

ВРУЧЕНИЕ БОЕВОГО ЗНАМЕНИ САМАРСКОМУ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОМУ ИНСТИТУТУ

26 ноября 2008 г. в Самарском военно-медицинском институте состоялось знаменательное событие – вручение Боевого знамени нового образца. Накануне, 25 ноября, состоялся еще один уникальный ритуал – крепление полотнища Боевого знамени к древку специальными знаменными гвоздями. Этой чести были удостоены 14 военнослужащих, представлявших все категории – от генерала до слушателя.



Осмотр Боевого знамени начальником Самарского военно-медицинского института генерал-майором медицинской службы **С.Ф.Усиком**. Знаменщик – кавалер ордена Мужества полковник медицинской службы **В.Г.Малахов**



Прохождение личного состава института торжественным маршем под Государственным флагом Российской Федерации, Боевым знаменем Самарского военно-медицинского института и Боевым знаменем 358-го окружного военного клинического госпиталя ПУрВО

Материал о вручении Боевого знамени опубликован в рубрике «Хроника»

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
И. Г. Корнюшко
А. С. Круглов
А. Н. Кучмин
В. А. Линок
Ю. В. Лобзин
В. К. Семенцов
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. Бениа (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. Шелепов (С.-Петербург)

Адрес редакции:

119160, Москва, редакция
«Военно-медицинского журнала»

Телефон редакции:

(495) 656-33-41

Non scholae, sed vitae discimus!

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2009 * МАРТ
Т. 330 * № 3

- Особенности организации лекарственной помощи в военном здравоохранении
- Инновационные технологии в повседневной практике военного госпиталя
- Оценка тяжести вреда здоровью при ожоговых поражениях
- Диагностика и лечение острого коронарного синдрома
- Клиника и лечение посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов
- Действие авиационного шума на орган слуха специалистов ВВС
- Врачебно-летная экспертиза: этапы становления, проблемы, перспективы

МОСКВА
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
«КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»



Организация медицинского обеспечения Вооруженных Сил

Organization of medical support of the Armed Forces

Фисун А.Я., Гущенко В.А., Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б. — **Правовые, научно-методические и экономические аспекты организации лекарственной помощи в военном здравоохранении**

4

Fisun A.Ya., Gushchenko V.A., Miroshnichenko Yu.V., Goryachev A.B. — Juridical, science-methodical and economic aspects of organization of medicamentary help in military health service

Зубков А.Д. — **Внедрение инновационных технологий в повседневную практику военного авиационного госпиталя**

11

Zubkov A.D. — Introduction of innovation technologies in daily practice of military aviation hospital

Трегубов В.Н., Костюченко А.И., Стеценко Б.Г. — **О совершенствовании работы начальников лечебно-диагностических отделений госпиталей — главных медицинских специалистов военных округов (флотов)**

16

Tregubov V.N., Kostyuchenko A.I., Stetsenko B.G. — About the improvement of work of chiefs of treatment-diagnostic units of hospitals — main medical specialists of military regions (NAVYs)



Медицина экстремальных ситуаций

Medicine of extreme situations

Колкутин В.В., Шаповалов С.Г., Толмачёв И.А., Бельх А.Н., Сидельников В.О., Кадочников Д.С., Ткачук И.В. — **Оценка тяжести вреда здоровью при ожоговых поражениях**

20

Kolkutin V.V., Shapovalov S.G., Tolmachyov I.A., Belyh A.N., Sidel'nikov V.O., Kadochnikov D.S., Tkachuk I.V. — The estimation of damage weight to the health in conditions of ambustion affects



Лечебно-профилактические вопросы

Prophylaxis and treatment

Белякин С.А., Игонин В.А., Шамес А.Б., Проскурин В.М. — **Острый коронарный синдром: современные подходы к диагностике и лечению**

24

Belyakin S.A., Igonin V.A., Shames A.B., Proskurin V.M. — Acute coronary syndrome: modern approaches to diagnostics and treatment

Самохвалов И.М., Бояринцев В.В., Гаврилин С.В., Грицай А.Н., Фролович Ю.Н., Гавришук Я.В. — **Эрозии и язвы верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой**

30

Samohvalov I.M., Boyarintsev V.V., Gavrilin S.V., Gritsay A.N., Frolovich Yu.N., Gavrishchuk Ya.V. — Anabrosis and chancres of upper gastrointestinal tract by injureds with hard concomitant injury

Лобзин Ю.В., Волжанин В.М., Финогеев Ю.П., Семена А.В. — **Клинико-электрокардиографическая характеристика дистрофии миокарда у инфекционных больных**

34

Lobzjn Yu.V., Volzhanin V.M., Finogeev Yu.P., Semena A.V. — Clinical-electrocardiographic characteristics of myocardosis by contagious patient

Нечаева Н.К. — **Осложнения дентальной имплантации**

39

Nechaeva N.K. — Complications of dental implantation



**Гигиена и физиология
военного труда**

**Military physiology
and hygiene**

Решетников В.А., Резник А.М. — Психо-фармакотерапия боевого посттравматического стрессового расстройства (Обзор клинических исследований)

42

Reshetnikov V.A., Reznik A.M. — Psychopharmacotherapy of battle post-traumatic stress disorder (Review of clinical searches)

Малашенко О.И., Новиков В.А., Ласков В.Б., Погосов О.И. — Особенности клиники и лечения посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов

48

Malashenko O.I., Novikov V.A., Laskov V.B., Pogosov O.I. — Peculiarities of clinics and treatment of post-traumatic disorders by combatants



**Авиационная
и военно-морская медицина**

Air and navy medicine

Зинкин В.Н., Солдатов С.К., Шешегов П.М., Елефиренко С.В., Миронов В.Г. — Действие авиационного шума на орган слуха специалистов Военно-Воздушных Сил

54

Zinkin V.N., Soldatov S.K., Sheshegov P.M., Elefirenko S.V., Mironov V.G. — Affect of aircraft-noise on ears of air force's specialists

Пономаренко К.В., Вовкодав В.С. — Врачебно-летная экспертиза: этапы становления, проблемы, перспективы

59

Ponomarenko K.V., Vovkodav V.S. — Medical-flying expertise: stages of formation, problems, perspectives



Краткие сообщения

63

Brief reports



**Из истории
военной медицины**

**From the history
of military medicine**

Будко А.А., Баловнев В.Г., Смекалов А.В., Пономаренко В.Н., Журавлёв Д.А. — Генерал армии Н.Ф.Ватутин: история ранения

83

Budko A.A., Balovnev V.G., Smekalov A.V., Ponomarenko V.N., Zhuravlyov D.A. — General of the Army N.F.Vatutin: history of wounding



Официальный отдел

87

Official communications



Хроника

Chronicle

Капрусынко Н.В. — Четырнадцать золотых гвоздей в реликвию

92

Kaprusynko N.V. — Fourteen gold nails — in halidom

Руденко М.И., Буров Н.Е. — Конференция о применении инертных газов в медицине

94

Rudenko M.I., Burov N.E. — Conference on the topic of using of inert gases in medicine

Резюме

96

Summary

CONTENTS



Правовые, научно-методические и экономические аспекты организации лекарственной помощи в военном здравоохранении

*ФИСУН А.Я., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы
ГУШЕНКО В.А., генерал-майор медицинской службы
МИРОШНИЧЕНКО Ю.В., заслуженный работник здравоохранения РФ, профессор,
полковник медицинской службы
ГОРЯЧЕВ А.Б., заслуженный работник здравоохранения РФ, кандидат фармацевтических наук, полковник медицинской службы*

Лекарственная помощь¹ (ЛП) относится к числу высоковостребованных медико-социальных услуг, совершенствованию механизмов которой в последнее время уделяется большое внимание на всех уровнях государственного управления². Руководством страны определена главная цель социальной политики — сделать медицинскую, и в т. ч. лекарственную, помощь качественной и доступной для всех слоев населения.

В основополагающих документах ООН и ВОЗ обеспечение *лекарственными средствами* (ЛС) рассматривается как ключевой элемент медицинской помощи, составляющей неотъемлемую часть прав человека:

— пользоваться наивысшим достижимым стандартом здравоохранения — одно из основных прав любого человека независимо от расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения (Устав ВОЗ. Принят Международной конференцией здравоохранения в 1946 г.);

— каждый человек имеет право на такой жизненный уровень (включая пищу, одежду, жилище, медицинскую помощь, необходимые социальные услуги), который достаточен для поддержания здоровья его самого и его семьи (Всеобщая декларация прав человека. Принята Генеральной ассамблеей ООН по экономическим и социальным вопросам 16 декабря 1948 г.);

— правительства стран и международное сообщество обязаны обеспечить постепенную реализацию прав на здоровье, что включает в себя ответственность за профилактику, лечение и борьбу с заболеваниями, а также создание условий, обеспечивающих доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам (Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах. Принят Советом ООН по экономическим и социальным вопросам 16 декабря 1966 г.);

— доступ к товарам и услугам включает в себя снабжение основными ЛС, необходимыми для профилактики и лечения распространенных заболеваний

¹ Под ЛП понимается специальный вид медицинского обслуживания, направленный на сохранение, поддержание, укрепление и восстановление здоровья, профилактику заболеваний путем доведения лекарственных средств до потребителей (прикрепленных контингентов и лечебно-профилактических учреждений) с предоставлением необходимой информации [4].

² Совещание под руководством Д.А. Медведева (протокол совещания от 22 марта 2007 г.); коллегия Федеральной службы в сфере здравоохранения и социального развития в апреле 2008 г. (протокол заседания коллегии от 16 апреля 2008 г.); совещание под руководством Председателя Правительства Российской Федерации В.В.Путина по вопросам развития производства медицинских препаратов (г. Курск, 19 июня 2008 г.).



Литература

1. Гущенко В.А., Мирошниченко Ю.В., Умаров С.З. и др. Методологические аспекты совершенствования системы медицинского снабжения Вооруженных Сил // Воен.-мед. журн. — 2006. — Т. 327, № 3. — С. 4–6.
2. Лошаков Л., Лиш А., Синотова С. Правовое регулирование лекарственного обеспечения на уровне субъектов Российской Федерации // Ремедиум. — 2002. — № 7–8. — С. 38–41.
3. Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Мацкулак Д.И., Умаров С.З. Экономика качества в фармацевтической отрасли — некоторые вопросы теории и практики // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. — 2007. — № 2 (18). — С. 115–119.
4. Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б., Бунин С.А., Умаров С.З. Методологические аспекты повышения эффективности лекарственной помощи в Вооруженных Силах // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. — 2008. — № 3 (23). — С. 147–143.
5. Мирошниченко Ю.В., Мацкулак Д.И., Бунин С.А., Ступников А.В. Регулирование качества и повышения конкурентоспособности отечественных лекарственных средств // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. — 2007. — № 4 (20). — С. 148–155.
6. Николаева Н.М. Планы по пересмотру нормативных правовых документов, регламентирующих фармацевтическую деятельность и виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств и психотропных веществ // Матер. Всерос. конф. по вопросам гос. регулирования в сфере обращения лекарственных средств и мед. изделий «Фарммедобращение — 2007». — М., 2007. — С. 97–103.
7. ОСТ 91500.01.0005-2001. Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 января 2001 г. № 12.
8. Смирнов И. Болезнь и лекарство: актуальные аспекты проблемы // Эконом. вестн. фармации. — 2002. — № 3. — С. 15–18.
9. Татарников М.А. Основные этапы и перспективы реформирования Российского здравоохранения // ГлавВрач. — 2006. — № 12. — С. 24–37.
10. Умаров С.З., Мирошниченко Ю.В., Наркевич И.А. Анализ отечественного опыта нормирования потребления лекарственных средств // Эконом. вестн. фармации. — 2002. — № 6 (52). — С. 75–79.
11. Фомина А.В., Мошкова Л.В. Доступность лекарственной помощи населению: факторы влияния // Новая аптека. — 2004. — № 3. — С. 48–52.
12. Юргель Н.В., Тельнова Е.А. ДЛО — ОНЛС, «7 нозологий», а что дальше? // Вестн. Рос.-здравнадзора. — 2008. — № 5. — С. 4–21.
13. Ягудина Р.И. Лекарства в зеркале перемен // Новая аптека. — 2007. — № 2. — С. 33–35.
14. National Research and Development Centre for Welfare and Health. From values to choices: report of the working group on health care prioritization. — Helsinki: Sosiaali-ja Terveysalam Tutkimus-ja Kehittamiskeskus (STAKES), 1995.

© А.Д.ЗУБКОВ, 2009
УДК 61:355

Внедрение инновационных технологий в повседневную практику военного авиационного госпиталя

ЗУБКОВ А.Д., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

В ряде документов, таких как «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки Российской Федерации» (1997), «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации до 2005 года» (2000), в ключевых положениях приоритетного национального проекта «Здоровье», обозначены основные направления деятельности органов здравоохранения и лечебно-профилактических учреждений по охране здоровья граждан России, профилактике заболеваний, разработке современных

методов амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, обеспечению доступности для населения высокотехнологичных дорогостоящих видов лечения [8].

В соответствии с темой настоящей публикации хотелось бы подчеркнуть, что охрана здоровья летного состава военной авиации не только является одной из важнейших задач авиационной медицины, врачебно-летной экспертизы, но и относится к важнейшим аспектам социальной политики государства в период реформи-



рования и создания нового облика Вооруженных Сил, поскольку уровнем здоровья этого контингента военнослужащих во многом определяется обороноспособность страны и обеспечивается ее национальная безопасность [2, 9].

В современных условиях особую актуальность приобретает проблема сохранения и укрепления профессионального здоровья летного состава, т. е. способности организма летчика сохранять компенсаторные и защитные свойства, обеспечивающие профессиональную надежность и работоспособность во всех условиях летной деятельности. С категорией профессионального здоровья неразрывно связано профессиональное долголетие, которое является многогранным понятием, охватывающим социальную, психологическую и специальную (военную) сферы [3, 4].

В данном контексте чрезвычайно велика роль военных авиационных госпиталей. Именно они являются тем звеном военно-медицинской службы, где летный состав может и должен реально получить полный объем инновационной высокотехнологичной специализированной лечебно-диагностической, восстановительно-реабилитационной помощи, получить экспертную оценку состояния индивидуального и профессионального здоровья [3, 4, 9].

В основе выбора стратегических и текущих направлений развития авиационных госпиталей, особенно в условиях ограниченности выделяемых ресурсов, должен лежать объективный анализ состояния и перспектив развития военной авиации, авиационной медицины, возможностей внедрения инновационных технологий восстановительного, реабилитационного лечения и врачебно-летной экспертизы летного состава с учетом принятия на вооружение авиационных систем 4-го и 5-го поколений.

При этом нельзя забывать и о важности специализированного медико-экономического анализа. Его проведение позволяет выявить круг заболеваний, которые по своей распространенности и последствиям в виде преждевременной и ранней дисквалификации летного состава по медицинским показаниям приводят к наи-

большим социальным и экономическим потерям. Разработка с учетом результатов данного анализа адекватных профилактических и лечебно-реабилитационных методов и технологий, внедрение их в широкую практику авиационной медицины несомненно приведет к минимизации указанных потерь [1, 3–5].

Отдельным, но отнюдь не менее значимым направлением повышения эффективности и результативности деятельности военных авиационных госпиталей в интересах сохранения профессионального здоровья и летного долголетия авиационных специалистов является проблема использования в их работе инновационных организационных и информатизационных технологий.

Исходя из представленных выше аргументов, в ФГУ «7-й Центральный военный клинический авиационный госпиталь Министерства обороны Российской Федерации» на протяжении 2004–2007 гг. выполнялись комплексные исследования по сравнительной оценке эффективности современных организационных и информатизационных технологий, инновационных методов и технологий донозологической диагностики, восстановительного лечения, реабилитации и врачебно-летной экспертизы летного состава государственной авиации.

Исследования проводились в несколько этапов и включали подготовительный период, разработку унифицированных матриц для фиксирования полученных результатов и создания на их основе соответствующих баз данных, оценку результатов использования различных медико-диагностических, лечебно-восстановительных и реабилитационных технологий, сбор медико-социальной и статистической информации, формирование баз данных, анализ полученных результатов, создание перспективной модели донозологической диагностики, восстановительного лечения и реабилитации летного состава с профессионально-значимыми заболеваниями и внедрение ее в повседневную практику, выработку новых подходов к медицинскому освидетельствованию и врачебно-летной экспертизе, а также оценку их эффективности.



разработки принципиально новых подходов к такой оценке и в т. ч. специальных оценочных критериев.

Нам представляется, что обязательным в оценке деятельности авиационного госпиталя должно стать определение по результатам стационарного лечения полноты восстановления (увеличения) интегральных показателей функционального и психофизиологического статуса лиц летного состава в плане их годности к летной работе.

Унифицированный алгоритм получения таких формализованных интегральных показателей разработан, что позволило использовать их для сравнительной

оценки результатов работы коллектива госпиталя в изученный период (рис. 3).

Таким образом, разработка и внедрение инновационных управленческих и медицинских технологий — приоритетное направление формирования нового облика военных авиационных госпиталей, приведения их деятельности в соответствие с современными возможностями клинической и восстановительной медицины, реабилитологии и клинической психофизиологии в интересах совершенствования врачебно-летной экспертизы летного состава, укрепления его профессионального здоровья и продления летного долголетия.

Литература

1. Александров М.А. Доказательная медицина и экономический анализ в здравоохранении // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2007. — № 12 (75). — С. 29–34.
2. Бестужев-Лада И.В. Прогнозное обоснование социальных нововведений. — М., 1993. — 210 с.
3. Бодров В.А. Профессиональное здоровье летчиков и летное долголетие. — М., 1989. — С. 50–56.
4. Бугров С.А., Лапаев Э.В., Пономаренко В.А., Ступаков Г.П. Проблема профессионального здоровья в авиационной медицине // Воен.-мед. журн. — 1993. — № 1. — С. 61–64.

5. Быков И.Ю., Зубков А.Д. Восстановительная медицина — важнейшее направление медицинского обеспечения Военно-Воздушных Сил // Воен.- мед. журн. — 2006. — Т. 327, № 10. — С. 4–7.
6. Инновационные процессы // Сб. статей. — М.: ВНИИСИ, 1982. — С. 34–37.
7. Карпова Ю.А. Введение в социологию инноватики. — СПб: «Питер Принт», 2004. — 185 с.
8. Татарников М.А. Основные стратегии развития здравоохранения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2007. № 12 (75). — С. 5–7.
9. Ушаков И.Б., Вартбаронов Р.А., Усов В.М. Системная концепция индивидуального здоровья с позиций практической медицины. Часть 1. Теоретические аспекты // Гиг. и сан. — 2004. — № 2. — С. 61–66.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 61:355

О совершенствовании работы начальников лечебно-диагностических отделений госпиталей — главных медицинских специалистов военных округов (флотов)

ТРЕГУБОВ В.Н., профессор, полковник медицинской службы
КОСТЮЧЕНКО А.И., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,
полковник медицинской службы в отставке
СТЕЦЕНКО Б.Г., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы

В современных условиях на фоне увеличения и усложнения задач, решаемых военным здравоохранением, возрастает значение качественного и эф-

фективного управления коллективами военно-медицинских организаций. Важная роль при этом принадлежит деятельности начальников лечебно-диагно-



стических отделений (центров) военных госпиталей, одновременно являющихся штатными и нештатными *главными медицинскими специалистами* (НЛДО–ГМС) военных округов (флотов), видов Вооруженных Сил РФ, родов войск.

Подтверждением данному положению является то обстоятельство, что на должности НЛДО–ГМС назначаются наиболее квалифицированные и опытные сотрудники, глубоко и всесторонне знающие свою специальность, обладающие организаторскими способностями, активно занимающиеся практической и научно-исследовательской деятельностью, а также подготовкой кадров по своей специальности.

Цель исследования. Изучить особенности работы НЛДО–ГМС в современных условиях и обосновать основные направления совершенствования их деятельности в масштабе военного округа (флота), вида ВС РФ, рода войск.

Материалы и методы. Для достижения цели исследования использовались методы анкетного опроса, экспертный, аналитический, логический, статистический. В качестве базы исследования были выбраны два окружных госпиталя и один центральный госпиталь вида ВС РФ. В общей сложности к исследованию было привлечено 44 НЛДО–ГМС, деятельность которых анализировалась с 2005 по 2007 г., и 12 экспертов из числа наиболее подготовленных организаторов и клиницистов военного здравоохранения.

Результаты и обсуждение. Среди респондентов, которые были привлечены к исследованию, 68% являлись штатными и 32% нештатными НЛДО–ГМС. Врачей хирургического профиля было 41%, терапевтического профиля – 45%, диагностических подразделений – 14%.

В возрасте до 45 лет на должностях НЛДО–ГМС военную службу по контракту проходило 27% офицеров медицинской службы, от 45 до 50 лет – 32% и свыше 50 лет – 41%. Средний возраст НЛДО–ГМС на момент исследования составлял 47 лет.

Общая продолжительность их деятельности в здравоохранении в среднем составляла 24 года. При этом стаж работы в должности НЛДО–ГМС распределял-

ся следующим образом: до года – 14%, от 1 до 3 лет – 9%, 5 и более лет – 77%.

Высшую квалификационную категорию имели 73% НЛДО–ГМС, первую – 16%, вторую – 11%. Почетное звание «Заслуженный врач РФ» было присвоено 9% респондентов.

Необходимо отметить, что большинство НЛДО–ГМС (77%) не имеют высшего военного образования. До назначения на должность только 23% из них закончили факультет руководящего медицинского состава Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, 32% – ординатуру, 45% обучались по специальности в интернатуре или по программам дополнительного профессионального образования.

Анализ условий жизни и деятельности НЛДО–ГМС наглядно свидетельствует об имеющейся у них возможности значительно больше уделять внимание медицинскому обеспечению ВС РФ. Так, квартирами обеспечены 95% специалистов, большинство их членов семей трудоустроены, супруги (супруг) – 98%, дети определены в детские дошкольные, а также образовательные учреждения – 95%.

В среднем за каждым подчиненным НЛДО–ГМС врачом было закреплено 11 госпитальных коек, что в два раза меньше норматива, принятого в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ. На дежурства по госпиталю НЛДО–ГМС привлекались от 1 до 2 раз в месяц, в среднем 1,8 раза. В служебные командировки за последние три года НЛДО–ГМС выезжали от 1 до 2 раз, в среднем – 1,4 раза, в тактико-специальных учениях участвовали 1,5 раза, в командно-штабных учениях – 1 раз. Стабильно низким сохраняется среднее число выездов НЛДО–ГМС в *лечебно-профилактические учреждения* (ЛПУ) и воинские части ВС РФ для оказания методической и практической помощи – 1,2 раза в год.

Недостаточно высокой сохранялась среди НЛДО–ГМС доля лиц (28%), которые активно занимались научной работой: 4% имели ученую степень доктора медицинских наук, 13% – кандидата медицинских наук, 11% являлись соискателями ученых степеней. За анализируемые три года НЛДО–ГМС было опубликована-



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616-001.17-07

Оценка тяжести вреда здоровью при ожоговых поражениях

*КОЛКУТИН В.В., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы
ШАПОВАЛОВ С.Г., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
ТОЛМАЧЁВ И.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы
БЕЛЫХ А.Н., профессор
СИДЕЛЬНИКОВ В.О., профессор, полковник медицинской службы
КАДОЧНИКОВ Д.С., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
ТКАЧУК И.В., кандидат медицинских наук*

По данным Всемирной организации здравоохранения, термические поражения занимают третье место среди прочих травм, в Российской Федерации на их долю приходится 10–11%. В последние годы в различных странах мира отмечается тенденция к увеличению числа пожаров, сопровождавшихся человеческими жертвами [1]. На протяжении последних двух десятилетий частота ожогов во всем мире непрерывно возрастает [3, 12]. В Российской Федерации в 2000 г. произошло 295 тыс. пожаров, в огне погибло 15 877 и травмировано 11 334 человека [7].

Значительная часть пострадавших на пожарах доставляется в стационар с многофакторными поражениями, среди которых наиболее тяжелыми являются термические ожоги кожного покрова. При этом летальность среди тяжелообожженных остается высокой (21,2%) даже в специализированных стационарах [9, 10]. Удельный вес погибших в результате полученных при пожарах ожогов составляет 38,4% [5]. При этом ожоговая проблема в настоящее время из чисто хирургической превратилась в проблему общепатологическую [8].

Появляются отдельные сообщения о выздоровлении больных с глубокими ожогами до 65% поверхности тела, но удовлетворительные результаты в основном достигаются у лиц молодого возраста.

Между тем в ожоговых отделениях отмечается рост удельного веса пострадавших пожилого и старческого возраста. Наличие сопутствующих и интеркуррентных заболеваний у этой группы больных отягощает течение как локальных ожогов, так и ожоговой болезни. В связи с этим результаты лечения ожогов у лиц старше 50 лет на площади свыше 15% поверхности тела остаются крайне неудовлетворительными [6].

Термические травмы имеют сложный и недостаточно изученный патогенез. При обширных и глубоких ожогах возникают выраженные сдвиги как в функции, так и в морфологии почти всех основных органов и систем, причем причинная взаимосвязь нарушения находится на клеточном и субклеточном уровнях, что значительно затрудняет распознавание этих тонких патологических процессов [4, 9].

Увеличение частоты и тяжести ожоговой травмы обусловило резкое возрастание количества пострадавших с выраженными последствиями ожогов. Снижение государственного финансирования здравоохранения, приведшее к разрыву этапности лечения (специализированный стационар – реабилитационный центр – санаторно-курортное лечение), ухудшение экономической ситуации в стране, вследствие чего появ-



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616.132.2-036.11

Острый коронарный синдром: современные подходы к диагностике и лечению

*БЕЛЯКИН С.А., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,
полковник медицинской службы
ИГОНИН В.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
полковник медицинской службы
ШАМЕС А.Б., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,
полковник медицинской службы
ПРОСКУРИН В.М., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,
полковник медицинской службы*

Болезни системы кровообращения на протяжении многих лет являются одними из самых распространенных и продолжают оставаться ведущей причиной смерти населения страны. При этом в структуре смертности от болезней системы кровообращения на первом месте находится ишемическая болезнь сердца – 48,1% [2]. В Вооруженных Силах РФ ежегодно от ишемической болезни сердца умирают 40 и более военнослужащих, проходящих военную службу по контракту. Особенно неблагоприятная ситуация складывается в ВВС.

Инфаркт миокарда (ИМ) – одна из наиболее частых причин смертельных исходов при коронарной болезни сердца. Госпитальная летальность в России от острого ИМ достигает в настоящее время 18%. Общая смертность при ИМ превышает госпитальную летальность более чем в 2 раза [3].

Термин «*острый коронарный синдром (острые коронарные синдромы)*» – (ОКС) стал употребляться в начале 1990-х годов для обозначения патогенетически единых острых ишемий миокарда [6]. Впоследствии это понятие приобрело официальный статус в связи с необходимостью начала лечения до установки окончательного нозологического диагноза – ИМ или *нестабильной стенокардии (НС)*.

Согласно Российским рекомендациям «Лечение острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента *ST* на ЭКГ» 2004 г. ОКС определяется как любая группа клинических признаков, позволяющих подозревать острый ИМ или НС. Больной с клиническими симптомами ОКС по ЭКГ-признакам может быть отнесен к одной из двух его форм – ОКС с подъемом сегмента *ST* или ОКС без подъема сегмента *ST*. Пациентов с полной блокадой левой ножки пучка Гиса следует относить к ОКС с подъемом сегмента *ST*.

Применение данной синдромной нозологической диагностики при первом контакте с больным является примером медицинской сортировки – выделения групп пациентов по сходным лечебно-диагностическим мероприятиям.

В основе ОКС находится общий анатомический субстрат – внутрикоронарный тромбоз. Доказано, что ИМ и НС являются разными клиническими проявлениями единого патофизиологического процесса – тромбоза различной степени выраженности над надрывом атеросклеротической бляшки или эрозией эндотелия в области бляшки [5].

Лечение ОКС строится на применении антиишемических и антитромботических средств, хирургической реваскуляризации миокарда: *чрескожного*



Эрозии и язвы верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой

*САМОХВАЛОВ И.М., профессор, полковник медицинской службы
БОЯРИНЦЕВ В.В., профессор, полковник медицинской службы
ГАВРИЛИН С.В., доктор медицинских наук
ГРИЦАЙ А.Н., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
ФРОЛОВИЧ Ю.Н.
ГАВРИЩУК Я.В.*

Выраженность поражения внутренних органов при травматической болезни, в т. ч. и органов пищеварения, зависит от степени нарушения метаболических, эндокринных, иммунных процессов. В свою очередь эти нарушения гомеостаза определяются тяжестью травмы, длительностью и выраженностью травматического шока, количеством поврежденных областей тела. Таким образом, чем больше тяжесть повреждения и тяжесть состояния в острый период травматической болезни, тем с большей вероятностью следует ожидать осложнений со стороны органов желудочно-кишечного тракта [1, 5].

Одно из грозных осложнений при тяжелой сочетанной травме – желудочно-кишечное кровотечение. Частота его возникновения, по данным разных авторов, колеблется от 2 до 25% [3, 4, 6]. При травматическом шоке нарушается кровоснабжение слизистой оболочки желудка, особенно тела и дна, где наиболее часто локализуются острые язвы. Для возникновения острых язв необходимо снижение кровотока в подслизистом слое до 40% от исходного уровня [2, 7]. Ведущей причиной нарушения устойчивости слизистой оболочки гастроудоденальной зоны является ослабление адекватного кровоснабжения.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения пострадавших с политравмами путем разработки рациональной тактики опережающей интенсивной терапии эрозив-

но-язвенных поражений гастроудоденальной зоны и разработка рациональной эндоскопической тактики при желудочно-кишечных кровотечениях в третий период травматической болезни (период максимальной вероятности развития осложнений).

Материал и методы

Проведен анализ особенностей течения травматической болезни у 106 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой двух основных массивов, находившихся на лечении в 2006–2008 гг. в отделении интенсивной терапии клиники военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М.Кирова.

Для выявления факторов риска развития осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта был сформирован ретроспективный массив из 56 пострадавших, имевших повреждения крайне тяжелой степени (в среднем $14,4 \pm 1,2$ балла шкалы ВПХ-П). Тяжесть состояния при поступлении в стационар у большинства пострадавших оценивалась как крайне тяжелая (в среднем $34,8 \pm 2,0$ балла шкалы ВПХ-СП). Течение травматической болезни у 15 пострадавших ретроспективного массива (26,8% от численности массива) осложнилось развитием эрозий и язв гастроудоденальной зоны, а у 9 (16,1%) из них имело место желудочно-кишечное кровотечение.

С целью раннего выявления группы риска по развитию указанных осложнений травматической болезни проанализированы значения 24 перспективных



(6-е и 14-е сутки травматической болезни), в рамках интенсивного наблюдения в группе повышенного риска целесообразно выполнять диагностические фиброгастроуденоскопии.

4. При капиллярных и венозных кровотечениях из эрозий и язв гастродуоденальной зоны методом выбора при эндоскопических вмешательствах является аргонноплазменная коагуляция.

Литература

1. Гаврилин С.В., Бояринцев В.В., Кобишвили М.Г. Острая недостаточность желудочно-кишечного тракта при тяжелой огнестрельной травме // Вестн. хир. — 2001. — № 5. — С. 89–93.
2. Курьин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. — СПб: Питер, 2001. — 471 с.
3. Осипен И.С. Повреждение слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта у раненых и пострадавших с множественными и сочетанными травмами // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1998. — 32 с.
4. Садчиков Д.В., Богородский Л.Ю. Ост-

рые эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта у больных в критическом состоянии // Вестн. интенсивной терапии. — 1999. — № 4. — С. 32–35.

5. Сацукевич В.Н., Сацукевич Д.В. Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв. — М.: Либерия, 1999. — 416 с.

6. Шанин Ю.Н., Шанин В.Ю., Зиновьев Е.В. Антиоксидантная терапия в клинической практике (теоретическое обоснование и стратегия проведения). — СПб: ЭЛБИ-СПб, 2003. — 128 с.

7. Poole G.V. MODS in the septic/inflammatory patient // Sepsis and multiple organ dysfunction / Eds. E.A. Deitch, J.-L. Vincent, A. Windsor. — W.B. Saunders, 2002. — P. 35–45.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616.127-007.17-02:616.9

Клинико-электрокардиографическая характеристика дистрофии миокарда у инфекционных больных

ЛОБЗИН Ю.В., заслуженный деятель науки РФ, академик РАМН, профессор, генерал-майор медицинской службы запаса
ВОЛЖАНИН В.М., заслуженный врач РФ, доцент, полковник медицинской службы
ФИНОГЕЕВ Ю.П., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке
СЕМЕНА А.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

Цель данного сообщения — ознакомить врачей с наиболее надежными методами раннего выявления поражений миокарда у инфекционных больных.

В кабинете функциональной диагностики клиники инфекционных болезней Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова за 30 с лишним лет обследовано более 25 тыс. инфекционных больных. Почти каждому больному проводилось электрокардиографическое исследование в динамике [1].

Традиционные клинические, клинико-лабораторные и морфологические критерии не дают возможности поставить диагноз дистрофии миокарда и провести

своевременную дифференциальную диагностику с инфекционным миокардитом [1]. Учение о метаболических, некоронарогенных и невоспалительных заболеваниях сердечной мышцы остается по сей день наименее разработанной областью в кардиологии, что особенно справедливо к инфектологии.

Нарушение гемодинамики при инфекционных болезнях встречается почти у всех больных. Нередко эти нарушения носят функциональный характер и могут быть выявлены только по результатам специальных исследований [1]. При ангине и дифтерии изменения в мышце сердца обычно рассматриваются как



проявления основного заболевания. При других инфекционных болезнях не всегда удается выявить строгую зависимость поражения сердца от тяжести заболевания [6, 10].

В эксперименте на животных изучено влияние на миокард гриппозной, стафилококковой и синегнойной инфекций. Установлено, что явления дистрофии миокарда (снижение активности сукцинатдегидрогеназы, снижение гликогена, деструктивные процессы в миофибриллах и митохондриях) нередко предшествуют воспалению и/или сочетаются с ним, т. е. дистрофия миокарда при инфекционной патологии предшествует миокардиту. Выявленная дистрофия миокарда служит сигналом к тому, что у данного больного может в ближайшее время развиться такое грозное осложнение, как инфекционный миокардит [8].

Было обследовано 550 пациентов с инфекционным поражением миокарда. Для диагностики миокардита использовались следующие критерии: клинические и инструментальные признаки изолированного поражения миокарда на фоне или после перенесенной инфекции, наличие адинамии, увеличение активности аспаратаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы, креатинфосфокиназы. Самыми ранними электрокардиографическими признаками миокардита и наиболее частыми проявлениями реакции на острую инфекцию являлись уплощение, двухфазность или инверсия зубца *T*, смещение сегмента *ST* на серийных ЭКГ со стойким сохранением или прогрессированием этих изменений. Выделены клинические варианты миокардитов: болевой, аритмический, декомпенсированный, смешанный, малосимптомный. Отмечен высокий удельный вес дифтерийных, гриппозных, коксаки-вирусных миокардитов. При осложнении инфекционного заболевания миокардитом смерть наступала в 4,5% случаев. Таким образом, было подтверждено, что установленные клинические, лабораторные и специальные критерии диагностики инфекционного миокардита совпадают с данными литературы [9, 12, 13].

В связи с трудностями диагностики дистрофии миокарда это осложнение выявляется редко, особенно у больных гриппом, ангиной, вирусными гепатитами,

дизентерией при их легком и средне-тяжелом течении. В то же время, по результатам миокардиальной биопсии, в 65 случаях летальных исходов от брюшного тифа дистрофические изменения миокарда были обнаружены во всех препаратах [2].

Учение о дистрофиях миокарда создано выдающимся отечественным кардиологом Г.Ф.Лангом. В классификации болезней сердечно-сосудистой системы он предложил объединить под названием дистрофии миокарда невоспалительные заболевания, в основе которых лежит нарушение обмена в сердечной мышце. Нейротрофические изменения вызывают нарушения физико-химической структуры мышцы сердца, причем эти изменения в клиническом понимании всегда отражают функциональное состояние рабочей мускулатуры сердца [5].

Дистрофия миокарда представляет обязательный патофизиологический субстрат сердечной недостаточности любой этиологии, т. к. именно процессы дистрофического характера приводят к снижению сократительной способности сердечной мышцы. Когда дистрофия миокарда сопутствует основному патологическому процессу в сердце (миокардит и др.), говорят о дистрофии миокарда в широком смысле слова по Г.Ф.Лангу. В таком случае дистрофия миокарда является лишь патофизиологической основой сердечной недостаточности, но не заболеванием сердца и в диагнозе не выносятся.

Для дистрофии миокарда характерно, что разные миокардиальные клетки изменяются неодинаково. В одной и той же клетке структуры ее изменены мозаично, среди набухших митохондрий с частично или полностью разрушенными перегородками внутри встречаются митохондрии с нормальным строением. Дистрофические процессы, как правило, обратимы: устранение патогенной причины приводит к постепенной нормализации ультраструктур миокардиальной клетки. В противном случае дистрофические процессы в миокарде могут приводить к некрозу с последующим переходом в рубец. Тогда дистрофия миокарда становится фактором развития миодистрофического кардиосклероза.



© Н.К.НЕЧАЕВА, 2009
УДК 616.314-089.844-06

Осложнения дентальной имплантации

НЕЧАЕВА Н.К.

Одним из этапов дентальной имплантации является хирургическое вмешательство по внедрению имплантата в кость верхней или нижней челюстей. Несмотря на совершенствование хирургической техники, дентальная имплантация сопровождается различными видами осложнений, изучению последних посвящено довольно много исследований.

В работах М.Берта упоминается о 5% осложнений, которые автор разделил на механические, биологические, эстетические, функциональные и прочие [1]. А.А.Кулаков определил 3 группы осложнений в зависимости от времени их возникновения: ранние – интраоперационные и возникающие в течение первого года после хирургического вмешательства, средние – от 1 года до 5 лет и поздние – через 5 и более лет. Автор особо отмечает инфекционные осложнения у 9% больных в ранний послеоперационный период, связанные с расхождением краев раны, вплоть до развития остеомиелита альвеолярного отростка и секвестрации его фрагментов [4].

В исследовании М.В.Ломакина сообщается о 3,9% нестабильности, т. е. отсутствии первичной фиксации имплантатов в ранний период (до месяца после дентальной имплантации) наблюдения. Через 5 лет регистрируется возрастание количества хирургических осложнений до 8,2% [5]. М.В.Букаев и соавт. представили результаты успешных имплантаций за десятилетний период работы, которые составили от 65 до 93% в зависимости от типа протеза, места и времени после его установки. При этом они выделяют только ранние и поздние осложнения без каких-либо конкретных временных обозначений [2].

Еще ранее А.С.Тян и А.В.Сидоров в аналитическом обзоре научных публикаций представили возможные осложнения в основные периоды жизненного цикла

имплантационной системы, систематизировав их на операционный и послеоперационный этапы, выделяя в последнем несколько функциональных периодов. Авторы подробно перечисляют технические ошибки и неудачи метода и приводят собственный анализ причин их возникновения [7].

С.Ю.Иванов и соавт. разделяют все осложнения, возникающие при проведении имплантации и функционировании протезов, на осложнения хирургического и ортопедического этапов. Хирургические, в свою очередь, классифицируют на ранние (в течение 1 мес после операции) и поздние – возникающие спустя месяц после операции до второго этапа имплантации (3–6 мес) [3].

В.Л.Параскевич отмечает осложнения во время операции, в послеоперационный период, на втором этапе имплантации, при протезировании и дальнейшем функционировании имплантационной системы [6]. По данным С.Экерта, наблюдается «выживаемость» имплантатов (около 300 наблюдений) на уровне 96%, т. е. несостоятельность имплантатов составила 4% за пятилетний период. Проведенный анализ большого клинического материала выявил значительное абсолютное число неудач метода, вероятно поэтому автор называет дентальную имплантацию еще недостаточно изученной областью. По его мнению, публикации об осложнениях позволят расширить границы возможностей имплантологической помощи [8].

Для решения задачи по снижению осложнений дентальной имплантации требуется единый подход к рассмотрению и объективному анализу результатов имплантологического лечения. Однако до сих пор практическая стоматология не располагает какой-либо систематизированной трактовкой встречающихся



© В.А.РЕШЕТНИКОВ, А.М.РЕЗНИК, 2009
УДК 616-092.19-085.214

Психофармакотерапия боевого посттравматического стрессового расстройства (Обзор клинических исследований)

РЕШЕТНИКОВ В.А., профессор, генерал-майор медицинской службы
РЕЗНИК А.М., доцент, полковник медицинской службы

Боевое *посттравматическое стрессовое расстройство* (ПТСР) представляет собой сложное по своим клиническим проявлениям психическое расстройство, которое вряд ли можно свести к унитарному психобиологическому нарушению. В его возникновении и закреплении участвуют многообразные специфические военные стрессоры и дополнительные факторы мирного времени. В патогенез ПТСР вовлечены различные психофизиологические системы, отвечающие за многие процессы жизнедеятельности [2–4]. Патогенез ПТСР остается недостаточно изученным, клиника настолько неоднородна, что принятые диагностические критерии часто вызывают критику и попытки расширения, а присутствие коморбидных симптомов отмечается почти во всех публикациях.

Высказываются суждения, что при боевом ПТСР наблюдаются различные подтипы, своеобразие которых обусловлено разными психобиологическими механизмами [1, 3]. Сложность и недостаточная изученность механизмов развития, многообразие клинических проявлений стрессовых расстройств определяют то, что в настоящее время невозможно предложить одну универсальную схему их лечения. Более того, попытки поиска такого рода «панацеи» не имеют научного обоснования [5], при лечении боевого ПТСР применяется чрезвычайно широкий спектр лекарственных средств и схем терапии.

Долгое отсутствие полноценной теории патогенеза боевых стрессовых расстройств привело к тому, что поиск средств их лечения носил эмпирический характер, а назначение лекарств участникам и ветеранам войн не всегда соответствовало их общепринятому использованию в медицине [29].

Наметившиеся успехи фармакотерапии боевого ПТСР связаны с попытками патогенетического обоснования способов лечения и недавними находками в области нейробиологии стресса [2, 5]. Получены данные, что при лечении симптомов, связанных со стресс-активацией лимбического возбуждения и норадренергической гиперактивностью (симптомы активации симпатической нервной системы, тревога, возбудимость, навязчивые воспоминания, инсомния, диссоциативные реакции) эффективны клонидин (клофелин), β-адреноблокаторы (пропранолол, анаприлин, атенолол), антидепрессанты, обладающие сильным β-блокирующим действием (миансерин) и ингибиторы ГАМК-трансферазы, в частности вальпроаты (депакин) [3, 16]. Например, α-адренергический агонист клонидин позволяет быстро купировать импульсивное и агрессивное поведение. Ослабление этих симптомов происходит довольно быстро, в течение 24 ч после начала приема препарата. Существенно ограничивает применение клонидина его выраженное гипотензивное действие [29].



Особенности клиники и лечения посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов

МАЛАШЕНКО О.И., подполковник медицинской службы
НОВИКОВ В.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
ЛАСКОВ В.В., профессор
ПОГОСОВ А.В., профессор

Пребывание военнослужащих в «горячих точках» и их участие в боевых действиях в 15–54% случаев ведут к формированию *посттравматического стрессового расстройства* (ПТСР) [4, 5]. Негативно сказываясь на психических и нейросоматических функциях, ПТСР ухудшает качество жизни военнослужащих и препятствует выполнению профессиональных обязанностей. В связи с этим актуальны ранняя диагностика факторов, способствующих развитию ПТСР, и коррекция нервно-психических расстройств у военнослужащих — участников боевых действий (комбатантов) [2].

Цель исследования состояла в изучении особенностей неврологической сферы у комбатантов и определение на этой основе дополнительных факторов риска развития ПТСР и эффективных методов лечения.

Материал и методы

В обследование включены 165 военнослужащих — мужчин, проходящих службу по контракту (возраст 32 ± 2 года), отобранных методом случайной выборки при ежегодной обязательной диспансеризации. Из их числа 135 (82%) человек ранее участвовали в боевых действиях (группа комбатантов), 30 (18%) — не участвовали (контрольная группа). В обследование не включались военнослужащие с черепно-мозговыми травмами и серьезными соматическими заболеваниями, нуждавшиеся ранее в медицинской помощи и наблюдении.

У 105 (78%) человек из группы комбатантов выявлено ПТСР в хронической стадии (*основная группа*), у 30 (22%) ПТСР не обнаружено (*группа сравнения*). Таким образом, доверительные границы распространенности ПТСР среди ком-

батантов для генеральной доли составляют от 71 до 85% (при $p=0,05$).

У всех военнослужащих проведено неврологическое и парциальное исследование вегетативной сферы. О вегетативной дисфункции судили по «Вопроснику для выявления признаков вегетативных изменений» (далее — «Вопросник»), «Схеме исследования для выявления признаков вегетативных нарушений» (далее — «Схема») *Российского центра вегетативной патологии* — РЦВП [1] и по данным *кардиоинтервалографии* (КИМ).

Для диагностики ПТСР использованы «Вопросник для выявления симптомов посттравматического стрессогенного синдрома (PTSD)» и критерии МКБ-10 и DSM-IV [6].

Статистическая обработка проведена с помощью пакетов прикладных программ STATISTIKA 6.0, MS-EXCEL. В качестве доверительного принят уровень значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Жалобы на плохое самочувствие указали 87% из общего числа комбатантов, при этом при наличии ПТСР — 100%, без ПТСР — 43% (в контрольной группе — 37%). Превалировали жалобы астеновегетативного характера — на головную боль, изменение сердцебиения, нарушение работоспособности (табл. 1).

При исследовании неврологического статуса отклонения имели 100% комбатантов с ПТСР и 43,3% не участвовавших военнослужащих ($p < 0,05$). Нарушения носили полиморфный характер и укладывались в рамки рассеянной очаговой микросимптоматики и вегетативной дисфункции. В итоге неврологического исследования определены 4 ведущих синдрома, достоверно чаще



Начала авиационной и космической медицины: Учебное пособие / Под ред. *И.Б.Ушанова*. — М.: Медицина для всех, 2007. — 400 с. 3000 экз.

Рассмотрены влияние на организм факторов полета и средства защиты, общая характеристика летной деятельности; физиолого-гигиеническая характеристика рабочего места летчика (экипажа), средств и способов защиты; гигиена питания летного состава; гигиена пассажирских перевозок на воздушных судах. Освещены вопросы авиационной токсикологии, фармакологии и радиобиологии; психогигиена летного труда; медико-биологические и психофизиологические основы обеспечения безопасности полетов; физиолого-гигиеническая характеристика факторов обитаемости и систем жизнеобеспечения в кабинах пилотируемых космических кораблей.

Симоненко В.Б., Широков Е.А. **Превентивная кардионеврология.** — СПб: ООО «Изд-во ФОЛИАНТ», 2008. — 224 с. 500 экз.

В монографии обобщены результаты многолетнего опыта работы кардиолога и невролога в области профилактики острых нарушений мозгового кровообращения. Основное внимание уделяется различным аспектам кардионеврологии, методам кардиологической диагностики в ангионеврологии. Выделены репрезентативные синдромы, коррекция которых дает наиболее значимый профилактический эффект. Предложена оригинальная методика индивидуального прогнозирования нарушений кровообращения. Впервые опубликованы основные положения концепции гемодинамических кризов. Изложены современные взгляды на консервативную и хирургическую тактику превентивного лечения.

Книга рассчитана на неврологов, кардиологов, терапевтов.



Жерлов Г.К., Баширов С.Р. **Резервуарные и сфинктеромоделирующие технологии в хирургии рака прямой кишки.** — Новосибирск: Наука, 2008. — 184 с. 1000 экз.

Монография посвящена коррекции нарушений дефекации и удержания кишечного содержимого после радикальных операций по поводу рака прямой кишки. Представлены оригинальные технологии моделирования ампулы и сфинктерного аппарата при выполнении передней резекции, брюшно-анальной и интерсфинктерной резекций, брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. Эффективность разработанных оперативных вмешательств оценена с использованием современных методов лабораторной и инструментальной диагностики.

Книга адресована широкому кругу хирургов, онкологов, колопроктологов и гастроэнтерологов.



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВОЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ГОСПИТАЛЬ ИМЕНИ П.В. МАНДРЫКА

В.Б. Симоненко, И.А. Борисов,
А.С. Безруков, Г.В. Иваница



ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
ДО И ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Москва
2009

*Симоненко В.Б., Борисов И.А., Безруков А.С.,
Иваница Г.В. Терапевтическое сопровождение
больных ишемической болезнью сердца до и после
коронарного шунтирования / Под общ. ред.
В.Б.Симоненко. — М.: НИИ КС, 2009. — 84 с.: ил.
500 экз.*

В России ежегодно увеличивается количество проводимых оперативных вмешательств на коронарных сосудах, что требует углубления знаний кардиологов и терапевтов в подготовке к операции, реабилитации и дальнейшего лечения данной категории пациентов.

Наблюдения авторов позволяют утверждать: проведение комплексных мероприятий по подготовке к коронарному шунтированию, психологической и физической реабилитации после него способствует более полному и быстрому восстановлению трудоспособности и социальной адаптации пациента.

*Ушаков А.А. Практическая физиотерапия. —
2-е изд., испр. и доп. — М.: ООО «Медицинское
информационное агентство», 2009. — 608 с. 3000 экз.*

Книга написана на основе современных воззрений на физические методы лечения и многолетнего опыта лечения больных физическими методами в ГВКГ им. академика Н.Н.Бурденко. Описаны механизмы лечебного действия основных физических факторов и соответствующая аппаратура, приведены наиболее эффективные методики лечебного воздействия, показания и противопоказания к их применению.

Рекомендуется для заведующих отделениями восстановительной терапии, врачей-физиотерапевтов, врачей стационаров, поликлиник, санаториев и здравпунктов, медсестер физиотерапевтических отделений и кабинетов.



*Волгин А.Р., Лукин Е.П., Ляшенко Н.И., Хамитов Р.А.,
Жокин В.Ф. Научно-исторические аспекты развития
химиопрофилактики и химиотерапии вирусных инфекций:
Научное издание / Главный центр государственного санитари-
но-эпидемиологического надзора МО РФ. — М.: ООО
«Издательский дом “М-Вести”», 2009. — 60 с: ил. 500 экз.*

В книге обсуждаются вопросы становления и развития химиопрофилактики и химиотерапии вирусных инфекций в XX — начале XXI века: от времен идеи «магической пули» Пауля Эрлиха до наших дней (применение химиопрепаратов, интерферонов, энзимов, белков теплового шока и др. средств). Изложены дальнейшие перспективы предупреждения и изыскания методов лечения ряда болезней вирусной этиологии.

Издание рассчитано на врачей-специалистов медико-профилактического и лечебного дела, научных работников, историков медицины, профессорско-преподавательский состав, слушателей, курсантов и студентов медицинских вузов.

Главный центр государственного
санитарно-эпидемиологического надзора
Министерства обороны Российской Федерации

А. Р. Волгин Е. П. Лукин
Н. И. Ляшенко Р. А. Хамитов В. Ф. Жокин

**Научно-исторические
аспекты развития
химиопрофилактики
и химиотерапии
вирусных инфекций**





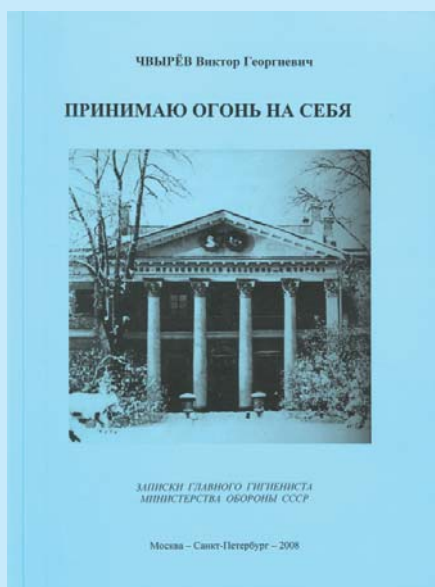
Осокин М. Учитель и ученик. — СПб, 2008. — 281 с.: ил. 500 экз.

Эта книга о жизни, службе, долге, чести, дружбе двух русских людей, в судьбах которых отразились ответственные периоды истории нашей Родины. Один из них — первый начальник медицинской службы 1-й флотилии атомных подводных лодок Северного флота полковник медицинской службы Д.П.Зуихин, второй — его преемник и ученик полковник медицинской службы В.В.Довгуша.

В приложениях приведены история становления и развития медицинской службы первой флотилии атомных подводных лодок СФ, сведения о личном составе медицинской службы Северного флота в 1986—1989 гг., песни и стихи о военно-морских врачах, большая подборка фотографий.

Чвырёв В.Г. Принимаю огонь на себя: записки главного гигиениста Министерства обороны СССР. — М.-СПб, 2008. — 54 с.: ил. 150 экз.

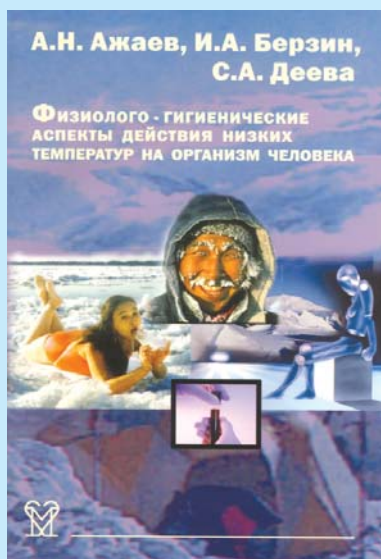
На страницах книги изложены некоторые стороны деятельности главного гигиениста Министерства обороны СССР В.Г.Чвырёва по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия войск (сил флота) в мирное время и во время военных конфликтов. Показаны трудности в определении и уменьшении факторов риска массовых заболеваний военнослужащих и необходимость научного обеспечения этой деятельности военно-медицинской службы. Подчеркивается значение военно-социальных факторов и профессионализма для успешного проведения санитарно-гигиенических мероприятий. Особое внимание обращается на повышение ответственности командования и служб материально-бытового обеспечения за охрану и укрепление здоровья военнослужащих.



Ажаев А.Н., Берзин И.А., Деева С.А. Физиолого-гигиенические аспекты действия низких температур на организм человека. — М.: ОАО «Изд-во “Медицина”», 2008. — 120 с.: ил. 1500 экз.

В книге рассмотрены проблемы влияния низких температур на организм человека. Изложены патофизиологические механизмы деятельности функциональных систем при различных уровнях воздействия холодного фактора и при использовании защитной одежды. Представлены технические средства для реабилитации пострадавших после переохлаждения в холодной воде. Предлагается разработанный авторами комплекс гигиенических мероприятий по сохранению здоровья и работоспособности человека в процессе акклиматизации.

Книга предназначена для гигиенистов, профпатологов, физиологов, врачей водного и авиационного транспорта и регионов с холодным климатом.



К сведению авторов «Военно-медицинского журнала»

1. В редакцию направляются первый и второй экземпляры статьи, отпечатанные 13–14-м кеглем на одной стороне листа бумаги формата А4 (210×297 мм) или близкого к нему через 2 интервала между строками.

2. На статью представляются подписанное командиром части (руководителем учреждения, организации) препроводительное письмо и утвержденное им экспертное заключение, а на изобретение или рационализаторское предложение – один экземпляр заверенной копии авторского свидетельства или удостоверения.

Необходимо представить две дискеты 3,5 дюйма или CD-R-RW-диск с записью статьи в текстовом редакторе *Microsoft Word* (расширение файла – .rtf). Электронные версии фотографий должны быть сохранены в формате TIFF (цветные с разрешением не менее 300 dpi, а в режиме градаций серого – не менее 600 dpi). В графиках, рисунках, схемах, картах, создаваемых средствами *Microsoft Word*, не допустимы пробелы и знаки табуляции (используются соответствующие инструменты).

3. Объем оригинальной статьи, включая таблицы, рисунки, список литературы, не должен превышать 14 страниц, по обмену опытом работы – 6, рецензии – 5. На отдельных листах представляются: реферат статьи объемом 1–2 страницы и резюме – полстраницы, отражающие основное содержание работы.

В оригинальной статье, как минимум, следует предусмотреть разделы: «Цель исследования», «Материал и методы», «Результаты и обсуждение», «Выводы».

4. На первой странице статьи пишется ее название, фамилия и инициалы автора (авторов), ученое (почетное) звание (степень), воинское звание. Статья подписывается всеми авторами. **Указываются: фамилия, имя, отчество, год и дата рождения каждого автора, серия и номер паспорта (а также кем и когда выдан документ), служебный и полный домашний адреса с почтовыми индексами, номера телефонов, номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).**

В соответствии с *требованиями налоговой инспекции «Военно-медицинский журнал»* может оплачивать авторский гонорар за опубликованные материалы лишь тем авторам, которые указали свое имя, фамилию и отчество (полностью), служебный и полный домашний адреса с почтовыми индексами, номера телефонов. **Обязательно прилагаются ксерокопии паспорта (1-я страница и страница с последним местом регистрации), страхового свидетельства государственного пенсионного страхования, ИНН.**

5. Таблицы и диаграммы создаются средствами *Microsoft Word* (видимость строк в таблицах нельзя создавать с помощью клавиши «Enter»). Цифровой материал необходимо обработать статистически. **Фототаблицы, таблицы и диаграммы в виде рисунков, презентаций, объектов, вставленных в текстовый документ, не принимаются.**

6. Библиографический список (в оригинальных статьях – не более 15 источников, в обзорных – до 30) печатается на отдельном листе через два интервала. Библиография должна содержать отечественные и зарубежные работы по данной теме за последние 5–7 лет. Источники приводятся в алфавитном порядке.

Текст рецензии должен быть представлен не позднее 6 мес после выхода в свет рецензируемого издания.

7. **Не допускается представление статей, направленных для опубликования в другой журнал или уже опубликованных, без ссылки на соответствующее издание.**

8. Редакция оставляет за собой право при редактировании сокращать материалы статьи или печатать ее в виде краткого сообщения (реферата). **Корректуры авторам не высылаются, вся работа с ними проводится по авторскому оригиналу.**

Статьи направляются по адресу:

119160, Москва, редакция «Военно-медицинского журнала».



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 613.693+612.85.014.45

Действие авиационного шума на орган слуха специалистов Военно-Воздушных Сил

*ЗИНКИН В.Н., заслуженный врач РФ, профессор
СОЛДАТОВ С.К., профессор, полковник медицинской службы
ШЕШЕГОВ П.М., кандидат медицинских наук
ЕЛЕФИРЕНКО С.В., заслуженный работник здравоохранения РФ,
полковник медицинской службы
МИРОНОВ В.Г., доцент*

Шум — это общебиологический раздражитель, который особенно неблагоприятно действует на орган слуха. Повреждение последнего проявляется вначале повышением порога слуха на частоте 4000 Гц, субъективное ощущение снижения слуха в области восприятия речевых частот 500–2000 Гц обычно развивается медленно. В последующем отмечается повышение порогов слуха в области восприятия высоких частот (4000–8000 Гц), частот речевого диапазона (500–2000 Гц) и на более низких частотах (125–250 Гц) [4].

Постоянное воздействие шума на орган слуха приводит к развитию профессиональной *нейросенсорной тугоухости* (НСТ) [8], поэтому в методических руководствах и пособиях *авиационный шум* (АШ) определен как один из этиологических факторов в развитии данной патологии, указаны профилактические мероприятия организационного и технического характера. Наблюдения показывают, что эти мероприятия реализуются не в полной мере. В частности, авиационные специалисты не используют средства индивидуальной защиты от шума либо в связи с их отсутствием, либо их недостаточной эффективностью. Отсутствует точная информация о параметрах шума под радиогарнитурами и средствами защиты головы членов экипажей в полете, не проводится расчет шумозащитных свойств указанных средств.

НСТ в структуре ЛОР-заболеваемости и дисквалификации *летного состава* (ЛС) занимает одно из ведущих мест [6, 9]. Анкетный опрос показал, что субъективно наиболее неблагоприятными для ЛС из гигиенических факторов являются шум и вибрация. Более 60% опрошенных утверждали о вредном влиянии указанных факторов на их здоровье и работоспособность, а 38% предъявили жалобы на ухудшение слуха. Исследование состояния слуха показало, что до 42% ЛС имели нарушения слуха различной степени выраженности. У *инженерно-технического состава ВВС* (ИТС) АШ приводит к аналогичным нарушениям слуха [3, 11].

Цель исследования

Изучение состояния слуховой функции у летного состава различных типов *летательных аппаратов* (ЛА) и инженерно-технического состава ВВС.

Материал и методы

Проведены измерения *уровня звукового давления* (УЗД) и уровня шума на рабочих местах ЛС (кабины экипажей, грузовые отсеки и др.) при проведении предполетной подготовки, во время полетов и ИТС в условиях подготовки ЛА к полетам. Для этого использовали измерительный тракт, включающий измерительный преобразователь давления, измерительный (согласующий) усилитель и регистратор, обеспечивающий регистрацию давления



© К.В.ПОНОМАРЕНКО, В.С.ВОВКОДАВ, 2009
УДК 613.693

Врачебно-летная экспертиза: этапы становления, проблемы, перспективы

ПОНОМАРЕНКО К.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
ВОВКОДАВ В.С., подполковник медицинской службы

Летчики одними из первых заметили, что далеко не каждый человек способен освоить летную профессию, для этого требуется тщательно отбирать людей. За помощью они обратились к врачам как хранителям знаний о человеке и его возможностях. Так зарождалась *врачебно-летная экспертиза* (ВЛЭ).

Впервые в мире с 14 июля 1909 г. в России по постановлению Императорского Всероссийского аэроклуба стала производиться врачебно-летная экспертиза. Первым экспертным документом царского военного ведомства стал приказ от 11 октября 1911 г. № 481, в соответствии с которым была образована врачебно-летная комиссия при Санкт-Петербургском клиническом военном госпитале. Определили предельный возраст летчикам — 45 лет, аэронавтам — 58 лет, объявлялось «Расписание болезней и телесных недостатков, препятствующих службе офицеров, нижних чинов и вольнонаемных механиков в воздухоплавательных частях на аэростатах и аэропланах». В результате применения 13 дополнительных пунктов, определяющих более высокие требования к состоянию органов слуха, зрения, кровообращения, вестибулярного аппарата и показателям физического развития, оказалось, что только 30 офицеров из 90, желающих стать авиаторами, было принято в школу, как соответствующих медицинским требованиям.

Таким образом, ВЛЭ изначально базировалась в основном на нозологическом принципе, т. е. наличие или отсутствие определенных заболеваний и физических недостатков являлось главным критерием медицинской экспертизы.

В то время это был естественный и единственно правильный путь, благодаря которому удалось наладить действенный отбор кандидатов к летному обучению, снизить аварийность и создать систему медицинского наблюдения. И все же медицинские требования носили в основном ограничительно-запретительный характер. Слишком мало было в то время научных знаний об особенностях авиационного труда, о неблагоприятном воздействии факторов полета на организм человека. Положение усугублялось быстрым ростом возможностей авиационной техники по высоте, скорости, маневренности и особенностям боевого применения. В результате лишь одно ужесточение медицинских требований не могло обеспечить не только эффективность применения авиации, но и безопасность полетов. Требовалось срочное широкомасштабное медицинское исследование особенностей летной профессии.

Так, с конца 1917 г. в Петрограде при Военно-медицинском ученом совете начала работать специальная комиссия по изучению труда летчиков.

В 1918 г. должность авиационного врача вводится во всех авиационных частях.

В 1921 г. создана комиссия при Главном санитарном управлении для изучения и разработки вопросов, связанных с летной профессией и комплектованием летных училищ.

В 1924 г. для улучшения медицинского отбора в авиацию и наблюдения за состоянием здоровья летного состава создана *центральная психофизиологическая лаборатория* (ЦПФЛ). Начальником ее был назначен Н.М.Добротворский, а председателем *врачебно-летной комиссии* (ВЛК) и заместителем начальника лаборатории



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616-001.4(091)(092 Ватутин)

Генерал армии Н.Ф.Ватутин: история ранения

*БУДКО А.А., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы
БАЛОВНЕВ В.Г., полковник медицинской службы в отставке
СМЕКАЛОВ А.В., подполковник медицинской службы запаса
ПОНОМАРЕНКО В.Н., подполковник медицинской службы запаса
ЖУРАВЛЁВ Д.А., кандидат исторических наук*

Сегодня, когда одной из немногих нерушимых святынь в России остается победа в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг., не затухает интерес к ее событиям и участникам.

В военных академиях многих стран как классический пример окружения и разгрома противника изучают сражение при Каннах, имевшее место в 216 г. до нашей эры. Повторить «Канны» не удалось ни Наполеону, ни Суворову, ни другим полководцам прошлого. А крестьянский сын, молодой генерал Николай Фёдорович Ватутин (1901–1944), совместно с другими советскими военачальниками дважды устраивал гитлеровцам сокрушительные «Канны». Один раз это случилось под Сталинградом, где была окружена 330-тысячная немецко-фашистская армия, другой раз под Корсунь-Шевченковским, где войска 1-го и 2-го Украинских фронтов взяли в кольцо крупную группировку врага, насчитывающую десять дивизий и одну бригаду. В первом случае Н.Ф.Ватутин возглавлял войска Юго-Западного фронта, во втором — командовал 1-м Украинским фронтом.

Так распорядилась судьба, что финал обеих блестящих военных операций был связан с нарушением здоровья полководца: в 1942 г. — с серьезным заболеванием, а в 1944 г. — с тяжелым ранением, приведшим к смерти.

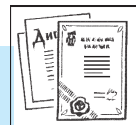
К сожалению, большинство литераторов и мемуаристов либо вообще упускают этот личностный аспект событий, либо упоминают его вскользь.

Развивая наступление по уничтожению окруженного под Сталинградом противника, войска Юго-Западного фронта во взаимодействии с левым крылом Воронежского фронта в декабре 1942 г. провели операцию под кодовым названием «Малый Сатурн» на Среднем Дону, в результате которой освободили часть территории Донецкого бассейна и Харьковской области. Во время проведения этой операции генерал Ватутин заболел.

Ю.Д.Захаров так пишет об этом: «16 декабря, зябко поеживаясь, Ватутин выслушивал командармов. Он был болен, но скрывал свой недуг. Ровным и спокойным голосом он отдавал распоряжения» [4].

Другой автор, М.Г.Брагин, в книге «Ватутин (Путь генерала)» более подробно: «В эти дни, когда от командующего фронтом требовалось нечеловеческое напряжение, Ватутин тяжело заболел. Злая и опасная своими осложнениями болезнь туляремия одолевала его. В ставке узнали о болезни Ватутина, предложили прислать заместителя, но Ватутин отказался» [2].

И Захаров и Брагин правы — Ватутин скрывал то, что он болен. Это подтверждают документы, обнаруженные нами в архиве Военно-медицинского музея МО РФ. Из донесения начальника ГВСУ Красной Армии Е.И.Смирнова заместителю наркома обороны СССР А.В.Хрулёву: «Докладываю: Генерал-полковник тов. Ватутин Н.Ф. 29 декабря заболел туляремией. С 9 января, после



НАЗНАЧЕНИЯ

Полковник

**АРХИПОВ
ЮРИЙ МИХАЙЛОВИЧ**

назначен начальником отдела технической подготовки (обустройства войск) Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации.

Полковник медицинской службы

**БОЧКАРЕВ
АЛЕКСАНДР ГЕОРГИЕВИЧ**

назначен начальником отдела (военно-лечебных учреждений) лечебно-профилактического управления Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации.

Полковник медицинской службы

**БРЫЗГАЛОВ
МИХАИЛ ВИТАЛЬЕВИЧ**

назначен начальником отдела (текущих запасов медицинской техники и имущества) управления (планирования и обеспечения медицинской техникой и имуществом) Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации.

Полковник медицинской службы

**ВЛАСОВ
АЛЕКСАНДР ЮРЬЕВИЧ**

назначен начальником организационно-планового отдела — заместителем начальника организационно-планового управления Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации.

Полковник медицинской службы

**ДВИНИН
ВЯЧЕСЛАВ АНАТОЛЬЕВИЧ**

назначен начальником отдела (неприкосновенных запасов медицинской техники и имущества) управления (планирования и обеспечения медицинской техникой и имуществом) Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации.

Полковник медицинской службы

**КОРОТЧЕНКО
СЕРГЕЙ ИВАНОВИЧ**

назначен начальником отдела (государственного санитарно-эпидемиологического надзора) Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации — заместителем главного государственного санитарного врача Министерства обороны Российской Федерации.

Полковник медицинской службы

**КРАСАВИН
КОНСТАНТИН ДАНИЛОВИЧ**

назначен начальником отдела (организации фармацевтической деятельности и гособоронзаказа) — заместителем начальника управления (планирования и обеспечения медицинской техникой и имуществом) Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации.

Полковник медицинской службы

**КУВШИНОВ
КОНСТАНТИН ЭДУАРДОВИЧ**

назначен председателем Центральной



военно-врачебной комиссии (Министерства обороны Российской Федерации).

Полковник медицинской службы

**МИХАЛЬСКИЙ
ВАЛЕНТИН КАЗИМИРОВИЧ**

назначен начальником факультета руководящего медицинского состава Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.

Полковник медицинской службы

**ПОЛУНИН
СЕРГЕЙ ВИКТОРОВИЧ**

назначен начальником отдела (организации и развития медицинской помощи) — заместителем начальника лечебно-профилактического управления Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации.

Подполковник медицинской службы

**ПОЛЯКОВ
БОРИС ВИКТОРОВИЧ**

назначен с присвоением очередного воинского звания «полковник медицинской службы» начальником Центрального военного санатория («Слободка»).

Подполковник медицинской службы

**ПУТИЛО
ВИКТОР МИХАЙЛОВИЧ**

назначен начальником факультета военного обучения Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова.

Подполковник медицинской службы

**СЕНУК
ЮРИЙ АНДРЕЕВИЧ**

назначен с присвоением очередного воинского звания «полковник медицинской службы» начальником Центрального военного клинического санатория («Сочи»).

Ю Б И Л Е И

© Г.Г.ПИСКУНОВ, 2009
УДК 616:355 (092 Ивашкин В.Т.)



24 марта 2009 г. исполнилось 70 лет заслуженному деятелю науки РФ, академику РАМН, главному гастроэнтерологу Минздравсоцразвития РФ, заведующему кафедрой пропедевтики внутренних болезней и директору клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х.Василенко Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, доктору медицинских наук, профессору генерал-майору медицинской службы в отставке **Владимиру Трофимовичу Ивашкину**.

В.Т.Ивашкин родился в Рязани в семье военнослужащего. В 1958 г. окончил с золотой медалью Тамбовское суворовское военное училище. После окончания (с отличием) ВМедА им. С.М.Кирова в 1964–1967 гг. служил на подводных лодках Северного и Черноморского флотов. В 1968 г. стал адъюнктом при кафедре госпитальной терапии академии. В 1970–1988 гг. проходил службу в должностях преподавателя, старшего преподавателя, заместителя начальника, начальника этой кафедры, с 1988 г. — главного терапевта МО СССР (с 1992 г. — МО РФ) и начальника кафедры терапии ВМедФ при ЦИУВ, в 1991 г. избран членом-корреспондентом АМН СССР, а в 1997 г. — академиком РАМН. С 1995 г. заведует кафедрой пропедевтики внутренних болезней ММА им. И.М.Сеченова.

Владимир Трофимович инициатор создания и главный редактор «Российского журнала гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии» и журнала «Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии», автор и соавтор свыше 300 научных работ, в т. ч. более 30 монографий и руководств. Под его руководством защищены более 25 докторских и 35 кандидатских диссертаций.



В.Т.Ивашкин многие годы был членом редколлегии «Военно-медицинского журнала», в 1990–1996 гг. – председателем экспертного состава ВАК по терапии. Он президент Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени, директор Объединенного научно-педагогического центра «Гастроэнтерология (терапия)» РАМН и ММА им. И.М.Сеченова, научный руководитель Национальной школы гастроэнтерологов, гепатологов, заместитель председателя Национального этического комитета Российской медицинской ассоциации, член бюро и председатель секции по терапии Ученого совета МЗ РФ, член комитета по образованию Всемирной организации гастроэнтерологов, других зарубежных медицинских комитетов и организаций, редколлегии журналов «Клиническая медицина» и «Hepato-Gastroenterology».

Заслуги В.Т.Ивашкина отмечены орденами «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, Дружбы народов и многими медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, редакционная коллегия, редакционный совет и редакция «Военно-медицинского журнала», ученики и товарищи сердечно поздравляют Владимира Трофимовича Ивашкина с юбилеем, желают ему доброго здоровья, счастья и творческих успехов.

© В.Т.КАРПАЛОВ, 2009

УДК 616:355 (092 Барбулев В.У.)



12 февраля 2009 г. исполнилось 70 лет ветерану Вооруженных Сил, заслуженному врачу РФ, члену-корреспонденту РАЕН, кандидату медицинских наук полковнику медицинской службы в отставке **Василию Устиновичу Барбулеву.**

В.У.Барбулев родился в д. Болбасово Витебской области.

После окончания 8-летней школы поступил в Климовичский ветеринарно-зоотехнический техникум. В 1958 г. призван на военную службу на должность санинструктора дивизионного лазарета зенитно-ракетной дивизии.

Одновременно со срочной службой окончил 10 классов Калининградской очно-заочной средней школы для моряков дальнего плавания.

После демобилизации, проучившись 3 года в 1-м Ленинградском медицинском институте, Василий Устинович перевелся на 3-й курс Военно-медицинской Академии им. С.М.Кирова.

В 1967 г. В.У.Барбулев направлен в одно из соединений Ракетных войск стратегического назначения, дислоцировавшегося в районе г. Новосибирска, и назначен на должность старшего врача воинской части. В этом соединении служил в качестве старшего врача-специалиста поликлиники госпиталя, старшего ординатора терапевтического отделения, заместителя начальника госпиталя по медицинской части.

В 1976 г. переведен в 25-й Центральный военный клинический госпиталь на должность ординатора, затем старшего ординатора терапевтического отделения, начальника гастроэнтерологического отделения, заместителя начальника госпиталя по медицинской части.

С 1991 по 1995 г. возглавлял 25 ЦВКГ. В эти годы увеличена штатная коечная емкость с 500 до 850 коек, сформировано детское соматическое отделение, образованы центр анестезиологии и реанимации и рентгенологический центр.

Вклад В.У.Барбулева в развитие военной медицины отмечен орденом «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени и многими медалями.

Уволившись с военной службы, Василий Устинович продолжает трудиться на должности заместителя начальника госпиталя по клинко-экспертной работе.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации и 25-го Центрального военного клинического госпиталя РВСН, редакционная коллегия, редакционный совет и редакция «Военно-медицинского журнала», друзья и коллеги горячо и сердечно поздравляют Василия Устиновича Барбулева с юбилеем и желают ему крепкого здоровья, семейного благополучия и свершения всего задуманного.



© И.В.СИНОПАЛЬНИКОВ, О.А.ПОПОВ, 2009
УДК 616:355 (092 Величко М.А.)



23 марта 2009 г. исполнилось 70 лет начальнику отдела редакции «Военно-медицинского журнала», бывшему заместителю начальника Центральной патологоанатомической лаборатории МО РФ, заслуженному врачу РФ, члену-корреспонденту Академии медико-технических наук, ответственному секретарю Объединения ветеранов военно-медицинской службы полковнику медицинской службы в отставке **Марату Антоновичу Величко.**

М.А.Величко родился в п. Середка Псковской области в семье военнослужащего. В 1963 г. окончил Минский государственный медицинский институт и был призван в Вооруженные Силы врачом-специалистом медицинского пункта отдельного полка ПВО Прибалтийского военного округа. По окончании с отличием (1968) факультета усовершенствования врачей ВМедА им. С.М.Кирова до 1978 г. служил главным патологоанатомом Северной группы войск и Московского военного округа, в 1978–1982 г. – старшим врачом-специалистом ЦПАЛ МО СССР.

В 1987 г. М.А.Величко возглавил патологоанатомическую лабораторию 40-й армии в Афганистане, в 1989 г. стал заместителем начальника ЦПАЛ МО.

После увольнения из Вооруженных Сил (1995) Марат Антонович трудился врачом-консультантом ЦПАЛ МО РФ. С 1997 г. – в редакции «Военно-медицинского журнала». Продолжает активную деятельность в Объединении ветеранов военно-медицинской службы.

М.А.Величко автор и соавтор более 250 научных статей, автор нескольких книг, множества плакатов, карикатур, изюшток, репортажей, рассказов, басен, стихов и научно-приключенческой повести, член Союза журналистов Москвы, удостоен золотой медали лауреата Всероссийского выставочного центра.

Заслуги М.А.Величко отмечены орденами Трудового Красного знамени, Красной Звезды, «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, многими медалями, а также орденами и медалями ряда зарубежных государств, знаком «Отличник изобретательства и рационализации».

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Центральной патологоанатомической лаборатории МО РФ, редакционная коллегия, редакционный совет и редакция «Военно-медицинского журнала», совет Объединения ветеранов военно-медицинской службы, коллеги и друзья поздравляют Марата Антоновича Величко с юбилеем, желают ему доброго здоровья, счастья и успехов в работе.

© М.В.ФЕДУЛОВА, 2009
УДК 616:355 (092 Колкутин В.В.)



20 марта 2009 г. исполнилось 50 лет начальнику Главного государственного центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Министерства обороны Российской Федерации – главному судебно-медицинскому эксперту МО РФ, заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы **Виктору Викторовичу Колкутину.**

В.В.Колкутин родился в г. Ростове Ярославской области. После окончания Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (1982) служил врачом-радиологом на Тихоокеанском флоте. В 1987–1997 г. в ВМедА им. С.М.Кирова был адъюнктом, преподавателем, старшим преподавателем. В 1997 г. стал начальником Центральной судебно-медицинской лаборатории МО РФ (впоследствии Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ) – главным судебно-медицинским экспертом МО РФ.

Виктор Викторович – автор и соавтор более 500 научных работ по актуальным проблемам теории и практики судебной медицины и криминалистики, в т. ч. 13 монографий,



2 руководства, и обладатель 10 авторских свидетельств на изобретение. Под его руководством защищено 7 докторских и 18 кандидатских диссертаций.

В.В.Колкутин является членом общественного совета по защите прав пациентов Росздрава, заместителем председателя Всероссийского общества судебных медиков, членом редакционной коллегии журнала «Судебно-медицинская экспертиза» и редакционного совета «Военно-медицинского журнала». Он действительный член Медико-технической академии РФ, Международной академии «Информация, связь, управление в технике, природе, обществе», Академии военных наук, награжден орденом Почета и многими медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, коллектив Главного государственного центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ, редакционная коллегия, редакционный совет и редакция «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Виктора Викторовича Колкутина с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и творческих успехов.

© В.В.БОЯРИНЦЕВ, А.В.ЛЕШНЕВСКИЙ, 2009
УДК 616:355 (092 Кочкарин П.Г.)



22 февраля 2009 г. исполнилось 50 лет начальнику организационно-планового отдела Военно-научного комитета (Главного военно-медицинского управления МО РФ) полковнику медицинской службы **Петру Геннадьевичу Кочкарину**.

П.Г.Кочкарин родился в г. Елабуга ТАССР. После окончания в 1982 г. Военно-медицинского факультета при Томском государственном медицинском институте служил в войсках врачом-бактериологом санитарно-эпидемиологического взвода отдельного медицинского батальона мотострелковой дивизии (ДВО), начальником санитарно-эпидемиологической лаборатории – заместителем начальника медицинской службы артиллерийской дивизии резерва Верховного главнокомандующего (ГСВГ), начальником санитарно-эпидемиологической лаборатории – заместителем начальника медицинской службы окружного учебного центра (ЗакВО).

В 1992 г. окончил факультет руководящего медицинского состава Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. Проходил службу в 319-й Центральной медицинской лаборатории Военно-Воздушных Сил начальником эпидемиологического отделения, заместителем начальника лаборатории – главным эпидемиологом ВВС. В 2000 г. назначен в Военно-научный комитет (ГВМУ МО РФ), где последовательно занимал должности старшего офицера группы, начальника группы, начальника организационно-планового отдела.

В августе 2008 г. П.Г.Кочкарин принимал участие в организации медицинского обеспечения Коллективных сил по поддержанию мира в зоне грузино-абхазского вооруженного конфликта.

Пётр Геннадьевич неоднократно поощрялся министром обороны РФ и его заместителями, начальником ГВМУ МО РФ, награжден 8 медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, редакционная коллегия, редакционный совет и редакция «Военно-медицинского журнала», коллеги и товарищи сердечно поздравляют Петра Геннадьевича Кочкарина с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и творческих успехов.

* * *

Коллектив редакции «Военно-медицинского журнала», друзья и товарищи с глубоким прискорбием извещают, что 6 марта 2009 г. на 72-м году жизни скончался бывший ответственный секретарь – член редакционной коллегии, редактор отдела журнала полковник медицинской службы в отставке

ЛЯШЕНКО

Николай Иванович,

и выражают соболезнование родным и близким покойного.



© Н.В.КАПРУСЫНКО, 2009
УДК 61:355

Четырнадцать золотых гвоздей в реликвию

КАПРУСЫНКО Н.В., полковник медицинской службы

26 ноября 2008 г. в Самарском военно-медицинском институте состоялось знаменательное событие. В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 18 декабря 2006 г. № 1422 «О Боевом знамени воинской части», приказом министра обороны РФ от 6 ноября 2008 г. № 552 «О вручении Боевых знамен военным образовательным учреждениям высшего профессионального образования Министерства обороны Российской Федерации» и приказом начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ от 10 ноября 2008 г. № 120 вузу было вручено Боевое знамя нового образца. Накануне, 25 ноября 2008 г., в институте состоялся уникальный ритуал — крепление (прибивка) полотнища Боевого знамени к древку специальными знаменными гвоздями со шляпками золотистого цвета. Этой чести были удостоены 14 военнослужащих, представлявших все категории — от генерала до слушателя. Открыл ритуал начальник института генерал-майор медицинской службы С.Ф.Усик, а завершил церемонию слушатель 6-го курса Михаил Петухов, награжденный правительственной наградой — медалью «За спасение погибавших».

Примечательно, что институт стал первым в Самарском гарнизоне учреждением, получившим этот священный символ воинской чести, доблести и славы.

Торжества проходили в центре мегаполиса — на главной площади им. В.В.Куй-

бышева. Начальник 1-го управления — заместитель начальника ГВМУ МО РФ генерал-майор медицинской службы **И.Г.Корнюшко** зачитал грамоту Президента Российской Федерации, вручил ее и Боевое знамя начальнику института. После этого знаменная группа в составе полковников медицинской службы В.Г.Малахова, Ю.В.Скобелева и С.А.Иванова во главе с генерал-майором медицинской службы С.Ф.Усиком под трехкратное «Ура!» пронесла святыню перед строем личного состава.

По окончании ритуала и прохождения торжественным маршем в гарнизонном Доме офицеров состоялось торжественное собрание. На нем с докладом «Страницы истории Самарского военно-медицинского института» выступил генерал-майор медицинской службы **С.Ф.Усик**.

В 1939 г. Куйбышевский медицинский институт был реорганизован в Военно-медицинскую академию, которая была укомплектована лучшими педагогическими кадрами из числа известных деятелей отечественной медицины. Академию возглавил бригаврач Д.И.Шонин, начальниками кафедр стали крупные ученые М.М.Ахутин, А.Я.Барабанов, И.А.Клюсс и др. За время своего существования академия подготовила 1793 военных врачей, ее выпускники приняли непосредственное участие в войне с Германией и Японией. Генералы медицинской службы Н.И.Завалишин, И.А.Клюсс и А.Я.Барабанов возглавили военно-



Конференция о применении инертных газов в медицине

*РУДЕНКО М.И., заслуженный врач РФ, доцент, полковник медицинской службы в отставке
БУРОВ Н.Е., заслуженный деятель науки РФ, профессор*

В Главном военном клиническом госпитале им. Н.Н.Бурденко 24 апреля 2008 г. проведена Всероссийская научно-практическая конференция «Ксенон и инертные газы в медицине». В ней участвовало более 100 врачей-анестезиологов Санкт-Петербурга, Томска, Ханты-Мансийска, Тулы, Екатеринбургa, Воронежа, Краснодара, Одессы. Были представители Франции и Финляндии.

Открывая конференцию, начальник ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, профессор полковник медицинской службы **И.Б.Максимов** отметил, что, кроме анестезиологии, ксенон получил признание в онкологии, неврологии, психиатрии, наркологии, а также используется для коррекции негативных последствий стресса у военнослужащих.

С докладом «Применение ксенона в медицине» выступил профессор **Н.Е.Буров** (ГОУ ДПО РМАПО МЗ), усилиями которого в стране создана нормативно-правовая база для широкого применения ксенона в медицинской практике в качестве анестетика.

В докладе **М.И.Руденко** «Применение ксенона в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко» отражен опыт проведения более 400 ксеноновых анестезий у лиц II–IV класса операционно-анестезиологического риска при сложных операциях на печени и других органах брюшной полости, приведены данные об операциях АКШ у пациентов с низкой фракцией изгнания, о гинекологических операциях. Подробно излагались методика проведения анестезии Хе, данные по BIS-спектральным исследованиям, показателям ЦГД, газам крови и КОС, уровню стрессорных гормонов,

гомеостаза, электролитного баланса и другим показателям.

С интересом было выслушано сообщение профессора **М.Н.Замятина** и соавт. (НМХИ Росздрава) «Анестезия ксенон-изофлюрановой смесью у больных пожилого возраста» при плановом эндопротезировании тазобедренного сустава.

В своем сообщении «Ксенон в нейроанестезиологии» **А.В.Рылова** и **А.Ю.Лубнин** изложили ряд теоретических и практических проблем анестезии в нейрохирургии дискуссионного характера по отношению к ксенону.

В выступлении **Ю.В.Волковой** и соавт. (ФГУ «Северо-западный окружной медицинский центр Росздрава») «Опыт использования ингаляционной анестезии фармакопейным ксеноном при проведении оперативных вмешательств у пациентов с различной степенью риска» приведены примеры применения низкпоточной ксеноновой анестезии у 385 пациентов с различной степенью риска.

В сообщении **С.В.Авдеева** и соавт. «Критерии адекватности ксеноновой анестезии при радикальных хирургических вмешательствах у онкологических больных» представлен интересный материал, обобщающий опыт работы с ксеноном в ГУ НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН.

В докладе **О.В.Степановой** и соавт. «Ксеноновая анестезия при операциях с искусственным кровообращением» (ГУ НИИ трансплантологии РАМН) изложены данные об эффективности, безопасности и высокой целесообраз-

SUMMARY

Tregubov V.N., Kostyuchenko A.I., Stetsenko B.G. — **About the improvement of work of chiefs of treatment-diagnostic units of hospitals — main medical specialists of military regions (NAVYs).**

In now-day conditions, on the background of enlargement and complication of tasks, solved by military health service, it's supervised the increase of significance of qualitative and effective administration by collectives of military-medical organizations. An important role belongs to activity of chiefs of treatment-diagnostic units (centers) of military hospitals. These chiefs in the same time are staff or inorganic medical specialists of military regions (NAVYs).

Kolkutin V.V., Shapovalov S.G., Tolmachyov I.A., Belyh A.N., Sidel'nikov V.O., Kadochnikov D.S., Tkachuk I.V. — **The estimation of damage weight to the health in conditions of ambustion affects.**

In the article were considered peculiarities of the estimation of damage weight to the health in conditions of ambustion affects. Also in the article was shown the actuality and practicability of elaboration of qualifying features of ambustion affects for purposes of medico-legal investigation.

Belyakin S.A., Igonin V.A., Shames A.B., Proskurin V.M. — **Acute coronary syndrome: modern approaches to diagnostics and treatment.**

Diseases of blood circulatory system for a long time are very widespread and stay being the main course of mortality in Russian Federation.

The article presents a short review of methods of treatment in conditions of instable stenocardia and myocardial infarction, principles of theirs using and results of treatment in hospitals.

Budko A.A., Balovnev V.G., Smekalov A.V., Ponomarenko V.N., Zhuravlyov D.A. — **General of the Army N.F.Vatutin: history of wounding.**

The article presents an extended information from different archive channels about falling ill with tularemia in December 1942 and about missile wound in thigh in February 1944 by General of the Army N.F.Vatutin, who was at that time the commander-in-chief of South-West theater of operations, and then of the 1st Ukrainian one. The article presents the story of process of disease and it's result, of circumstances of wound and of delivering of health care on the stages of medical evacuation. The article also presents the analyze of possible courses of loss of the commander.

*Перевод В.Б.Божедомова
Макет и компьютерная верстка В.В.Матишова*



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 15.03.09.
Формат 70×108¹/₁₆.
Усл. печ. л. 8,4.
Заказ № 490.

Печать офсетная.
Усл. кр.-отт. 9,8.
Тираж 3592 экз.

Подписано к печати 07.04.09.
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