

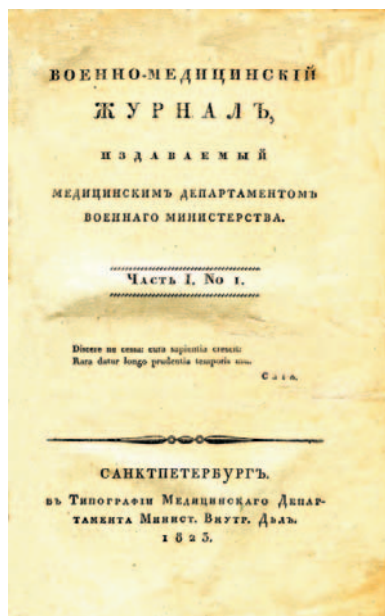
# ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Военно-медицинский журнал

*Тод  
изданий  
~191-й*

2013 • № 2

ТОМ  
СССХХІV



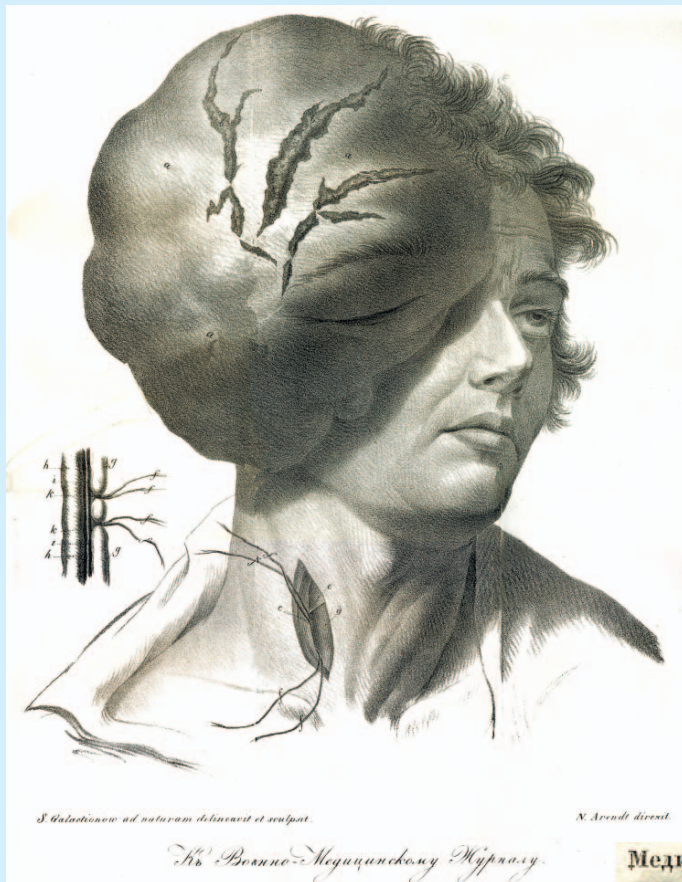
2

ФЕВРАЛЬ  
2013



## 190 лет назад вышел в свет первый номер «Военно-медицинского журнала»

С самого первого номера, отпечатанного 190 лет назад, «Военно-медицинский журнал» обозначал высокую планку российской медицины, не изменяя этому качеству поныне. Символично, что среди авторов появившегося на свет в пушкинскую эпоху журнала уже



в первом номере 1823 года значились живописец и гравёр Степан Галактионов (1779–1854) и главный врач Артиллерийского госпиталя Николай Арендт (1786–1859). Пройдет несколько лет, и Галактионов прославится своими иллюстрациями к пушкинским произведениям и портретами самого поэта, а ставший лейб-медиком Арендт будет в числе врачей, оказывавших помощь смертельно раненному на дуэли Пушкину. «Военно-медицинскому журналу» предстояла долгая жизнь: с годами он станет не просто печатным органом, но коллективным учебником, справочником, трибуной российских военных медиков, достоянием национальной культуры.

«С.Галактионов зарисовал с натуры и гравировал при руководстве Н.Арендта» (лат.). Гравюра С.Галактионова к статье Н.Арендта «О губчатом артериальном желваке (aneurisma per anastomosin) на правой стороне головы, исцеленном помощью перевязания сонной правой артерии» в первом номере «Военно-медицинского журнала» 1823 г.

Между нѣмъ, какъ иностранныя земли почти преизбыточествующъ врачебными сочиненіями, между которыми журналы занимаютъ весьма значительное мѣсто, не издается въ Россіи ни одного, съ нѣсколькихъ лѣтъ, на опечесвенномъ языкѣ.

Онѣ военныхъ Врачей ожидаешь онѣ сего содѣйствія съ увѣренностію; ибо многіе изъ нихъ оплечили уже себя присылкою шаковыхъ разсужденій. Хотя Журналъ издается на Россійскомъ языкѣ и иногда помѣщаемы будущъ въ ономъ весьма хорошо на Латинскомъ языкѣ написанныя сочиненія; но кромѣ Рускихъ могутъ бытъ присылаемы сочиненія, написанныя на употребительнѣйшихъ въ Европѣ языкахъ.

Медицинскій Департаментъ Военнаго Министрства, принявъ въ разсужденіе необходимость доставитъ военнымъ Врачамъ способы ознакомиться съ успѣхами врачебной науки, считаешь наиприличнѣйшимъ для сего средствомъ прислуинитъ къ изданію Журнала; на что, по предначертанному плану, и удостоился онѣ подучинъ Высочайшее соизволеніе.

Поелику издаваемый Журналъ въ особенностіи имѣетъ въ виду оныя отношенія; но и объясняется симъ названіе онаго. Но сіе не преняпсвуетъ нимаго къ принатию въ сей журналъ всего, чего пользность во врачебномъ Искусствѣ доказана уже несомнѣнно. Такимъ образомъ можетъ онѣ сдѣлаться общепользнымъ, и слѣдовательно для всѣхъ Врачей въ Россіи употребительнымъ.

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ  
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ  
И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ  
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Издается с 1823 года*

 **РЕДАКЦИОННАЯ  
КОЛЛЕГИЯ:**

М.В.Поддубный (*главный редактор*)  
А.Н.Бельских  
В.В.Бузунов (*ответственный секретарь*)  
А.Ю.Власов  
Л.Л.Галин (*заместитель главного редактора*)  
А.Н.Гребенюк  
В.В.Иванов  
О.В.Калачев  
А.А.Калмыков  
А.Б.Леонидов  
А.Н.Мироненко  
Ю.В.Мирошниченко  
В.А.Новиков  
И.М.Самохвалов  
А.И.Селин  
Э.П.Соловей  
А.Я.Фисун  
Ю.Ш.Халимов  
В.Н.Цыган  
В.К.Шамрей  
А.М.Шелепов

 **РЕДАКЦИОННЫЙ  
СОВЕТ:**

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

**Адрес редакции:**

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

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

**Адрес в сети Интернет:**

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

*Non scholae, sed vitae discimus!*

# ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2013 \* ФЕВРАЛЬ  
Т. 334 \* № 2

- *Дневной стационар  
окружной поликлиники –  
ресурсосберегающая форма*
- *Лечение гнойно-некротических форм  
синдрома диабетической стопы  
в многопрофильном госпитале*
- *Определение устойчивости водолазов  
к декомпрессионному газообразованию*
- *Оценка функционального напряжения  
и резистентности организма  
военнослужащих срочной службы*
- *Клинический госпиталь  
Военно-медицинской академии  
в конце XIX века*
- *Организация лечебной работы  
госпиталей Балтийского флота  
в XVIII столетии*
- *О медицинском обеспечении  
сил самообороны Японии*

МОСКВА  
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ  
«КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»



### Организация медицинского обеспечения Вооруженных сил

### Organization of medical support of the Armed Forces

Малых А.Б., Иванцов В.А., Богаченко С.М., Кутузова Е.А., Антипова Е.В., Скляр В.Н. — Анализ и показатели работы дневного стационара окружной консультативно-диагностической поликлиники

4

Malykh A.B., Ivantsov V.A., Bogachenko S.M., Kutuzova E.A., Antipova E.V., Sklyarov V.N. — Analysis and working data of day hospital of district consultation-and-diagnostic out-patient hospital

Сергеева В.В., Сошина А.А., Парин О.В., Бобылев В.А. — Актуальность проблемы язвенной болезни в современной гастроэнтерологии, военно-врачебной и медико-социальной экспертизе

8

Sergeyeva V.V., Soshina A.A., Parinov O.V., Bobylev V.A. — Applicability of the problem of peptic ulcer in modern gastroenterology, military-and-medical and medical-and-social assessment



### Лечебно-профилактические вопросы

### Prophylaxis and treatment

Бояринцев В.В., Ардашев В.Н., Калёнова И.Е., Четкарев Ю.Э. — Прогноз ближайшего периода ишемического инсульта

13

Boyarintsev V.V., Ardashev V.N., Kalyonova I.E., Chetkarev Yu.E. — Prognosis of the immediate period of an ischemic stroke

Белякин С.А., Царёв М.И., Шандуренко И.Н. — Лечение гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы в многопрофильном госпитале

21

Belyakin S.A., Tsaryov M.I., Shandurenko I.N. — Treatment of purulonecrotic forms of diabetic foot in multipurpose hospital unit

Кочетков А.В., Белевич В.Л., Овчинников Д.В., Бреднев А.О. — Малоинвазивный способ коррекции тяжелых степеней органической дисфагии

24

Kochetkov A.V., Belevich V.L., Ovchinnikov D.V., Brednev A.O. — Minimally invasive method of treatment of severe organic dysphagia

Стеклов В.И. — Оценка факторов риска развития фибрилляции предсердий у больных с типичным трепетанием предсердий после радиочастотной абляции кавотрикуспидального перешейка

30

Steklov V.I. — Evaluation of risk factors for atrial fibrillation in patients with atrial flutter after radiofrequency ablation of cavotricuspid isthmus



### Гигиена и физиология военного труда

### Military physiology and hygiene

Смагулов Н.К., Мухаметжанов А.М. — Оценка функционального напряжения и резистентности организма военнослужащих на этапах прохождения срочной службы

38

Smagulov N.K., Mukhametzhanov A.M. — Functional assessment of stress and resistance of the body of soldiers on the stages of an emergency service



### Авиационная и военно-морская медицина

### Air and navy medicine

Мясников А.А., Шитов А.Ю., Чернов В.И., Жильцова И.И., Юрьев А.Ю., Мясников А.А. — Определение устойчивости водолазов к декомпрессионному газообразованию

45

Myasnikov A.A., Shitov A.Yu., Chernov V.I., Zhiltsova I.I., Yuryev A.Yu., Myasnikov A.A. — Evaluation of resistance to decompression aerogenesis in scuba divers

**Краткие сообщения**51 **Brief reports****По страницам зарубежной  
медицинской печати****From the foreign  
medical publications**

Агапитов А.А., Алейников С.И., Болехан В.Н.,  
Ивченко Е.В., Крассий А.Б., Нагибович О.А.,  
Петров С.В., Резванцев М.В., Солдатов Е.А.,  
Шалахин Р.А., Шеппли Е.В. — **Научно-  
медицинские исследования в вооружен-  
ных силах США (Сообщение пятое)**

65

Agapitov A.A., Aleinikov S.I., Bolekhan V.N.,  
Ivchenko E.V., Krassiy A.B., Nagibovich O.A.,  
Petrov S.V., Rezvantsev M.V., Soldatov E.A.,  
Shalakhin R.A., Sheppli E.V. — **Medical  
Research in the US Armed Forces (Re-  
port 5)**

**Из истории  
военной медицины****From the history  
of military medicine**

Поддубный М.В. — **Клинический воен-  
ный госпиталь в 1892 году**

70

Poddubny M.V. — **Clinical military hospital  
in 1892**

Костюк А.В. — **Организация лечебной  
работы госпиталей Балтийского флота  
в XVIII веке**

76

Kostyuk A.V. — **Organization of clinical care  
of North Fleet hospitals in XVIII century**

Чумаков Вл.В., Архипов А.В., Бородавко  
В.К., Васильков А.М., Грошилин С.М., И-  
ванов А.О., Смуров А.В. — **Флагман оте-  
чественной военно-морской медицин-  
ской науки (К 80-летию образования  
1 ЦНИИ МО РФ)**

84

Chumakov Vl.V., Arkhipov A.V., Borodavko V.K.,  
Vasilkov A.M., Groshilin S.M., Ivanov A.O.,  
Smurov A.V. — **The flagship of the national  
naval medical science (on the 80th anni-  
versary of establishment of the 1<sup>st</sup> Central  
Research Institute of the Defense Ministry  
of Russian Federation)**

**Официальный отдел**

89

**Official communications****Лента новостей**37,44,  
64,90**News feed****Хроника****Chronicle**

Власов А.Ю., Гребенюк А.Н., Минаев Д.Ю.  
— **Система сохранения здоровья военно-  
служащих и подготовки медицинского  
персонала сил самообороны Японии**

91

Vlasov A.Yu., Grebenyuk A.N., Minayev D.Yu.  
— **System of preservation of servicemen's  
health and training of medical staff of  
Japan Self-Defence Forces**

Обращаем внимание авторов на необходимость указывать,  
кроме общих паспортных данных на каждого автора статьи,  
их электронные адреса (e-mail) и воинские звания (в т. ч. запаса, в отставке)

**CONTENTS**



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК 616-082:355

## Анализ и показатели работы дневного стационара окружной консультативно-диагностической поликлиники

МАЛЫХ А.Б., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы<sup>1</sup>  
ИВАНЦОВ В.А., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы запаса<sup>2</sup>  
БОГАЧЕНКО С.М., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,  
полковник медицинской службы запаса<sup>3</sup>  
КУТУЗОВА Е.А. (lena\_doc@mail.ru)<sup>3</sup>  
АНТИПОВА Е.В.<sup>3</sup>  
СКЛЯРОВ В.Н., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва; <sup>2</sup>Учебный военный центр Ростовского государственного медицинского университета, г. Ростов-на-Дону; <sup>3</sup>Консультативно-диагностическая поликлиника 1602-го Военного клинического госпиталя, г. Ростов-на-Дону

*Malykh A.B., Ivantsov V.A., Bogachenko S.M., Kutuzova E.A., Antipova E.V., Sklyarov V.N. — Analysis and working data of day hospital of district consultation-and-diagnostic out-patient hospital. The article is devoted to organization and establishment, aims and capacity rates of day hospital of district consultation-and-diagnostic out-patient hospital. 7894 patients were treated in the day hospital during 2007–2011. Percent of patients treated in therapeutic department — 65,3%, surgical department — 16,7%, neurologic — 18%. Length of hospital stay in average is 9,3 days. It is shorter than the length of hospital stay in specialized departments of the hospital. Average cost of stay in day hospital is 380 rubles. The price of stay in day hospital is significantly lower cheaper than in hospital. Except cost cut of treatment and rehabilitation, payments of temporary and permanent disability are diminished due to reduction of treatment terms in case of achievement of therapeutic effect. Also bed capacity of hospital gets free.*

*Key words:* day hospital, consultation-and-diagnostic out-patient hospital, hospital-replacing technologies, outpatient care.

Современное здравоохранение в Российской Федерации ориентировано на оптимизацию помощи, извлечение максимума медицинского, социального и экономического эффектов из существующих реальных ресурсов лечебно-профилактических учреждений (Осадчих А.И., 1998; Коробов М.В., Дубинина И.А., 1999).

Программой государственных гарантий предусматривается уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих форм, а также планируется рост доли расходов государства на амбулаторно-поликлиническую помощь. Это обусловлено тем, что около 30% больных госпитализируются необоснованно и могут получать медицинскую помощь с использованием *стационаро-*

*замещающих технологий* (СЗТ) на догоспитальном этапе (Стародубов В.И. и соавт., 2002).

Анализ основных показателей деятельности *дневных стационаров* (ДС) показал их экономическую эффективность: количество пролеченных больных в 1,5–3 раза больше за счет работы в две смены, а стоимость койко-дня в 5 раз меньше, чем при круглосуточном стационарном лечении.

Деятельность стационарозамещающих форм организации медицинской помощи в РФ регламентирована приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 декабря 1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях». Приказом



в среднем в 98% случаев лечения. Лечение в дневном стационаре позволяет добиться сокращения его сроков, уменьшения количества послеоперационных осложнений. В условиях ДС проводятся лабораторные или инструментальные исследования, для которых пациента было бы необходимо госпитализировать в круглосуточный стационар. Пациент во время пребывания в ДС получает интенсивное лечение основного и сопутствующих заболеваний, что позволяет снизить частоту обострения заболеваний и в конечном счете способствует увеличению числа оздоровленных диспансерных больных.

Кроме того, лечение в ДС имеет и социальную значимость. Пациенты получают квалифицированную помощь по месту жительства без госпитализации, сохраняют возможность вести активный образ жизни. Большую часть суток пациент проводит дома, в семье, исключаются стрессовые ситуации, связанные с госпитализацией в обычные стационары; подбор медикаментозной терапии проводится на фоне обычного ритма жизни. Сокращаются сроки диагностических мероприятий и продолжительность трудопотерь у пациентов, происходит более быстрое возвращение к их прежней трудовой деятельности. Снижается социальная напряженность за счет создания дополнительных

мест лечения (ДС работает в две смены). Все эти параметры отражаются в отзывах пациентов при анкетировании, которое проводится ежемесячно и позволяет учесть их пожелания при организации оказания помощи в условиях ДС.

Важной составляющей является также экономическая эффективность работы ДС. Средняя стоимость пребывания пациента в ДС составляет 380 руб., что значительно ниже, чем в госпитале (средняя стоимость койко-дня в отделениях терапевтического профиля составляет 820 руб. без учета стоимости медикаментозного лечения). Кроме сокращения затрат на лечение и реабилитацию, сокращаются выплаты по временной и стойкой нетрудоспособности за счет сокращения сроков лечения при достижении заданного медицинского эффекта.

Из приведенных данных видно, что работа госпитального отделения консультативно-диагностической поликлиники позволяет повысить уровень амбулаторно-поликлинической помощи, способствует высвобождению коечного фонда госпиталя, являясь экономически менее затратной формой.

Эти показатели позволяют снизить нагрузку на некоторые отделения военного клинического госпиталя, т. е. сделать шаг вперед в «переносе тяжести» с госпитального звена на поликлиническое.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК 616.33-002.44-057.36

## Актуальность проблемы язвенной болезни в современной гастроэнтерологии, военно- врачебной и медико-социальной экспертизе

СЕРГЕЕВА В.В., профессор<sup>1</sup>  
СОШИНА А.А. (sawenya@mail.ru)<sup>1</sup>  
ПАРИНОВ О.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы<sup>2</sup>  
БОБЫЛЕВ В.А., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы  
в отставке (gvkg.300@mail.ru)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов ФМБА России;  
<sup>2</sup>Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва

Sergeyeva V.V., Soshina A.A., Parinov O.V., Bobylev V.A. – Applicability of the problem of peptic ulcer in modern gastroenterology, military-and-medical and medical-and-social assessment. *The round-up*



article is devoted to the history of gastroenterology. The authors deal with a subject of aetiology, pathogenesis and treatment of diseases associated with destruction of mucous coat of GI tract. The main criteria of military-and-medical and medical-and-social assessment used in evaluation of patients with different forms of peptic ulcer are performed.

К е у о р д с: peptic ulcer, gastroenterology, diagnostic and medical-and-social significance.

Одно из ведущих мест в структуре болезней желудочно-кишечного тракта занимают язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), оставаясь актуальной проблемой современной гастроэнтерологии. В экономически развитых странах рассматриваемая патология желудочно-кишечного тракта наблюдается приблизительно у 10–25% населения [7, 8]. У больных молодого возраста от первых проявлений заболевания до ulcerации проходит мало времени (Комаров Ф.И., 1990; Дударенко С.В., 2002; Ивашкин В.Т., 2002). Заболевание сопровождается значительными потерями, может привести к изменению категории годности по состоянию здоровья к военной службе.

Признанию язвы как болезни медицина обязана профессору Петербургской медико-хирургической академии Фридриху Удену, который издал первый в истории медицины фундаментальный труд о язвенных поражениях желудка и двенадцатиперстной кишки [4, 7]. Жан Крювель в 1825 г. впервые выделил язвенную болезнь (ЯБ) в отдельную нозологическую форму [3, 5].

Одной из первых теорий патогенеза язвы желудка была сосудистая теория Р.Вирхова (1853), на смену которой в 1856 г. появляются первые научные работы с теоретическим предположением кислотно-пептического механизма возникновения язв, основоположниками которой являлись С.Бернард (1856) и Н.Квинке (1878). Существующие на протяжении столетия теории патогенеза ЯБ: механическая теория Л.Асхофф (1912), неврогенная концепция ЯБ по Г.Бергман (1913), учение о ведущей роли нервной системы в регуляции деятельности органов и систем организма И.П.Павлова (1932), кортико-висцеральная теория Курцина–Быкова (1949) — определяли в то время подходы к лечению данных больных [3, 6, 7].

В последние десятилетия большинство гастроэнтерологов придерживаются наиболее признанной физиологической теории, предложенной Н.Шай (1959/1968), согласно которой развитие ЯБ обусловлено нарушением взаимодействия кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и ослаблением защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки [2].

Открытие в 1983 г. J. Wargen и В. Marshall *Helicobacter pylori* дало новое понимание этиопатогенеза ЯБ [2]. Патогенетическая роль *H. pylori* обусловлена их способностью колонизировать пилорантральный отдел слизистой оболочки желудка и луковицу двенадцатиперстной кишки и вырабатывать уреазу, расщепляющую мочевину с образованием аммиака, который нейтрализует соляную кислоту желудка и обеспечивает бактерии локальное поддержание комфортного pH (около 6–7 ед.). Литические ферменты (муциназа, протеаза, липаза), секретруемые *H. pylori*, вызывают деполимеризацию и растворение защитной слизи, вызывая химический ожог, воспаление и изъязвление слизистой оболочки желудка [2, 3].

Л.И.Аруин и М.Ж.Власев считают, что в ответ на внедрение сигнальных молекул *H. pylori* в слизистую оболочку желудка первыми реагируют нейтрофильные лейкоциты [1]. Для обеспечения защиты включается набор стереотипных сигнальных механизмов. Такие сигналы передают цитокины, наиболее важный из них — интерлейкин-8, который модулирует хемотаксис, хемокинез, агрегацию и высвобождение лизосомальных ферментов из нейтрофилов [7]. Это далеко не безобидный лейкопедез, сопровождающийся разрушением межклеточных контактов. Создается впечатление, что эпителий в подобных условиях совершает суицидные действия, мобилизуя нейтрофилы, которые его же и губят. На сли-





© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК 616.831-005.1-037

## Прогноз ближайшего периода ишемического инсульта

БОЯРИНЦЕВ В.В., профессор, полковник медицинской службы запаса (volynka@volynka.ru)<sup>1</sup>  
АРДАШЕВ В.Н., заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, профессор,  
полковник медицинской службы в отставке<sup>2</sup>  
КАЛЁНОВА И.Е., кандидат медицинских наук<sup>1</sup>  
ЧЕТКАРЕВ Ю.Э., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Клиническая больница № 1 Управления делами Президента РФ, Москва; <sup>2</sup>ГНЦ РФ – Институт медико-биологических проблем РАН, Москва; <sup>3</sup>Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва

Boyarintsev V.V., Ardashhev V.N., Kalyonova I.E., Chetkarev Yu.E. – Prognosis of the immediate period of an ischemic stroke. We investigated 342 patients with clinical outcome of a disease and 61 died patients with acute disease. With the help of the method of representative sample of patients with an ischemic stroke the clinical picture and data about tool methods of research are investigated. We received solving rules of forecasting of favorable and adverse outcomes ischemic stroke with use of the discriminative analysis.

*К е у в о р д с:* ischemic stroke, prognosis of outcomes of an ischemic stroke, mathematical models of an ischemic stroke.

Цереброваскулярные заболевания в значительной степени определяют уровень состояния здоровья человека, продолжительность жизни, заболеваемость и смертность, что имеет общегосударственное значение. В России наблюдается неуклонный рост заболеваемости инсультом [3, 4, 12, 10]. Летальность в острый период инсульта в России достигает 30–35% и увеличивается еще на 12–15% к концу первого года после инсульта. Сегодня снижение летальности при ишемическом инсульте можно предвидеть на пути создания превентивной терапии неблагоприятного прогноза [8, 9, 13, 14].

Прогнозирование исхода заболевания позволяет целенаправленно использовать превентивную лечебную тактику путем создания индивидуальных реабилитационных программ для каждого пациента. На сегодняшний день известно несколько десятков моделей прогноза ишемического инсульта [5, 6, 8, 14–16, 18], которые не решают проблемы прогнозирования в конкретных лечебно-профилактических учреждениях. Различные схемы исследования и лечебные подходы вносят неоднозначную интерпретацию результатов прогноза. Разработка моделей прогнозирования исходов ишемичес-

кого инсульта, несмотря на многочисленные исследования, остается актуальной для современной медицины [5, 6, 11, 19, 20]. Создание баз данных по особенностям клинических проявлений заболевания, осложнениям и исходам ишемического инсульта, рассчитанных на применение в отечественных лечебно-профилактических учреждениях, – один из путей решения проблемы [7, 8, 11].

### Цель исследования

Анализ клинических проявлений ишемического инсульта с благоприятным и неблагоприятным исходом болезни и построение решающих правил прогнозирования с использованием математических методов.

### Материал и методы

Для прогнозирования мы взяли две группы больных: первую составили пациенты, перенесшие острый период болезни (342 человека), вторую – умершие больные (61). Напомним, что летальность в острый период болезни в наших лечебно-профилактических учреждениях была 12–16%. Сроки наступления летальных исходов составили от 1 до 50 дней, среднее значение –  $15 \pm 7,1$  дня. У 35% исследуемых инсульт развился в



### Заключение

В настоящее время нарушения мозгового кровообращения, из которых 80% занимает ишемический инсульт, являются третьей по частоте причиной летальности и инвалидизации людей (инсульт уступает первенство по фатальным исходам онкологическим болезням и ишемической болезни сердца). Поиск признаков, указывающих на вероятность развития инсульта, — актуальная проблема современной медицины [1, 2, 4, 9].

При инсульте возникает недостаточность мозгового кровотока, которая сопряжена с многообразием заболеваний. Мозговая катастрофа нами рассматривается как терминальная стадия артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, ожирения, сахарного диабета, нарушения сердечного ритма и недостаточности кровообращения. Детальный анализ частоты встречаемости этих состояний указывает на их достоверное увеличение при возникновении мозговых катастроф. Сочетание факторов риска выступает как «синдром взаимного отягощения» [7, 15, 16].

При оценке исхода ишемического инсульта нами использовано математическое моделирование и получены решающие правила дифференциальной оценки благоприятного и неблагоприятного исходов ишемического инсульта, которые имеют высокую чувствительность и специфичность.

При анализе совокупности признаков, вошедших в решающее правило, можно сделать заключение о патогенезе возникновения инсульта у конкретного больного. Совершенно очевидна зависимость исходов инсульта от объема ин-

фарктированного мозга, который связан с предшествующими заболеваниями: артериальной гипертензией, атеросклерозом, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом. Комплекс этих факторов риска ведет к изменению сосудистой стенки у больных ишемическим инсультом [17, 20, 21].

Следует отметить, что при возникновении инсульта мы выявляли обострение хронических сопутствующих заболеваний в виде гипертонических кризов, декомпенсации гемодинамики, учащения нарушений ритма сердца. Кроме того, нарушения свертывающей системы крови, свойственные всем вариантам течения ишемического инсульта, усиливают комплекс патологических механизмов. Совокупность всех этих признаков обуславливает тяжесть и прогноз заболевания. Нарушения сердечного ритма, изменения сократительной функции сердца и состояния церебральных артерий во многом влияют на общую гемодинамику, вызывая изменения циркуляции крови и нарушение перфузии головного мозга и увеличивают вероятность эмболизации магистральных артерий при аритмическом синдроме и недостаточности кровообращения — кардиоэмболический инсульт [10, 11, 17, 20].

Различные причины заболеваний сводятся в клинике к синдромам общемозговых нарушений, корковых расстройств и стволовых симптомов, совокупность которых определяет неврологическую симптоматику болезни. Неврологическая симптоматика объединяет различные патофизиологические подтипы течения инсульта. Эта концепция позволяет рассматривать инсульт как синдром различных заболеваний.

### Литература

1. *Верещагин Н.В.* Гетерогенность инсульта // Инсульт: Приложение к Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. — 2003. — Вып. 9. — С. 8–9.
2. *Верещагин Н.В., Суслина З.А.* Современное представление о патогенетической гетерогенности ишемического инсульта: В кн. *Очерки ангионеврологии* / Под ред. З.А. Суслиной. — М.: Атмосфера, 2005. — 368 с.
3. *Гусев Е.И.* Проблема инсульта в России // Инсульт: Приложение к Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. — 2003. — Вып. 9. — С. 3–5.

4. *Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В.* Эпидемиология инсульта в России // Инсульт: Приложение к Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. — 2003. — Вып. 8. — С. 4–9.
5. *Ершов В.И.* Острейший период ишемического инсульта: клинко-патогенетическая характеристика, прогнозирование, вопросы оптимизации нейропротективной терапии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2011. — 45 с.
6. *Макаров С.С., Джебраилова Ю.Н., Грачева М.Е.* и др. Математическое моделирование группы нейронов и астроцитов в условиях ишемического инсульта // Журн. неврол. и психиатр. — 2012. — № 8. — С. 59–62.



7. Одинак М.М., Михайленко А.А., Иванов Ю.С., Сёмин Г.Ф. Сосудистые заболевания головного мозга. — СПб: Гиппократ, 2003. — 160 с.

8. Сидякина И.В., Царенко С.В., Добрушина О.Р. и др. Прогностическая модель оценки летальности и функционального восстановления после тяжелого и крайне тяжелого инсульта // Неврологический журнал. — 2012. — Т. 17, № 2. — С. 10–14.

9. Скворцова В.И., Шамалов Н.А. Реперфузионная терапия при ишемическом инсульте // Consilium medicum. — 2011. — № 2. — С. 19–22.

10. Суслина З.А., Пирадов М.А. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. — 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 288 с.

11. Чухловин А.А. Варианты и прогноз исходов ишемических инсультов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2009. — 32 с.

12. Шмырев В.И., Васильев А.Ю. Ведение больных, перенесших мозговую инсульт на этапе реабилитации // Врач. — 2009. — № 4. — С. 56–58.

13. Яхно Н.Н., Валенкова В.А. О состоянии медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения // Неврологический журнал. — 1999. — Т. 4, № 4. — С. 44.

14. Addams L.R., del Zoppo G., Alberts M.J. et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke // Stroke. — 2007. — Vol. 38. — P. 1655–711.

15. Balci K., Utku U., Asil T., Celik Y. Ischemic stroke in young adults: risk, factors, subtypes, and prognosis // Neurologist. — 2011. — Vol. 17, N 1. — P. 16–20.

16. Deleu D., Inshasi J., Akhtar N. Risk factors, management and outcome of subtypes of ischemic stroke: a stroke registry from the Arabian Gulf // J. Neurol. Sci. — 2011. — Jan. 15. — Vol. 300, N 1–2. — P. 142–147.

17. Doufekias E., Segal A.Z., Kizer J.R. Cardio- genic and aortogenic brain embolism // J. Am. Coll. Cardiol. — 2008. — Vol. 51. — P. 1049–1059.

18. Furie K.L., Kasner S.E., Adams R.J. et al. Guidelines for the prevention of stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association // Stroke. — 2010. — Vol. 42. — P. 227–276.

19. Jun M., Foote C., Lv J. et al. Effects of fibrates on cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis // Lancet. — 2010. — Vol. 375. — P. 1875–1884.

20. Nam H.S., Lee K.Y., Kim Y.D. Failure of complete recanalization is associated with poor outcome after cardioembolic stroke // Eur. J. Neurol. — 2011. — Sep. — Vol. 18, N 9. — P. 1171–1178.

21. Versari D., Gossli M., Mannheim D. et al. Hypertension and Hypercholesterolemia Differentially Affect the Function and Structure of Pig Carotid Artery // Hypertension. — 2007. — Vol. 50, N 6. — P. 1063–1068.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК [617.586-002.44:616.379-008.64]-08

## Лечение гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы в многопрофильном госпитале

БЕЛЯКИН С.А., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы запаса (Zhospital@mail.ru)

ЦАРЁВ М.И., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы

ШАНДУРЕНКО И.Н., доктор медицинских наук, подполковник м/с службы

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

*Belyakin S.A., Tsaryov M.I., Shandurenko I.N. — Treatment of purulonecrotic forms of diabetic foot in multi-purpose hospital unit. Results of treatment and inspection of 278 patients with purulonecrotic complications of diabetic foot, treated in septic surgery department of 3rd Central Military-Clinical Hospital n. a. A.A. Vishnevsky during 1999–2009 are analyzed. For patients with purulonecrotic forms of diabetic foot is necessary to perform complex therapy with participation of endocrinologist and angiosurgeon, in specialized departments with the necessary medical equipment and dressing means and having experience of treatment of patients with diabetic foot, characterized with heavy and long-lasting course of disease leading to amputations. At the same time, application of gelling dressing means, iodoforms with ferment drapes for local treatment allowed to lower a level of amputations from 17,1 to 12,8%, and also to reduce stay of patients in a hospital to 8 days.*

*Key words: a syndrome diabetic stops, local therapy, gelling dressing means, and drapes.*

**П**роблема сахарного диабета (СД) и его осложнений остается по-прежнему актуальной и приобретает все большую социально-экономическую зна-

чимость. Реальное число больных СД в России составляет не менее 8 млн человек. Из общего числа ампутаций 15–70% выполняются пациентам с СД. Прямые



Таким образом, больным с гнойно-некротической формой диабетической стопы необходимо проводить комплексную терапию с участием эндокринолога и ангиохирурга в специализированных отделениях, оснащенных необходимой медицинской аппаратурой и перевязочными средствами и имеющих опыт лечения пациентов с СДС, отличающихся

тяжелым и длительным течением раневого процесса, приводящим к высоким ампутациям. Применение для местного лечения гелеобразующих перевязочных средств, йодофоров с ферментсодержащими салфетками позволило снизить уровень высоких ампутаций с 17,1 до 12,8% случаев, а также сократить пребывание пациентов в стационаре на 8 дней.

### Литература

1. Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Токмаков А.Ю., Дедов И.И. Синдром диабетической стопы // Сахарный диабет. — 2001. — № 2. — С. 2–8.
2. Анциферов М.Б., Колинченко Е.Ю. Синдром диабетической стопы: современные направления в лечении и профилактике // Рус. мед. журн. — 2005. — Т. 13, № 6. — С. 367–370.
3. Дедов И.И., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю. Синдром диабетической стопы. — М., 1998. — 143 с.
4. Дедов И.И., Удовиченко О.В., Галстян Г.Р. Диабетическая стопа. — М.: Практическая медицина, 2005. — 175 с.
5. Международное соглашение по диабетической стопе. — М., 2000.
6. Altindas M., Cinar C. Promoting primary healing after ray amputations in the diabetic foot: the plantar dermo-fat pad flap // Plast. Reconstr. Surg. (Turkey). — 2005. — Vol. 116, N 4. — P. 1029–1034.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК 616.327-008.1-089.819

## Малоинвазивный способ коррекции тяжелых степеней органической дисфагии

КОЧЕТКОВ А.В., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса (spbkaw@yandex.ru)  
БЕЛЕВИЧ В.Л., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
ОВЧИННИКОВ Д.В., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы  
БРЕДНЕВ А.О., старший лейтенант медицинской службы

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

*Kochetkov A.V., Belevich V.L., Ovchinnikov D.V., Brednev A.O. — Minimally invasive method of treatment of severe organic dysphagia. Dysphagia occurs in the clinical picture of stenosing esophageal diseases as a first symptom, but shows an extensive-stage disease. The aim of the study was to examine the experiences of esophageal stents incurable patients and the formulation of indications and contraindications to their use. The study was conducted on 68 patients treated at the Department of General Surgery of the Kirov Medical Academy during 2007–2011 for cancer of the esophagus and gastric cardia, and 2 patients with benign esophageal strictures. The success of self-expanding stents esophageal stenting was 100% (that is technically able to put a stent in all patients). Thus, the self-expanding esophageal stent wire stents — is the most effective method used to maintain patency of malignant esophageal narrowing in inoperable esophageal cancer patients in stage IV, and is the primary treatment of choice for patients with esophageal fistulas malignant.*

*Key words: esophagus, esophageal stricture, stenting.*

Дисфагия — наиболее характерный синдром поражения пищевода, в абсолютном большинстве случаев она является следствием его органического поражения (в т. ч. злокачественного).

Несмотря на более раннее относительно других симптомов появление этого признака, дисфагия свидетельствует о запущенности патологического процесса, имеющего неблагоприятный



Этот нетрудоемкий малоинвазивный метод не требует проведения общей анестезии, количество осложнений при его применении минимально.

2. Показаниями для установки саморасширяющихся стентов могут быть рецидивы рака и образование свищей в зоне гастрозофагоанастомозов, наличие перфораций. Стентирование применимо

также как подготовительный этап в хирургическом лечении доброкачественных стриктур пищевода.

3. Восстановление проходимости пищевода после установки стента обеспечивает улучшение питания, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни инакурабельных больных.

## Литература

1. Ищенко А.А., Белоногов А.В., Барышников Е.С., Димов А.А. Эндохирургические способы восстановления энтерального питания при неоперабельном раке пищевода // Сибирск. онкол. журн. — 2008. — № 1, прил. — С. 62–63.
2. Климашевич А.В. Возможность лечения непрерывно рецидивирующих стриктур пищевода методом стентирования // Изв. высш. учебн. заведений. Поволж. регион. Мед. науки. — 2011. — № 3. — С. 81–88.
3. Климашевич А.В., Никольский В.И., Богонина О.В., Антонов В.В. Профилактика и лечение рубцовых стриктур пищевода // Фунд. исследов. — 2012. — № 4. — С. 63–68.
4. Королев М.П., Федотов Л.Е., Смирнов А.А. Эндопротезирование саморасправляющимися металлическими стентами при стенозирующих заболеваниях пищевода // Вестн. хир. — 2010. — Т. 169, № 1. — С. 58–64.
5. Лазарев А.Ф., Фокеев С.Д. Сравнительный анализ радикального лечения рака пищевода // Рос. онкол. журн. — 2006. — № 2. — С. 35–37.
6. Роман Л.Д., Котив Б.Н., Бисенков Л.Н. и др. Паллиативные вмешательства в хирургическом лечении рака грудного отдела пищевода // Вопр. онкол. — 2009. — Т. 55, № 1. — С. 56–59.
7. Скворцов М.Б. Рак пищевода: хирургическое лечение // Сибирск. мед. журн. — 2011. — № 4. — С. 21–30.
8. Хайрулдинов Р.В. Современные принципы диагностики и хирургического лечения рака пищевода // Вестн. хир. — 2006. — Т. 165, № 3. — С. 48–51.
9. Boeckel P.G., Sijbring A., Vleggaar F.P., Siersema P.D. Systematic review: temporary stent

placement for benign rupture or anastomotic leak of the oesophagus // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2011. — Vol. 33, N 12. — P. 1292–1301.

10. Cook M.B., Wild C.P., Everett S.M. et al. Risk of mortality and cancer incidence in Barrett's esophagus // Cancer epidemiol. biomarkers prev. — 2007. — Vol. 16, N 10. — P. 2090–2096.

11. Dahan L., Ries P., Laugier R., Seitz J.-F. Traitements palliatifs endoscopiques des cancers de l'oesophage // Gastroenterol. Clin. Biol. — 2006. — Vol. 30, N 2. — P. 253–261.

12. Eloubeidi M.A., Talreja J.P., Lopes T.L. et al. Success and complications associated with placement of fully covered removable self-expandable metal stents for benign esophageal diseases (with videos) // Gastrointest. Endosc. — 2011. — Vol. 73, N 4. — P. 673–681.

13. Mosca F., Consoli A., Stracqualursi A. et al. Comparative retrospective study on the use of plastic prostheses and self-expanding metal stents in the palliative treatment of malignant strictures of the esophagus and cardia // Dis. Esophagus. — 2003. — Vol. 16, N 2. — P. 119–125.

14. Ott C., Ratiu N., Endlicher E. et al. Self-expanding Polyflex plastic stents in esophageal disease: various indications, complications, and outcomes // Surg. Endosc. — 2007. — Vol. 21, N 6. — P. 889–896.

15. Saito Y., Tanaka T., Andoh A. et al. Novel biodegradable stents for benign esophageal strictures following endoscopic submucosal dissection // Dig. Dis. Sci. — 2008. — Vol. 53, N 2. — P. 330–333.

16. Schubert D., Pross M., Nestler G. u. a. Endoskopische Therapieoptionen bei mediastinaler Anastomoseninsuffizienz // Zentralbl. Chir. — 2006. — Jg. 131, N 5. — S. 369–375.



## Оценка факторов риска развития фибрилляции предсердий у больных с типичным трепетанием предсердий после радиочастотной абляции кавотрикуспидального перешейка

СТЕКЛОВ В.И., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
(vsteklov@yandex.ru)

Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В.Мандрыка Министерства обороны Российской Федерации, Москва

*Steklov V.I. – Evaluation of risk factors for atrial fibrillation in patients with atrial flutter after radiofrequency ablation of cavotricuspid isthmus. The author researched risk factors for atrial fibrillation in 93 patients with atrial flutter after radiofrequency ablation of cavotricuspid isthmus. Effectiveness of radiofrequency ablation of the inferior isthmus was 93,5%. Before operation in 10% patients from the group of patients without atrial fibrillation, in postoperative period developed atrial fibrillation. Factors for this arrhythmia include elderly age, low contractility of the aortic ventricle of heart, dilation of the left atrium, chronicity and rate of arterial hypertension. In group of patients with atrial fibrillation in pre-and postoperative period this arrhythmia developed in 73,9% of patients. Risk factors for atrial fibrillation include elderly age, time duration of arrhythmic anamnesis and chronicity and rate of arterial hypertension.*

*Key words: atrial flutter, atrial fibrillation, radiofrequency ablation, cavotricuspid isthmus.*

**Т**репетание предсердий (ТП) после фибрилляции предсердий (ФП) является самой частой предсердной тахикардией. Частота распространенности ТП в общей популяции людей составляет 0,088%, с возрастом увеличивается. Примерно у 50–60% пациентов с ТП регистрируется ФП [1, 3, 5, 11, 13]. Поэтому нередко эти две разновидности аритмии объединяют термином «мерцательная аритмия». В последние годы электрофизиологические методы исследования (ЭФИ) сердца позволили раскрыть значительные различия как в механизмах развития, так и методах лечения этих аритмий.

В основе типичного ТП лежит механизм макро-риентри с циркулирующей волны возбуждения по периметру трикуспидального клапана. При ФП патологический очаг возбуждения часто находится в области легочных вен. У больных как с пароксизмальной, так и с постоянной формой ТП вследствие тахисистолии нередко развивается систолическая дисфункция сердца с последующей дилатацией его полостей, приводящая в конечном итоге к сердечной недостаточности и тромбэмболическим осложнениям [1, 3].

Лечение больных, страдающих ТП, сопряжено со многими трудностями. В то время как купировать пароксизмы ТП методами фармакологической и электрической кардиоверсии удается более чем у 90% больных, то эффективность фармакологических антиаритмических средств, направленных на профилактику этой аритмии, низкая и составляет 30–50% [1, 3, 5, 10, 13].

Радикальным методом, позволяющим полностью избавиться пациента от ТП, является катетерная радиочастотная абляция (РЧА) кавотрикуспидального перешейка (КТП), расположенного между нижней поллой веной (НПВ) и периметром трехстворчатого клапана (ТК). После достижения в результате РЧА полной двунаправленной блокады проведения волны возбуждения в КТП эффективность операции превышает 90% [1–5, 8, 10]. Несмотря на излечение большинства пациентов от ТП методом РЧА, некоторые из них все еще ощущают приступообразные сердцебиения, обусловленные главным образом пароксизмами ФП [4, 5, 7, 8, 10–13]. При этом факторы риска развития фибрилляции предсердий после РЧА ТП изучены недостаточно.



## Литература

1. Ардашев В.Н., Ардашев А.В., Стеклов В.И. Лечение нарушений сердечного ритма. — М.: Медпрактика, 2005. — 227 с.
2. Ардашев В.Н., Стеклов В.И., Климов В.П., Ардашев А.В. Катетерные методы лечения нарушений сердечного ритма // Воен.-мед. журн. — 2001. — Т. 322, № 7. — С. 31–41.
3. Кучмин А.Н., Симоненко В.Б., Никитин А.Э. и др. Диагностика и лечение фибрилляции и трепетания предсердий в военно-медицинских учреждениях Министерства обороны РФ. — М.: Эко-Пресс, 2010. — 51 с.
4. Овечкин А.О., Тарловская Е.И., Чапурных А.В. Роль ремоделирования сердца и развития фибрилляции предсердий у пациентов с гипертонической болезнью при использовании многомерной модели прогнозирования // Сердце. — 2010. — № 5 (55). — С. 288–292.
5. Ревизивили А.Ш., Рзаев Ф.Г., Рубаева З.Г. Интервенционное лечение пациентов с фибрилляцией предсердий в сочетании с «истмусзависимым» трепетанием предсердий: диагностика, подходы и результаты проведенных процедур // Вестн. аритмологии. — 2006. — № 46. — С. 17–22.
6. Ревизивили А.Ш., Сергуладзе С.Ю., Шмоль А.В. и др. Вариантная анатомия нижних перешейков сердца // Анналы аритмологии. — 2007. — № 3. — С. 16–22.
7. Симоненко В.Б., Стеклов В.И., Горбатов Е.А. и др. Предикторы фибрилляции предсердий после радиочастотной абляции кавотрикуспидального перешейка у больных с типичным трепетанием предсердий // Вестн. аритмологии. — 2012. — Приложение А. — С. 62.
8. Cabrera J.A., Sanchez-Quintana D., Ho S.Y. et al. Angiographic anatomy of the inferior right atrial isthmus in patients with and without history of common atrial flutter // Circulation. — 1999. — Vol. 99. — P. 3017–3023.
9. Da Costa A., Romeyer C., Mourot S. et al. Factors associated with early atrial fibrillation after ablation of common atrial flutter. A single centre prospective study // Eur. Heart J. — 2002. — N 23. — P. 498–506.
10. Da Costa A., Romeyer C., Zarqane-Sliman N. et al. Impact of first line radiofrequency ablation in patients with lone atrial flutter on the long term risk of subsequent atrial fibrillation // Heart. — 2005. — N 91. — P. 97–98.
11. Moreira W., Timmermans C., Wellens H.J. et al. Can common-type atrial flutter be a sign of an arrhythmogenic substrate in paroxysmal atrial fibrillation? Clinical and ablative consequences in patients with coexistent paroxysmal atrial fibrillation/atrial flutter // Circulation. — 2007. — Vol. 116. — P. 2786–2792.
12. Nabar A., Rodriguez L.M., Timmermans C. et al. Effect of right atrial isthmus ablation on the occurrence of atrial fibrillation. Observations in four patient groups having type I atrial flutter with or without associated atrial fibrillation // Circulation. — 1999. — Vol. 99. — P. 1441–1445.
13. Paydak H., Kall J.G., Burke M.C. et al. Atrial fibrillation after radiofrequency ablation of type I atrial flutter: time to onset, determinants and clinical course // Circulation. — 1998. — Vol. 98. — P. 15–22.
14. Perez F.J., Schubert C.M., Parvez B. Long-term outcomes after catheter ablation of cavotricuspid isthmus dependent atrial flutter // Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology. — 2009. — N 2. — P. 393–401.

## ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В Брюсселе 16 января состоялось заседание совета Россия–НАТО на уровне начальников генеральных штабов, в котором принял участие начальник Генерального штаба Вооруженных сил РФ генерал-полковник **Валерий Герасимов**.

На заседании были подведены итоги взаимодействия Российской Федерации с альянсом за 2012 г. и определены приоритетные задачи на перспективу. В частности, был утвержден план сотрудничества Российской Федерации с НАТО на 2013 год.

Как отметил глава российского Генштаба, военное сотрудничество РФ с НАТО в целом развивается успешно. «Итоги совместной работы в 2012 году нами в целом оцениваются положительно. По нашим оценкам, выполнено более 85% мероприятий плана, что является очень хорошим показателем и подтверждает приверженность идее наращивания сотрудничества в областях, представляющих взаимный интерес», — заявил генерал-полковник В.В.Герасимов после окончания заседания.

По его словам, полезными были контакты специалистов Российской Федерации и НАТО в области *военной медицины*, по вопросам тылового обеспечения, борьбе с самодельными взрывными устройствами, обучению и подготовке военнослужащих. В новом году взаимодействие по этим направлениям будет продолжено.

Управление пресс-службы и информации  
Министерства обороны Российской Федерации

[http://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=11582860@egNews](http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11582860@egNews)



© Н.К. СМАГУЛОВ, А.М. МУХАМЕТЖАНОВ, 2013  
УДК 613.67

## Оценка функционального напряжения и резистентности организма военнослужащих на этапах прохождения срочной службы

СМАГУЛОВ Н.К., профессор<sup>1</sup>  
МУХАМЕТЖАНОВ А.М., доцент, полковник медицинской службы ВС Республики Казахстан  
(a.muhamed@bk.ru)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Карагандинский государственный университет им. Е.А.Букетова, Республика Казахстан;  
<sup>2</sup>Карагандинский государственный медицинский университет, Республика Казахстан

*Smagulov N.K., Mukhametzhonov A.M. — Functional assessment of stress and resistance of the body of soldiers on the stages of an emergency service. Service in the armed forces takes place on the background of tension of different systems of the body and the level of stress depends on the stage of passage performance. The highest level of stress is voltage observed at the initial stage, which affects the general state of health of the soldier, his successful performance of professional duties and, consequently, reducing the overall resistance of the organism. The results obtained indicate a high «energy» cost of passing military performance.*

*К е у в о р д с:* stages of military service, adaptation, disadaptation, professional health.

В настоящее время условия служебной деятельности характеризуются повышенными информационными и психическими нагрузками, высоким нервно-эмоциональным напряжением и возросшими расходами функциональных резервов организма [6, 9]. Изучение особенностей деятельности военнослужащих свидетельствует о том, что в современных условиях предъявляются высокие требования к психофизиологическим механизмам жизнедеятельности человека.

Однако анализ литературы показывает, что результаты профессионально-психологического отбора в вооруженные силы не соответствуют психологическим требованиям, предъявляемым к юношам призывного возраста. Вследствие чего у 60% военнослужащих, проходящих службу по призыву, нарушена психическая адаптация к условиям воинской части, что требует проведения психокоррекционных мероприятий [7]. В связи с этим большое значение для последующей адаптации военнослужащих к такому роду деятельности, помимо их индивидуально-психологических особенностей, приобретают психофизиологические тре-

бования, предъявляемые к военнослужащему самой деятельностью [2].

### Цель исследования

Дать физиологическую оценку адаптационных процессов у военнослужащих срочной службы.

### Материал и методы

Объект исследования — военнослужащие срочной службы в возрасте 18–22 лет. Всего обследованы 92 юноши. Исследования проводились в начале прохождения военной службы — на 1-м месяце (первый этап), в середине — на 6–7-м (второй этап) и в конце на 11–12-м месяцах (третий этап) срочной военной службы.

При изучении функционального состояния необходимо отдать предпочтение не только физиологическим, но и психологическим методам, поскольку именно они позволяют достаточно точно оценить потенциальные возможности организма и диагностировать ранние изменения функционального состояния под влиянием различных нагрузок. В связи с этим в работе проводилось:





## Литература

1. *Баевский Р.М., Берсенева А.П.* Введение в донозологическую диагностику. — М.: Фирма «Слово», 2008. — 220 с.

2. *Диденко И.В.* Психофизиологические и психологические особенности адаптации военнослужащих на различных этапах служебно-боевой деятельности: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Ростов-н/Д, 2007. — 19 с.

3. *Догле Н.В., Юркевич А.Я.* Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. — М., 1984. — 176 с.

4. *Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б.* Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // *Вопр. психологии.* — 1973. — № 6. — С. 141.

5. *Истратова О.Н., Эксакусто Т.В.* Психодиагностика. Коллекция лучших тестов. (Психологический практикум). — Ростов н/Д, 2007. — 375 с.

6. *Крюков Е.В.* Изменения перекисного окисления липидов и гемостаза у военнослужащих в процессе адаптации к военной службе // *Воен.-мед. журн.*, — 2003. — Т. 324, № 11. — С. 72–73.

7. *Нурмагамбетова С.А.* Сравнительный анализ механизмов формирования расстройств адаптации у военнослужащих на разных этапах срочной службы // *Рос. психiatr. журн.* — 2002. — № 3. — С. 29–33.

8. *Реброва О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica. — М.: Медиа-сфера, 2006. — 312 с.

9. *Троицкий А.А., Волгин К.В.* Невротические расстройства у военнослужащих, признанных годными по психическому здоровью, на первых (адаптационных) месяцах военной службы // *Пробл. психол. и эргоном.* — 2002. — № 1. — С. 54–55.

## ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

Врачи Окружного военного клинического госпиталя *Восточного военного округа* (ВВО), дислоцированного в г. Хабаровске, подвели итоги своей работы в 2012 году.

В прошедшем году в госпиталь и его филиалы за медицинской помощью обратилось более 100 тыс. военнослужащих, членов семей, гражданского персонала Минобороны, военных пенсионеров. Врачами проведено около 20 тыс. операций, из них 381 — экстренных. Врачебно-сестринскими бригадами выполнено около 30 вылетов санитарной авиации для оказания медицинской помощи в отдаленных и труднодоступных регионах Дальнего Востока.

Военный госпиталь имеет в своем составе 40 отделений, 6 филиалов и 25 обособленных структурных подразделений, расположенных в 21 населенном пункте на территории 6 субъектов РФ, с общей емкостью около 3,5 тыс. коек. Всего в госпитале трудятся более 6,5 тыс. специалистов, среди которых 2 доктора медицинских наук, 25 кандидатов медицинских наук, 10 заслуженных врачей, около 150 врачей и 240 медицинских сестер высшей и первой категории.



**Пресс-служба Восточного военного округа**, 25 января 2013 г.  
[http://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=11598569@egNews](http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11598569@egNews)

Военные моряки *большого противолодочного корабля* (БПК) «Североморск» *Северного флота* оказали помощь члену экипажа морского буксира «Ocean Kaspien», получившему травму при переходе морем из порта Азов (Россия) в порт Дубай (Объединенные Арабские Эмираты). Получив координаты судна, на котором требовалась медицинская помощь, БПК «Североморск», осуществлявший сопровождение российского многофункционального ледокольного судна «Витус Беринг», изменил курс и прибыл в точку встречи с буксиром «Ocean Kaspien». Затем на борт противолодочного корабля с помощью быстроходного катера был доставлен гражданин России, травмированный оторвавшейся при сильном ветре такелажной снастью. Группой военных врачей ему была оказана квалифицированная медицинская помощь. Убедившись, что состояние больного не вызывает опасений, член экипажа буксира «Ocean Kaspien» был доставлен на борт своего судна.

После оказания медицинской помощи БПК «Североморск» продолжил сопровождение многофункционального ледокольного судна «Витус Беринг» в назначенную точку в центральной части Аравийского моря.

**Пресс-служба Западного военного округа**, 5 февраля 2013 г.  
[http://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=11618168@egNews](http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11618168@egNews)



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК 616-001.11-057.36

## Определение устойчивости водолазов к декомпрессионному газообразованию

МЯСНИКОВ А.А., профессор, полковник медицинской службы запаса<sup>1</sup>  
ШИТОВ А.Ю., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы  
(arseniyshitov@mail.ru)<sup>1</sup>  
ЧЕРНОВ В.И., доцент, полковник медицинской службы запаса<sup>1</sup>  
ЖИЛЬЦОВА И.И., доцент, доктор медицинских наук<sup>1</sup>  
ЮРЬЕВ А.Ю., капитан медицинской службы<sup>2</sup>  
МЯСНИКОВ А.А., майор медицинской службы<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Научно-исследовательский институт (спасания и подводных технологий) Военного учебно-научного центра Военно-морского флота «Военно-морская академия им. Н.Г.Кузнецова», г. Ломоносов, Ленинградская область; <sup>3</sup>Военный институт (военно-морской) Военного учебно-научного центра Военно-морского флота «Военно-морская академия им. Н.Г.Кузнецова», Санкт-Петербург

*Myasnikov A.An., Shitov A.Yu, Chernov V.I., Zhiltsova I.I., Yuryev A.Yu., Myasnikov A.A. – Determination of divers' resistance to decompression gas formation. The aim of the study was to determine the correlation between the state of the individual functions of the organism and the intensity of decompression venous gas embolism after high air pressure exposure. The analysis of the guidelines defining the procedure of divers' medical examination was made and 320 divers were surveyed. Indices of the divers' central nervous and cardiovascular systems were measured before and after their immersion into a hyperbaric chamber. The study found that the conduct divers' on-resistance to unfavorable scuba dive should be provided by the military-medical commission, so the position of diving doctor should be put to it staff. It was revealed that the rate of simple visual-motor reaction, measured before the diving can serve as an indicator of human resistance to decompression gassing. The formula for determining the stability of decompression gassing of men aged 20–30 years in terms of state of organism functions was proposed.*

*К е у в о р д с: decompression sickness, diver, state of organism functions.*

### Введение

Определение, а при необходимости и повышение устойчивости организма водолазов к факторам повышенного давления является одной из составляющих профилактики специфической водолазной патологии [4]. Актуальность этого вопроса в Вооруженных силах РФ повысилась после выхода приказа МО РФ № 843 [17]. В этом документе содержится требование определять устойчивость к гипоксии, токсическому действию кислорода, токсическому действию азота и декомпрессионному газообразованию (ДГ) как обязательное условие медицинского заключения о годности водолазов, водолазов-глубоководников и акванавтов к работе в условиях повышенного давления газовой и водной среды.

Юридическое закрепление учета устойчивости людей, работающих в условиях гипербарической среды или собирающихся освоить водолазные специальности, является абсолютно логичным. Разработка этих методик началась в 60–70-е гг. прошлого столетия и в 1987 г. приказом МО РФ № 260 часть этих методик была введена в действие. Однако распад СССР, серьезные кадровые изменения в Вооруженных силах РФ привели к тому, что прогрессивное начинание не было реализовано в последующих руководящих документах, касавшихся медицинского освидетельствования военнослужащих [15, 16]. Количество погружений водолазов под воду, выходов кораблей и подводных лодок в море в те годы резко сократилось. В последние годы интенсив-



## В Ы В О Д Ы

1. Требуется корректировка Приказа МО РФ № 843, определяющего порядок медицинского освидетельствования водолазов. Проведение проверок на устойчивость к гипоксии, токсическому действию кислорода, токсическому действию азота и декомпрессионному газообразованию необходимо проводить силами военно-врачебной комиссии, для чего ввести в ее штат должность водолазного врача. Указанные проверки следует проводить пос-

ле осмотра врачами-специалистами и выполнения необходимых исследований, определяющих состояние здоровья кандидата.

2. У испытуемых, имеющих низкую устойчивость к ДБ, показатели ПЗМР до «погружения» достоверно отличаются от таковых у испытуемых, имеющих высокую устойчивость к данному заболеванию.

3. Предлагаемая формула определения устойчивости к ДГ мужчин в возрасте 20–30 лет позволяет дополнить существующую методику.

## Литература

1. Адаева Е.Н., Чумаков А.В., Шитов А.Ю. Изменения костно-суставного аппарата у водолазов // Баротерапия в комплексном лечении раненых, больных и пораженных: Материалы VIII Всеарм. науч.-практ. конф. / Под ред. А.Ан. Мясникова. — СПб: ВМедА, 2012. — С. 78–79.

2. Благинин А.А., Торчило В.А., Емельянов Ю.А., Загородников Г.Г. К вопросу о высотной декомпрессионной болезни и ее лечении // Воен.-мед. журн. — 2012. — Т. 333, № 5. — С. 44–49.

3. Волков Л.К. Физиологическое обоснование профилактики декомпрессионных расстройств: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб, 1994. — 41 с.

4. Волков Л.К., Мясников А.А., Сонин Л.Н., Бойко Ю.Г. Устойчивость людей к декомпрессионной болезни и неспецифические методы ее повышения // Авиакосмич. и эколог. медицина. — 1999. — Т. 33, № 4. — С. 40–43.

5. Жердев Г.М., Гарибджанов В.А., Евстропова Г.Н. и др. Причины прекращения водолазами профессиональной трудовой деятельности // Воен.-мед. журн. — 1992. — № 3. — С. 47–48.

6. Жильцова И.И., Анненков О.А., Мясников А.А., Емельянов Ю.А. Перспективы применения компьютерной стабиграфии для оценки влияния измененного барометрического давления на функциональное состояние организма // Баротерапия в комплексном лечении раненых, больных и пораженных: Материалы VIII Всеарм. науч.-практ. конф. — СПб: ВМедА, 2012. — С. 81–82.

7. Зеверев Д.П. Состояние функций организма человека при многократных гипербарических воздействиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2011. — 22 с.

8. Кулешов В.И., Мясников А.А., Назаркин В.Я. и др. Актуальные вопросы профилактики и лечения острой декомпрессионной болезни легкой степени тяжести // Воен.-мед. журн. — 2002. — Т. 323, № 4. — С. 50–53.

9. Мясников А.А. Декомпрессионная болезнь // Вопросы гипербарической медицины (прилож. к науч.-практ. журналу «Вестн. интенсивной терапии»). — 2008. — № 2–3. — С. 6–19.

10. Мясников А.А., Зеверев Д.П., Шитов А.Ю. и др. Состояние сердечно-сосудистой системы человека при различных уровнях внутрисосудистого декомпрессионного газообразования после повторных воздействий повышенного давления воздуха // Экология человека. — 2008. — № 6. — С. 19–23.

11. Мясников А.А., Кулешов В.И., Чернов В.И. и др. Питьевой режим водолазов и индивидуальная устойчивость организма к декомпрессионной болезни // Воен.-мед. журн. — 2007. — Т. 328, № 3. — С. 49–52.

12. Мясников А.А., Новожилова А.П., Миргородская О.Е. и др. Структурные изменения в паренхиматозных органах у животных при различной интенсивности венозной газовой эмболии и острой декомпрессионной болезни // Морфология. — 1999. — Т. 115, № 2. — С. 41–46.

13. Мясников А.А., Шитов А.Ю., Согрин Ю.Н. Использование пробы с водной нагрузкой для оценки деятельности почек при внутрисосудистом декомпрессионном газообразовании различной интенсивности // Нефрология и диализ. — 2010. — Т. 12, № 1. — С. 49–53.

14. Правила водолазной службы Военно-морского флота ПВС ВМФ — 2002. — М.: Воениздат, 2004. — Ч. II. — 176 с.

15. Приказ министра обороны Российской Федерации от 22 сентября 1995 г. № 315 «О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации». — М.: 12 ЦТ МО РФ, 1995. — 368 с.

16. Приказ министра обороны Российской Федерации от 20 августа 2003 г. № 200 «О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации». — М.: 12 ЦТ МО РФ, 2003. — 320 с.

17. Приказ министра обороны Российской Федерации от 06 августа 2009 г. № 843 «О внесении изменений в приказы МО РФ по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы» // Российская газета. — 2009. — 28 октября.

18. Руководство по гипербарической медицине // Под ред. С.А.Байдина, А.Б. Граменицкого, Б.А.Рубинчика. — М.: ОАО «Изд-во Медицина». — 2008. — 560 с.

19. Чумаков А.В. Состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем у лиц, длительно пребывающих под повышенным давлением на предельных глубинах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2007. — 23 с.

20. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. — 2-е изд., доп. — СПб: ВМедА, 2005. — 292 с.

21. Юрьев А.Ю., Шитов А.Ю., Панченкова И.А., Ярославцев М.Ю. Динамика неспецифических адаптационных реакций при действии на организм факторов повышенного давления // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. — 2012. — № 3 (39). — С. 141–145.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК: (355.4+355.6)61:001.89 (73-41)

## Научно-медицинские исследования в вооруженных силах США (Сообщение пятое)<sup>1</sup>

АГАПИТОВ А.А., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы  
АЛЕЙНИКОВ С.И., полковник в отставке  
БОЛЕХАН В.Н., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы  
ИВЧЕНКО Е.В., доцент, подполковник медицинской службы  
КРАССИЙ А.Б., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы  
в отставке  
НАГИБОВИЧ О.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы  
ПЕТРОВ С.В., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы  
РЕЗВАНЦЕВ М.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
СОЛДАТОВ Е.А., профессор, подполковник медицинской службы  
ШАЛАХИН Р.А., кандидат педагогических наук, подполковник запаса  
ШЕППЛИ Е.В.

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

*Agapitov A.A., Aleinikov S.I., Bolekhan V.N., Ivchenko E.V., Krassiy A.B., Nagibovich O.A., Petrov S.V., Rezvantsev M.V., Soldatov E.A., Shalakhin R.A., Sheppli E.V. — Medical Research in the US Armed Forces (Report 5). The US Air Force and Coast Guard. The present article is the last part of the review dedicated to organization and management of medical research in the US Armed Forces. The first through fourth parts were published in the previous issues of the journal. Specifically this article is dedicated to organization and management of medical research in the US Air Force and Coast Guard. It is shown that in the US Air Force the medical research is conducted in the Air Force Research Laboratory and in the US Coast Guard — in its Research and Development Center. The particular research programs conducted in the above mentioned units are discussed.*

*К е у в о р д s: Air Force Research Laboratory, armed forces, medical service, Research and Development Center, scientific research, US Air Force, US Coast Guard, USA.*

Научные разработки в ВВС США в настоящее время проводятся централизованно в *Исследовательской лаборатории ВВС США*<sup>2</sup>, основана в 1997 г., дислоцируется на базе ВВС США *Райт-Паттерсон* (Wright-Patterson Air Force Base), штат Огайо. Это крупное учреждение из 10 подразделений с бюджетом в 2 млрд долл. [6]. Медико-биологическими исследованиями занимается *711-е крыло ВВС США (человеческая деятельность)*<sup>3</sup>,

создано в 2008 г. в результате объединения ряда исследовательских подразделений ВВС. Данная структура также дислоцируется на базе ВВС США Райт-Паттерсон, с 1 июня 2012 г. начальник — бригадир генерал *Тимоти Джекс*<sup>4</sup>, 1444 сотрудника (из них 765 военнослужащих), бюджет 300 млн долл.; на 711-е крыло работает 680 (!) контрактных организаций [2]. Перечислим некоторые НИР, выполняемые 711-м крылом.

1) Разработка метода увеличения продолжительности периода активного внимания у авиадиспетчеров и операторов беспилотников с помощью неинвазивной стимуляции головного мозга [5].

<sup>1</sup> Материал представляет собой заключительную статью серии из пяти публикаций. Начало см.: Воен.-мед. журн. — 2012. — Т. 333, № 10. — С. 72–78; № 11. — С. 66–70; № 12. — С. 37–43; 2013. — Т. 334, № 1. — С. 66–73. — **Ред.**

<sup>2</sup> Air Force Research Laboratory, официальный сайт по ссылке [4].

<sup>3</sup> 711th Human Performance Wing, официальный сайт по ссылке [3].

<sup>4</sup> Timothy T. Jex, биография и портрет по ссылке [8].



## Литература

1. 2011 Young Faculty Award Recipients // The Official Web Site of the DARPA. URL: [http://www.darpa.mil/Opportunities/Universities/Young\\_Faculty\\_Award\\_Recipients\\_2011.aspx](http://www.darpa.mil/Opportunities/Universities/Young_Faculty_Award_Recipients_2011.aspx) (дата обращения: 26.07.2012). [Премии 2011 г. молодым научным сотрудникам DARPA // Официальный сайт Агентства передовых исследовательских оборонных проектов DARPA].

2. 711th Human Performance Wing // Infocitex Event Registration Services. URL: [http://registration.istdayton.com/Briefings/711%20HPW%20NBCU%20MI%20STEM%20brief\\_v2.pdf](http://registration.istdayton.com/Briefings/711%20HPW%20NBCU%20MI%20STEM%20brief_v2.pdf) (дата обращения: 26.07.2012). [О 711-м крыле ВВС США].

3. 711th Human Performance Wing // The Official Web Site of Wright-Patterson Air Force Base. URL: <http://www.wpafb.af.mil/afri/711HPW/> (дата обращения: 26.07.2012). [711-е крыло ВВС США // Официальный сайт военно-воздушной базы ВВС США Райт-Паттерсон].

4. Air Force Research Laboratory // The Official Web Site of Wright-Patterson Air Force Base. URL: <http://www.wpafb.af.mil/afri/> (дата обращения: 24.07.2012). [Исследовательская лаборатория ВВС США // Официальный сайт военно-воздушной базы ВВС США Райт-Паттерсон].

5. Air Force Research Laboratory 711th Human Performance Wing // Irwanashari.com. URL: <http://www.irwanashari.com/pdf/Air-Force-Research-Laboratory-711th-Human-Performance-Wing-....html#> (дата обращения: 26.07.2012). [Программы 711-го крыла // irwanashari.com].

6. Air Force Research Laboratory. Organizational Chart // The Official Web Site of Wright-Patterson Air Force Base. URL: <http://www.wpafb.af.mil/shared/media/document/AFD-090803-021.pdf> (дата обращения: 27.07.2012). [Исследовательская лаборатория ВВС США. Организационная структура // Официальный сайт военно-воздушной базы ВВС США Райт-Паттерсон].

7. Appropriation/Budget Activity. Research, Development, Test & Evaluation, Navy // The Official Web Site of the Defense Technical Information Center (DTIC). 19 p. PDF. URL: [http://www.dtic.mil/descriptivesum/Y2013/Navy/stamped/0604771N\\_5\\_PB\\_2013.pdf](http://www.dtic.mil/descriptivesum/Y2013/Navy/stamped/0604771N_5_PB_2013.pdf) (дата обращения: 21.07.2012). [Проект бюджета МО США 2013 г. НИР и НИОКР // Официальный сайт Оборонного центра технической информации].

8. Brigadier general (Dr.) Timothy T. Jex // The Official Web Site of the US Air Force. URL: <http://www.af.mil/information/bios/bio.asp?bioID=15739> (дата обращения: 21.07.2012). [Начальник 711-го крыла ВВС США бриг. ген. Тимоти Джекс // Официальный сайт ВВС США].

9. General Atomics MQ-1 Predator // Wikipedia. URL: [http://en.wikipedia.org/wiki/Predator\\_UAV](http://en.wikipedia.org/wiki/Predator_UAV) (дата обращения: 26.07.2012). [Беспилотник MQ-1 Predator // Википедия].

10. Military Science 2011-12 // San Diego Unified School District. 6 p. PDF. URL: [http://www.sandi.net/cms/lib/CA01001235/Centricity/Domain/121/cos/supp/pdf/Mil\\_Sci.pdf](http://www.sandi.net/cms/lib/CA01001235/Centricity/Domain/121/cos/supp/pdf/Mil_Sci.pdf) (дата обращения: 29.07.2012). [Военно-научные программы для молодежи // Сайт школьного округа Сан-Диего, штат Калифорния].

11. Modafinil // Wikipedia. URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/Modafinil> (дата обращения: 26.07.2012). [Модафинил // Википедия.].

12. Ortiz P.A. Jet Fuel and Hearing Loss // Science Update / Naval Medical Research Unit, Dayton, Ohio. 2011. Vol. 1, No 4. P. 2. PDF. URL: [http://www.med.navy.mil/sites/nmrc/documents/Science\\_Update\\_Fall2011\\_final.pdf](http://www.med.navy.mil/sites/nmrc/documents/Science_Update_Fall2011_final.pdf) (дата обращения: 26.07.2012). [Авиационное топливо и потеря слуха // Статья в новом научном ежеквартальнике Science Update].

13. Phillips J., Caldwell L. NAMRU-D and AF Scientists Submit Collaborative Research Proposals // Science Update / Naval Medical Research Unit, Dayton, Ohio. 2011. Vol. 1, No 4. P. 4. PDF. URL: [http://www.med.navy.mil/sites/nmrc/documents/Science\\_Update\\_Fall2011\\_final.pdf](http://www.med.navy.mil/sites/nmrc/documents/Science_Update_Fall2011_final.pdf) (дата обращения: 26.07.2012). [Совместный проект ученых ВМФ и ВВС // Статья в новом научном ежеквартальнике Science Update].

14. RDT&E Programs (R-1) // Department of Defense Budget Fiscal Year 2012 / Office of the Under Secretary of Defense (Comptroller). P. 3. PDF. URL: [http://comptroller.defense.gov/defbudget/fy2012/fy2012\\_r1.pdf](http://comptroller.defense.gov/defbudget/fy2012/fy2012_r1.pdf) (дата обращения: 26.07.2012). [Бюджет МО США 2012 г. НИР и НИОКР / Офис подсекретаря МО по финансам].

15. Research and Development Center // The Official Web Site of the US Coast Guard. URL: <http://www.uscg.mil/acquisition/rdc/rdc.asp> (дата обращения: 26.07.2012). [Центр исследований и развития // Официальный сайт береговой охраны США].

16. The National Biometrics Challenge / National Science and Technology Council // Biometrics.gov. URL: [http://www.biometrics.gov/Documents/BiometricsChallenge2011\\_protected.pdf](http://www.biometrics.gov/Documents/BiometricsChallenge2011_protected.pdf) (дата обращения: 26.07.2012). [Программа биометрической идентификации нового поколения].

17. Wright State wins UAV contract of up to \$5 million // Wright State University. 22 September 2011 г. URL: <http://webapp2.wright.edu/web1/newsroom/2011/09/22/wright-state-wins-uav-contract-of-up-to-5-million/> (дата обращения: 26.07.2012). [Университет им. братьев Райт выиграл контракт в 5 миллионов долларов на исследование беспилотников // Официальный сайт университета].



**Интервью с начальником Главного военно-медицинского управления бундесвера** (Interview mit dem Amtschef des Sanitätsamtes der Bundeswehr). — *Ulrich Pracht, Andreas Hölscher*. — Wehrmedizin und Wehrpharmazie. — 2012. — N 3 (нем.)

Выходящий в Германии на немецком языке ежеквартальный журнал для военных врачей «Wehrmedizin und Wehrpharmazie» (Военная медицина и военная фармация) поместил интервью с назначенным в 2011 г. на должность начальника Главного военно-медицинского управления — начальника медицинской службы бундесвера генерал-майором медицинской службы Ульрихом Прахтом (Ulrich Pracht), выдержки из которого приводим ниже.

Прежде всего отмечено, что перед новым начальником *Главного военно-медицинского управления* в данный момент стоит непростая задача по реструктуризации управления, в связи с создаваемым *Командованием медицинской службы* бундесвера.

Реорганизация охватит принципы комплектования медицинской службы, организационно-штатной структуры, вооружения и оснащения, боевого применения подразделений медицинской службы, компьютеризации, формирования новых специальных медицинских отделов, например, отдела профилактики, отдела медицинской экспертизы и отдела медицинских мероприятий по защите от оружия массового поражения; должны быть разработаны новые принципы их работы, отвечающие современным требованиям.

В рамках *Командования медицинской службы* появится больше учреждений, которые будут распределены по соответствующим регионам. Пока что функции командования медицинскими учреждениями, включая Военно-медицинскую академию и центральные специализированные институты, осуществляются на федеральном уровне.

Самые важные шаги впереди. После того как министерство обороны стало работать в новых условиях, преобразование организационно-штатной структуры началось с формирования *Командования медицинской службы* и *двух специальных*

*командований*. Затем последуют первые шаги по реорганизации самого *Командования*. Поэтому пока рано говорить о каких-либо итогах.

Еще в 2007–2008 гг. главный штаб медицинской службы провел анализ сильных и слабых сторон в работе службы и разработал основные направления перспективного развития. Конечно, еще нужно посмотреть, насколько эффективными окажутся новые структуры и смогут ли они продолжать в дальнейшем функционировать так, как это было раньше.

Сегодня мы знаем, что ГВМУ предстоит расформирование. Задачи четко определены как в плане передачи специальных функций в новую структуру, так и в плане формирования новой штатной структуры специальных отделов. Например, третий отдел интенсивно занимается разработкой организационных основ для подразделений новой медицинской службы, начиная с кадрового состава и инфраструктуры и заканчивая контролем за работой службы. Мы выполняем, так сказать, двойную работу: во-первых, готовим ведомство к расформированию, а во-вторых, обеспечиваем непрерывность выполнения поставленных перед нами задач в переходный период. Сначала нужно переориентировать сотрудников на новые сферы деятельности. Не стоит забывать и о том, что в переходный период, который длится полгода, реорганизация проходит в условиях нехватки времени.

Не следует забывать, что каких-то десять лет назад служащие ведомства уже совершили переезд из Бонна-Бойля в Мюнхен, что для многих было серьезным и трудным шагом. С одной стороны, Мюнхен является привлекательным местом, но с другой, это очень дорогой город, в частности для военнослужащих унтер-офицерского состава и членов их семей. Теперь им предстоит новый переезд в Кобленц, что не так легко сделать, т. к. инфраструктура в этом городе в на-



© М.В.ПОДДУБНЫЙ, 2013  
УДК 614.2:355(091)

## Клинический военный госпиталь в 1892 году

ПОДДУБНЫЙ М.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса  
(voen-med-journal@mtu-net.ru)

Редакция «Военно-медицинского журнала»

*Poddubny M.V. — Clinical military hospital in 1892. The article is devoted to the circumstances of visit of Alexander III to Clinical hospital of Military-Medical Academy in 1892. It is detailed about the situation in hospital: direct care, instruction and economic aspects. Representations of imperial authority in Russia in XIX century with respect to military-medical institutions are characterized. «Episode 3Match 1892» is important for Military-Medical Academy because in that day the put on hold reconstruction got a crucial impulse.*

*К е у w o r d s: Clinical hospital, Military-Medical Academy, Alexander III, care for wounded in XIX century, representations of imperial authority in Russia in XIX century.*

Историография Клинического военного госпиталя<sup>1</sup> — являющегося от момента создания Военно-медицинской академии основной базой *alma mater* российской военной медицины — достаточно обширна и разнообразна [1, 2, 4, 6]. Авторы ряда статей, говоря о его расширении в период 90-х годов XIX в., связывают это с намечавшимся тогда 100-летним юбилеем академии [6]. И ни в одной из названных публикаций мы не встретили упоминания о посещении госпиталя императором Александром III в 1892 г. Между тем факт этот имел место, а события, за ним последовавшие, повлияли не только на ситуацию в госпитале.

Нужно сказать, что посещения военных госпиталей российскими самодержцами или членами императорской фамилии в XIX в. были явлением не столь редким: в Российском государственном военно-историческом архиве нам удалось выявить не менее тридцати подобных эпизодов. Чаще других посещались столичные и ближайшие к столице госпитали, особенно Красносельский. Госпиталь при Медико-хирургической академии, ставший в 1840 г. «Вторым Военно-сухопутным» не являлся в этом ряду



Император Александр III

приоритетным, уступая лелеемому императором и открывшемуся тогда же «Первому Военно-сухопутному» (с 1869 г. — Николаевский военный госпиталь, ныне 442 ОВКГ). Например, в январе 1842 г. Первый военно-сухопутный госпиталь

<sup>1</sup> Официальное название госпиталя с 1869 г.



цовое военно-лечебное учреждение. «Госпиталь настолько изменился, — отмечал современник, — что врачи, еще недавно покинувшие его, совершенно не узнают его, вернувшись в Академию. Уже при входе в госпиталь посетителей поражает царствующая повсюду чистота...» [2].

Очевидно, что и Пашутину, и Ванновскому (к тому же бывшему с 1884 г. почетным членом Академии, а с 1890 г. — ее почетным президентом) пришлось пережить в марте 1892 г. немало неприятных минут. Этим и объясняется, почему такое экстраординарное событие, как посещение госпиталя императором, никак не упомянуто в изданной в 1898 г. фундаментальной истории Военно-медицинской академии. Не потому ли Н.Кульбин предварил свой очерк оговоркой: «События настоящего периода (т. е. 1881—1898 гг. — Авт.) никоим образом не подлежат еще истории: многие из них свежи в нашей памяти...» [2]

И лишь проф. Г.Г.Скориченко в историческом очерке 1910 г. скупно упомянул об этом эпизоде: «Улучшение госпи-

таль последовало при Пашутине, которому Император Александр Александрович при посещении академии заметил, что госпиталь содержится грязно. Основательный ремонт коснулся всех отделений...» [7].

Для истории Военно-медицинской академии «эпизод 3 марта 1892 года» важен не только благодаря подобранному корпусу документов, с редкой полнотой отражающих состояние Клинического госпиталя. Очевидно, что в этот день давно откладывавшаяся реконструкция госпиталя получила решающий импульс.

Из этих же документов, в данном случае из рапорта библиотекаря П.Голубова от 4 марта, следует, что, посетив библиотеку Академии, «Его Величество изволил заметить, что он помнит это помещение, так как был в нем два раза»<sup>22</sup>. Так мы можем удостовериться, что всероссийский император Александр III не менее трех раз посещал библиотеку Военно-медицинской академии: исторический факт, вовсе не лишенный интереса...

<sup>22</sup> Там же, л. 8.

## Литература

1. Белевитин А.Б., Швец В.А., Цветков С.А., Овчинников Д.В. — Старейшие Санкт-Петербургские военные госпитали: круглая дата в истории // Воен.-мед. журн. — 2010. — Т. 331, № 11. — С. 70—78.
2. История Императорской Военно-медицинской (бывшей Медико-хирургической) академии за сто лет. 1798—1898 / Под ред. проф. Ивановского. — СПб, 1898. — С. 687, 689, 797—798.
3. Поддубный М.В. Попытки реформ российской военной медицины в конце XIX — начале XX вв. // Вопросы истории. — 2004. — № 8. — С. 144.
4. Рабинович М.Е. История академического клинического военного госпиталя Во-

енно-медицинской ордена Ленина академии имени С.М.Кирова: Дис. ... канд. мед. наук. — Т. 1—2. — Л., 1946—1954.

5. Рабинович М.Е. История академического клинического военного госпиталя Военно-медицинской ордена Ленина академии имени С.М.Кирова: Реферат дис. ... канд. мед. наук: ВМедА им. С.М.Кирова. — Л., 1953. — С. 4.

6. Российская Военно-медицинская академия (1798—1998) / Гл. ред. Ю.Л.Шевченко, зам. гл. ред. В.С.Новиков. — СПб: ВМедА, 1998. — С. 29.

7. Скориченко Г.Г. Императорская Военно-медицинская (медико-хирургическая) академия. Исторический очерк // Столетие Военного министерства. 1802—1902. — Т. IX, ч. II. — СПб, 1910. — С. 196.





## Организация лечебной работы госпиталей Балтийского флота в XVIII веке

КОСТЮК А.В. (koalla-medhist@mail.ru)

Санкт-Петербургский государственный университет

*Kostyuk A.V. – Organization of clinical care of North Fleet hospitals in XVIII century. Clinical care of national navy hospitals was normed from reception of patients till hospital discharge. After admission to the hospital, patient got competent medical care and corresponding attendance. But the situation changed in XVIII century, period of wars. In conditions of war time hospitals were overcrowded with patients and wounded. The number of patients went beyond the bedspace. Deficit of vacant beds was supplied with the help of additional beds; deficit of medical staff was supplied with the help of participation of another medial staff. Huge number of patients with different diseases, including contagious diseases, conduced communication of contagious diseases inside the hospital. Diagnostics and methods of treatment of these diseases were not enough researched. Taking into account results of statistical analysis of data about the number of fatality cases (peace time – 4–10%, war time – 20%), we can make a conclusion that clinical care of national navy hospitals was satisfying.*

*К е у о р д s: navy institutions in Russia in XVIII century, treatment of wounded, organization and establishment of hospitals, navy medicine in XVIII century.*

Первоочередной задачей российских военно-морских госпиталей в XVIII в. являлось восстановление утраченного здоровья моряков, обладавших опытом морской службы. Не будет преувеличением сказать, что боеспособность сил отечественного флота в какой-то мере зависела от качества и эффективности работы госпитальных медиков.

Согласно госпитальным регламентам, получить профессиональную медицинскую помощь, лечение и уход в госпиталях морского ведомства, помимо моряков, могли рабочие и служащие Адмиралтейства и порта<sup>1</sup>. Кроме того, в военно-морских госпиталях на государственном иждивении полагалось содержать инвалидов, неизлечимо больных, а также немощных стариков<sup>2</sup>.

От морских служителей, отправленных с корабля в госпиталь для лечения, требовалось наличие сопроводительных

документов, так называемых «ведений», заверенных подписью командира данного корабля. Они предоставлялись в Адмиралтейскую канцелярию, которая отдавала распоряжения о госпитализации больных. Аналогичные «ведения» составлялись при выписке из госпиталя, с ними исцелившиеся снова направлялись в Адмиралтейскую канцелярию, а оттуда обратно к месту службы. Соблюдение строгой отчетности являлось необходимым условием для своевременной выплаты морским служителям денежных средств, а также для осуществления вычетов из их жалования в пользу лечебных учреждений.

Прибывших в госпиталь больных подвергали первичному медицинскому осмотру доктора, после чего их размещали по палатам в соответствии с характером заболеваний. Распределение пациентов по разным отделениям выполнялось в целях недопущения распространения инфекционных болезней, оно также упорядочивало работу медицинского персонала. Однако производившееся по элементарным внешним признакам («горячечные», «понижные» и т. д.) распределение допускало смешение различных видов инфекций в одной палате и могло привести к внутригоспитальному заражению.

<sup>1</sup> Регламент о управлении Адмиралтейства и верфи. – СПб, 1722. – Гл. XLVII. – Арт. 6; Генеральный регламент о госпиталях и о должностях определенных при них докторов и прочих медицинского чина служителей, также комиссаров, писарей, мастеровых, рабочих и прочих к оным подлежащих людей. – СПб, 1735. – Гл. I. – Арт. 12.

<sup>2</sup> Генеральный регламент о госпиталях... – Гл. X.



ко-мест. Весной 1789 г. в целях ее решения Екатерина II подписала указ о «помещении в Екатериндальском (Екатеринском. — А.К.) дворце, при Ревеле состоящем, госпиталя для пользования больных от флота»<sup>33</sup>. Помимо этого, велось обсуждение строительства в Санкт-Петербурге больницы на средства Военной и Адмиралтейской коллегий<sup>34</sup>.

Не менее остро стояла проблема обеспечения госпиталей медицинскими кадрами. Руководитель Медицинской коллегии барон И.Ф.Фитингоф (1720—1792) пожаловался Екатерине II на то, что госпитальные медики самостоятельно не справляются со своими обязанностями при таком значительном количестве больных. В ответ на это императрица разрешила принимать на службу в госпитали медицинских чинов сверх установленного штата. В ее письме Фитингофу от 14 февраля 1789 г. сказано дословно следующее: «Господин действительный тайный советник Фитингоф. Уважив причины, от Вас представленные, позволяем Мы Вам как в здешнюю (Санкт-Петербургскую. — А.К.) генеральную сухопутную госпиталь, так и в морскую здешнюю, Кронштадтскую и Ревельскую, и в прочие места, где надобность требовать будет, принимать сверх штата лекарей с жалованьем из суммы Медицинской коллегии»<sup>35</sup>.

Таким образом, решение проблем, связанных с организацией медицинской помощи больным и раненым во время Русско-шведской войны 1788—1790 гг., осуществлялось по уже известному и проверенному на практике алгоритму.

Резюмируя изложенное, следует отметить, что лечебная работа отечественных военно-морских госпиталей носила упорядоченный характер, начиная с приема больных и заканчивая их выпиской. Поступив на лечение в госпиталь, заболевший мог рассчитывать на получение квалифицированной медицинской помощи и соответствующего ухода. Однако ситуация резко менялась в периоды частых в XVIII в. войн.

В условиях военного времени госпитали были переполнены больными и ранеными, численность которых многократно превышала размеры кочных фондов. Дефицит в свободных койко-местах восполняли посредством развертывания добавочных коек, а недостаток в медицинских кадрах — привлечением дополнительных сил медицинской службы. Высокая плотность размещения больных с различными заболеваниями, в т. ч. заразными, способствовала распространению внутри госпиталя инфекционных заболеваний, способы лечения которых не были достаточно известны медикам в то время. Принимая во внимание итоги статистического анализа данных о числе летальных исходов (показатель летальности в мирное время составлял примерно 4—10%, в военное время — около 20%), можно сделать основной вывод о том, что лечебная работа отечественных военно-морских госпиталей вместе с тем имела вполне удовлетворительные результаты.

<sup>33</sup> МИРФ. — Ч. XIII. — С. 506, № 453.

<sup>34</sup> Там же. — С. 544, № 524.

<sup>35</sup> РГА ВМФ, ф. 227 (Высочайшие повеления, рескрипты и указы), оп. 1, д. 53, л. 33.

## Литература

1. Бумай О.К. Деятельность медицинской службы по обеспечению личного состава флота в войне со Швецией (1788—1790) // И.Ф.Буш и развитие медицины в XVIII—XIX веках. — СПб, 2002. — С. 69, 71, 73, 74, 76, 78.
2. Гезер Г. История повальных болезней / Пер. с нем. А.Кашина. — СПб, 1867. — Ч. I. — С. 379.
3. Георги И.Г. Описание российско-императорского столичного города Санкт-Петербурга и достопамятностей в окрестностях

онаго. — СПб, 1794. — Ч. II. — С. 288—289.

4. Гозеверт В. Чума: история, сущность и борьба с ней. — М., 1897. — С. 4.

5. Головачев В.Ф. Действия русского флота в войне со шведами в 1788—1790 годах. — СПб, 1873. — Ч. II. — С. 176.

6. Словарь русского языка XVIII века. — Л., 1989. — Вып. 5. — С. 188.

7. Шмулевич Я.М. Краткий обзор исторического развития и современной организации военно-санитарной части в европейских государствах // Воен.-мед. журн. — 1879. — Сентябрь. — С. 168.



## Флагман отечественной военно-морской медицинской науки

(К 80-летию образования 1 ЦНИИ МО РФ)

ЧУМАКОВ Вл.В., заслуженный деятель науки РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке<sup>1</sup>

АРХИПОВ А.В., профессор, доктор технических наук, капитан 1 ранга запаса<sup>1</sup>

БОРОДАВКО В.К., профессор, полковник медицинской службы в отставке<sup>1</sup>

ВАСИЛЬКОВ А.М., профессор, полковник медицинской службы в отставке<sup>1</sup>  
(alexalla-spb@rambler.ru)

ГРОШИЛИН С.М., профессор, полковник медицинской службы в отставке<sup>2</sup>

ИВАНОВ А.О., профессор, полковник медицинской службы запаса<sup>1</sup>

СМУРОВ А.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы<sup>1</sup>

<sup>1</sup>НИИ (кораблестроения и вооружения ВМФ) Военно-учебного научного центра «Военно-морская академия им. Н.Г.Кузнецова», Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

*Chumakov V.V., Arkhipov A.V., Borodavko V.K., Vasilkov A.M., Groshilin S.M., Ivanov A.O., Smurov A.V. – The flagship of the national naval medical science (on the 80th anniversary of establishment of the 1st Central Research Institute of the Defense Ministry of Russian Federation). The article is devoted to the 80th anniversary of the formation of the naval medical science subunit, which is the part of the 1st Central Research Institute of the Defense Ministry of Russian Federation. In the 30th years of XX century, a group of naval doctors formulated the main directions of preventive naval medicine. For eight decades, several generations of medical scientists have developed and ensured implementation of regulatory requirements for habitability and ergonomics of Navy ships. At the present stage, this work focuses on promising directions of the development of the domestic military shipbuilding and the use of advanced and innovative biomedical technologies.*

*К е у о р д s: habitability, ergonomics, organism, health, medicine, science.*

В историю военно-морской медицины вписано немало славных страниц, в числе которых достижения отечественных ученых в деле оптимизации обитаемости на кораблях и судах флота. Проблемы многонаправленного всегда отличались многоплановостью, что требует для их решения фундаментальных знаний и большого практического опыта.

В начале 30-х годов XX в. в Морском секторе Научно-исследовательского инженерно-строительного института РККА был сформирован санитарный отдел. Его первым начальником стал известный гигиенист военврач 1 ранга Виктор Александрович Морев, под руководством которого научно-исследовательская работа по основным вопросам обитаемости была структурирована, приобрела комплексный и плановый характер. В предвоенные годы были выполнены исследования по санитарно-гигиенической оценке воздушной сре-

ды подводных лодок, созданию тактико-технических требований к регенеративным установкам, совершенствованию табелей снабжения медико-санитарным имуществом кораблей по штату мирного и военного времени, по оценке влияния на личный состав длительных походов торпедных катеров. Изучались гигиенические аспекты организации питания, водопотребления, способов обеззараживания воды и условий хранения ее запасов.

Во время Великой Отечественной войны научно-исследовательская работа не прекращалась даже в условиях осажденного Ленинграда. Более того, руководствуясь настоятельной необходимостью расширения медико-биологических исследований в интересах личного состава флота и особенно в связи с вводом в строй новых кораблей, в 1943 г. приказом народного комиссара ВМС № 499 на базе санитарного отдела был



## НАЗНАЧЕНИЯ

Указом Президента Российской Федерации

**ФИСУН**

**АЛЕКСАНДР ЯКОВЛЕВИЧ**

назначен **начальником Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации.**



А.Я.Фисун родился 12 июля 1957 г. В 1980 г. окончил факультет подготовки врачей для Военно-морского флота Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, служил в должностях врача-гематолога, начальника специальной поликлиники на Балтийском флоте, ординатора, старшего ординатора кардиологического отделения кардиоцентра ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, начальника кардиологического отделения военно-морского клинического госпиталя Тихоокеанского флота, главного терапевта ТОФ, ведущего терапевта КДП 2 ЦВКГ им. П.В.Мандрыка, ведущего терапевта филиала этого госпиталя, главного терапевта 2 ЦВКГ им. П.В.Мандрыка – заместителя главного терапевта МО РФ, начальника медицинской службы ВМФ. В 2006–2009 гг. – начальник лечебно-профилактического управления Главного военно-медицинского управления МО РФ, в последующем занимал должности заместителя директора ФГУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» и главного терапевта МУНКЦ им. П.В.Мандрыка.

Генерал-майор медицинской службы (с 2006 г.), участник боевых действий, дальних морских походов.

Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой амбулаторно-поликлинической помощи Института усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В.Мандрыка. Автор более 350 научных работ, в т. ч. 6 монографий.

## ЮБИЛЕИ

© А.К.СОБОЛЕНКО, 2013  
УДК 616:355 (092 Солошенко Н.В.)



**22 февраля 2013 г.** исполнилось 60 лет начальнику лаборатории Научно-исследовательского испытательного института военной медицины ВМедА им. С.М.Кирова, заслуженному рационализатору СССР, кандидату биологических наук полковнику запаса **Солошенко Николаю Васильевичу.**

Н.В.Солошенко после окончания МЭИ (1976) был инженером в НИИ Министерства электронной промышленности СССР. В 1977 г. призван в ВС и назначен в ГНИИИ авиационной и космической медицины, где прошел путь от младшего научного сотрудника до заместителя начальника отдела. В 1998 г. стал начальником отдела в ГНИИ экстремальной медицины, полевой фармации и медицинской техники.

Николай Васильевич – автор и соавтор 4 изобретений и более 150 научных трудов, под его руководством подготовлено 3 кандидатских диссертации.

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

**Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, редационная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Николая Васильевича Солошенко с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и дальнейших творческих успехов.**

## В Объединении ветеранов военно-медицинской службы

В памятные дни сентября 2012 г., посвященные 200-летию юбилею сражений Отечественной войны 1812 года, президиум межрегиональной общественной организации «Объединение ветеранов военно-медицинской службы» организовал автобусную экскурсию из Москвы на Бородинское поле. Участники экскурсии (не только офицеры-медики запаса и в отставке, но и их внуки) посетили памятники Бородинского поля, место ранения П.И.Багратиона, шевардинский редут, командный пункт М.И.Кутузова, Лужецкий монастырь в Можайске.





В *ситуационном центре* Вооруженных сил РФ **21 января** под руководством начальника Генерального штаба Вооруженных сил Российской Федерации — первого заместителя министра обороны генерал-полковника **Валерия Герасимова** состоялось селекторное служебное совещание в режиме видеоконференции.

В совещании приняли участие заместители министра обороны, главнокомандующие видами и командующие родами войск, руководители центральных органов военного управления.

На видеоконференцсвязи находились командующие войсками военных округов и флота, командующие объединениями и командиры соединений.

Основными темами совещания стали:

- оперативная обстановка и обстановка в войсках военных округов;
- реализация плана обустройства военных городков на 2013 год;
- ход выполнения опытно-конструкторских работ по разработке перспективных образцов бронетанковой техники Сухопутных войск;
- *вопросы заболваемости военнослужащих в зимний период*;
- состояние исполнительской дисциплины.

Начальник Генштаба, в частности, проинформировал участников совещания о том, что министром обороны утвержден план обустройства первоочередных военных городков на период 2013–2014 гг. и перспективу до 2017 г., а также годовые планы строительства.

По словам генерал-полковника Валерия Герасимова, в этих целях только в 2013 г. планируется построить и капитально отремонтировать 104 современных казармы, 36 столовых, 21 штабное здание, 32 учебных корпуса, 45 складов, 18 медицинских пунктов. Всего — более 550 объектов. Ориентировочные затраты на выполнение данных мероприятий составят более 46 млрд руб.

**Управление пресс-службы и информации  
Министерства обороны Российской Федерации**

[http://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=11589221@egNews](http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11589221@egNews)

В *Центральном военном округе (ЦВО)* психологи провели углубленное социально-психологическое обследование офицеров объединений, соединений и воинских частей. Специалисты отмечают, что с увеличением денежного довольствия военнослужащих наблюдается положительная динамика показателей их семейного положения. В настоящее время в ЦВО женаты 29% лейтенантов и 72% старших лейтенантов. Это на четверть больше по сравнению с предыдущим годом. Среди капитанов и майоров семейных мужчин — 90 и 95% соответственно.

Психологи проводили обследование, применяя специализированные компьютерные тесты. В ходе обследования наряду с методами анализа документов, индивидуальных бесед, наблюдения были использованы психодиагностические методики по оценке мотивационной, ценностной ориентации и направленности развития личности. Полученные результаты будут использованы в работе аттестационных комиссий Центрального военного округа при решении вопросов о выдвижении военнослужащих на вышестоящую должность.

**Пресс-служба Центрального военного округа, 21 января 2013 г.**

[http://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=11589688@egNews](http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11589688@egNews)





© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК 61:355(520)

## Система сохранения здоровья военнослужащих и подготовки медицинского персонала сил самообороны Японии

*ВЛАСОВ А.Ю., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,  
полковник медицинской службы<sup>1</sup>  
ГРЕБЕНЮК А.Н., профессор, полковник медицинской службы<sup>2</sup>  
МИНАЕВ Д.Ю., подполковник медицинской службы (dminaev74@gmail.com)<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва; <sup>2</sup>Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; <sup>3</sup>Институт усовершенствования врачей Медицинского учебного научно-клинического центра им. П.В.Мандрыка МО РФ, Москва

В соответствии с решением министра обороны Российской Федерации от 11.07.2012 г. делегация медицинской службы Вооруженных сил РФ приняла участие во втором заседании экспертной рабочей группы по военной медицине в рамках совещаний министров обороны стран — членов *Азиатско-Тихоокеанского региона* (АСЕАН), которое состоялось в столице Японии Токио в период с **17 по 20 июля 2012 г.**

Экспертная рабочая группа была образована в 2010 г. в качестве нейтрального форума для обсуждения наиболее актуальных проблем в области военной медицины, обмена практическим опытом военных врачей и фармацевтов, стандартизации и унификации лечебного оборудования, лекарственных средств, а также решения иных вопросов в интересах расширения сотрудничества военно-медицинских служб стран-участниц.

В заседании приняли участие 65 делегатов из 18 стран, председательство на форуме осуществляли представители медицинских служб Японии и Сингапура. Открывали заседание выступления заместителей министров обороны государств-председателей — от Японии **Тошихиро Канасавы** и от Сингапура **Чианг Чи Фуу**.

В ходе форума рассмотрены вопросы взаимодействия медицинских служб стран — членов АСЕАН и диалоговых

партнеров при ликвидации последствий природных и техногенных катастроф, а также возникающие проблемы в разработке единых стандартов по срокам и порядку оказания медицинской помощи. На заседании было принято концептуальное решение о создании в будущем межнационального руководства по управлению силами и средствами медицинских служб стран — членов АСЕАН в чрезвычайных ситуациях.

Во время посещения Японии принимающая сторона предоставила возможность ознакомиться с системой медицинского обеспечения *сил самообороны* (ССО) и подготовки военно-медицинских кадров.

С конца 1990-х гг. Япония заметно расширила функции своих вооруженных сил, в т. ч. для использования их за границей, т. к. изменения, внесенные в Конституцию Японии, сегодня позволяют применять ССО в международных миротворческих операциях. Это обусловлено стремлением Японии к лидерству в мире и в первую очередь в Азиатско-Тихоокеанском регионе.

Небольшие контингенты ССО уже участвовали в ликвидации последствий стихийных бедствий за пределами Японии: урагана в Гондурасе в 1998 г. (участвовало 80 военнослужащих), цунами на о. Суматра в 2004 г. (228 военно-

## Участие делегации медицинской службы Вооруженных сил РФ в заседании экспертной рабочей группы по военной медицине в рамках совещания министров обороны стран—членов АСЕАН в Токио



Российская военно-медицинская делегация. На переднем плане врид начальника ГВМУ МО РФ полковник медицинской службы А.Ю.Власов

Во время работы экспертной группы по военной медицине



Участники заседания

*Статья о системе сохранения здоровья военнослужащих и подготовке медицинского персонала сил самообороны Японии опубликована в рубрике «Хроника»*



## Показное занятие медицинской службы сил самообороны Японии



Рабочие моменты  
показного  
занятия



Мобильный блок интенсивной терапии для медицинской эвакуации пострадавших  
всеми видами транспорта

## Показное занятие медицинской службы сил самообороны Японии



Подвижный операционный блок  
для проведения экстренных  
хирургических вмешательств

(размещается в кузове двух  
автомобилей)



Состоит  
из непосредственно  
операционного блока  
и предоперационной,

в составе которой  
стерилизационная  
и биохимическая  
лаборатория



## Показное занятие медицинской службы сил самообороны Японии



Автомобиль санитарный

эвакуационной вместимостью  
4 человека лежа или 8 сидя,  
макс. скорость 115 км/ч



Развернутое комплектно-табельное оснащение



Полевой рентгенологический диагностический комплекс (цифровой)



## Литература

1. Еремин В.Н. Япония в поиске ответов на изменение миропорядка // Япония и современный мировой порядок. — М., 2002. — С. 25.
2. Носов М.Г. Полвека японской внешней политики // Япония: полвека обновления. — М., 1995. — С. 494.
3. Defense Programs and Budget of Japan (Overview of 2012 Budget) // URL: <http://www.mod.go.jp> (электронный ресурс; дата обращения 01.08.2012).
4. Fukushige M., Yunoue H. Valuing Medical Schools in Japan: National versus Private Universities // Osaka Discussion Paper. 2006. — Vol. 1. — P. 9–14.
5. Hatao M. Current national examination for physicians and its innovation [in Japanese] // Japan Society for Medical Education / White Paper on Medical Education, 2006. — Tokyo: Shinohara Shuppan Shinsha, 2006. — P. 88–94.
6. Hayashi A., Itou K. Shiina K. et al. An investigation into admission systems in medical departments of universities in Japan // Igaku Kyoiku (Medical Education). — 2006. — Vol. 37. — P. 285–291.
7. Judson T., Nishimori T. Concepts and skills in high school calculus: an examination of a special case in Japan and the US // JRME. — 2005. — Vol. 36. — P. 24–25.
8. Kozu T. Medical education in Japan // Acad. Med. — 2006. — Vol. 81. — P. 1069–1075.
9. Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology. Legislation of National University Corporation Law 2006 // URL: <http://www.mext.go.jp/english/news/2003/07/03120301.htm> (электронный ресурс; дата обращения 01.08.2012).
10. Ministry of Health and Welfare. Final Report of Study Committee for Clinical Education [in Japanese] // Japan Society for Medical Education / White Paper on Medical Education, 1994. — Tokyo: Shinohara Shuppan, 1995. — P. 218–224.
11. Model core curriculum [in Japanese] // Association of Japanese Medical Colleges / White Paper on the Medical School of Japan, 2005. — Tokyo: Association of Japanese Medical Colleges, 2005. — P. 60–75.
12. Onishi H., Yoshida I. Rapid change in Japanese medical education // Med. Teach. — 2004. — Vol. 26. — P. 403–408.
13. Rohlen T., Bjork C. Education and training in Japan. — New York: Routledge, 2006. — P. 17–21.
14. Sabalis R., Shiina K., Ishii H. et al. Medical education in Japan: changes and challenges // Igaku Kyoiku (Medical Education). — 2004. — Vol. 35. — P. 221–228.
15. Shimahara N. Teaching in Japan: a cultural perspective // New York: Routledge Falmer, 2002. — P. 11–15.
16. Teo A. The current state of medical education in Japan: a system under reform // Med. Education. — 2007. — Vol. 41, N 3. — P. 302–308.
17. Tokuda Y. Teaching ethics in Japan // Lancet. — 1995. — Vol. 1. — P. 1545–1574.
18. Yasuharu T. Introducing a new medical school system into Japan // Ann. Acad. Med. Singapore. — 2008. — Vol. 37. — P. 800–802.
19. Официальный сайт Национального медицинского колледжа министерства обороны Японии // URL: <http://www.ndmc.ac.jp> (электронный ресурс, дата обращения 31.07.2012).
20. Официальный сайт зарубежной военной информации и коммуникации Восточного военного округа // URL: [http://www.atrinfo.ru/japan/army\\_japan.html](http://www.atrinfo.ru/japan/army_japan.html) (электронный ресурс, дата обращения 01.08.2012).
21. Перечень медицинских вузов на территории России // URL: [http://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_medical\\_schools\\_in\\_Russia](http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_medical_schools_in_Russia) (электронный ресурс, дата обращения 01.08.2012).

Перевод В.В.Федотовой

Макет и компьютерная вёрстка В.В.Матишова

<input type="checkbox"/>	За содержание и достоверность сведений в рекламном объявлении ответственность несет рекламодатель.	
<input type="checkbox"/>	Учредитель — Министерство обороны Российской Федерации. Зарегистрирован Министерством печати и информации Российской Федерации. Номер регистрационного свидетельства 01975 от 30.12.1992 г.	
Сдано в набор 26.01.13. Формат 70×108 <sup>1/16</sup> . Усл. печ. л. 8,4. Заказ № 920.	Печать офсетная. Усл. кр.-отг. 9,8. Тираж 2924 экз.	Подписано к печати 26.02.13. Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 8,6. Каталожная цена 54 р. 00 к.
<b>Отпечатано в типографии ОАО «Издательский дом «Красная звезда» 123007, Москва, Хорошевское шоссе, 38, <a href="http://www.redstarph.ru">http://www.redstarph.ru</a></b>		