМН, профессор,
полковник внутренней службы
МОРОЗОВ Д.В., кандидат медицинских наук, генерал-майор милиции
САБАНИН Ю.В., кандидат медицинских наук, генерал-майор медицинской службы
ЮСУПОВ И.Е., полковник медицинской службы
ХАРЛАМОВА И.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы*

В статье анализируется опыт лечения раненых и больных, получивших травмы в контртеррористической операции на Северном Кавказе за 4-летний период с 2000 по 2003 г., и только случаи завершившегося лечения в *Главном военном клиническом госпитале Внутренних войск МВД (ГВКГ ВВ МВД) России*, т. е. наиболее тяжелые ранения и травмы.

Выполнен ретроспективный анализ учетных документов ГВКГ ВВ МВД, *медицинского отряда специального назначения (МОСН) ВВ* и других лечебно-профилактических учреждений, которые оказывали медицинскую помощь пораженным на промежуточных этапах эвакуации, с использованием данных историй болезней.

Выбранный период наблюдения с 2000 по 2003 г. наглядно отражает этапы контртеррористической операции, отличающиеся друг от друга различной интенсивностью ведения боевых действий, что соответственно обусловило различие в структуре поражений, характере ранений и травм, а также объеме медицинской помощи на различных этапах медицинской эвакуации (табл. 1).

Наибольшее число поступивших в ГВКГ ВВ МВД было в 2000 и в 2001 гг. — 43,5 и 20,1% соответственно. В 2000 г., когда интенсивность боевых действий была максимальной, поступило около половины раненых и больных и в основном за счет боевых потерь, которые

составили 76,5% от числа поступивших в этом году и 49,7% от общего числа боевых потерь. Пулевые ранения составили 28,1%, осколочные и минно-взрывные — 66,7% от общего числа ранений.

Ожоги в группе пострадавших с ранениями составили 5,2%. Высокий процент ожогов обусловлен неудовлетворительными бытовыми условиями, особенно в 2000 г., когда военнослужащие размещались скученно и в палатках. Распространенные причины травм — дорожно-транспортные происшествия и неуставные взаимоотношения отмечены в 71,1%.

Четко проявились общие закономерности, характерные для локальных войн и вооруженных конфликтов последних десятилетий: нарастание в общей структуре санитарных потерь хирургического

Таблица 1
**Распределение раненых и больных,
поступивших из районов служебно-
боевого применения войск
в 2000–2003 гг.**

Годы	Процент
2000	43,5
2001	20,1
2002	16,8
2003	19,6
В с е г о ...	100

ЭВАКОТРАНСПОРТНЫЕ СРЕДСТВА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Рис. 1. БММ-Д на базе БМД-3: эвакуационная вместимость – 10 человек, скорость движения по шоссе – 70 км/ч, по грунтовой дороге – 40 км/ч, на плаву – 11 км/ч



Рис. 2. БММ на базе БМП-1: эвакуационная вместимость – 12 человек, скорость движения по шоссе – 65 км/ч, по грунтовой дороге – 40 км/ч, на плаву – 7 км/ч

Рис. 3. Бронированный санитарный транспортер на базе МТ-ЛВБ: эвакуационная вместимость – до 10 легкокоряных



Рис. 4. БММ на базе ГАЗ-3937: эвакуационная вместимость – 10 человек, скорость движения по шоссе – 90 км/ч, по грунтовой дороге – 50 км/ч

Рис. 5. БММ большой эвакуационной вместимости на базе двухосного транспортера ДТ-3ПБ



К статье Ушаков И.Б., Медведев В.Р., Петровский Г.В., Поздняков А.В., Варфоломеев В.А.
Организационные аспекты использования эвакуационных средств военно-медицинской службы



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008
УДК 616.89-008-057.36-084

Профилактика аддиктивных расстройств у военнослужащих

*ФИСУН А.Я., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы
ШАМРЕЙ В.К., профессор, полковник медицинской службы
РУСАНОВ С.Н., доцент, полковник медицинской службы
МАРЧЕНКО А.А. доцент, подполковник медицинской службы*

В последние десятилетия среди населения России произошел резкий рост социально обусловленных расстройств [1], прежде всего наркоманий и алкоголизма. Уровни этой заболеваемости стабильно высоки и с 2000 г. колеблются в пределах 1,3–1,6%. В течение последних пяти лет только учетная заболеваемость наркоманиями превышала показатели 1992 г. более чем в 4 раза [5].

Особую обеспокоенность вызывает наркологическая ситуация в подростковой возрастной группе. Так, число освобожденных от призыва на военную службу в связи с наркоманиями с 1995 по 2000 г. выросло с 4,7 до 20,9 тыс. человек [3]. Это негативно отразилось как на комплектовании Вооруженных Сил, так и на заболеваемости этого класса в войсках, поскольку распространение наркоманий в обществе всегда коррелирует с их ростом в армии [6].

Немаловажную роль в создании данной ситуации сыграло и участие военнослужащих в боевых действиях. Психогенные факторы боевой обстановки затрагивают глубинные эмоционально-аффективные «слои» психики и онтогенетически более поздние, а поэтому более ранимые, когнитивно-идеаторные уровни [2]. На этом фоне значительно легче возникают не только постреактивные психические расстройства, но и аддиктивная патология [4]. Распространенность коморбидных (аддиктивных и стрессовых) расстройств, в т. ч. и повышенный риск суицида у ветеранов войн, по данным зарубежных авторов, достигает 34% [17, 19]. Однако методические подходы к реабилитации комбатантов с аддиктивной патологией до настоящего времени разработаны недостаточно.

Проблема аддиктивных расстройств у военнослужащих актуальна и во многих зарубежных армиях. Так, каждый второй американский военнослужащий хотя бы раз пробовал наркотики, а каждый третий употребляет их систематически; примерно треть солдат и пятая часть офицеров злоупотребляют алкоголем. Ежегодно по причине употребления наркотиков увольняются в среднем до 20 тыс. человек, а около 120 тыс. военнослужащих проходят курс лечения от наркоманий или алкоголизма. Экономические потери военного ведомства от аддиктивных расстройств оцениваются более чем в 600 млн долларов в год. С неумеренным потреблением алкоголя связаны около трети всех травм, четверти случаев суицидов и трети убийств [12]. В структуре психических расстройств у военнослужащих США аддиктивные относятся к числу ведущих. По уровню госпитализации наркомании и алкоголизм занимают 3-е и 4-е место (11,1 и 8,4% от всех случаев психических расстройств), а по количеству амбулаторных посещений – 3-е и 2-е место (16,9 и 18,4%). Категорией «повышенного риска» являются военнослужащие в возрасте от 18 до 25 лет, среди которых в 2005 г. алкоголем злоупотребляли 24,8%, а наркотиками – 6,8% [7, 19]. Близкие показатели характерны и для армии Великобритании, где совокупная доля аддиктивной патологии превышает четверть всех случаев психических расстройств [15].

Распространенность злоупотребления алкоголем в вооруженных силах США в период с 1998 по 2005 г. имела отчетливую тенденцию к росту (с 15,4% в 1998 до 18,5% в 2005 г. от численности обследованного контингента) [13]. Наибольшие показатели в 2005 г. отмечались



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008
УДК 616.12-008.331.1-06:616.2

Метаболический синдром: взгляд на проблему и подходы к лечению

ФУРСОВ А.Н., профессор, полковник медицинской службы
ПОТЕХИН Н.П., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы
ЧЕРНОВ С.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы
МЫЧКА В.Б., доктор медицинских наук
ЧЕРНАВСКИЙ С.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы

В последние десятилетия существенно возрос интерес медицинской общест-венности к изучению взаимосвязи ожирения и сопутствующих ему метаболических нарушений с ростом заболеваемости сердечно-сосудистой системы, *сахарным диабетом* (СД) и смертности в развитых странах мира [4, 8].

Распространенность *метаболического синдрома* (МС) среди взрослого населения составляет 15–25%, а в некоторых социальных группах (курильщики, любители «*fast food*») – свыше 50%.

В России МС в возрасте 30–69 лет диагностируется у 20% населения [2, 3]. По данным ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, МС диагностируется у 39% больных *артериальной гипертензией* (АГ).

Взаимосвязь между ожирением, нарушениями углеводного обмена, *гиперхолестеринемией* (ГХС) и АГ еще в начале прошлого столетия отмечали Г.Ф.Ланг и А.Л.Мясников [7].

Однако начало широких исследований в этой области связано с работами G.Reaven, который в знаменитой Бантингской лекции сформулировал понятие о «*синдроме X*», отметив, что *комплекс таких метаболических и сердечно-сосудистых факторов риска* (ФР), как АГ, *гипертриглицеридемия* – ГТГ (гипоальфа-холестеринемия и гиперинсулинемия) имеет общую этиологию – *инсулинорезистентность* (ИР) [11]. Изложив концепцию синдрома X, автор не исключал возможности появления новых его компонентов.

В дальнейшем ВОЗ предложила понятие МС. В качестве ведущего критерия рассматривалась гипергликемия и (или)

ИР. Другие компоненты МС расценивались как второстепенные (АГ, дислипидемия, центральное ожирение и микроальбуминемия) [3]. N.Karlan, указывая на исключительно неблагоприятный прогноз пациентов с МС, образно назвал его «смертельным» квартетом [10].

Имеется несколько определений МС. Принципиальное различие между ними – присутствие обязательного критерия (*абдоминальное ожирение* – АО) в его определении (*Международная федерация сахарного диабета* – IDF) и равноправности всех критериев МС, предполагающего наличие единого патогенетического звена – ИР (*Американская ассоциация сердца*, критерии АТР III). Кроме того, имеются различные подходы к уровням референтных значений ключевых факторов риска или включением в состав МС ряда дополнительных его компонентов.

В последние годы понятие МС расширяется за счет новых характерных для этих пациентов нарушений, таких как *синдром обструктивного апноэ во сне* (СОАС), эндотелиальная дисфункция, недостаточное снижение АД в ночное время. МС нередко сопутствуют такие болезни, как синдром поликистозных яичников, эректильная дисфункция, стеатогепатоз.

По мнению ряда исследователей, ключевым звеном МС является АО с последующим развитием ИР у лиц с генетической предрасположенностью. В пользу этой гипотезы свидетельствуют рост частоты случаев МС на фоне избыточного потребления высококалорийных продуктов, недостаток физической



Внебольничная пневмония у привитых вакциной «Пневмо-23»: особенности клиники, диагностики и лечения

ШЕПЕЛЕНКО А.Ф., профессор, полковник медицинской службы
СТЕПАНЧЕНКО А.В., полковник медицинской службы
ВОРОБЕЦ В.Г., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

В Вооруженных Силах РФ для предупреждения внебольничной пневмонии (ВП) широко внедряется в практику вакцина «Пневмо-23». В литературе дается оценка эффективности такой вакцины в целях профилактики [1, 2]. В то же время течение заболевания у привитых практически остается неизученным. Существуют лишь отдельные сведения о том, что иммунизация обуславливает менее тяжелую картину болезни. Более глубокое изучение этого вопроса способствовало бы выработке более точных рекомендаций и экономическому обоснованию применения данной вакцины [2, 3].

Проведено исследование с целью изучения особенностей клинического течения, диагностики и лечения ВП у военнослужащих начального периода службы по призыву, привитых поливалентной пневмококковой вакциной «Пневмо-23».

В условиях пульмонологического отделения 1472-го Военно-морского клинического госпиталя им. Н.И.Пирогова в течение 3 лет обследованы и пролечены 168 военнослужащих, проходивших

военную службу по призыву, прослуживших до 6 мес, привитых в течение недели после прибытия на флот поливалентной пневмококковой вакциной «Пневмо-23» и тем не менее заболевших ВП (*основная группа*). Возраст пациентов этой группы – от 18 до 24 лет. *Группу сравнения* составили 143 непривитых военнослужащих такого же возраста, госпитализированных по поводу ВП и пролеченных в том же стационаре за аналогичный период. В целях контроля результатов ряда специальных лабораторных и функциональных исследований, выполненных у больных обеих групп, параллельному обследованию подверглись 20 добровольцев – здоровых мужчин-военнослужащих того же возраста (*контрольная группа*).

В работе использованы клинико-статистический и общеклинический методы, а также группа специальных клинико-лабораторных и инструментальных методов (табл. 1) и методика экономических расчетов. Указанные исследования были выполнены в динамике –

Таблица 1

Методы и объем исследований, выполненных у больных ВП и в контрольной группе (n=331), абс. число

Исследования	Количество исследований
Функция внешнего дыхания	484
Фибриноген плазмы	312
Протромбиновый индекс	311
Концентрация С-реактивного белка плазмы	454
Ультразвуковое исследование плевральной полости	112
Эхокардиография	101



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008
УДК 613.693

Влияние профессиональных факторов на заболеваемость летного и инженерно- технического состава военно-транспортной авиации

*ЛЮЦКИЙ И.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы
ЗИНКИН В.Н., профессор
АФАНАСЬЕВ Р.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
ДЕЛЛАЛОВ Н.Н., подполковник медицинской службы*

Актуальность проблемы профессионально обусловленной заболеваемости определяется задачами и положениями, заложенными в концепцию программы Президента Российской Федерации «Здоровье работающего населения России на 2004–2015 гг.», а также требованиями федеральных законов «Об основах охраны труда в Российской Федерации» и «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Вопросы, касающиеся гигиенической оценки условий труда летного и инженерно-технического состава, требуют учитывать весь комплекс факторов, способных оказать неблагоприятное воздействие на состояние различных систем организма и в целом на здоровье человека. На современном этапе развития авиации проблема сохранения высокого уровня профессионального здоровья и трудоспособности является приоритетной [5, 8].

Работа экипажей воздушных судов, инженерно-технического персонала связана с постоянным воздействием ряда вредных и опасных факторов, к которым относятся:

- высокоинтенсивный широкополосный шум;
- повышенные уровни общей и локальной вибрации;
- колебания барометрического давления на разных режимах полета;
- пониженное парциальное давление кислорода;
- неудовлетворительные показатели микроклимата на рабочих местах;
- наличие в воздухе рабочей зоны продуктов термического разложения и пиро-

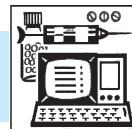
- лиза горючего и смазочных материалов;
- повышенные уровни естественного радиационного фона;
- сложная электромагнитная обстановка;
- воздействие знакопеременных перегрузок;
- нарушение суточных биоритмов вследствие смены часовых поясов.

Как показывает опыт отечественных и зарубежных исследователей, такие сложные условия профессиональной деятельности выдвигают серьезные требования к функциональным возможностям организма.

В результате воздействия перечисленных выше факторов адаптационные возможности работающих достаточно быстро снижаются, что влияет как на эффективность трудового процесса, так и на возникновение ошибочных действий, которые могут привести к нежелательным последствиям.

Авиационная медицина включает ряд ведущих направлений, куда входят в т. ч. и вопросы методологии оценки риска воздействия вредных и опасных факторов профессиональной среды, а также научное обоснование системы защиты человека от этих факторов. В связи с этим внедрение новых технологий в обеспечение предупреждения неблагоприятных изменений состояния здоровья является социально значимой и приоритетной задачей.

Цель работы: изучить влияние профессиональных факторов на уровень заболеваемости летного и инженерно-технического состава военно-транспортной авиации.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008
УДК 615.47:355

Организационные аспекты использования эвакотранспортных средств военно-медицинской службы

*УШАКОВ И.Б., заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАН, академик РАМН, профессор, генерал-майор медицинской службы
МЕДВЕДЕВ В.Р., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
ПЕТРОВСКИЙ Г.В., кандидат технических наук, полковник в отставке
ПОЗДНЯКОВ А.В., кандидат технических наук, полковник запаса
ВАРФОЛОМЕЕВ В.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса*

Медицинская служба Вооруженных Сил нашей страны на протяжении многих лет привлекалась к ликвидации последствий аварий и катастроф: землетрясений в Ашхабаде (1948) и Спитаке (1988), последствий тайфунов на Дальнем Востоке (1950–1960), химической аварии в Горьком (1966), радиационно-экологической катастрофы в Чернобыле (1986), взрыва продуктопровода под Уфой (1989), взрыва большого количества промышленной взрывчатки в Свердловске (1988), последствий цунами в Индонезии (2005) и многих других, которые незаслуженно оказались вне поля зрения средств массовой информации.

В некоторых развитых странах медицинская служба также активно привлекается к оказанию помощи пострадавшим в авариях и катастрофах [5, 7, 9]. И это вполне обосновано, т. к. военная медицина имеет ряд существенных преимуществ перед гражданским здравоохранением, что позволяет эффективно использовать ее возможности в *чрезвычайных ситуациях* (ЧС) [1, 3, 4]:

- опыт работы с большими потоками раненых и больных;
- постоянная готовность к выполнению своих обязанностей;
- возможность автономной работы в полевых условиях;
- наличие необходимой медицинской техники и имущества;
- мобильность;
- обеспеченность средствами связи.

Большой опыт военной медицины по оказанию помощи пострадавшим в ЧС позволил сформулировать цели и задачи военной медицины катастроф, основные принципы ее формирования и функционирования и, что весьма важно, определить концепцию лечебно-эвакуационного обеспечения в различных экстремальных ситуациях. В основу указанной концепции заложены организационные принципы, определяющие создание двухэтапной системы лечебно-эвакуационных мероприятий с использованием сил и средств повышенной мобильности и оперативной готовности.

Концепция предусматривает реализацию идеи обеспечения оказания первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи по неотложным показаниям в очаге или вблизи очага ЧС с последующей эвакуацией пострадавших в стационарные *лечебно-профилактические учреждения* (ЛПУ). Снижение летальности при этом может быть достигнуто за счет сокращения времени оказания медицинской помощи. Первые часы и сутки после катастрофы называют «золотым временем», т. к. большая часть смертельных исходов приходится именно на первые сутки. По данным различных авторов, от 20 до 90% пострадавших могли быть спасены в случае их своевременного обнаружения в очаге и оказания медицинской помощи [2, 4, 6, 11, 12]. Между тем именно в этот период наибо-



© П.Г.БРЮСОВ, 2008
УДК [617:355](092 Дебейки М.)

Легендарный хирург XX столетия (К 100-летию со дня рождения Майкла Дебейки)

БРЮСОВ П.Г., заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственных премий СССР и РФ, лауреат премии им. М.Дебейки по военно-полевой хирургии, профессор, генерал-майор медицинской службы в отставке

Майкл Эллис Дебейки родился 7 сентября 1908 г. в г. Лейк-Чарльз, штат Луизиана. Семья эмигрировала в США из Ливана, Майкл был старшим из 5 детей. Его отец был успешным бизнесменом. Он стремился дать детям хорошее образование, поощрял чтение книг.

Во время обучения в школе Майкл играл в музыкальной группе на саксофоне, а также в симфоническом оркестре. В оркестре не было кларнетиста, он самостоятельно изучил этот инструмент и стал ведущим кларнетистом, показывая в подростковом возрасте свою многосторонность.

Майкл был первым учеником в классе, его считали интровертом, полной противоположностью брату Эрнесту, который впоследствии также стал знаменитым хирургом.

В 1926 г. Дебейки поступил в университет Тьюлэйн в Новом Орлеане и был зачислен на факультет искусств и наук. В конце своего второго студенческого года он добился разрешения обучаться одновременно и в военно-медицинской школе при медицинском факультете университета. Большую часть времени Майкл проводил в анатомической лаборатории университетского городка.

Дебейки закончил университет по классу искусств и наук, получив степень бакалавра. Спустя два года он окончил медицинский факультет, получив степень магистра.

Для прохождения интернатуры, а затем и резидентуры Дебейки выбрал

Благотворительную больницу в Новом Орлеане. Именно здесь он получил свою первую премию — награду «Дух милосердия». В этот период он усовершенствовал метод переливания крови. Тогда большинство переливаний осуществлялось с помощью многократных венопункций для забора и вливания крови. Дебейки предложил вставлять разработанный им клапан переключения в систему трубок, соединяющих вены донора и реципиента. В результате стал использоваться только один шприц, процесс прямой трансфузии крови от донора реципиенту становился практически непрерывным.

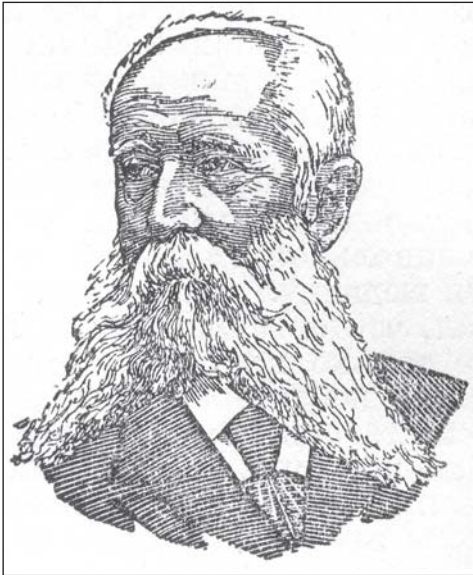
Хирургический мир знает о роликовом насосе Дебейки. Это — неотъемлемая часть современного аппарата искусственного кровообращения. Созданный в 1934 г. насос предназначался для изучения пульсовой волны и в последующем для осуществления прямого переливания крови от донора больному [2]. Два десятилетия спустя роликовый насос по предложению Дебейки был успешно использован Джоном Гиббоном в аппарате искусственного кровообращения, с этого началась эра операций на открытом сердце.

В период резидентуры Дебейки глубоко интересовался физиологией кровообращения и выполнил огромное количество экспериментальных исследований. После окончания резидентуры он продолжил образование в Европе, в Страсбургском университете (Франция) у Рене Лериша, продолжая углублять свои зна-



Фридрих Эсмарх — видный военно-полевой хирург

МИРСКИЙ М.Б., профессор



Фридрих-Август фон Эсмарх (1823–1908), столетие со дня кончины которого исполнилось в этом году, родился в небольшом городке Тоннинге, расположенном недалеко от г. Киль (ныне земля Шлезвиг-Гольштейн, в то время частично входившая в состав Дании). Окончив гимназию, он пошел по стопам своего отца — поступил на медицинский факультет Кильского университета. Здесь, а также в Гёттингенском университете, он обучался врачебному делу, уделяя особое внимание любившейся ему хирургии.

На способного студента обратил внимание Бернанд Лангенбек — один из самых видных немецких хирургов, которого высоко ценил побывавший в его клинике Н.И.Пирогов. Лангенбек был известен тем, что разработал целый ряд эффективных оперативных вмешательств: его имя носят около 20 операций.

После окончания университета, получив врачебный диплом, Эсмарх стал во-

енным врачом, по-прежнему много занимаясь хирургией. Однако поначалу военная служба не очень-то прельщала молодого врача. Не удивительно, что он обрадовался предложению Лангенбека, запомнившего его еще в студенческие годы, стать его ассистентом, что и произошло в 1846 г.

Не одна только хирургия занимала тогда мысли Эсмарха. Он участвовал и в политической жизни, в частности в развернувшемся тогда движении «за освобождение Шлезвиг-Гольштейна от владычества Дании». Как недавний военный врач, он принял участие в так называемой шлезвиг-голландской войне 1848–1849 гг. Здесь Эсмарх стал помощником известного хирурга и ортопеда Людвиг Штроемейера, известного тем, что он впервые произвел операцию подкожного перерезывания ахиллесова сухожилия, чем положил начало оперативному способу лечения косолапости.

Однако судьба Эсмарха сложилась так, что он попал в плен и был этапирован в Копенгаген. Только по окончании военных действий, освободившись из плена, он смог вновь посвятить себя хирургии — на этот раз в должности приват-доцента клиники Штроемейера, ставшего профессором и сменившего Лангенбека. В 1854 г., после отставки Штроемейера, Эсмарх становится уже директором хирургической клиники Кильского университета, а в 1857 г. получает звание ординарного профессора. Этой клиникой он руководил с 1857 по 1899 г.

Научно-практическая деятельность Эсмарха была посвящена широкому кругу проблем хирургии. Это касается, прежде всего, борьбы с потерями крови: данной проблемой он заинтересовался еще в бытность военным врачом. Немалому хирургу принадлежит выдающаяся заслуга — разработка метода умень-



школа для ухода за больными и ранеными: это был первый в Германии опыт обучения навыкам неотложной помощи. Именно он явился основателем первой в Германии такой школы, где в течение многих лет преподавал и обучил тысячи людей оказывать помощь при несчастных случаях. В истории военной медицины имя этого знаменитого хирурга связано еще и с широким привлечением гражданского населения к оказанию по-

мощи раненым. Кроме того, Эсмарх стал основателем в Берлине станции скорой медицинской помощи (второй в Европе после Вены). Ему принадлежат крупные заслуги в совершенствовании лазаретного дела и разработке проблем военно-полевой хирургии.

Некоторые историки хирургии не без оснований считают, что по вкладу в военно-полевую хирургию Эсмарха можно сравнить с Н.И.Пироговым.

© А.М.ЩЕГОЛЬКОВ, С.Ю.МАНДРЫКИН, 2008
УДК 615.8 (091)

Юбилей кафедры медицинской реабилитации и физических методов лечения ГИУВ МО РФ

ЩЕГОЛЬКОВ А.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы
МАНДРЫКИН С.Ю., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы

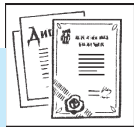
Кафедра курортологии и физиотерапии в составе Военно-медицинского факультета при ЦОЛИУВ была создана директивой Штаба Тыла ВС СССР 28 апреля 1983 г., 1 сентября того же года начался первый учебный год. Ее первым руководителем был профессор полковник медицинской службы Л.М.Клячкин.

Учебной и клинической базой кафедры определили Центральный военный клинический санаторий «Архангельское». В состав преподавателей вошли специалисты, имеющие значительную клиническую подготовку и большой опыт работы в военных санаториях и госпиталях. Среди них были полковник медицинской службы В.В.Булавин — заместитель начальника по медицинской части ЦВКС «Архангельское», врачи М.Н.Виноградова, М.Е.Комкова. С 1984 г. на кафедре введен цикл «Пульмонология для врачей-курортологов», с 1986 г. — «Избранные вопросы лечебной физкультуры», первым куратором которого стал полковник медицинской службы Р.А.Дмуховский. С 1987 г. на кафедре проводится обучение в рамках цикла «Гастроэнтерология для врачей курортологов», с 1989 г. — «Организация работы

военных санаториев» и «Организация лечебно-диагностической работы военных санаториев».

В 1990 г. основной учебной, научной и клинической базой кафедры стал 6 ЦВКГ — многопрофильный реабилитационный центр МО РФ. Это определило новое направление научной деятельности кафедры и послужило основанием к трансформации ее в кафедру медицинской реабилитации и физических методов лечения. Возглавлял ее с 1989 по 1994 г. профессор полковник медицинской службы В.В.Булавин. На новой базе началась подготовка медицинских специалистов на циклах «Избранные вопросы организации медицинской реабилитации» и «Медицинская реабилитация при заболеваниях внутренних органов».

В 1993 г. в преподавание был введен курс традиционных методов лечения, занятия проводились на циклах «Избранные вопросы рефлексотерапии», а с 1994 г. — «Избранные вопросы мануальной терапии». С 1994 г. куратором циклов по традиционным методам лечения стал А.Т.Неборский (в настоящее время заслуженный врач РФ, профессор).



ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

ЮБИЛЕИ

© И.В.СИНОПАЛЬНИКОВ, О.А.ПОПОВ, 2008
УДК 616:355 (092 Горячевский А.П.)



5 сентября 2008 г. исполнилось 70 лет известному организатору военного здравоохранения, заслуженному врачу РФ и Казахской ССР, доктору медицинских наук генерал-майору медицинской службы в отставке **Александру Прокопьевичу Горячевскому**.

А.П.Горячевский родился в Кировской области. Проходил срочную службу стрелком в Сортавальском отряде Северного пограничного округа. После окончания в 1965 г. Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова служил в Восточном пограничном округе, где профессионально вырос от врача-хирурга пункта медицинской помощи Пржевальского пограничного отряда до начальника хирургического отделения окружного госпиталя Пограничных войск в Алма-Ате.

В 1969 г. оказывал хирургическую помощь пограничникам во время боевых действий у озера Жаланашколь.

В 1980 г. основал и стал первым начальником Центрального госпиталя Пограничных войск (ныне – Главный клинический военный госпиталь ФПС РФ), где трудился до 2004 г. Почетный гражданин г. Голицино А.П.Горячевский умело сочетал эффективную организаторскую работу с глубокими научными исследованиями. Он автор 5 монографий и более 50 фундаментальных исследовательских работ, является лауреатом литературной премии им. А.Фадеева и премии «Золотое перо границы». По его инициативе в Главном госпитале ФСБ РФ открыты храм Святого Александра Невского и музей военной медицины Пограничных войск.

С 2004 г. Александр Прокопьевич работает главным научным сотрудником Центра оперативно-пограничных исследований Пограничной службы России.

А.П.Горячевский награжден орденом «Знак Почета», орденами Русской православной церкви: Преподобного Сергия Радонежского, Святого Даниила Московского, Святого Владимира, многими медалями и золотым почетным знаком «Общественное признание», возведен в кавалеры военного ордена Святителя Николая Чудотворца.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Военно-медицинского управления Федеральной пограничной службы России, коллектив Главного клинического военного госпиталя ФПС РФ, совет Объединения ветеранов военно-медицинской службы, редакционная коллегия, редакционный совет и редакция «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Александра Прокопьевича Горячевского с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и новых творческих успехов.

© И.Б.УШАКОВ, Ю.А.КУКУШКИН, А.В.БОГОМОЛОВ, 2008
УДК 616:355 (092 Баевский Р.М.)



3 августа 2008 г. исполнилось 80 лет со дня рождения главного научного сотрудника Института медико-биологических проблем РАН, заслуженного деятеля науки РФ, доктора медицинских наук, профессора полковника медицинской службы в отставке **Романа Марковича Баевского**.

Р.М.Баевский родился в Днепропетровске. В 1952 г. окончил Военно-медицинский факультет при Саратовском государственном медицинском институте. Служил старшим врачом авиационного полка и врачом-физиологом части. В 1957–1959 гг. учился в адъюнктуре кафедры госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, затем проходил службу младшим, старшим научным сотрудником и начальником лаборатории ГНИИИ авиационной

и космической медицины МО СССР. В 1964 г. перешел на работу в Институт медико-биологических проблем Минздрава СССР (ныне – Государственный научный центр РФ – Институт медико-биологических проблем РАН), где трудится по настоящее время.



Р.М.Баевский — один из основоположников нового научно-прикладного раздела космической медицины — космической кардиологии. Работая в этой области более 50 лет, активно внедряет достижения космической медицины в клиническую медицину и прикладную физиологию, является ведущим специалистом по методологии физиологических измерений в космосе.

Р.М.Баевский пользуется большим авторитетом в стране и в мире как один из ведущих специалистов в области космической физиологии. Он является почетным членом Европейского общества неинвазивной кардиодинамики, в течение многих лет был членом Комиссии по диагностическим приборам и аппаратам Комитета по новой медицинской технике Росздрава.

В научной школе Р.М.Баевского подготовлено 5 докторских и 28 кандидатских диссертаций. Им издано 17 монографий и учебных пособий, опубликовано около 400 научных работ, получено 11 авторских свидетельств на изобретения. За участие в разработке новых методов и приборов награжден 8 медалями ВДНХ СССР и удостоен премии им. академика В.В.Парина Российской академии медицинских наук.

Заслуги Р.М.Баевского перед Родиной отмечены орденами Красной Звезды, «Знак Почета» и 10 медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления и коллектив Государственного научно-исследовательского испытательного института военной медицины Министерства обороны Российской Федерации, редакционная коллегия, редакционный совет и редакция «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Романа Марковича Баевского с юбилеем, желают ему доброго здоровья, счастья и творческих успехов.

© И.Б.УШАКОВ, В.Г.ЗУЕВ, Р.В.АФАНАСЬЕВ, 2008
УДК 616:355 (092 Давыдов Б.И.)



3 августа 2008 г. исполнилось 80 лет ветерану Вооруженных Сил, заслуженному деятелю науки РФ, академику Международной академии наук Евразии, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы в отставке **Борису Ильичу Давыдову**.

Б.И.Давыдов родился в г. Горьком (ныне г. Нижний Новгород). После окончания в 1952 г. Военно-медицинского факультета при Саратовском государственном медицинском институте служил врачом в штабе ВВС Московского военного округа, с 1953 г. — старшим врачом авиационной части, с 1955 г. — научным сотрудником Семипалатинского атомного полигона, с 1958 г. — специалистом по радиационной гигиене 71-й Центральной лаборатории МО СССР. В 1961—1989 гг. в ГНИИИ авиационной и космической медицины МО СССР прошел путь от младшего научного сотрудника до начальника отдела.

Б.И.Давыдов широко известен как специалист в области обеспечения радиационной безопасности, участник медицинских программ испытаний различного вида вооружений. Разработанные им принципы противорадиационной защиты нашли применение при обеспечении радиационной безопасности авиационных и космических полетов, а также экипажей вертолетов, участвовавших в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

Борис Ильич является основателем крупной научной школы военных авиационных радиобиологов. Под его руководством защищены 3 докторские и 10 кандидатских диссертаций. Он автор свыше 300 научных трудов, в т. ч. 12 монографий, пособий, руководств для радиобиологов и 10 изобретений.

После увольнения из Вооруженных Сил (1989) Борис Ильич продолжает плодотворно трудиться в должности старшего научного сотрудника Научно-исследовательского испытательного центра авиационно-космической медицины и военной эргономики ГНИИИ ВМ МО РФ. Он является членом редакционной коллегии журнала «Авиакосмическая и экологическая медицина», членом Российского национального комитета по защите от неионизирующих излучений.

За заслуги перед Отечеством Б.И.Давыдов награжден орденами Мужества, «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, 12 медалями и знаком «Отличнику здравоохранения».

Командование Главного военно-медицинского управления, Государственного научно-исследовательского испытательного института военной медицины Министерства обороны Российской Федерации, редакционная коллегия, редакционный совет и редакция «Военно-медицинского журнала», товарищи и ученики сердечно поздравляют Бориса Ильича Давыдова с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и творческих успехов.



© А.К.СОБОЛЕНКО, 2008
УДК 616:355 (092 Решетнёв И.С.)



27 августа 2008 г. исполнилось 70 лет ветерану Вооруженных Сил, бывшему сотруднику ЦВМУ МО СССР, начальнику группы главных специалистов – главному эпидемиологу службы медико-биологической защиты Гражданской обороны СССР полковнику медицинской службы в отставке **Ивану Семёновичу Решетнёву**.

И.С.Решетнёв родился в Брянской области. После окончания Витебского государственного медицинского института (1962) стал заместителем главного врача района и врачом-инфекционистом центральной районной больницы Могилевской области. В 1964 г. призван в Вооруженные Силы, служил младшим врачом полка, командиром санитарно-противоэпидемического взвода – дивизионным

эпидемиологом в Белорусском военном округе.

В 1970 г. окончил факультет руководящего медицинского состава Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова и был назначен начальником СЭО в Одесском военном округе. С 1973 г. проходил службу в должностях начальника СЭО армии, старшего офицера военно-медицинского отдела армии по боевой подготовке (ГСВГ). В 1978–1980 гг. являлся старшим врачом-экспертом, начальником организационно-методического отдела Центральной СЭЛ, в 1981–1983 гг. – старшим офицером эпидемиологического отдела ЦВМУ МО СССР. В этот период неоднократно был в командировке в 40-й армии. С 1984 по 1992 г. занимал должности начальника отдела, начальника группы главных специалистов – главного эпидемиолога службы медико-биологической защиты Гражданской обороны СССР.

Иван Семёнович активно участвовал в разработке организационных и научных проблем медицинской защиты населения от поражающих факторов современного оружия, техногенных и других видов катастроф. В период ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС осуществлял контроль за развертыванием и работой формирований (учреждений) сети наблюдения и лабораторного контроля, в т. ч. с выездом в наиболее загрязненные радионуклидами районы.

После увольнения из Вооруженных Сил И.С.Решетнёв продолжает плодотворно трудиться в ГНИИИ ВМ МО РФ старшим научным сотрудником.

Ратный труд И.С.Решетнёва отмечен орденом «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, медалью «За боевые заслуги» и многими другими медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Государственного научно-исследовательского испытательного института военной медицины МО РФ, редакционная коллегия, редакционный совет и редакция «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Ивана Семёновича Решетнёва с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и творческих успехов.

© М.И.ГОВОРУН, 2008
УДК 616:355 (092 Гофман В.Р.)



16 сентября 2008 г. исполнилось 60 лет ветерану Вооруженных Сил, бывшему начальнику кафедры отоларингологии (начальнику клиники) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова – главному отоларингологу МО РФ, заслуженному деятелю науки РФ, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы в отставке **Виктору Робертовичу Гофману**.

В.Р.Гофман родился в г. Новокузнецке Кемеровской области. После окончания с отличием ВМедА им. С.М.Кирова (1972) был врачом барокамеры авиационного полка, затем секретарем комитета комсомола факультета подготовки врачей для ВВС академии. В 1976 г. поступил в адъюнктуру при кафедре отоларингологии. В 1979–1982 гг. служил старшим ординатором клиники отоларингологии, в 1982–1987 гг. – преподавателем кафедры, в 1987–1990 гг. – заместителем начальника кафедры, в 1991–2001 гг. – начальником кафедры отоларингологии (начальником клиники) – главным отоларингологом МО РФ. С 2001 г. по настоящее время он профессор этой кафедры.

Виктор Робертович – автор 17 изобретений, более 500 печатных научных работ, в т. ч. соавтор 12 монографий, 6 руководств, 2 учебников, 3 книг, 8 учебно-методических пособий. Под его руководством защищены 42 кандидатские и 12 докторских диссертаций.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008
УДК 61:355

О стратегии социального развития Вооруженных Сил Российской Федерации на период до 2020 года (Семинар по подготовке стратегических планов медицинского обеспечения)

*ПОЛУНИН С.В., полковник медицинской службы
БОЧКАРЕВ А.Г., полковник медицинской службы
АДОНЬЕВ В.С., полковник медицинской службы
ДЖАНАЕВА Ф.В., подполковник медицинской службы*

В соответствии с планом мероприятий на 2008 г. по реализации *Стратегии социального развития Вооруженных Сил Российской Федерации до 2020 года* 7 августа 2008 г. состоялся под руководством советника министра обороны РФ **Е.Г.Приезжевой** в Главном управлении воспитательной работы Вооруженных Сил РФ семинар с начальниками медицинских служб видов Вооруженных Сил, военных округов (флотов), родов войск по вопросу подготовки стратегических планов развития медицинского обеспечения в рамках Стратегии — в части, касающейся сохранения и укрепления здоровья и улучшения социальной защиты, досуга и отдыха военнослужащих, лиц гражданского персонала Вооруженных Сил, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей.

С основным докладом о проекте *Стратегического плана по совершенствованию медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации на период до 2020 года* в рамках реализации Стратегии выступил начальник 2-го управления Главного военно-медицинского управления МО РФ генерал-майор медицинской службы **А.Я.Фисун**.

В его выступлении дана характеристика основных проблем медицинского обеспечения Вооруженных Сил, раскрыты причины и пути их решения, определены научно обоснованные показатели реализации Стратегического плана, весомость его «вклада» в достижение целей и задач Стратегии, раскрыты приоритет-

ные направления деятельности медицинской службы армии и флота.

В докладе определены порядок взаимодействия со стратегическими партнерами, возможные риски и меры по их минимизации, разработан механизм контроля за достижением стратегических целей и задач.

С докладами о проектах стратегических планов совершенствования медицинского обеспечения, приоритетных направлениях совершенствования медицинской помощи в видах Вооруженных Сил и военных округах выступили начальники медицинской службы видов Вооруженных Сил и военных округов.

Все доклады обсуждены участниками семинара.

Рассматривались предложения по оптимизации медицинского обеспечения как в целом в Вооруженных Силах, так и в их видах, военных округах, на флотах, в родах войск. В ходе дискуссий начальникам медицинских служб оказана методическая и практическая помощь по составлению проектов стратегических планов.

Все положения *15 подпрограмм*¹ по наиболее актуальным вопросам совершенствования медицинского обеспечения в рамках программы «Совершенствование медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации на период до 2020 года» Страте-

¹ *Шапо В.В., Приезжева Е.Г., Фисун А.Я. и др. Основные направления Стратегии социального развития Вооруженных Сил Российской Федерации до 2020 года // Воен.-мед. журн. — 2008. — Т. 329, № 6. — С. 4–10.*



гии были признаны участниками совещания актуальными для армии и флота.

Проекты стратегических планов, подготовленные органам военного управления, после доработки с учетом прогнозов динамики количества контингентов, имеющих законодательное право на получе-

ние медицинской помощи от Минобороны России с использованием сил и средств медицинской службы и экспертной оценки станут основой стратегического плана «Совершенствование медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации на период до 2020 года».

© А.В.КУРОЕДОВ, В.В.ГОРОДНИЧИЙ, 2008
УДК 617.7-007.681[063]

Главный глаукомный форум страны

КУРОЕДОВ А.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
ГОРОДНИЧИЙ В.В., подполковник медицинской службы

Уже 5-й год подряд глаукоматологи России провели свой ежегодный форум. 7 декабря 2007 г. они подвели итоги уходящего года в рамках V Международной научно-практической конференции «Глаукома: теории, тенденции, технологии». По традиции это мероприятие проходит под эгидой Главного военного-медицинского управления МО РФ в стенах 2-го Центрального военного клинического госпиталя им. П.В.Мандрыки. Именно отсюда начался путь освоения одной из новинок в диагностике глаукомы — компьютерной ретинотомографии.

В настоящее время этот форум включен в план мероприятий межрегиональной Ассоциации врачей-офтальмологов, а также международной глаукомной ассоциации и привлекает к работе ведущих лекторов из России, стран СНГ и дальнего зарубежья.

Следствием постоянного повышения научно-практического уровня конференции является арифметическая прогрессия количества участников. Аудитория форума была представлена более чем 450 врачами из всех стран постсоветского пространства, а также государств Европы и Азии.

Совершенствуется научная программа конференции. Научные сессии велись параллельно в 3 залах, что позволило заслушать более 70 докладов. Дополнительно была представлена постерная сессия, где размещались не включенные в основную график сообщения.

Во вступительной речи начальник 2 ЦВКГ, член-корреспондент РАМН генерал-майор медицинской службы **В.Б.Симоненко** отметил безусловную значимость конференции и необходимость тесной интеграции в этой области офтальмологии между военными врачами и офтальмологами других лечебно-профилактических учреждений.

Начальник 2-го управления ГВМУ МО РФ, профессор генерал-майор медицинской службы **А.Я.Фисун** обратил внимание на высокий уровень организации мероприятия и необходимость перенесения накопленного опыта для практического применения.

Впервые за последние годы офтальмологи России в лице военных офтальмологов и *Российского глаукомного общества* (РГО) обратились ко всем заинтересованным глаукомным сообществам стран СНГ и Балтии с целью создания единого информационно-научного пространства.

Вице-президент РГО, профессор **Е.А.Егоров**, отметил, что в рамках нового сообщества глаукомных организаций наших стран может быть сформирована единая координационная структура с программой, которая способна связать воедино главные научно-практические интересы по борьбе с глаукомой, чтобы уже в 2009 г. на очередном Мировом глаукомном форуме в Бостоне были достойно представлены результаты этой работы.

SUMMARY

Akimkin V.G., Muzychenko F.V., Malinovsky A.A., Moiseev A.N., Shvedov D.V. — **Informational cooperation of the complex of software and hardware tools of automatization of administration of state disease control.**

Nowadays, taking into account new tasks, that should be resolved by the medical service, could be marked enlargement of informational cooperation at the expense of perspective program-technical solutions, put in the complex of program-technical means of automatization of administration of state disease control CPTMADC during it's creating.

It's planned to elaborate an additional programmatic module for the purpose of using in CPTMADC the methodology of valuation of risk for resolving of tasks of socially-hygienic monitoring.

Before it's elaborating, there was examined a capacity to conversion of patterns of weekly reports about the sanitarian condition of objects and it's following using for informational transporting using electronic means of connection of the complex CPTMADC by the way of including in patterns the data about the staff under the influence of adverse factor, and following ranging the objects by the level of risk for staff.

Shappo V.V., Simonenko V.B., Gromov A.I., Zakharov S.V. — **The first experience of using of 64-cut computer-autotomography coronary arteriography for dispensarysation of officer staff.**

The article presents the estimations of capabilities of visualization of coronary arteria using 64-cut multispin computer tomography (MSCTCA) for the purpose of it's using for early detection of coronary atherosclerosis. There were examined 50 patients (42 men and 8 women) in the age of 29–78 years old. There was realized an analyze of

frequency of occurrence of coronary atherosclerosis in dependence of age. By 8 patients data of MSCTCA and KAG were compared. A high frequency of coincidence of results of the researches (88%) was determined. Also were determined evidences for realizing both of these methods. Causes of potential faults of data interpretation were discovered. MSCTCA — a high-effective method of diagnostics of coronary atherosclerosis and detection of character and value of stenotic damage of coronary arteria. Received data permit determine practicability of further realization of interventional radiology.

Voynovsky E.A., Morozov D.V., Sabanin Yu.V., Yusupov I.E., Harlamova I.V. — **Surgical aid to military men of internal security troops and staff of Ministry of Internal Affairs of RF, got severe wounds during contra-terrorist actions on Northern Caucasia.**

The 4-years experience of medical supporting of a wide-ranging contra-terrorist action (2000–2003) has conclusively demonstrated an exact correlation between intensity of battle actions and scales of sanitarian losses, between character of battle actions and structure of sanitarian losses, between steps, passed by wounded and results of treatment. In offensive operations dominated single gunshot wounds. In these conditions was marked a high frequency of chest case, of hurts of venter and hip joint. In conditions, when territory is already occupied and the opponent began a «landmine» war, dominate fragment and multiple wounds. In the same phase of war frequency of conjoined and combined hurts rise, the same as hurts of legs. In conditions of battle actions in structure of viscerogenic pathology the first place is occupied by diseases of respiratory system, of blood circulatory system and urogenital system.

Перевод В.Б.Божедомова

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 09.09.08.
Формат 70×108¹/₁₆.
Усл. печ. л. 8,4.
Заказ № 1104.

Печать офсетная.
Усл. кр.-отт. 9,8.
Тираж 3635 экз.

Подписано к печати 07.10.08.
Бумага офсетная.
Уч.-изд. л. 8,6.
Каталожная цена 42 р. 90 к.

Отпечатано в ФГУП «Издательский дом «Красная звезда»:
123007, Москва, Хорошевское шоссе, д. 38