

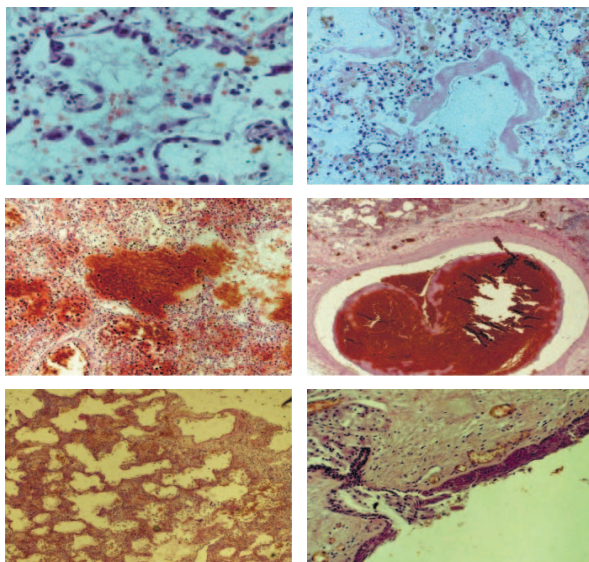
# ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Военно-медицинский журнал

*Тод  
вздуннд  
-191-й*

2013 • № 3

ТОМ  
СССХХХІV



3  
МАРТ  
2013



## К МЕЖДУНАРОДНОМУ ЖЕНСКОМУ ДНЮ 8 МАРТА

В наши дни, как и прежде, женщины-медики наравне с мужчинами добросовестно выполняют свой воинский и профессиональный долг в военных лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждениях, медицинских пунктах, на базах хранения, в лабораториях.

Среди них и женщины – специалисты 111-го Главного государственного центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Минобороны России. Их каждодневный труд помогает поддерживать высокий уровень экспертных работ, эффективно и квалифицированно решать вопросы военной судебной медицины и криминалистики.

Редакционная коллегия и редакционный совет «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют наших читательниц с Международным женским днем, желают им здоровья, радости и успехов в деле охраны здоровья воинов России.



Врач – судебно-медицинский эксперт отдела медико-криминалистической идентификации **Ю.П.Шакирьнова** осматривает биологический объект, представленный для исследования



Заведующая судебно-гистологическим отделением **Т.И.Русакова** исследует гистологические препараты



Судебный эксперт отдела криминалистической экспертизы **Н.А.Скрипилёва** исследует экспериментальные образцы подписи при проведении криминалистической почерковедческой экспертизы



Врач – судебно-медицинский эксперт отделения молекулярно-генетической идентификации **И.В.Верченко** готовит прибор для проведения реакции амплификации ДНК

*Материал к юбилею 111-го Главного государственного центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ опубликован в рубрике «Из истории военной медицины»*

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:**

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

*Non scholae, sed vitae discimus!*

# ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2013 \* МАРТ  
Т. 334 \* № 3

- *Амбулаторная стоматологическая помощь военнослужащим из числа молодого пополнения*
- *Медико-экономическое обоснование рациональной антибактериальной терапии у больных эмпиемой плевры*
- *Профилактика алкогольного цирроза печени*
- *Определение потребности лечебного учреждения в миорелаксантах*
- *Антигипертензивная терапия при метаболическом синдроме*
- *Организация научной и научно-исследовательской работы в медицинской службе флота*
- *Первый медицинский музей России (К 150-летию со дня создания Хирургического музея Императорской медико-хирургической академии)*

МОСКВА  
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ  
«КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»


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

Климов А.С., Гребнев Г.А., Сливкин А.А., Иорданишвили А.К., Потрахов Н.Н. — О совершенствовании амбулаторной стоматологической помощи военнослужащим из числа молодого пополнения 4

*Klimov A.S., Grebnev G.A., Slivkin A.A., Iordanishvili A.K., Potrakhov N.N. — About improvement of outpatient dental health service for young serviceman*

Иванов Ф.В., Котив Б.Н., Баринов О.В., Суборова Т.Н., Ивченко Е.В. — Медико-экономическое обоснование рациональной антибактериальной терапии у больных эмпиемой плевры в условиях военного лечебного учреждения 12

*Ivanov F.V., Kotiv B.N., Barinov O.V., Suborova T.N., Ivchenko E.V. — Medical-and-economic substantiation of rational antibacterial therapy for patients with pleural empyema in the conditions of the military medical institutions*


**Лечебно-профилактические вопросы**
**Prophylaxis and treatment**

Белякин С.А., Плюснин С.В., Бобров А.Н. — Первичная и вторичная профилактика алкогольного цирроза печени 15

*Belyakin S.A., Plyusnin S.V., Bobrov A.N. — Primary and secondary prevention of alcoholic cirrhosis*

Щеголев А.В., Левшанков А.И., Богомолов Б.Н., Перелома В.И., Думнов А.Г. — Определение потребности в миорелаксантах для оказания анестезиологической помощи в лечебном учреждении 20

*Shchegolev A.V., Levshankov A.I., Bogomolov B.N., Pereloma V.I., Dumnov A.G. — Evaluation of muscle relaxants requirement for army hospital anesthesia*

Сергеева В.В., Родионова А.Ю., Бобылева Т.А., Паценко М.Б., Попов А.П., Лиферов Р.А., Михайлов А.А. — Антигипертензивная терапия при метаболическом синдроме у пациентов старших возрастных групп 26

*Sergeyeva V.V., Rodionova A.Yu., Bobyleva T.A., Patsenko M.B., Popov A.P., Liferov R.A., Mikhaylov A.A. — Antihypertensive therapy in the elderly with metabolic syndrome*

Люттов В.В., Рудаков Ю.В., Харитонов М.А., Шишкин М.К., Сергеев С.М., Грибова Л.Н., Засимов В.С., Красиков Е.К. — Фатальное течение вирус-ассоциированной пневмонии у больного гриппом А(Н1N1) 32

*Lyutov V.V., Rudakov Yu.V., Kharitonov M.A., Shishkin M.K., Sergeyev S.M., Gribova L.N., Zasimov V.S., Krasikov E.K. — Fatal treatment of VA-pneumonia in patient with influenza A(H1N1)*


**Гигиена и физиология военного труда**
**Military physiology and hygiene**

Зайцева И.П., Насолодин В.В., Беляков Р.А., Аршинов Н.П., Зайцев О.Н., Мещеряков С.И. — Баланс железа и меди у курсантов военного училища при физической нагрузке и в последующий день отдыха в разное время года 36

*Zaitseva I.P., Nasolodin V.V., Belyakov R.A., Arshinov N.P., Zaitsev O.N., Meshcheryakov S.I. — Balance of ferrum and copper in cadets of military school during physical exercise and next-day rest at different times of the year*


**Авиационная и военно-морская медицина**
**Air and navy medicine**

Гаврилов В.В., Мызников И.Л., Кузьминов О.В., Шмелёв С.В., Опарин М.Ю. — Организация научной и научно-исследовательской работы в медицинской службе флота 41

*Gavrilov V.V., Myznikov I.L., Kuzminov O.V., Shmelyov S.V., Oparin M.Yu. — Organisation of scientific and research work of medical service in the navy*

**Краткие сообщения**48 **Brief reports****По страницам зарубежной  
медицинской печати****From the foreign  
medical publications**

**Болекхан В.Н., Иванов В.В., Ивченко Е.В.,  
Крассий А.Б., Моровикова Т.В., Нагибович  
О.А., Резванцев М.В. – Медицинское  
обеспечение ветеранов вооруженных  
сил за рубежом (На примере США  
и Великобритании)**

61

**Bolekhan V.N., Ivanov V.V., Ivchenko E.V.,  
Krassiy A.B., Morovikova T.V., Nagibovich O.A.,  
Rezvantsev M.V. – Military veterans health  
care abroad (On the basis of US and  
British models)**

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

**Будко А.А., Грибовская Г.А., Журавлёв Д.А. –  
Первый медицинский музей России  
(К 150-летию со дня создания Хирургического  
музея Императорской  
медико-хирургической академии)**

68

**Budko A.A., Gribovskaya G.A., Zhuravlyov D.A. –  
First medical museum of  
Russia (150-anniversary of the Surgical  
museum of the Imperial Medical-Surgical  
Academy)**

**Пинчук П.В., Фокин А.А. – К 70-летию  
111-го Главного государственного центра  
судебно-медицинских и криминалистических  
экспертиз Минобороны  
России**

73

**Pinchuk P.V., Fokin A.A. – 70th anniversary  
of 111th Main state center of medico-legal  
and criminalistic examination  
of the Ministry of Defence of the Russian  
Federation**

**Цымбал А.Н. – 75 лет на страже здоровья  
воинов Санкт-Петербургского  
(Ленинградского) гарнизона**

78

**Tsymbal A.N. – 75 years safeguarding  
health of warriors of Saint-Petersburg  
(Leningrad) garrison**

**Официальный отдел**83 **Official communications****Лента новостей**66,  
84**News feed****Критика и библиография**87 **Criticism and bibliography****Хроника****Chronicle**

**Гребенюк А.Н., Холиков И.В. – Усилия  
НАТО по противодействию химическим,  
биологическим, радиологическим и  
ядерным угрозам**

91

**Grebenyuk A.N., Kholikov I.V. – Chemical,  
biological, radiologic and nuclear counter-  
measures of NATO**

**Рева В.А. – Научно-практический курс  
«Травма и неотложная хирургия» в  
Зальцбурге**

94

**Reva V.A. – Research and practice course  
«Trauma and urgent surgery» in Salzburg**

**CONTENTS**



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК 616.31-057.36:614

## О совершенствовании амбулаторной стоматологической помощи военнослужащим из числа молодого пополнения

КЛИМОВ А.С., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы<sup>1</sup>  
ГРЕБНЕВ Г.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы запаса  
(grebnev06@rambler.ru)<sup>2</sup>  
СЛИВКИН А.А., подполковник медицинской службы<sup>3</sup>  
ИОРДАНИШВИЛИ А.К., профессор, полковник медицинской службы запаса<sup>2</sup>  
ПОТРАХОВ Н.Н., доктор технических наук<sup>4</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>442-й Военный клинический госпиталь ЗВО, Санкт-Петербург; <sup>4</sup>Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет «ЛЭТИ» им. В.И.Ульянова (Ленина)

*Klimov A.S., Grebnev G.A., Slivkin A.A., Iordanishvili A.K., Potrakhov N.N. – About improvement of outpatient dental health service for young serviceman. The article gives a detailed account of results of epidemiological survey of dental morbidity in young serviceman and different types of outpatient dental health service needs. Medical norms for dispensary supply with all types of outpatient dental health service for young servicemen are estimated. Suggestions for improvement of organizational and staff structure of dental office of medical company are formulated.*

*Key words: conscripts, young replacement, dental health service, medical norms of dispensary supply.*

Военнослужащие из числа молодого пополнения в общевойсковой бригаде составляют до 30% личного состава и с изменением срока службы по призыву до 1 года прибывают в нее каждые полгода – в весеннюю и осеннюю призывную кампанию.

В последние годы отмечается ухудшение состояния стоматологического здоровья лиц призывного возраста, связанное с неудовлетворительным медицинским обеспечением их подготовки к военной службе [2, 8]. Большинство новобранцев нуждается в стоматологической помощи, что обуславливает актуальность этого направления работы войсковой медицинской службы [7, 9].

Проблема оказания военнослужащим по призыву амбулаторной стоматологической помощи в настоящее время осложняется нехваткой кадров врачей-стоматологов. Это стало следствием изменения организационно-штатной структуры воинских частей и стоматологичес-

ких подразделений медицинской службы Вооруженных сил, что, в частности, применительно к медицинской роте бригады привело к увеличению количества военнослужащих и других прикрепленных лиц, обслуживаемых одним стоматологом.

### Цель исследования

Изучение стоматологической заболеваемости военнослужащих молодого пополнения, научное обоснование врачебных нормативов амбулаторной стоматологической (терапевтической, хирургической и ортопедической) помощи, необходимых для совершенствования организационно-штатной структуры стоматологического кабинета медицинской роты бригады.

### Материал и методы

Исследование проведено на базе стоматологического кабинета медицинского пункта 56-го гвардейского окружного



военнослужащих, лица гражданского персонала МО и др. – около 2500 человек), может обслуживаться по принципу обращаемости, и расчет необходимого количества врачебных должностей следует производить в соответствии с действующим приказом Минздравсоцразвития России от 7 декабря 2011 г. № 1496н [6], который предусматривает при оказании амбулаторной стоматологической помощи на терапевтическом и хирургическом приеме 5 должностей врача-стоматолога на 10 000 населения, или 1 врач-стоматолог на 2000 человек.

Таким образом, существующий штат стоматологического кабинета медицинской роты бригады не может обеспечивать стоматологической помощью военнослужащих бригады по диспансерному принципу, и его необходимо рассчитывать исходя из численности личного состава и прикрепленного контингента в соответствии с территориальной системой медицинского обеспечения.

В существующий штат стоматологического кабинета медицинской роты бригады, кроме военнослужащих – врача-стоматолога и медицинской сестры, целесообразно дополнительно включить врачебные и сестринские должности, комплектуемые лицами гражданского персонала МО в зависимости от численности военнослужащих бригады и прикрепленного контингента из расчета:

– врач-стоматолог – 1 должность на 1000 военнослужащих;

– врач-стоматолог – 1 должность на 2000 человек прикрепленного контингента;

– медицинская сестра – 1 должность на каждого врача-стоматолога.

Во всяком случае, следует включить не менее 3 врачей-стоматологов и 2 медицинских сестер из числа гражданского персонала дополнительно к основному штату, комплектуемому военнослужащими. Это позволит врачу-стоматологу (военнослужащему) выполнять служебные обязанности без ущерба для оказания стоматологической помощи прикрепленному контингенту.

## ВЫВОДЫ

1. Результаты обследования военнослужащих из числа молодого пополнения выявили у них высокий уровень стоматологической заболеваемости, что свидетельствует о проблеме в оказании стоматологической помощи лицам призывного возраста при подготовке к военной службе.

2. Рассчитанные врачебные нормативы для диспансерного обеспечения всеми видами амбулаторной стоматологической помощи лиц молодого пополнения могут быть использованы при обосновании совершенствования организационно-штатной структуры стоматологического кабинета медицинской роты бригады.

3. При скрининговых исследованиях зубочелюстной системы у военнослужащих рекомендуется проведение внутриротовой панорамной рентгенографии отечественным прицельно-панорамным микрофокусным стоматологическим аппаратом «ПАРДУС-02».

## Литература

1. *Базиян Г.В., Новгородцев Г.А.* Основы научного планирования стоматологической помощи. – М.: Медицина, 1968. – 240 с.

2. *Белевитин А.Б., Прохвятилов Г.И., Шелепов А.М.* и др. Врачебные нормативы диспансерного обеспечения лиц призывного возраста амбулаторной стоматологической помощью // *Воен.-мед. журн.* – 2010. – Т. 331, № 9. – С. 4–11.

3. *Кузьмина Э.М.* Современные критерии оценки стоматологического статуса при проведении эпидемиологического обследования населения: Учебное пособие. – М.: Изд. МГМСУ, 2007. – 31 с.

4. *Леус П.А.* Комплексный периодонтальный индекс КПИ // *Стоматология.* – 1988. – Т. 67, № 1. – С. 17–19.

5. *Потрахов Н.Н.* Микрофокусная рентгенография в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – СПб: ООО «Техномедиа», 2007. – 184 с.

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 декабря 2011 г. № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».

7. Приказ министра обороны РФ от 18 июня 2011 г. № 800 «Об утверждении Руководства по диспансеризации военнослужащих в Вооруженных Силах Российской Федерации».



8. Приказ министра обороны РФ и Министерства здравоохранения РФ от 23 мая 2001 г. № 240/168 «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе» (в ред. от 11 октября 2010 г.).

9. Прохвятилов Г.И., Черныш В.Ф., Гребнев Г.А. и др. Организация работы стоматолога воинской части (корабля): Методическое пособие. — М.: Изд. ВМедА, 2008. — 48 с.

10. Розенфельд И.И. Планирование потребности здравоохранения во врачебных кадрах. — М.: Медгиз, 1961. — 203 с.

11. Руководство по методам регистрации стоматологического статуса населения / ВОЗ. — Женева, 1995. — 28 с.

12. Федоров Ю.А., Блохин В.П., Дрожжина В.А. и др. Диагностика заболеваний пародонта с использованием объективных методов исследования: Метод. рекомендации. — Л.: Изд. ГИДУВ, 1989. — 43 с.

13. Черныш В.Ф. Организация стоматологической помощи личному составу Военно-Морского Флота в мирное время и основные направления ее совершенствования: Дис. ... д-ра мед. наук. — Л.: ВМедА, 1989. — 277 с.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.25-002.3-057.36-085.281

## Медико-экономическое обоснование рациональной антибактериальной терапии у больных эмпиемой плевры в условиях военного лечебного учреждения

ИВАНОВ Ф.В., старший лейтенант медицинской службы ([felache3@yandex.ru](mailto:felache3@yandex.ru))

КОТИВ Б.Н., профессор, полковник медицинской службы

БАРИНОВ О.В., доктор медицинских наук, подполковник медицинской службы

СУБОРОВА Т.Н., доктор биологических наук

ИВЧЕНКО Е.В., доцент, подполковник медицинской службы

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

*Ivanov F.V., Kotiv B.N., Barinov O.V., Suborova T.N., Ivchenko E.V. — Medical-and-economic substantiation of rational antibacterial therapy for patients with pleural empyema in the conditions of the military medical institutions. We have performed a post-hoc analysis of the results of using antibacterial therapy in patients with pleural empyema. The cost-effectiveness analysis of rational and empiric antibacterial therapies was performed. The cost-effectiveness ratio for rational antibacterial therapy was lower than for empiric one (2889 and 4480 rubles for 1 treated patient correspondingly). The use of the rules of rational antibacterial therapy in practice leads to proved saving of economic costs.*

*Key words: rational antimicrobial therapy, pleural empyema, empiric antibacterial therapy, microbiological monitoring, economic effectiveness, cost-effectiveness analysis, cost of pleural empyema treatment, economic costs.*

В структуре расходов многопрофильного лечебного учреждения на лекарственные средства доля антибактериальных препаратов (АБП), по данным разных авторов, составляет от 20 до 40% [7, 8]. Выбор АБП для лечения хирургической инфекции, как правило, основывается на соответствии спектра активности чувствительности микрофлоры, переносимости препарата пациентом и фармакокинетических параметров. Между тем при выборе АБП целесообразно применять метод клинико-экономического анализа «затраты — эффективность» [3]. По данным доступной литературы, почти в 50% случаев АБП назначаются необоснованно, без учета резуль-

татов бактериологических исследований [4, 6]. Нерешенные проблемы эмпирической антибактериальной терапии (АБТ), в т. ч. несвоевременное проведение микробиологических исследований, неадекватный выбор антибиотиков для стартовой терапии и другие [5], приводят к увеличению общей стоимости лечения.

Эмпиема плевры является одним из тяжелых гнойных заболеваний, требующих проведения длительной АБТ препаратами широкого спектра действия [1]. Поэтому актуальны клинико-экономические аспекты проведения АБТ, в связи с чем появляются исследования по данной тематике. Эти обстоятельства указывают на необходимость проведения эконо-





установлено, что проведение рациональной АБТ позволяет сократить сроки лечения.

Приведен расчет экономической целесообразности применения схем рациональной АБТ в составе комплексного лечения больных эмпиемой плевры. Нами была выявлена возможность снижения экономических затрат на проведение АБТ путем перехода с эмпирического подхода на принципы рациональной терапии, т. е. выбор АБП на основании этиологически обоснованных схем лечения и результатов микробиологического мониторинга [1].

В доступной литературе нам не встречалось исследований, посвященных экономической эффективности АБТ больных эмпиемой плевры. В сходном исследовании Государственного научного центра по антибиотикам (Москва) дана клинико-экономическая оценка различных схем АБТ интраабдоминальных инфекций [2]. В результате данного исследования выявлена возможность экономии до 12 000 руб. на лечении одного пациента при переходе с препарата «Меропенем» на комбинацию «Цефоперазон» и «Сульбактам», что составляет 40% от стоимости курса лечения «Меропенемом».

В настоящем исследовании показано, что если бы больные II группы получали АБТ в соответствии с рациональными схемами, то затраты на АБТ составили бы:

$$C_{АБП} = CEA_1 \times Ef_2 = 2889 \text{ руб./чел.} \times 27 \text{ чел.} = 78\,003 \text{ руб.},$$

где  $C_{АБП}$  — стоимость АБП для пациентов II группы в случае применения рациональных схем АБТ, руб.;  $CEA_1$  — средняя стоимость курса АБТ на одного пациента для I группы, руб.;  $Ef_2$  — количество пациентов во II группе.

Следовательно, экономия денежных средств на проведение АБТ могла бы составить (120 954 руб. - 78 003 руб.) = 42 951 руб., что составляет 35,5% от суммы, первоначально затраченной на лечение II группы пациентов.

В данном исследовании учитывалась только стоимость АБП. Затраты на проведение АБТ также включают стоимость выполнения инъекций, определение чувствительности к антибиотикам, подсчет уровня лейкоцитов и расходы на изделия медицинского назначения.

Ранние сроки купирования воспалительного процесса у больных, получавших рациональную АБТ, создают предпосылки для сокращения других видов затрат (лабораторные и инструментальные исследования, работа медицинского персонала, длительность койко-дня и др.).

Таким образом, применение схем рациональной антибактериальной терапии в комплексном лечении больных с эмпиемой плевры приводит к достоверному сокращению срока использования антибактериальных препаратов на 4 сут и позволяет достичь снижения экономических затрат.

## Литература

1. *Баринов О.В.* Современные подходы к лечению эмпиемы плевры: Дис. ... д-ра мед. наук. — СПб, 2010. — 265 с.
2. *Бекетов А.С.* Клинико-экономическая оценка антибактериальной терапии интраабдоминальных инфекций // *Качественная клиническая практика.* — 2002. — № 3. — С. 12–25.
3. *Белевитин А.Б., Реутский И.А., Тегза В.Ю.* Экономические оценки эффективности оказания медицинской помощи в клиниках Военно-медицинской академии. — СПб, 2006. — 42 с.
4. *Петров В.И.* Практическая фармакоэкономика. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 335 с.
5. *Рачина С.А.* Фармакоэпидемиологическое, фармакоэкономические и фармакотера-

певтические подходы к ведению пациентов с внебольничной пневмонией в стационаре: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Смоленск, 2010. — 48 с.

6. *Решедько Г.К., Козлов Р.С.* Состояние резистентности к антиинфекционным химиопрепаратам в России: Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Под ред. Л.С. Страчунского. — Смоленск, 2007. — С. 32–46.

7. *Сычѳв И.Н., Кетова Г.Г.* Клинико-экономический анализ антибактериальных препаратов, применяемых в хирургической практике // *Мед. наука и образование Урала.* — 2007. — № 6. — С. 115–118.

8. *Ягудина Р.И., Куликов А.Ю.* Практическая фармакоэкономика. Бронхопульмонология (научный сборник). — М.: Ремедиум, 2010. — 144 с.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК 616.36-004.4-084

## Первичная и вторичная профилактика алкогольного цирроза печени

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

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

*Belyakin S.A., Plyusnin S.V., Bobrov A.N. — Primary and secondary prevention of alcoholic cirrhosis. Alcohol — is the main causative factor of cirrhosis among the population in Russia. The primary prevention must be focused on exception of consumption of heavy doses of alcohol hepatitis and B vaccination. There are no healthy doses of alcohol. Secondary prevention means the use of the hepatoprotectors. List of hepatoprotectors and also amount of money spent to the purchase of these hepatoprotectors increase constantly. But, unfortunately, alongside with it, increases the mortality from hepatic disorders. Effectiveness of the most hepatoprotectors (such as Essential phospholipids, milk thistle) equals to the effectiveness of placebo.*

*К е у w o r d s: alcohol, alcoholic cirrhosis, prevention*

В России ежедневно от цирроза печени (ЦП) умирает 150 человек, из них 100 — в трудоспособном возрасте [6]. Во всем мире цирроз печени как причина смерти занимает 9-е место среди всех причин смерти, а в России — 6-е место, «обгоняя» смертность при таких грозных заболеваниях, как рак желудка, рак толстой кишки, инфекционные болезни [6].

Этиология ЦП различна. Но основным этиологическим фактором ЦП является хроническая алкогольная интоксикация [1, 2].

Установлено, что увеличение потребления алкоголя на душу населения в год на 1 л вызывает увеличение смертности от цирроза печени у мужчин на 32%, у женщин — на 17% [13].

Взаимосвязь потребления алкоголя и ЦП подтверждается исследованиями известного отечественного терапевта профессора А.И.Хазанова, установившего снижение смертности от ЦП в 3 раза в период антиалкогольной кампании, осуществлявшейся в 1985–1989 гг. [4].

По нашим данным, полученным в ходе 15-летнего исследования, у 77% всех умерших от ЦП в трудоспособном возрасте именно употребление небезопасных доз алкоголя привело к развитию смертельного ЦП. Вторым по значимости стал вирус гепатита В — 12% [2].

Следовательно, основой первичной профилактики ЦП вообще, и алкогольного ЦП в частности, должно быть устранение причин и условий хронической алкогольной интоксикации (ХАИ).

Причины ХАИ разные — экономические, социальные, медицинские. Среди медицинских причин важны следующие: признание частью российских врачей наличия полезных доз алкоголя; отсутствие четкой информации у врачей и населения о безопасных ежедневных и еженедельных дозах алкоголя; уверенность части общества в том, что качественный, официально произведенный алкоголь безопасен, а цирроз печени может возникнуть только от поддельной водки; ошибочное представление и врачей, и пациентов о наличии



Четвертая группа – адеметионин (гептрал, гептор). В 1999 г. были опубликованы результаты мультицентрового двойного слепого плацебоконтролируемого исследования, проведенного под руководством испанского профессора Х.Мато. Согласно результатам этого исследования, применение адеметионина в течение 24 мес значительно повышает выживаемость больных алкогольным ЦП класса А и В [10]. Использование адеметионина при алкогольной болезни целесообразно и из-за его антидепрессивной активности [11].

Пятая группа – все остальное (алохол, ропрен, ремаксол, сибектан, таначехол, гепатосан и т. д.). В эту группу мы объединили препараты, по которым не было проведено достоверных двойных слепых плацебоконтролируемых клинических

исследований и которые в большинстве своем, кроме России, нигде больше не используются. При отсутствии достоверных исследований судить о безопасности и эффективности данных препаратов не представляется возможным. Один из представителей данной группы сибектан, состоящий из листьев березы и зверобоя, может оказаться гепатотоксичным, поскольку гепатотоксичным является зверобой.

Таким образом, лучший «гепатопротектор» – это врач. Врач, убежденный в том, что полезных доз алкоголя не существует; врач, рекомендуемый вакцинацию против гепатита В; врач, опирающийся в своей практической деятельности на результаты достоверных исследований, а не на мнения экспертов и специалистов.

## Литература

1. *Белякин С.А., Бобров А.Н., Плюснин С.В.* Взаимозависимость употребления алкоголя и смертности от цирроза печени // *Воен.-мед. журн.* – 2009. – Т. 330, № 9. – С. 48–54.
2. *Бобров А.Н., Белякин С.А., Плюснин С.В.* Этиологическая структура циррозов печени по результатам пятнадцатилетнего наблюдения // *Вестн. Рос. Воен.-мед. акад.* – 2011. – № 1. – С. 76–81.
3. *Боткин С.П.* Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции. – М.: Медгиз, 1950. – Т. 1. – 181 с.
4. *Хазанов А.И.* Из полувекового опыта наблюдения за больными циррозом печени // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 50–60.
5. *Edwards G., Anderson P., Babor T.F.* et al. Alcohol Policy and the Public Good // Oxford University Press, USA. – 1995. – P. 240.
6. European Detailed Mortality Database // <http://data.euro.who.int/dmdb/> (дата обращения 24 февраля 2013 г.).
7. *Gluud C., Christensen E.* Ursodeoxycholic acid for primary biliary cirrhosis // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2001. – Issue 4.
8. *Lieber C.S., Robins S.J., Li J.* et al. Phosphatidylcholine protects against fibrosis and cirrhosis in the baboon // *Gastroenterology.* – 1994. – Vol. 106. – P. 152–159.
9. *Lieber C.S., Weiss D.G., Groszmann R.* et al. Veterans affairs cooperative study of polyenylphosphatidylcholine in alcoholic liver disease // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2003. – Vol. 27, N 11. – P. 1765–1772.
10. *Mato J.M., Camara J., Caballeria L.* et al. S-adenosylmethionine in alcoholic liver cirrhosis:

placebo-controlled, double-blind, multicentre clinical trial // *J. Hepatol.* – 1999. – N 30. – P. 1081–1089.

11. *Papakostas G.I., Mischoulon D., Shyu I.* et al. S-Adenosyl methionine (SAME) augmentation of serotonin reuptake inhibitors for antidepressant nonresponders with major depressive disorder: a double-blind, randomized clinical trial // *Am. J. Psychiatry.* – 2010. – N 167. – P. 942–948.

12. *Pares A., Planas P., Toppec M.* et al. Effects of silymarin in alcoholic patients with cirrhosis of the liver: Results of a controlled double-blind randomized and multicenter trial // *J. Hepatol.* – 1998. – Vol. 28. – P. 615–621.

13. *Rambaldi A., Bradly P.J., Iaquinto G.* et al. Milk thistle for alcoholic and/or hepatitis B or C liver diseases – a systematic Cochrane hepato-biliary group review with meta-analyses of randomized clinical trials // *Am. J. Gastroenterol.* – 2005. – Vol. 100, N 11. – P. 2583–2591.

14. *Ramstedt M.* Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries // *Addiction.* – 2001. – Vol. 96 (suppl. 1). – P. 19–33.

15. *Saller R., Brignoli R., Melzer J., Meier R.* An updated systematic review with meta-analysis for the clinical evidence of silymarin // *Forsch. Komplementmed.* – 2008. – Vol. 15, N 1. – P. 9–20.

16. *Saller R., Meier R., Brignoli R.* The use of silymarin in the treatment of liver diseases // *Drugs.* – 2001. – Vol. 61, N 14. – P. 2035–2063.

17. *Trinchet J.C., Coste T., Levy V.G.* et al. Treatment of alcoholic hepatitis with silymarin. A double blind comparative study in 116 patients // *Gastroenterol. Clin. Biol.* – 1989. – Vol. 13, N 4. – P. 120–124.



## Определение потребности в миорелаксантах для оказания анестезиологической помощи в лечебном учреждении

ШЕГОЛЕВ А.В., профессор, полковник медицинской службы<sup>1</sup>  
ЛЕВШАНКОВ А.И., заслуженный работник высшей школы РФ, профессор,  
полковник медицинской службы в отставке<sup>1</sup>  
БОГОМОЛОВ Б.Н., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы  
в отставке (borisbogomolov@yandex.ru)<sup>1</sup>  
ПЕРЕЛОМА В.И.<sup>1</sup>  
ДУМНОВ А.Г., кандидат медицинских наук, капитан медицинской службы<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Филиал № 2 1586-го Военного клинического госпиталя МО РФ, г. Солнечногорск, Московская область

*Shechegolev A.V., Levshankov A.I., Bogomolov B.N., Pereloma V.I., Dumnov A.G. — Evaluation of muscle relaxants requirement for army hospital anesthesia. The rationale for cost-effectiveness of modern muscle relaxants (MR) administration in general anesthesia was evaluated. New MRs are more expensive than traditionally used pipecuronium and succinylcholine. However, the old MRs are often required as a block reversion with anticholinesterase medicines at the end of surgery, the longer artificial lung ventilation and observation in patients during recovery in intensive care unit. It was found that the district military hospital had done an annual average of about 900 general anesthesia assisted with artificial ventilation and muscle relaxation. About 2% of all anesthetics accrue to short-term anesthesia, the 27% to medium-term and 71% to long-term. 81% of the medium-term anesthesia accrue small hospitals. According to cost/effectiveness the most optimal muscle relaxants administration scheme for short-term (up to 30 min) anesthesia was mivacurium, for the operation of medium duration (30–120 min) — rocuronium, for long-term (120 min) — pipecuronium. An electronic form of annual report, which allows to obtain the necessary data for calculation of annual muscle relaxants demand and costs both in hospital and in the whole of the armed forces quickly, was developed.*

*Key words:* muscle relaxants, general anesthesia, cost-effectiveness, artificial lung ventilation, intensive care.

Недостаточное финансирование здравоохранения обуславливает необходимость поиска рациональных путей расходования средств. Для решения этих актуальных вопросов проводятся фармакоэкономические исследования. В России такие работы стали появляться только в последние годы [7, 9, 10]. Эти исследования посвящены рациональному (с клинической и экономической точки зрения) использованию лекарственных средств [8, 9].

В хирургической практике часто применяются миорелаксанты. Так, например, по итогам I квартала 2009 г. в Санкт-Петербурге они входили в первую десятку лекарственных препаратов по объему госпитальных закупок [2]. В настоящее время для миорелаксации во время анестезии с искусственной вен-

тиляцией легких (ИВЛ) при хирургических операциях чаще всего приобретают наиболее дешевые миорелаксанты (суксаметоний, пипекуроний), ориентируясь на стоимость без учета их эффективности. Фармакоэкономические аспекты использования миорелаксантов изучены недостаточно. В отечественной литературе мало таких работ [1, 9]. Введение в нашей стране в практику рокурония позволило сократить число больных после плановых операций, требующих наблюдения или продленной ИВЛ, в палате пробуждения с 34,7 до 16,7% [8].

По данным М.Н.Замятина и др., коэффициент «затраты/эффективность» использования рокурония во время плановых лапароскопических холецистэктомий в 1,3 раза выше, чем пипекурония.



## Литература

1. Вершута Д.В. Фармакокинетика и фармакодинамика нового стероидного миорелаксанта эсмерона (обзор литературы) // Вестн. интенсив. терапии. — 2003. — № 2. — С. 51–56.

2. Госпитальный рынок Санкт-Петербурга: Итоги I квартала 2009 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://healthconomics.ru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=706:i-2009-&catid=1:latest-news&Itemid=107](http://healthconomics.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=706:i-2009-&catid=1:latest-news&Itemid=107)

3. Думнов А.Г. Фармакоэкономические аспекты использования мивакаурия и сукцинилхолина при операциях короткой продолжительности // Эфферентная терапия. — 2009. — Т. 15, № 1–2. — С. 47–49.

4. Думнов А.Г. Фармакоэкономическое обоснование рационального использования миорелаксантов при оказании анестезиологической помощи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2011. — 23 с.

5. Левшанков А.И., Думнов А.Г. Фармакоэкономические аспекты использования пипекурония и панкурония бромида при длительных операциях в системе медицинского обеспечения Вооруженных сил Российской Федерации // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. — 2009. — № 4 (28). — С. 28–33.

6. Панов П.Б., Прохвятилов Г.И., Тезза Н.В. Медико-экономическое обоснование применения сухих питательных смесей в системе лечебного питания больных с травмами и воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. — 2007. — № 2 (18). — С. 95–99.

7. Соколова О.П., Лебединский К.М., Бояркин А.А. Фармакоэкономический анализ базовых гипнотиков в анестезиологическом обеспечении хирургических вмешательств //

Современные направления в диагностике, лечении и профилактике заболеваний. — СПб: ГПМА, 2004. — С. 144–145.

8. Сравнительная оценка эффективности современных миорелаксантов: Отчет о НИР № 4.99.267. п. 12 / ВМедА. — СПб, 2000.

9. Тезза В.Ю., Реутский И.А., Ведманов Ю.В. Сравнительная оценка экономических затрат на оказание медицинской помощи больным хирургического профиля в амбулаторных и стационарных условиях // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. — 2009. — № 2 (26). — С. 167–175.

10. Хурцилава О.Г., Белевитин А.Б., Тыренко В.В. Медико-экономические аспекты оптимизации диагностики и лечения острого коронарного синдрома в условиях многопрофильного стационара // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. — 2008. — № 2 (22). — С. 138–146.

11. DeMonaco H.J., Shah A.S. Economic considerations in the use of neuromuscular blocking drugs // J. Clin. Anesth. — 1994. — Vol. 6, N 5. — P. 383–387.

12. Holzman R.S., Yee P.S., Neuman G.G. Pharmacy saving in anesthesia: confessions of a cost containment curmudgeon // Anesthesiology. — 1994. — Vol. 81, N 3A. — P. 42–44.

13. Kopman A.F. Relationship of the train-of-four fade ratio to clinical signs and symptoms of residual paralysis in awake volunteers // Anesthesiology. — 1997. — Vol. 86, N 4. — P. 765–771.

14. Szocik J.F., Learned D.W. Impact of a cost containment program on the use of volatile anesthetics and neuromuscular blocking drugs // J. Clin. Anesth. — 1994. — Vol. 6, N 5. — P. 378–382.

15. Viby-Mogensen J. Are the new intermediate acting muscle relaxants worth the money? // Шестой всероссийский съезд анестезиологов и реаниматологов: Тез. докл. и сообщений. — М., 1998. — С. 49–51.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК [616.12-008.331.1-06:616-008.9]-085.225.2

## Антигипертензивная терапия при метаболическом синдроме у пациентов старших возрастных групп

СЕРГЕЕВА В.В., профессор<sup>1</sup>

РОДИОНОВА А.Ю. (rodionowa.aniuta@yandex.ru)<sup>1</sup>

БОБЫЛЕВА Т.А., кандидат медицинских наук<sup>2</sup>

ПАЩЕНКО М.Б., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы<sup>2</sup>

ПОПОВ А.П., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,

полковник медицинской службы запаса<sup>3</sup>

ЛИФЕРОВ Р.А., кандидат медицинских наук<sup>2</sup>

МИХАЙЛОВ А.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,

полковник медицинской службы в отставке<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Федерального медико-биологического агентства России; <sup>2</sup>Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В.Мандрыка, Москва; <sup>3</sup>Филиал № 6 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского, Москва

Sergeyeva V.V., Rodionova A.Yu., Bobyleva T.A., Patsenko M.B., Popov A.P., Liferov R.A., Mikhailov A.A. — Antihypertensive therapy in the elderly with metabolic syndrome. The article is concerned with modern methods of assessment of arterial hypertension in patients with metabolic syndrome and characteristics of modern antihypertensive drugs and its combinations necessary for the elderly. The authors gave their own example of treatment of more than 2000 patients with arterial hypertension and metabolic syndrome.

К е у w o r d s: metabolic syndrome, arterial hypertension, antihypertensive drugs, elderly



Частые сочетания *артериальной гипертензии* (АГ) с избыточной массой тела, атерогенной дислипидемией и нарушениями углеводного обмена, включая развитие *сахарного диабета* (СД) 2 типа, отмечались давно многими авторами, в т. ч. выдающимися отечественными интернистами – Г.Ф.Лангом, А.Л.Мясниковым, Е.М.Тареевым.

В начале 80-х годов XX в. был предложен термин «метаболический синдром» [18], а затем уточнен как «метаболический синдром X», компонентами которого являются *инсулинорезистентность* (ИР), гиперинсулинемия, нарушения толерантности к глюкозе, дислиппротеинемии, гипертриглицеридемии и АГ [20].

В настоящее время известно более 20 наименований указанного симптомокомплекса, но термин «*метаболический синдром*» (МС) является наиболее употребляемым.

Актуальность настоящей статьи, в первую очередь, связана с тем, что подобные клинические сочетания более характерны для лиц старших возрастных групп, которые составляют значительную часть из наблюдаемых в военно-медицинских учреждениях [14].

На сегодняшний день АГ рассматривается при МС как важнейший его компонент [4]. Согласно современным представлениям АГ является частью гетерогенного состояния, точнее всего определяемого как атеросклеротический синдром с генетическими и приобретенными структурными и метаболическими нарушениями [7]. В 1991 г. V.Draai и E.Braunwald предложили теорию сердечно-сосудистого континуума, основными *факторами риска* (ФР) которого являются АГ, дислипидемия и СД [17].

В нашей стране частота встречаемости АГ высока, особенно у лиц пожилого возраста, и достигает 75–80%, при этом более 20% пожилых больных имеют *изолированную систолическую АГ* (ИСАГ) [6].

Установлено, что у лиц с АГ в 60% случаев обнаруживаются различные варианты МС [1, 21].

При выборе *антигипертензивных препаратов* (АГП) должны учитываться особенности АГ при МС, в частности у пациентов старших возрастных групп (мы наблюдали 2134 больных). У них отмечено:

- 1) преобладание ИСАГ (61%);
  - 2) менее яркая клиническая картина и невыраженность объективной симптоматики, в т. ч. гипертонических кризов (37%);
  - 3) наличие *ассоциированных клинических состояний* (АКС), таких как *инфаркт миокарда* (ИМ), инсульт, хроническая почечная недостаточность (100%);
  - 4) сочетание МС с мультифакториальными заболеваниями (76%);
  - 5) нарушение суточного ритма *артериального давления* (АД), проявляющегося в повышенной вариабельности АД в течение суток, недостаточным снижением показателей АД в ночное время («non-dipper»), ночной гипертонией («night-piker»), увеличением пульсового давления (62%);
  - 6) стабилизация АГ с возрастом вызывала трудности (54%);
  - 7) длительный анамнез АГ (часто более 20 лет) приводит к тому, что повышенные цифры АД пациенты считают для себя «рабочими» и при достижении целевых значений отмечают ухудшение самочувствия (38%);
  - 8) склонность больных к аггравации в некоторых случаях способствует переоценке врачами имеющейся симптоматики и назначению «лишних» препаратов (12%);
  - 9) особенностью сосудистой стенки является ее ригидность, что требует больших усилий при измерении АД и может привести к завышению цифр АД (9%);
  - 10) низкая приверженность пациентов к лечению (26%) вследствие высоких затрат на приобретение медикаментов и в ряде случаев в связи с их отсутствием в продаже (для выдачи по бесплатным рецептам), отрицательной мотивации одновременного приема нескольких препаратов, недостаточной информированности о характере своего заболевания.
- Следует отметить, что многочисленные опросы, проводимые среди больных АГ, демонстрируют незнание пациентами нормальных цифр АД, плохое владение навыками самоконтроля, непонимание опасности повышенного АД и необходимости постоянной терапии заболевания [5].
- Целью *антигипертензивной терапии* (АГТ) при МС должно быть достижение максимальной степени снижения риска *сердечно-сосудистых осложнений* (ССО) и смертности пациентов.



Таким образом, при назначении АГТ пациентам с МС необходим дифференцированный и строго индивидуальный подход. Наш опыт показал, что при соблюдении этих рекомендаций ближайшие

(краткосрочные) положительные эффекты от проводимой АГТ были достигнуты у 86% наблюдаемых уже при нахождении в стационаре и сохранялись в течение ближайших 12 мес в 78% случаев.

## Литература

1. Алмазов В.А., Благодосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. Метаболический сердечно-сосудистый синдром. — СПб: Изд-во СПбГМУ, 1999. — 208 с.
2. Баранова Е.И., Большакова О.О. Антигипертензивные препараты симпатолитического действия. Современный взгляд // Арт. гипертенз. — 2006. — Т. 12, № 2. — С. 125–130.
3. Барсуков А.В. Кардиометаболический синдром: насколько важна в реальной клинической практике активация PPAR- $\gamma$ -рецепторов? // Арт. гипертенз. — 2008. — Т. 14, № 1. — С. 116–124.
4. Блинова В.В. Артериальная гипертензия с метаболическими нарушениями: тактика ведения больных в амбулаторных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Саратов, 2009. — 18 с.
5. Богусевич А.Н., Семенова О.Н., Майорова И.В. и др. Современные тенденции антигипертензивной терапии больных гипертонической болезнью пожилого и старческого возраста // Особенности течения и лечения заболеваний у жителей блокадного Ленинграда, лиц пожилого и старческого возраста. — Вып. IV. — СПб, 2008. — С. 378–388.
6. Гуревич М.А. Вопросы патогенеза и лечения изолированной систолической артериальной гипертензии у пожилых // Клин. мед. — 2003. — № 5. — С. 56–58.
7. Демин А.А. Современные принципы лечения артериальной гипертензии // Клин. мед. — 2003. — № 5. — С. 4–9.
8. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Значение фиксированной комбинации верапамил СР/трандолаприл в лечении пациентов с метаболическим синдромом: результаты исследования STAR // Кардиол. — 2007. — № 9. — С. 74–78.
9. Митченко Е.И., Корпачев В.В., Путай М.И. и др. Диагностика и лечение метаболического синдрома, сахарного диабета, предиабета и сердечно-сосудистых заболеваний // Междунар. эндокрин. журн. — 2008. — Т. 3, № 15. — С. 21–29.
10. Моисеев В.С. Эффекты рамиприла в лечении и профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы и почек // Клин. фарм. и терапия. — 2005. — № 5. — С. 52–58.

11. Мычка В.Б., Душвили Д.Э., Мамырбаева К.М. и др. Место телмисартана в лечении метаболического синдрома // Тер. арх. — 2006. — Т. 78, № 8. — С. 63–66.
12. Мычка В.Б., Чазова И.Е. Метаболический синдром: Руководство по внутренним болезням для врача общей практики / Под ред. Ф.И. Комарова. — М., 2007. — С. 628–636.
13. Обрезан А.Г., Загородский А.Н. Современные принципы лечения сердечно-сосудистой патологии при метаболическом синдроме // Зам. глав. врача: леч. работа и мед. эксперт. — 2012. — № 1. — С. 32–37.
14. Симоненко В.Б., Брижан М.В., Фисун А.Я. Метаболический синдром: современные подходы к диагностике и принципы лечения // Воен.-мед. журн. — 2004. — Т. 325, № 7. — С. 16–22.
15. Чазова И.Е. Лечение артериальной гипертензии: современные представления // Тер. арх. — 2007. — Т. 79, № 9. — С. 5–8.
16. Berg A., König D. Aspekte zur Prävention und Therapie von Fettstoffwechselstörungen unter besonderer Berücksichtigung des metabolischen Syndroms // Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin. — 2005. — Bd. 56, N 3. — S. 74–82.
17. Draou V., Braunwald E. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: a workshop consensus statement // Am. Heart J. — 1991. — Vol. 121. — P. 1244–1263.
18. Hanefeld M., Leonardt W. Das metabolische Syndrom // Dtsch. Gerundheitswesen. — 1981. — Bd. 36. — S. 545–551.
19. Hermann T. Das Metabolische Syndrom — ein hohes kardiovaskuläres Risiko? // Acta Medica Austriaca. — 2004. — Bd. 31. — S. 63–66.
20. Reaven G. Role of insulin resistance in human disease // Diabetes. — 1988. — Vol. 37. — P. 1595–1607.
21. Sander G.E. High blood pressure in the geriatric population treatment considerations // Am. J. Geriatr. Cardiol. — 2002. — Vol. 11, N. 3. — P. 223–232.
22. Jakob S., Klimm H.-J., Rett K. et al. Сравнение эффективности применения моксонидина и метопролола у пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа (влияние на артериальное давление и метаболические параметры) // Обзоры клинич. кардиол. — 2009. — N 17. — С. 20–29.



## Фатальное течение вирус-ассоциированной пневмонии у больного гриппом А(H1N1)

ЛЮТОВ В.В., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы<sup>1</sup>

РУДАКОВ Ю.В., кандидат медицинских наук (Rudakov\_yura@mail.ru)<sup>1</sup>

ХАРИТОНОВ М.А., профессор<sup>2</sup>

ШИШКИН М.К., доцент<sup>2</sup>

СЕРГЕЕВ С.М., кандидат медицинских наук<sup>3</sup>

ГРИБОВА Л.Н.<sup>1</sup>

ЗАСИМОВ В.С.<sup>1</sup>

КРАСИКОВ Е.К.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>442-й Военный клинический госпиталь ЗВО, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; <sup>3</sup>Медицинская служба Западного военного округа, Санкт-Петербург

*Lyutov V.V., Rudakov Yu.V., Kharitonov M.A., Shishkin M.K., Sergeev S.M., Gribova L.N., Zasimov V.S., Krasikov E.K. – Fatal treatment of VA-pneumonia in patient with influenza A(H1N1). In 2009 pandemic caused by high-path fluenza A(H1N1), so called «swine» flu was registered in the world. Aphylaxis to this type of influenza lead to pandemic. The authors gave an example of fatal course of influenza A(H1N1)S-OIV in young patient with severe VA-pneumonia, acute respiratory distress syndrome, disseminated intravascular coagulation with progressive respiratory distress secondary to an metabolic syndrome. It led to patient's death. Patient was refractory to all modern methods of intensive therapy in conditions of multi-field specialized medical and preventive treatment facility.*

*Key words: influenza A(H1N1), virus hemorrhagic pneumonia, acute respiratory distress syndrome, disseminated intravascular coagulation.*

Грипп известен со времен Гиппократ (412 г. до н. э.). К концу XII в. (1173 г.) относится описание одной из первых крупных вспышек гриппоподобного заболевания в Европе. В летописях XIV–XV вв. упоминается уже о восьми подобных эпидемиях. Со второй половины XIX в. они стали называться «инфлюэнцей» (от латинского *influere* – «вторгаться»), а сами эпидемии – по месту их возникновения: «русская болезнь», «китайская инфлюэнца», «испанка», «гонконгский или азиатский грипп» и т. п. В России и в некоторых странах Европы это заболевание было известно под названием «грипп» (от французского *gripper* – «схватывать») [1].

С конца XIX в. человечество пережило 4 пандемии гриппа: в 1889–1890, 1918–1920, 1957–1959, 1968–1969 гг. В 1918 г. возникла печально знаменитая пандемия гриппа, известная как «испанка», которая обошла весь мир и унесла 20–40 млн человеческих жизней. В 1957–1959 гг. от «азиатского гриппа» погибло

около 1 млн человек. В промежутках между пандемиями в среднем каждые 2–3 года отмечены эпидемии гриппа с меньшими показателями заболеваемости и смертности населения [2].

В 2009 г. зарегистрированы случаи маскового заболевания, вызываемые новым высокопатогенным вирусом гриппа типа А подтипа H1N1, названным «свиной» грипп (в англоязычных источниках распространено сокращение нового штамма гриппа A(H1N1)S-OIV: Swine-Origin Influenza A(H1N1) Viruses. Отсутствие иммунитета к этой разновидности вируса гриппа создало условия возникновения широкомасштабной эпидемии гриппа (пандемии). Согласно сводным данным, представленным ВОЗ в 2009 г., зарегистрированы эпидемии пандемического гриппа A(H1N1)S-OIV в 206 странах с летальностью до 1,29% [3]. Но поскольку невозможно провести полноценный мониторинг всех случаев заражения гриппом A(H1N1)S-OIV, реальное количество заболевших и умерших от данной инфекции неизвестно.



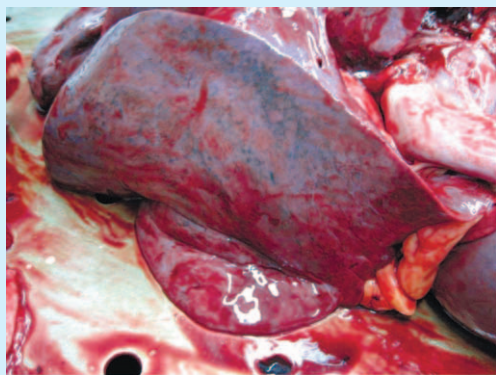


Рис. 3. Легкое больного Н., 32 лет: геморрагическая пневмония

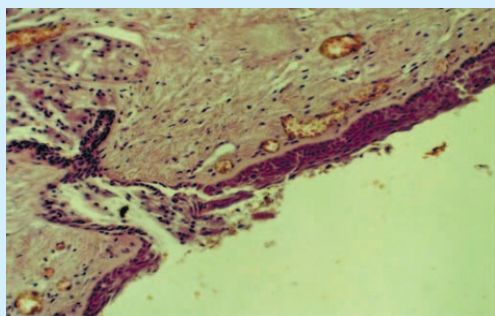


Рис. 4. Микропрепарат (окраска гематоксилином и эозином; 20×10) легкого: катаральный трахеит при гриппе с псевдоплоскоклеточной метаплазией респираторного эпителия

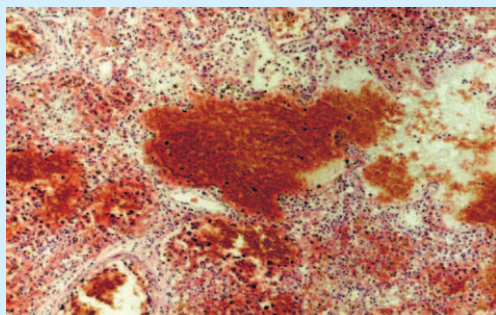


Рис. 5. Микропрепарат (окраска гематоксилином и эозином; 10×10) легкого: очаги геморрагической вирусной пневмонии при гриппе

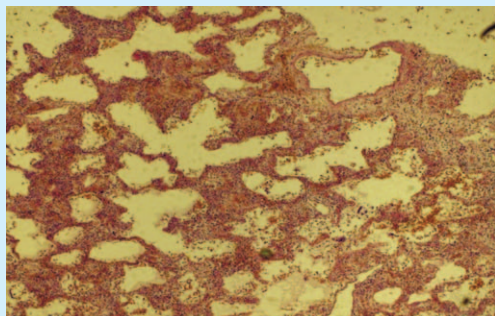


Рис. 6. Микропрепарат (окраска гематоксилином и эозином; 2,5×10) легкого: очаги ателектазов и острой эмфиземы легких при гриппе

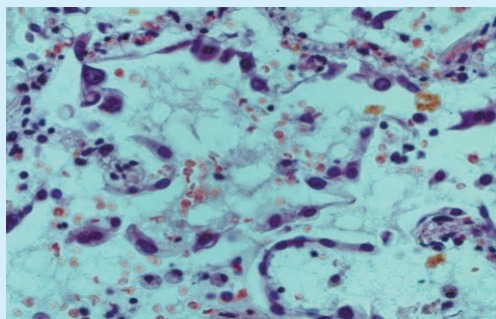


Рис. 7. Микропрепарат (окраска гематоксилином и эозином; 40×10) легкого: десквамативный альвеолит с гигантклеточным метаморфозом альвеолоцитов

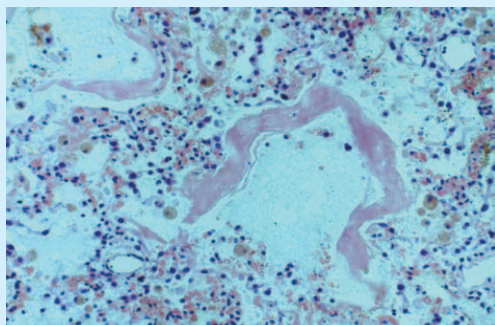


Рис. 8. Микропрепарат (окраска гематоксилином и эозином; 10×10) легкого: гиалиновые мембраны в легких при респираторном дистресс-синдроме

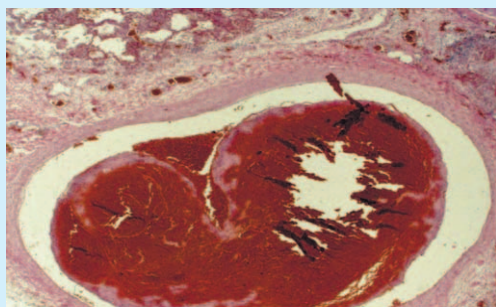


Рис. 9. Микропрепарат (окраска гематоксилином и эозином; 2,5×10) легкого: тромбоз сегментарной ветви легочной артерии

**К статье:** Лютов В.В., Рудаков Ю.В., Харитонов М.А., Шишкин М.К., Сергеев С.М., Грибова Л.Н., Засимов В.С., Красиков Е.К. – **Фатальное течение вирус-ассоциированной пневмонии у больного гриппом А(Н1N1)**



териальная пневмония, тяжелое течение. Респираторный дистресс-синдром. Дыхательная недостаточность – III степени. Отек головного мозга».

Учитывая наличие эпизодов выраженной тахикардии с частотой сердечных сокращений до 145 в 1 минуту, гипотонии (АД 90/60 мм рт. ст.), нарастающие цианоза, у больного была заподозрена *тромбоэмболия легочной артерии* (ТЭЛА).

Несмотря на проводимую интенсивную терапию, смену антибактериальной терапии: парентерально – тиенам 3 г/сут, авелокс 400 мг/сут; противовирусную терапию – тамифлю 150 мг/сут; инфузионно-детоксикационную терапию (внутривенное введение физиологического раствора и 5% раствора глюкозы в объеме из расчета 20 мл/кг/сут под контролем центрального венозного давления и диуреза); инотропную, респираторную поддержку (кислородотерапия со средней скоростью потока кислорода от 5–7 л/мин до 10 л/мин в зависимости от уровня оксигенации крови; принудительная ИВЛ с управлением по давлению и выставлением адекватного уровня положительного давления в конце выдоха 12–15 см водн. ст. под контролем показателей газообмена и механики дыхания) и нутритивную поддержку (энтеральное питание); эндобронхиальное введение сурфактанта-БЛ по 150 мг дважды в сутки в течение двух дней; применение антикоагулянтов – гепарин по 20 тыс. МЕ/сут и иммунокорректирующих препаратов (реферон в дозе 1 млн МЕ в сутки); симптоматическую терапию, на 8-е сутки госпитализации наступила смерть больного.

По результатам аутопсии вынесено заключение: причиной смерти больного

Н., 32 лет, явилась вирусная двусторонняя субтотальная геморрагическая пневмония (рис. 3–6 на 4-й с. вклейки), вызванная вирусом пандемического гриппа А(Н1N1)S-OIV, подтвержденная прижизненным серологическим исследованием титра антител (20) и посмертным исследованием ПЦР к РНК вируса гриппа А(Н1N1)S-OIV.

Вирусное поражение легких протекало с развитием респираторного дистресс-синдрома взрослых (рис. 7, 8 на 4-й с. вклейки) и острой дыхательной недостаточностью, локального ДВС-синдрома в легких с ТЭЛА (рис. 9 на 4-й с. вклейки), что и явилось непосредственной причиной смерти пациента. При прижизненном серологическом исследовании у больного также были выявлены антитела к сезонному гриппу А(Н3N2) – 80, что при отсутствии антигенного подтверждения наличия вируса можно расценивать как следствие перенесенного им в прошлом гриппа А(Н3N2) – в медицинской книжке есть записи о заболевании острой респираторной вирусной инфекцией в мае 2007 г.

Таким образом, приведен пример фатального течения гриппа А(Н1N1)S-OIV у молодого человека с метаболическим синдромом, у которого развились осложнения в виде тяжелой вирусной пневмонии, острого респираторного дистресс-синдрома и диссеминированного внутрисосудистого свертывания с прогрессирующей дыхательной недостаточностью, что привело к смерти больного. Пациент оставался рефрактерным ко всем современным методам интенсивной терапии в условиях многопрофильного специализированного лечебно-профилактического учреждения.

## Литература

1. Грипп и гриппоподобные инфекции (включая и особо опасные формы). Фундаментальные и прикладные аспекты изучения / Под ред. В.И.Покровского, Д.К.Львова, О.И.Киселева и др. – СПб, 2008. – 109 с.
2. Киселев О.И., Еришов Ф.И., Малый В.П. и др. Грипп как типичная эмерджентная инфекция (вирусологические, клинико-эпидемиологические особенности, вопросы терапии и

профилактика): Пособие для врачей. – Санкт-Петербург – Харьков – Ужгород, 2009. – 44 с.

3. Синапальников А.И., Лещенко И.В., Козлов Р.В. и др. Методические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике гриппа, вызываемого пандемическим вирусом А/Н1N1/09. – М., 2009. – 30 с.

4. Рахманова А.Г., Полушин Ю.С., Яковлев А.А. и др. Методические рекомендации по лечению больных гриппом Н1N1 (для врачей). – СПб, 2009. – 29 с.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК 612.015.31.014.47:613.67

## Баланс железа и меди у курсантов военного училища при физической нагрузке и в последующий день отдыха в разное время года

ЗАЙЦЕВА И.П., кандидат биологических наук (rectorat@uniyar.ac.ru)<sup>1</sup>  
НАСОЛОДИН В.В., заслуженный работник физической культуры РФ, профессор  
БЕЛЯКОВ Р.А., капитан<sup>2</sup>  
АРШИНОВ Н.П., старший лейтенант<sup>2</sup>  
ЗАЙЦЕВ О.Н., кандидат биологических наук<sup>3</sup>  
МЕЩЕРЯКОВ С.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ярославский государственный университет им. П.Г.Демидова; <sup>2</sup>Ярославский филиал военно-учебного научного центра Военно-воздушных сил; <sup>3</sup>Ярославский государственный технический университет

*Zaitseva I.P., Nasolodin V.V., Belyakov R.A., Arshinov N.P., Zaitsev O.N., Meshcheryakov S.I. – Balance of ferrum and copper in cadets of military school during physical exercise and next-day rest at different times of the year. According to examination, with the help of emission spectrum analysis method, of 24 cadets-athletes of different specialization it was determined that during physical exercise in summer and in winter loss of ferrum and copper with excrements exceeded the intake if these microelements with food. The next day rise of impaction of microelements and decrease of excretion. But despite the positive balance of ferrum and copper, spend of these microelements during physical exercise wasn't compensated for the day of rest. That is why there is a possibility of microelement deficit.*

*Key words: cadets-athletes, physical exercise, balance, microelements, ferrum, copper, manganese, impaction, excretion.*

Изучение обеспеченности различных групп населения основными пищевыми ингредиентами, в т. ч. и микроэлементами (МЭ), биологическая роль которых чрезвычайно важна и многогранна, не утратило своей актуальности и в настоящее время. Недостаточная обеспеченность организма только одним железом сопровождается нарушением функционирования ряда физиологических систем, в частности кроветворной, пищеварительной, нервной, иммунной, сердечно-сосудистой и других, вследствие чего резко снижается умственная и физическая работоспособность человека. Значительные нарушения отдельных функций организма вызывают и дефицит таких МЭ, как медь, цинк, марганец, кобальт, магний, селен и др.

Общеизвестно, что одними из наиболее объективных методов изучения обеспеченности организма МЭ являются балансовые исследования, которые дают возможность не только обнаружить

недостаток или избыток того или иного элемента, но и установить суточную потребность в них [4].

### Цель исследования

Определить суточный баланс железа и меди у курсантов военного училища под воздействием мышечной нагрузки и в последующий день отдыха после нее в разное время года.

### Материал и методы

Под наблюдением находились 24 курсанта-спортсмена различной специализации I разряда и кандидаты в мастера спорта в возрасте 18–22 лет. Учитывая сложность и трудоемкость балансовых исследований, в каждую группу включили не более 6 курсантов близких по возрасту, физическому развитию, спортивной квалификации и с нормальной функциональной деятельностью желудочно-кишечного тракта.



потребности организма в этих МЭ и указывает на наличие латентного дефицита в организме курсантов, активно занимающихся спортом. Повышенная ретенция МЭ из рациона питания или снижение эндогенного их выделения в период отдыха уже указывает на сокращение резервов эссенциальных биоэлементов [3].

При сопоставлении результатов двух балансовых исследований можно заметить, что, несмотря на положительный баланс и значительную задержку МЭ пищевого рациона в день отдыха у курсантов-спортсменов, подвергавшихся воздействию физической нагрузки осенью и летом, их потери с экскрементами в день тренировки не компенсировались за один день отдыха. В связи с этим следует обращать особое внимание на достаточную насыщенность рационов питания МЭ за счет продуктов, наиболее богатых ими, или использовать различные витаминно-минеральные комплексы в качестве добавок к питанию.

Сравнивая общую экскрецию МЭ из организма с их концентрацией в рационах питания курсантов-спортсменов различных специализаций в осенний и летний периоды тренировки, можно заключить, что потребность в железе должна составлять примерно 20–25 мг/сут, меди – 2,5–3 мг/сут. При этом следует учитывать, что при увеличении объема и интенсивности тренировочных и соревновательных нагрузок потребности в МЭ могут существенно возрастать.

## ВЫВОДЫ

1. Под воздействием мышечной нагрузки потери железа и меди с экскрементами были примерно одинаковыми у спортсменов всех специализаций и значительно превышали поступление их с пищей как осенью, так и летом, что способствовало проявлению отрицательного баланса МЭ в организме.

2. В последующий после тренировки день отдыха отмечалась повышенная ретенция МЭ из рациона питания и резко сокращалась экскреция железа и меди с калом и мочой у всех спортсменов, однако расходы МЭ в тренировочный день не компенсировались за один день отдыха, что указывает на снижение резервов и возможность развития латентного дефицита названных элементов в организме.

3. Насыщенность рационов питания железом и медью в летний период тренировки у курсантов-спортсменов оказалась значительно ниже по сравнению с осенью и в обоих случаях не соответствовала необходимой потребности.

4. При больших тренировочных и соревновательных физических нагрузках необходимо обогащать в любое время года пищевые рационы спортсменов МЭ (в первую очередь железом) за счет правильного подбора продуктов питания или специальных витаминно-минеральных комплексов.

## Литература

1. *Кореган С.К.* Эмиссионный спектральный анализ нефтепродуктов. – М.: Химия, 1969. – 296 с.  
2. *Кудрявцев Н.А.* Применение метода эмиссионного спектрального анализа для определения динамики железа в организме в процессе мышечной деятельности // Вестн. Ярославского ун-та. – 1973. – № 2. – С. 111–116.  
3. *Насолодин В.В.* Влияние больших мышечных напряжений на баланс железа, меди и марганца в организме лыжниц // Физиология человека. – 1981. – № 4. – С. 710–715.  
4. *Насолодин В.В.* Определение баланса некоторых микроэлементов у спортсменов // Гиг. и сан. – 1984. – № 11. – С. 78–80.

5. *Насолодин В.В., Русин В.Я.* Взаимосвязь между некоторыми микроэлементами в процессе обмена их в организме // Вопр. питания. – 1986. – № 5. – С. 9–13.  
6. *Соболева М.К.* Эффективность ферропрепаратов и их побочные действия при лечении железодефицитных состояний у детей раннего возраста // Педиатрия. – 2004. – № 1. – С. 79–83.  
7. *Стародумов В.Л.* Дефицит нутриентов как возможное условие развития интоксикации, вызванной воздействием малых доз свинца // Гиг. и сан. – 2003. – № 3. – С. 60–62.  
8. *Ширина Л.И., Мазо В.К.* Минеральные вещества в питании человека. Марганец: всасывание и биодоступность // Вопр. питания. – 2006. – № 5. – С. 4–14.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК [61:355]:001.8

## Организация научной и научно-исследовательской работы в медицинской службе флота

ГАВРИЛОВ В.В., полковник медицинской службы<sup>1</sup>  
МЫЗНИКОВ И.Л., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы  
запаса (muznikov@nm.ru)<sup>2</sup>  
КУЗЬМИНОВ О.В., подполковник медицинской службы<sup>1</sup>  
ШМЕЛЁВ С.В., майор медицинской службы<sup>1</sup>  
ОПАРИН М.Ю., майор медицинской службы<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Медицинская служба Северного флота, г. Североморск, Мурманская область; <sup>2</sup>1469-й Военно-морской клинический госпиталь Северного флота, г. Североморск, Мурманская область; <sup>3</sup>1033-й Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора Северного флота, г. Североморск, Мурманская область

*Gavrilov V.V., Myznikov I.L., Kuzminov O.V., Shmelyov S.V., Oparin M.Yu. – Organisation of scientific and research work of medical service in the navy. The main issues of organization of scientific and research work of medical service in the North Fleet are considered in the present article. Analysis of some paragraphs of documents, regulating this work at army level is given. The authors give an example of successful experience of such work in the North Fleet, table some suggestions which allow to improve the administration of scientific and research work in the navy and also on the district scale.*

*К е у в о р д с: organization of research study, navy medicine, reform of the Armed Forces.*

**Н**аучная и научно-исследовательская работа (НИР) в медицинской службе традиционно регламентировалась Уставом внутренней службы ВС РФ (УВС ВС РФ), приказами МО РФ, Руководством по медицинскому обеспечению ВС РФ на мирное время (РМО) и документами по боевой подготовке, директивами командующих округом (флотом), приказами и указаниями начальника медицинской службы (НМС) округа (флота).

В настоящее время организация научной работы в соответствии со ст. 85 УВС ВС РФ вменена командиру (начальнику), который обязан руководить научной, изобретательской и рационализаторской работой, направлять творчество военнослужащих на решение проблем, возникающих при выполнении задач, стоящих перед воинской частью, принимать в этой работе личное участие и поощрять подчиненных, добившихся наилучших творческих результатов. Формы научной работы отражены в Руководстве по боевой подготовке на Военно-морском флоте (ВМФ). Однако в действующем

приказе МО РФ от 23 марта 2000 г. № 140 «О научной работе в Вооруженных Силах Российской Федерации» проведение научной работы в войсковом звене не рассматривается, упущена эта тема и в РМО редакции 2001 г. (РМО-2001).

Управление научной и НИР в системе медицинской службы флотов не должно быть формальным. Участие в научной работе является прямой обязанностью всего личного состава медицинской службы. Эта работа представляет собой творческую деятельность медицинских кадров, направленную на совершенствование медицинского обеспечения войск и повышение уровня боевой готовности медицинской службы ВС РФ.

Основными задачами научной работы в войсках и на флотах являются:

– изучение и обобщение опыта медицинского обеспечения войск и сил флота в мирное и военное время и разработка на этой основе эффективных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья военнослужащих;



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК: 613.67(73)(410)

## Медицинское обеспечение ветеранов вооруженных сил за рубежом (На примере США и Великобритании)

*БОЛЕХАН В.Н., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы*

*ИВАНОВ В.В., профессор, полковник медицинской службы запаса*

*ИВЧЕНКО Е.В., доцент, подполковник медицинской службы*

*КРАССИЙ А.Б., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской*

*службы в отставке (ramzai2002@mail.ru)*

*МОРОВИКОВА Т.В.*

*НАГИБОВИЧ О.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы*

*РЕЗВАНЦЕВ М.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы*

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

*Bolekhan V.N., Ivanov V.V., Ivchenko E.V., Krassiy A.B., Morovikova T.V., Nagibovich O.A., Rezyantsev M.V. – Military veterans health care abroad. The US and British models. The present review is dedicated to organization and management of military veteran's health care system of the US and UK. It is shown that despite the differences in health care systems of both countries their veterans receive the stat-of-the-art medical service which is readily available and financially affordable.*

*К е у в о р д с: military veterans, health care, «Tricare», US Army, British Army.*

Настоящий обзор посвящен организации медицинского обеспечения военных пенсионеров на примере двух крупнейших стран Запада: США и Великобритании. И этот выбор стран неслучаен.

С одной стороны, оба государства во многом похожи. Во-первых, страны являются крупными военными державами, входящими в блок НАТО. Во-вторых, США и Великобритания – это страны с высокоразвитой экономикой и медициной. В-третьих, они имеют примерно одинаковую долю ВВП, выделяемую на здравоохранение: США – 7,4%, Великобритания – 7,2% [16]. Для сравнения, доля ВВП, выделяемая на здравоохранение в России, составляет 5,2% [2].

С другой стороны, системы здравоохранения в этих странах кардинально отличаются. Так, в США военное и гражданское здравоохранение функционируют сравнительно автономно, в то время как в Великобритании они в значительной мере взаимно интегрированы. Кроме того, в США системы частного ме-

дицинского страхования и бюджетного финансирования по объему примерно одинаковы, в то время как в Великобритании подавляющая часть здравоохранения финансируется из бюджета [15]. В связи с этим и медицинское обеспечение военных пенсионеров в обеих странах осуществляется принципиально разными способами. По сути, речь идет о двух основных моделях оказания медицинской помощи ветеранам военной службы<sup>1</sup>.

### Система медицинского обеспечения ветеранов вооруженных сил в США

Согласно данным последнего из доступных официальных отчетов правительства США, на 30 сентября 2010 г. за министерством обороны США (МО США) числилось 2 млн 77 тыс. военных пенсионеров, из них 190 тыс. инвалидов [18]. Учитывая, что общее число личного состава активного сегмента вооруженных сил США на тот же

<sup>1</sup> Системы медицинского обеспечения ветеранов военной службы в других европейских странах, например в Германии и Франции, во многом аналогичны британской.



стоянием больного. Высокий уровень медицины в сочетании с развитой инфраструктурой здравоохранения Великобритании обеспечивают надлежащее качество оказания медицинской помощи ветеранам военной службы.

### Заключение

В США медицинское обеспечение военных пенсионеров организовано посредством гибкой системы индивидуального медицинского страхования, при этом пенсионеры доплачивают только 11% реальной стоимости страховки [4, table 512]. В Великобритании медицинское обеспечение военных пенсионеров бесплатное.

Несмотря на кардинальные различия в системах как военного, так и гражданского здравоохранения, ветераны военной службы в США и в Великобритании получают медицинскую помощь высокого качества. Медицинское обслуживание для них ситуационно доступно и финансово необременительно. Военные ветераны с момента увольнения и до последнего дня жизни поддерживаются специализированными правительственными агентствами.

Как в США, так и в Великобритании система медицинского обеспечения военных пенсионеров в настоящее время находится в стадии коренных реформ. В частности, в ходе прошедшей в США президентской кампании этот вопрос поднимался обоими кандидатами в президенты, как Б.Обамой, так и М.Ромни. Однако оба они, хотя и разными методами, выступают за *дальнейшее совершенствование* этой системы, а не за ее урезание и тем более упразднение [14]. Отношение высшего политического руководства страны к медицинскому обеспечению ветеранов военной службы отражает заявление министра обороны США *Леона Панетты* (Leon Panetta), сделанное им во время своего выступления перед комитетом по делам вооруженных сил и ветеранов палаты представителей конгресса США 25 июля 2012 г., в котором он заботу о здоровье военных ветеранов охарактеризовал как *«священную обязанность»* в отношении тех, кто сражался за нашу страну»<sup>9</sup> [17].

<sup>9</sup> Sacred responsibility of caring for those who have fought for our country.

### Литература

1. Агапитов А.А., Болахан В.Н., Ивченко Е.В. и др. Медицинская служба вооруженных сил Великобритании // Воен.-мед. журн. – 2012. – Т. 333, № 7. – С. 65–78.
2. Общий объем расходов на образование и здравоохранение. Табл. 5.19 // Россия и страны мира – 2010 г. / Федеральная служба государственной статистики РФ. URL: [http://www.gks.ru/bgd/regl/b10\\_39/IssWWW.exe/Stg/05-19.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b10_39/IssWWW.exe/Stg/05-19.htm) (дата обращения: 11.09.2012).
3. About the NHS // The Official Web Site of the National Health Service. URL: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx> (дата обращения: 11.09.2012).
4. Advancing the health, safety, and well-being of our people // The Official Web Site of the US Department of Health and Human Services. 114 p. PDF. URL: <http://dhhs.gov/asfr/ob/docbudget/2011budgetinbrief.pdf> (дата обращения: 10.09.2012).
5. Among the most frequent illnesses/injuries diagnosed among retirees (more than 10,000 retirees diagnosed during the surveillance period), percentages diagnosed for the «first time» within six months before retirement, active component, 2003–2009 // Medical Surveillance Monthly Report. Table 2 / US Forces Health Surveillance Center. 2010. Vol. 17, No 12. P. 3. URL: <http://afhsc>.

[army.mil/viewMSMR?file=2010/v17\\_n12.pdf#Page=02](http://army.mil/viewMSMR?file=2010/v17_n12.pdf#Page=02) (дата обращения: 10.09.2012).

6. Civilian employment statistics. December 2010 // The Official Web Site of the Office of the Secretary of Defense. PDF. URL: <http://siadapp.dmdc.osd.mil/personnel/CIVILIAN/fy2011/december2010/december2010.pdf> (дата обращения: 10.09.2012).
7. Department of Defense Active Duty Military Personnel by Rank/Grade. September 30, 2010. Military Personnel Statistics // DoD Personnel & Procurement Statistics. URL: <http://siadapp.dmdc.osd.mil/personnel/MILITARY/rg1009.pdf> (дата обращения: 11.09.2012).
8. Department of Defense Active Duty Military Personnel by Rank/Grade. March 31, 2012 // Military Personnel Statistics // DoD Personnel & Procurement Statistics. URL: <http://siadapp.dmdc.osd.mil/personnel/MILITARY/rg1203.pdf> (дата обращения: 08.09.2012).
9. FY 2013 Defense Budget. Overview // The Official site of the Under Secretary of Defense (Comptroller). 143 p. PDF. URL: [http://comptroller.defense.gov/defbudget/fy2013/FY2013\\_Budget\\_Request\\_Overview\\_Book.pdf](http://comptroller.defense.gov/defbudget/fy2013/FY2013_Budget_Request_Overview_Book.pdf) (дата обращения: 10.09.2012).
10. FY2013 Department of Veterans Affairs Budget // The Official Web Site of the US Department of Veterans Affairs. 25 p. PDF. URL: <http://www.va.gov/budget/docs/summary/>



Fy2013\_Budget\_Rollout.pdf (дата обращения: 10.09.2012).

11. Health insurance. United Kingdom // Wikipedia. URL: [http://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_insurance#United\\_Kingdom](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_insurance#United_Kingdom) (дата обращения: 11.09.2012).

12. Most frequent diagnoses during ambulatory visits by major diagnostic category, males, U.S. Armed Forces, 2010. Table 2 // Medical surveillance monthly report / The Armed Forces Health Surveillance Center. 2011. Vol 18, No4. P. 18. PDF. URL: [http://afhsc.army.mil/viewMSMR?file=2011/v18\\_n04.pdf#Page=01](http://afhsc.army.mil/viewMSMR?file=2011/v18_n04.pdf#Page=01) (дата обращения: 10.09.2012).

13. Most frequent diagnoses during ambulatory visits by major diagnostic category, females, U.S. Armed Forces, 2010. Table 3 // Medical surveillance monthly report / The Armed Forces Health Surveillance Center. 2011. Vol 18, No 4. P. 19. PDF. URL: [http://afhsc.army.mil/viewMSMR?file=2011/v18\\_n04.pdf#Page=01](http://afhsc.army.mil/viewMSMR?file=2011/v18_n04.pdf#Page=01) (дата обращения: 10.07.2012).

14. Philpott T. Military Update: TRICARE networks eyed to improve vets' access to care // Hanford Sentinel. 07 September 2012. URL: [http://www.hanfordsentinel.com/news/opinion/todays\\_opinions/military-update-tricare-networks-eyed-to-improve-vets-access-to/article\\_cb5490ba-f917-11e1-9575-0019bb2963f4.html](http://www.hanfordsentinel.com/news/opinion/todays_opinions/military-update-tricare-networks-eyed-to-improve-vets-access-to/article_cb5490ba-f917-11e1-9575-0019bb2963f4.html) (дата обращения: 08.09.2012).

15. Public and Private Health Expenditures as a Percentage of GDP, U.S. and Selected Countries, 2008 // KFF.org. URL: <http://facts.kff.org/chart.aspx?ch=1961> (дата обращения: 14.09.2012).

16. Public Health Expenditure as a Percentage of GDP, U.S. and Selected Countries, 2008 // KFF.org. URL: <http://facts.kff.org/chart.aspx?ch=1960> (дата обращения: 14.09.2012).

17. Submitted Statement on DOD-VA Collaboration before the House Armed Services and Veterans Affairs Committees by Secretary of Defense Leon E. Panetta, Washington D.C., Wednesday, July 25, 2012 // The Official Web Site of the US Department of Defense. URL: <http://www.defense.gov/speeches/speech.aspx?speechid=1711> (дата обращения: 08.09.2012).

18. Table 512. Military Retirement System: 2010 // US Census Bureau. URL: <http://www.census.gov/compendia/statab/2012/tables/12s0512.pdf> (дата обращения: 13.09.2012).

19. TRICARE // Wikipedia. URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/TRICARE> (дата обращения: 10.09.2012).

20. TRICARE Prime Overview // Military Benefits. URL: <http://www.military.com/benefits/content/tricare/prime/tricare-prime-overview.html> (дата обращения: 10.09.2012).

21. TRICARE Standard Overview // Military Benefits. URL: <http://www.military.com/benefits/content/tricare/standard/tricare-standard-overview.html#Features> (дата обращения: 10.09.2012).

22. Who is a veteran? // The official Web Site of the UK Ministry of Defence. URL: <http://www.mod.uk/DefenceInternet/DefenceForVeterans/> (дата обращения: 10.09.2012).

## ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

### Малярия в вооруженных силах США

Центр наблюдения за здоровьем ВС США<sup>1</sup> в январском номере за 2013 г. своего журнала *Ежемесячный доклад медицинского наблюдения*<sup>2</sup> опубликовал обзор по малярии в ВС США за 2012 г. в сравнении с данными за 2004–2011 гг. [3]. Отмечается, что малярия по-прежнему остается весьма значимым для военной медицины, часто смертельно опасным заболеванием, эндемичным в более чем 100 странах. В 2010 г. в мире зарегистрировано 219 млн случаев малярии с 600 тыс. летальных исходов. Из четырех видов возбудителей малярии у человека наиболее смертоносным является *Plasmodium falciparum* (эндемичен в Африке), наиболее часто встречающимся – *Plasmodium vivax* (Ю.-З. и Ц. Азия и Д. Восток).

В 2012 г. среди личного состава ВС США зарегистрировано 38 случаев малярии<sup>3</sup>. Это самый низкий показатель с 2004 г. Для сравнения, в 2010 и 2011 г. регистрировалось по 120 случаев малярии, а максимальное число заболевших – 159 – отмечено

<sup>1</sup> Armed Forces Health Surveillance Center (AFHSC), головное подразделение МО США, осуществляющее мониторинг состояния здоровья личного состава ВС США и анализ полученных данных, штаб-квартира Силвер Спринг (Silver Spring), штат Мэриленд, директор полковник (captain) Кевин Рассел (Kevin L. Russell), официальный сайт по ссылке [1].

<sup>2</sup> Medical Surveillance Monthly Report (MSMR), основное издание AFHSC, все номера свободно доступны по ссылке [4].

<sup>3</sup> Эта цифра включает только госпитализированных больных, указанных в документах официальной отчетности, многие случаи лечились амбулаторно и не декларировались [3, р. 5].





© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК 617:065.4/.5(470)

## Первый медицинский музей России (К 150-летию со дня создания Хирургического музея Императорской медико-хирургической академии)

*БУДКО А.А., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса  
ГРИБОВСКАЯ Г.А., кандидат медицинских наук  
ЖУРАВЛЁВ Д.А., кандидат исторических наук (demetrio\_s@mail.ru)*

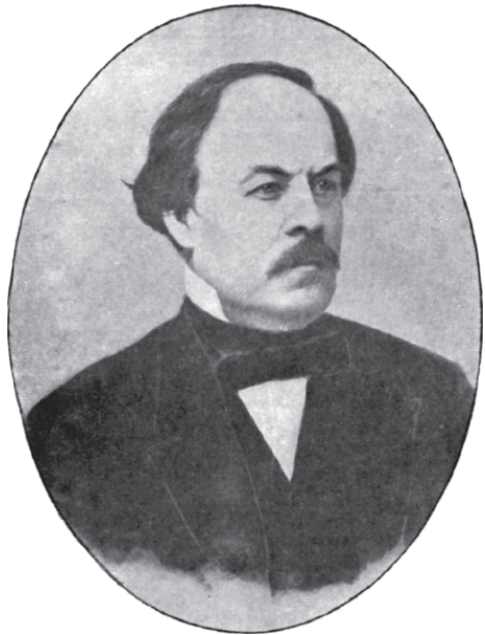
Военно-медицинский музей, Санкт-Петербург

*Budko A.A., Gribovskaya G.A., Zhuravlyov D.A. – First medical museum of Russia (150-anniversary of the Surgical museum of the Imperial Medical-Surgical Academy). The opening in 1863 of the Surgical museum of the Imperial Medical-Surgical Academy was the sign of a new age in the development of medical science. It became the first medical museum in our country. It was the period when similar museums appeared in Europe and America. Thus all over the world were formed the first museums that amassed their collections, the later basis of modern medical museums.*

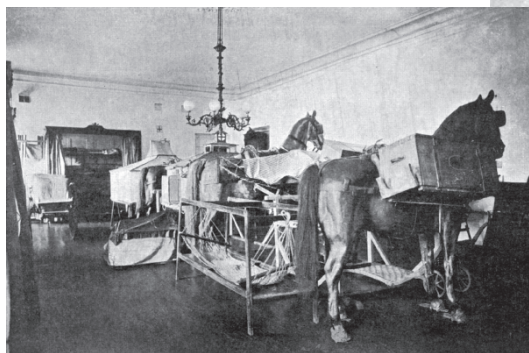
*К е у в о р д s: museum, Medical-Surgical Academy, traditions, professor, director, exhibit.*

При Императорской медико-хирургической академии **9 (21) февраля 1863 г.** был открыт Хирургический музей – первый в России музей медицинского профиля, долгие годы служивший своеобразным учебным центром, способствующим медицинскому образованию будущих военных врачей. Создание музея связано с личностью выдающегося представителя отечественной медицины, профессора Медико-хирургической академии Павла Парфеновича Заблоцкого-Десятовского (1814–1882). Он был разносторонне образованным ученым, заслуженным профессором и академиком, оставившим заметный след в развитии отечественной хирургии, урологии, дерматологии, гигиены, анестезиологии, судебной медицины.

Весной 1862 г. Заблоцкий-Десятовский побывал в Германии и во Франции, где ознакомился с лучшими хирургическими клиниками, обратив особое внимание на имевшиеся при некоторых из них учебные музеи [3]. Тогда и возникла у него мысль основать при Медико-хирургической академии большой, хорошо оснащенный хирургический музей, в котором «кроме употребляемых военными врачами на войне хирургических инструмен-



П.П. Заблоцкий-Десятовский  
тов были бы помещены все аппараты, машины и повязки, употребляемые для лечения переломов, вывихов и ранений, равно как и для исправления различных искривлений и безобразий человеческо-



Залы Хирургического музея

К сожалению, до наших дней не удалось сохранить Хирургический музей в том виде, каким он был задуман. С течением времени под влиянием различных обстоятельств он был расформирован, материалы оказались на разных кафедрах и в клиниках академии. В связи с отсутствием должного контроля за сохранностью, большая часть музейных предметов постепенно переходила в частные коллекции или утрачивалась.

В середине XX в. сотрудниками Военно-медицинского музея под руководством профессора Военно-медицинской академии Алексея Николаевича Максименкова была предпринята серьезная поисковая работа по сбору утраченных музейных предметов, в результате которой удалось восстановить часть коллекции Хирургического и Пироговского музеев. В настоящее время часть материалов, которые начал собирать П.П.Заблоцкий-Десятовский,

находится на государственном хранении в Военно-медицинском музее, являющемся преемником первого медицинского музея России.

В фондах Военно-медицинского музея хранится «паспорт» Хирургического музея – шнуровая книга, в которую включены предметы, входившие в его состав в 1863 г. Уникальные предметы из этого собрания представлены в экспозиции Военно-медицинского музея, ряд выставок разного уровня был создан на их основе. Тем самым сохраняется память о первом в России музее медицинского профиля, представителях академии, видных ученых, составивших славу отечественной медицинской науки.

В феврале этого года в Военно-медицинском музее была открыта выставка, посвященная 150-летию истории Хирургического музея ИМХА, где представлены экспонаты, входившие в состав первого медицинского музея России.

## Литература

1. Будко А.А. История медицины Санкт-Петербурга XIX – начала XX вв. – СПб: Нестор-История, 2010. – С. 317.
2. Будко А.А., Быков И.Ю., Селиванов Е.Ф. и др. История военной медицины России. XIX – начало XX в. / Под ред. И.Ю.Быкова и В.В.Шапко. – Т. 3. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: Воениздат, ВММ МО РФ, 2007. – С. 544.
3. Будко А.А., Грибовская Г.А. П.П.Заблоцкий-Десятовский – создатель Хирургического музея Императорской медико-хирургической академии // Медицинская профессура Российской империи: Тез. науч. конф. 12 марта 2004 г. – М., 2004. – С. 23–25.
4. Будко А.А., Журавлёв Д.А. Хранители традиций военной медицины (К 65-летию Военно-медицинского музея МО РФ) // Воен.-историч. журн. – 2007. – № 10. – С. 37–40.
5. История Императорской Военно-медицинской (бывшей Медико-Хирургической) Академии за сто лет. 1798–1898. – СПб, 1898. – С. 203.
6. Каталог Хирургического музея Императорской Санкт-Петербургской медико-хирургической академии. – СПб, 1867. – С. II, III, V.
7. Кудряшов А.И. Исторический очерк кафедры десмургии при Императорской Военно-медицинской академии. – СПб, 1898. – С. 44–45.



© П.В.ПИНЧУК, А.А.ФОКИН, 2013  
УДК 340.6(091)(470)

## К 70-летию 111-го Главного государственного центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Минобороны России

ПИНЧУК П.В., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы запаса  
ФОКИН А.А., полковник медицинской службы запаса (alexfokin67@mail.ru)

111-й Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Минобороны России, Москва

*Pinchuk P.V., Fokin A.A. — 70th anniversary of 111th Main state center of medicolegal and criminalistic examination of the Ministry of Defence of the Russian Federation. The article is devoted to 70th anniversary of the head state forensic expert institution of the Ministry of Defence of the Russian Federation — 111th Main state center of medicolegal and criminalistic examination of the Ministry of Defence of the Russian Federation. Some information about historical aspects of functioning of the institution and its activity at the present stage and in conditions of the reform of the Armed Forces of the Russian Federation is given.*

*К е у в о р д с: Central forensic-medical laboratory, 111th Main state center of medicolegal and criminalistic examination of the Ministry of Defence of the Russian Federation, forensic enquiry.*

В марте 2013 г. исполняется 70 лет 111-му Главному государственному центру судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Минобороны России (111 ГГЦСМиКЭ МО РФ), являющемуся с момента формирования ведущим государственным судебно-экспертным учреждением Министерства обороны.

Свою историю 111 ГГЦСМиКЭ ведет с 1943 г., когда на основании директивы Генерального штаба от **26 марта** № орг/6/133213 была сформирована *Центральная судебно-медицинская лаборатория* (ЦСМЛ) Красной армии, с 31 марта 1943 г. начавшая решать возложенные на нее задачи по выполнению судебно-медицинских экспертиз в интересах военных прокуратур и военных трибуналов.

Первым начальником ЦСМЛ — главным судебно-медицинским экспертом Красной армии был Михаил Иванович Авдеев, ставший основоположником системы судебной экспертизы Вооруженных сил. Под его непосредственным руководством в кратчайший срок была разработана структура судебно-медицинской службы Красной армии, организована практическая экспертная работа ЦСМЛ и судебно-медицинских лабораторий фронтов, отлажена система подготовки экспертных кадров.



Михаил Иванович Авдеев

Кроме производства судебно-медицинских экспертиз, основными задачами службы являлись изучение небоевых потерь в армии и на флоте, разработка рекомендаций по их предупреждению, контроль качества медицинского обеспечения в войсках и медицинских



## 75 лет на страже здоровья воинов Санкт-Петербургского (Ленинградского) гарнизона

ЦЫМБАЛ А.Н., заслуженный врач РФ, доцент, полковник медицинской службы запаса  
(104kdp@mail.ru)

Консультативно-диагностическая поликлиника 442-го Военного клинического госпиталя ЗВО, Санкт-Петербург

*Tsybmal A.N. — 75 years safeguarding health of warriors of Saint-Petersburg (Leningrad) garrison. The article is devoted to the anniversary of Consultation-and-diagnostic outpatient hospital of 442nd District military clinical hospital in Saint-Petersburg. This outpatient hospital was founded in on the 20th March 1938. Work of garrison outpatient hospital was especially difficult during the Great Patriotic War. Employees of this hospital heroically fulfilled their duties in conditions of severe blockade winter 1941–1942. The outpatient hospital was nominally garrison, in fact this hospital operated units of Leningrad front-line. In 1993 the garrison outpatient hospital was renamed as 104th Consultation-and-diagnostic. The main branch of activity is health maintenance of participants in the rectification of the consequences of the accident at the Chernobyl Atomic Electric Power Station and veterans (case follow up) belonging to special risk subunits. Nowadays there are 30 treatment-and-diagnostic departments including staff military physician board.*

*К е у в о р д s: outpatient industry, outpatient attendance, army physicians, morbidity, treatment, prevention, standard medical examination, safeguarding health of defenders of homeland.*

Со времени создания Петроградского военного округа и вплоть до 1938 г. самостоятельных военно-медицинских учреждений поликлинического типа в Санкт-Петербурге — Петрограде — Ленинграде не существовало. В начале 1920-х гг. больные Ленинградского и пригородных гарнизонов, нуждающиеся в консультации врачей-специалистов, направлялись на стационарное лечение в Ленинградский красноармейский военный госпиталь (ЛКВГ), из-за чего он нередко был перегружен.

В 1925 г. при госпитале открылся амбулаторный прием больных, сначала с кожными и венерическими болезнями, а затем и по другим специальностям. Фактически поликлиническое отделение госпиталя выполняло работу врачей воинских частей. Не случайно в 30-е гг. специалисты ЛКВГ, основываясь на глубоком анализе лечебно-профилактической работы в войсках, в своих научных трудах обосновали необходимость создания в округе самостоятельной штатной гарнизонной поликлиники. Такое лечебное учреждение было создано и начало функционировать с конца марта 1938 г.

В сборнике несекретных приказаний войскам Ленинградского военного округа за 1938 г. имеется следующий документ: «Полагать сформированной с 20 марта 1938 г. гарнизонную поликлинику ЛВО по штатному расчету с дислокацией — г. Ленинград, Инженерная ул., д. 8»\*.

Можно с полным основанием утверждать, что после создания гарнизонной поликлиники в Ленинградском военном округе появился новый вид медицинской помощи, который официально получил право на жизнь, — поликлинический.

В 1938 г. управление и функциональные подразделения поликлиники были размещены в левом (западном) павильоне кордегардии Михайловского (Инженерного) замка. В нем ранее размещались подразделения Военно-инженерной школы, Инженерно-артиллерийского корпуса, Ленинградский дом Красной Армии, профилакторий ЛенВО. Здание представляет историческую ценность и находится под охраной государства.

Вскоре после своей организации поликлиника перешла к оказанию систематической помощи войсковой меди-

\*Архив ЛенВО, ф. 38, оп. 49530, д. 154, к. 112.

## В объективе война: на фоне сугробов<sup>1</sup>

Хотя Зимней войной принято называть Советско-финляндскую войну 1939–1940 гг., Великая Отечественная война 1941–1945 гг. против фашистских захватчиков также была в немалой степени зимней. Не случайно в воспоминаниях ее участников из числа военных врачей именно зимним сюжетам принадлежит главное место. Снежные сугробы служат фоном действия как в мемуарах советских военных врачей Н.Атрошкина<sup>2</sup> и Б.Спивака<sup>3</sup>, так и находившихся по другую сторону фронта немецких хирургов Г.Хаапе и профессора Х.Киллиана<sup>4</sup>.



Медсестра комсомолка Новикова оказывает первую помощь раненому бойцу. Фото Чернова. Западный фронт, декабрь 1941 г. (РГАКФД, № О-154292)

Публикуемые фотодокументы из фондов *Российского государственного архива кинофотодокументов* (РГАКФД) случайны и эпизодичны. Общее в них то, что эти фото впервые выявлены нами в фондах архива среди сотен подобных сюжетов. Случайность же подборки позволяет сделать и один общий вывод: оккупантам на Восточном фронте было как минимум *некомфортно*. Уже первая военная зима 1941–42 гг. заставила их забывать соблюдение формы одежды: неудивительно видеть на снимках немцев в странных ботах, меховых шапках или бабьих платках.

<sup>1</sup>Продолжение рубрики. Начало см. на вклейке сентябрьского и обложке ноябрьского 2012 г. номеров журнала.

<sup>2</sup>*Атрошкин Н.Т. В боях за город Белый* // Воен.-мед. журн. – 2008. – Т. 329, № 5. – С. 72–79.

<sup>3</sup>*Спивак Б.А. Из воспоминаний о войне* // Воен.-мед. журн. – 2010. – Т. 331, № 4. – С. 79–85.

<sup>4</sup>*Хаапе Генрих. Оскал смерти. 1941 год на Восточном фронте* / Пер. с англ. А.Мясникова. – М.: Яуза-пресс, 2009. – 576 с.; *Киллиан Ханс. Немецкий хирург на Восточном фронте. 1941–1943 гг.* / Пер. с англ. С.В.Бабак. – М.: ЗАО Центрполиграф, 2005. – 335 с.

Вынос  
раненого  
на санках-  
волокушах  
с поля боя.  
1944 г.  
(РГАКФД,  
оп. 2, № 160,  
сн. 3)



## В объективе война: на фоне сугробов



Санструктор гвардии сержант В.А.Попов выносит оружие с поля боя.  
Автор В.Гребнев.  
Западный фронт, 1941 г.  
(РГАКФД, № О-286757)

Доставка раненых красноармейцев в лазарет.  
Северный фронт, 1942 г.  
(РГАКФД, № О-120106)



Немецкие солдаты у местного лазарета, где оказывается первая помощь раненым.  
Борисов, март 1942 г.  
(РГАКФД, оп. 2, № 512, сн. 1)

Самодельные сани-волокуши (двух типов), используемые немецкими солдатами как средство транспортировки раненых  
(РГАКФД, оп. 3, № 260, сн. 273)



## В объективе война: на фоне сугробов



Санструктор  
Золотарев  
на линии огня  
оказывает первую  
помощь раненому бойцу.  
Западный фронт, 1942 г.  
(РГАКФД, № 0-57009)

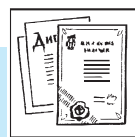
Санструктор  
Т.А. Михалев  
вывозит раненого  
с поля боя. Автор  
А.Соловьев.  
Действующая  
армия, 1943 г.  
(РГАКФД,  
№ 0-144792)



Немецкие солдаты  
вывозят раненого  
с поля боя на санках.  
Харьковская область,  
март 1943 г.  
(РГАКФД, оп 2,  
№ 409, сн. 5)

Немецкий капитан  
медицинской службы  
проверяет у солдат,  
идуших на передний  
край обороны, наличие  
перевязочных пакетов.  
Район Кандалакши,  
март 1944 г.  
(РГАКФД, оп. 2,  
№ 186, сн. 7)





## ЮБИЛЕИ

© Ю.В.МИРОШНИЧЕНКО, В.Н.КОНОНОВ, А.Б.ГОРЯЧЕВ, 2013  
УДК 616:355 (092 Бунин С.А.)



**10 марта 2013 г.** исполнилось 50 лет исполняющему обязанности заместителя начальника ВМедА им. С.М.Кирова, доктору фармацевтических наук, доценту полковнику медицинской службы **Сергею Александровичу Бунину**.

С.А.Бунин родился в Курской области. После окончания фармацевтического отделения ВМедФ при Томском государственном медицинском институте (1985) служил в 332-м окружном складе СКВО в г. Новочеркасске. В 1994 г. стал начальником учетно-планового отделения отдела медицинского снабжения ВМедА. В 1999 г. окончил с золотой медалью Военную академию тыла и транспорта, в 2001 г. проходил обучение в Учебно-консультационном центре Санкт-Петербургского архитектурно-строительного университета, в 2002 г. окончил Санкт-Петербургскую юридическую академию. В 2003 г. назначен заместителем начальника ВМедА по медицинскому снабжению, в настоящее время исполняет обязанности заместителя начальника этой академии.

С.А.Бунин награжден орденом Почета, медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» 2 степени и многими другими медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации и Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», ученики, коллеги и друзья сердечно поздравляют Сергея Александровича Бунина с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и дальнейших творческих успехов.

Обращаем внимание авторов журнала, что в соответствии с требованиями Высшей аттестационной комиссии, а также Российского индекса научного цитирования для публикации в журнале необходимо представлять *на отдельном листе* следующие сведения об авторах:

- фамилия, имя, отчество всех авторов полностью (на русском и английском языках);
- полное название организации — место работы каждого автора в именительном падеже, страна, город (на русском и английском языках). Если все авторы работают в одном учреждении, можно не указывать место работы каждого автора отдельно;
- адрес электронной почты каждого автора;
- корреспондентский почтовый адрес и телефон для контактов с авторами статьи (можно один на всех авторов).

Название статьи приводится на русском и английском языках.

Напоминаем о необходимости указывать на титульном листе статьи полное название и местонахождение учреждения (госпиталя, воинской части, института и т. д.), в котором выполнена работа, а также представления авторского резюме (100–250 слов), ключевых слов на русском и английском языках.





27 февраля состоялось расширенное заседание Коллегии Министерства обороны Российской Федерации.

В ее работе принял участие Президент Российской Федерации – Верховный главнокомандующий Вооруженными силами Российской Федерации **Владимир Путин**. В своем выступлении перед участниками заседания глава государства заявил, что Вооруженные силы должны выйти на новый уровень возможностей уже в самое ближайшее время.

С основным докладом выступил министр обороны Российской Федерации генерал армии **Сергей Шойгу**. Глава оборонного ведомства подвел итоги деятельности за 2012 год и определил задачи на очередной период.

«Наряду с вопросами военного строительства, одним из приоритетов Министерства обороны является решение социальных проблем военнослужащих», – подчеркнул министр обороны. Приняты решения по совершенствованию системы медицинского обеспечения военнослужащих, членов их семей и военных пенсионеров, ускорению темпов решения жилищной проблемы.

В заключительной части доклада министр обороны обозначил приоритеты деятельности ведомства на 2013 год.



Управление пресс-службы и информации  
Министерства обороны Российской Федерации

[http://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=11650595@egNews](http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11650595@egNews)

В Культурном центре Вооруженных сил состоялась встреча начальника Генерального штаба Вооруженных сил Российской Федерации – первого заместителя министра обороны России генерала армии **Валерия Герасимова** с иностранными военными атташе, аккредитованными в Москве.

Главной темой брифинга стали основные итоги расширенного заседания Коллегии Министерства обороны, состоявшегося 27 февраля с. г.

В целом, по словам начальника российского Генштаба, «отмечается позитивная динамика, наметившаяся на пути модернизации Российской армии». У руководства военного ведомства России нет сомнения в правильности избранного курса на придание Вооруженным силам качественно нового состояния, обеспечивающего парирование всего спектра угроз военной безопасности государства.

Важным итогом прошедшего года стала разработка плана обустройства военных городков. Этот документ увязан по срокам и ресурсам, работа по его реализации уже активно проводится.

Крайне важным социальным вопросом является и медицинское обеспечение военнослужащих и членов их семей. Приняты меры, направленные на уточнение количества и структуры медицинских учреждений, особенно в отдаленных гарнизонах, улучшение их материально-технического состояния, обустройство войскового медицинского звена (госпиталей, медицинских рот и пунктов), повышение мобильности военной медицины путем оснащения ее аэромобильными госпиталями.

Коснулся генерал армии Валерий Герасимов и темы перехода на систему аутсорсинга. По его словам, «передача несвойственных Вооруженным силам функций сторонним органи-





© И.Б.УШАКОВ, 2013  
УДК 615.849.015.23.07

## Комплексное исследование современного радиозащитного средства

УШАКОВ И.Б., заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАН, академик РАМН, профессор, генерал-майор медицинской службы запаса (info@imbr.ru)

Государственный научный центр – Институт медико-биологических проблем РАН, Москва

А. Н. Гребенюк  
В. И. Легеза

### ПРОТИВОЛУЧЕВЫЕ СВОЙСТВА ИНТЕРЛЕЙКИНА-1



В конце 2012 г. вышла в свет монография\*, посвященная одному из наиболее перспективных современных радиозащитных средств, рекомбинантному интерлейкину-1. Авторы рецензируемой монографии – главный токсиколог-радиолог МО РФ, профессор полковник медицинской службы А.Н.Гребенюк и лауреат Государственной премии СССР, заслуженный деятель науки РФ, профессор полковник медицинской службы

в отставке В.И.Легеза – хорошо известны военным врачам по многочисленным журнальным статьям и книгам, посвященным проблемам радиобиологии, радиационной медицины и медицинской противорадиационной защиты. Новая книга посвящена экспериментальному изучению противолучевых свойств интерлейкина-1, выполненному в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова и Институте военной медицины МО РФ.

Не претендуя на исчерпывающую характеристику всех проведенных в нашей стране и за рубежом исследований, касающихся радиозащитной и лечебной активности интерлейкина-1, авторы тем не менее обобщили уникальный, почти 20-летний опыт собственных исследований и работ своих многочисленных учеников, что позволило им продемонстрировать широкие возможности цитокина при его использовании в качестве перспективного лечебно-профилактического средства.

Первая глава книги посвящена анализу биологических свойств цитокина. В ней в сжатом виде представлены основные сведения об истории открытия интерлейкина-1, его структуре, клетках-продуцентах, стимуляторах синтеза, типах рецепторов, основных механизмах и проявлениях биологического действия. Особое внимание авторы уделяют вопросам действия цитокина на системы, играющие ведущую роль в реализации эффектов облучения (нейроэндокринную, кроветворную и иммунную), вполне обоснованно полагая, что модуляция активности этих систем является одной из главных причин проявления его противолучевых свойств. Обсуждению пос-

\* Гребенюк А.Н., Легеза В.И. Противолучевые свойства интерлейкина-1. – СПб: ООО «Издательство «ФОЛИАНТ», 2012. – 216 с.



тогда как при сочетанных радиационных воздействиях его использование может быть полезным.

*Шестая глава* монографии посвящена чрезвычайно актуальному для медицинской службы Минобороны и МЧС вопросу — оценке влияния интерлейкина-1 на противолучевую эффективность средств профилактики радиационных поражений. Важность проблемы обусловлена тем, что радиопротекторы занимают важное место в системе противорадиационной защиты войск и населения, и при включении в эту систему любого нового препарата необходимо знать, насколько он совместим с «табельными» радиозащитными средствами, прежде всего с препаратом Б-190 (индралином) и цистамином.

Авторами достаточно убедительно показано, что профилактическое применение препарата Б-190, как и цистамина, в сочетании с ранним терапевтическим использованием интерлейкина-1 способствует существенному увеличению выживаемости облученных животных в сравнении с изолированным применением препаратов (ФИД возрастает почти на 20%). Приведен также обширный материал, раскрывающий механизмы аддитивного эффекта радиопротекторов и интерлейкина-1.

В *заключительной (седьмой) главе* книги описаны результаты изучения переносимости интерлейкина-1 человеком. Наибольший интерес представляет изложение подхода к решению одной из ключевых проблем радиационной фармакологии — клинической оценке специфической активности потенциальных противолучевых средств. Сущность метода —

изучение влияния облучения периферической крови *in vitro* на показатели гемато-иммунного статуса, индуцированные введением здоровым добровольцам интерлейкина-1. Показано, что цитокин существенно модифицирует реакцию клеток гематоиммунной системы на воздействие ионизирующих излучений и это обстоятельство, по-видимому, может оказаться перспективным для ориентировочной оценки эффективности потенциальных противолучевых средств у человека.

В целом приведенные в книге данные убедительно свидетельствуют о безусловной перспективности интерлейкина-1 в качестве средства профилактики и терапии различных форм радиационных поражений человека.

В *заключении* представлен анализ изученных авторами и представленных в литературе механизмов противолучевой эффективности интерлейкина-1, приведен обширный список отечественных и зарубежных публикаций по вопросам, касающимся биологических свойств интерлейкина-1 и его противолучевых эффектов при различных вариантах радиационных поражений в клинике и эксперименте.

Книга читается с интересом, содержательна, насыщена большим объемом информации и будет, безусловно, полезна как для специалистов в области радиационной фармакологии, иммунологии и гематологии, так и для курсантов Военно-медицинской академии и студентов медицинских вузов, а также для слушателей циклов повышения квалификации при изучении вопросов радиобиологии и экстремальной медицины.

© Е.А.НИКИТИН, 2013  
УДК 617:355(07)

## Учебное пособие по хирургическим заболеваниям на флоте

НИКИТИН Е.А., заслуженный деятель науки РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке (9449666@mail.ru)

Межрегиональная общественная организация ленинградских ветеранов войны и военной службы — однополчан, Санкт-Петербург



Военно-морская хирургия представляет собой сложный и многоплановый раздел военной хирургии. Возникновение и становление хирургической помощи на флоте тесно связаны как с развитием Военно-морского флота и его технической оснащённостью, так и с историей военной медицины и военной науки в целом.

В 1939 г., накануне Великой Отечественной войны, появилась необходимость улучшить подготовку корабельных врачей по хирургии, что послужило предпосылкой создания кафедры военно-морской госпитальной хирургии. В годы войны и в послевоенный период, особенно в годы «холодной войны», это нововведение себя полностью оправдало.

В настоящее время происходит возрождение Военно-морского флота России после трудного «перестроечного» периода. Корабли выходят в отдалённые океанские зоны несения боевых дежурств и учебно-боевой подготовки. И здесь роль кафедры в хирургической подготовке морских врачей несомненно возрастает. Фундаментом такой подготовки, безусловно, является хороший учебник.

В Санкт-Петербурге в 2012 г. вышло в свет «Учебное пособие к практическим занятиям по хирургическим заболеваниям», подготовленное профессорами кафедры военно-морской и госпитальной хирургии Военно-медицинской академии М.Ю.Кабановым, И.А.Соловьёвым, Н.В.Рухлядой, А.П.Уточкиным, С.И.Смирновым. Опубликовано оно издательством «МОРСАР АВ», предназначено для курсантов и слушателей факультетов подготовки врачей (издание второе, переработанное и дополненное). Учебное пособие утверждено Ученым советом Военно-медицинской академии, состоит из двух частей (томов), авторский коллектив включает 26 ведущих специалистов кафедры\*.

\* Кабанов М.Ю., Соловьёв И.А., Рухляда Н.В., Уточкин А.П., Смирнов С.И. Учебное пособие к практическим занятиям по хирургическим заболеваниям. — Ч. I. — СПб, 2012. — 432 с.; Ч. II. — СПб, 2012. — 152 с. 1000 экз.

Пособие является дополнением к учебникам по частной хирургии и предназначено для самостоятельной подготовки к практическим занятиям по хирургии на 4–5-м курсах. Первая часть посвящена вопросам факультетской хирургии, вторая — госпитальной хирургии. Особое внимание курсантов обращается на диагностику и лечебную тактику при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и травмах на кораблях и подводных лодках ВМФ.

В новом учебном пособии представлены не только учебный материал для подготовки к занятиям по изучаемым темам, но и контрольные вопросы, перечень отрабатываемых практических навыков, ситуационные задачи, задания для самостоятельной работы, вопросы по самоконтролю, указана литература для подготовки к занятиям. По основным нозологическим формам хирургической патологии отдельно рассматриваются вопросы военно-врачебной экспертизы.

Пособие выпущено тиражом 1000 экземпляров, красочно оформлено, тщательно выверено редакторами и корректорами. В качестве замечания по техническому оформлению можно отметить отсутствие алфавитного и тематического указателей, единого оглавления, что значительно облегчило бы пользование учебником. Надеемся, что это пожелание будет учтено в последующих изданиях.

В предисловии к пособию заместитель начальника Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова по учебной и научной работе генерал-майор медицинской службы запаса О.Л.Евланов пишет: «Настоящее пособие может быть полезно и для молодых преподавателей, способствуя правильной организации и унификации проведения занятий, а следовательно, более эффективному изучению хирургии на IV–V курсах и в конечном итоге — подготовке высококвалифицированных врачей для Военно-морского флота». Полностью присоединяемся к этому высказыванию.



© А.Н.ГРЕБЕНЮК, И.В.ХОЛИКОВ, 2013  
УДК [61:355](063)(4)

## Усилия НАТО по противодействию химическим, биологическим, радиологическим и ядерным угрозам

ГРЕБЕНЮК А.Н., профессор, полковник медицинской службы (grebenyuk\_an@mail.ru)  
ХОЛИКОВ И.В., профессор, полковник

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

**С 22 по 26 октября 2012 г.** в Ипре (Бельгия) проходила Конференция по проблемам медицинского обеспечения операций НАТО, главной темой которой было обсуждение современных химических, биологических, радиологических и ядерных угроз и обоснование медицинских мероприятий по противодействию этим угрозам.

Место проведения Конференции было выбрано не случайно, потому что именно в этих местах 22 апреля 1915 г. немецкие войска, атакующие позиции французов, выпустили из баллонов около 130 т хлора. В результате газовой атаки было поражено около 15 тыс. человек, из которых более 5 тыс. погибли в течение следующих 1–2 суток. Именно это военное использование хлора принято считать началом химической войны, и именно с данного момента ведет отсчет история создания и применения химического оружия. С этими же местами связано и название иприта – одного из наиболее эффективных боевых отравляющих веществ Первой мировой войны. С военными целями иприт впервые был применен Германией в ночь с 12 на 13 июня 1917 г. при обстреле химическими снарядами англо-французских войск, дислоцированных в долине реки Ипр.

В работе Конференции приняли участие 65 представителей медицинских служб вооруженных сил из 23 стран, входящих в блок НАТО, и кандидатов

на вхождение: Бельгии, Великобритании, Германии, Испании, Италии, Канады, Нидерландов, Польши, США, Франции, Чехии и др. Среди участников были представители высшего командного состава медицинской службы стран НАТО: бригадный генерал Rob van der Meer (председатель комитета начальников медицинских служб стран НАТО), генерал-майор Geert Laire (начальник медицинской службы ВС Бельгии), бригадир Chris Parker (медицинский советник командования объединенной группировки НАТО в Афганистане), полковник Jurgen Brandenstein (медицинский советник командования объединенной группировки НАТО в Афганистане с 1 ноября), полковник Michael Uhl (медицинский советник командования объединенной группировки НАТО в Косово), полковник Gerry Kerr (начальник медицинской службы ВС Ирландии), майор Cyrille Dupont (начальник медицинской службы ВС Люксембурга), полковник запаса Francois Martelet (генеральный секретарь конфедерации офицеров медицинской службы запаса).

Председателем Конференции был бригадный генерал Frank Schindelbauer (медицинский советник союзнического оперативного командования НАТО), сопредседателями – полковник Wynand Kortering (медицинский советник международного военного командования НАТО) и капитан 1-го ранга Rupert



## Научно-практический курс «Травма и неотложная хирургия» в Зальцбурге

РЕВА В.А., кандидат медицинских наук, капитан медицинской службы (vreva@mail.ru)

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

**С 13 по 19 января 2013 г.** в г. Зальцбурге (Австрия) проходил научно-практический курс по проблемам лечения раненых, пострадавших и больных с острой хирургической патологией. Обучающие курсы по разным медицинским специальностям проводятся в Зальцбурге ежегодно с 1993 г. под эгидой Американско-австрийского фонда. Их основная идея заключается в предоставлении новейшей информации по указанной проблеме в виде лекций и дискуссий с участием профессоров США и стран Европы.

Вопросы, рассматриваемые в рамках курса, затрагивают, помимо прочего, патофизиологические и патобиохимические аспекты лечения пациентов, особенности их послеоперационного ведения. В дискуссии объединяются взгляды и мнения врачей различных специальностей — общих хирургов, травматологов и ортопедов, анестезиологов-реаниматологов и других специалистов, участвующих в оказании помощи данной категории пациентов. Особое внимание уделяется интенсивной терапии и оказанию реаниматологической помощи тяжелым раненым и пострадавшим.

Пятидневный курс был разделен на несколько сессий, посвященных различным аспектам травмы и неотложной хирургии. В общей сложности прочитано 20 полноценных лекций, построенных в стиле свободного обсуждения прослушанного доклада. В курсе участвовало 34 молодых специалиста, в основном из стран Восточной Европы. После вступительного слова проводилось тестирование участников на предмет базовых знаний по обсуждаемой проблеме, с контрольным прохождением тех же тестов по окончании семинара.

Для каждого из профессоров предусматривалось прочтение нескольких лекций. Один из докладов профессора **М.Шрейбера** (США) был посвящен концепции «золотого часа». Существенным прогрессом в применении ранней тактики лечения пациентов с политравмой является появление концепции **Damage Control Resuscitation** (реанимация), включающей как можно более раннюю трансфузию компонентов крови в соотношении 1:1:1 (свежезамороженная плазма : эритроцитарная взвесь : тромбоцитарная масса). Такая тактика позволяет в 3 раза снизить общую летальность по сравнению с трансфузией в соотношении 1:4:1. Введение избыточного количества плазмозамещающих сред негативно сказывается на общем состоянии раненого, приводит к иммуносупрессии, увеличивает время транспортировки, усугубляет коагулопатию. Докладчик отметил не менее ценный, а в ряде случаев даже более выраженный положительный эффект от переливания цельной крови, нежели ее компонентов. Такая практика была неоднократно апробирована в условиях боевых действий в Ираке и Афганистане.

Второе сообщение было посвящено проникающим ранениям разных анатомических областей. Проф. М.Шрейбер выделил несколько исторических этапов, подразделяющих различные подходы к лечению ножевых и огнестрельных ранений. В конце XIX в., как правило, применялась консервативная тактика в отношении большинства ранений, однако в ходе Первой и Второй мировых войн концепция изменилась на прямо противоположную, — любые ранения подвергались хирургической ревизии с высокой частотой напрасных операций.



В докладе профессора **С.Эчмпати** (США) рассматривались вопросы профилактики и лечения хирургической инфекции. Он обратил внимание на чрезмерно частое напрасное применение большого числа антибиотиков, что приводит к появлению резистентных штаммов. В настоящее время для большинства раненых считается достаточным применение антибиотиков в течение 24 ч.

Сообщение **Р.Тодда** (США) было посвящено консервативному лечению закрытых повреждений паренхиматозных органов. Основными критериями, определяющими возможность такой тактики, являются стабильное состояние пострадавшего и возможность выполнения КТ с ангиоконтрастированием. Число успешных случаев неоперативного лечения повреждений печени и селезенки может быть увеличено посредством широкого применения ангиоэмболизаций поврежденных сосудов, выявленных при КТ. При травме селезенки из 344 стабильных пациентов, леченных консервативно, только у 7 в последующем потребовалось выполнение лапаротомии (2%). При метаанализе данных консервативного лечения пострадавших с закрытой травмой печени 3–5 степени в 7 травмоцентрах 1-го уровня установлено, что 65% пациентов могут быть успешно вылечены без операции.

**Р.Козир** (Австрия) в своем докладе, посвященном абдоминальному компартмент-синдрому, выделил основное показание к применению декомпрессивной лапаротомии – повышение внутрибрюшного давления более 20 мм рт. ст. при наличии соответствующих клинических признаков. Было озвучено множество различных техник временного закрытия брюшной полости – «Bogota Bag», «Wittmann Patch», вакуумное дренирование раны, различные неадгезивные пленки, сведение краев раны с помощью ослабляющих разрезов апоневроза прямой и наружной косой мышцы живота.

Ряд других докладов был посвящен важным частным вопросам, таким как спинальная и черепно-мозговая травма, повреждения связочного аппарата суставов, лечение желудочно-кишечных кровотечений и острой кишечной непроходимости.

В целом на семинаре были представлены лекции высокого уровня от ведущих специалистов в области травматологии и неотложной хирургии. Каждая лекция сопровождалась длительным обсуждением с обоюдным обменом мнениями и опытом, что сделало курс особенно полезным и продуктивным.

Закрытие семинара проходило в виде почетного приема для участников курса и лекторов с концертом студентов местной консерватории.

*Перевод В.В.Федотовой*

*Макет и компьютерная верстка В.В.Матишва*



За содержание и достоверность сведений в рекламном объявлении ответственность несет рекламодатель.



Учредитель – Министерство обороны Российской Федерации.  
Зарегистрирован Министерством печати и информации Российской Федерации.  
Номер регистрационного свидетельства 01975 от 30.12.1992 г.

Сдано в набор 27.02.13.  
Формат 70×108<sup>1/16</sup>.  
Усл. печ. л. 8,4.  
Заказ № 1376.

Печать офсетная.  
Усл. кр.-отт. 9,8.  
Тираж 2963 экз.

Подписано к печати 25.03.13.  
Бумага офсетная.  
Уч.-изд. л. 8,6.  
Каталожная цена 54 р. 00 к.

Отпечатано в типографии ОАО «Издательский дом «Красная звезда»  
123007, Москва, Хорошевское шоссе, 38, <http://www.redstarph.ru>