

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Военно-медицинский журнал

*Тод
издания
-190-й*

ТОМ
СССХХХІІІ



2012 • № 11



11

НОЯБРЬ
2012

Рабочая поездка в войска министра обороны Российской Федерации

Министр обороны Российской Федерации генерал армии С.К.Шойгу в ходе первой рабочей поездки в войска **14 ноября 2012 г.** посетил космодром Плесецк. Глава военного ведомства осмотрел ряд объектов космодрома, важной частью поездки стало наблюдение за работой боевого расчета по запуску ракеты-носителя «Союз-2.1а» с новейшим космическим аппаратом «Меридиан» двойного назначения.

Кроме того, министр посетил военный госпиталь космодрома, где ознакомился с инфраструктурой лечебного учреждения, его возможностями и проблемами по медицинскому обеспечению военнослужащих, военных пенсионеров, членов их семей. Для более детального изучения положения дел в сфере медицинского обеспечения в Вооруженных силах в целом генералом армии С.К.Шойгу было принято решение о приостановлении процедуры сокращения ряда военных госпиталей и проведении в декабре с. г. рабочего совещания, посвященного актуальным проблемам военной медицины и вопросам ее финансирования.



Справа налево: заместитель министра обороны РФ генерал-полковник **О.Н.Остапенко**, министр обороны Российской Федерации генерал армии **С.К.Шойгу**, начальник 1 Государственного испытательного космодрома Плесецк генерал-майор **А.В.Головко**, врид начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ полковник медицинской службы **В.А.Новиков**, начальник военного госпиталя полковник медицинской службы **О.Н.Мельников**

В объективе война: Сталинградская битва¹



Переливание крови раненому красноармейцу в н-ском полевом гвардейском медсанбате. Район Сталинграда, октябрь 1942 г. (РГАКФД, № 0-60453)



Немецкие летчики санитарной авиации. Район Сталинграда, 1942 г. Фотограф Эльснер (РГАКФД, оп. 2, № 138, сн. 1)

Начавшаяся 70 лет назад Сталинградская наступательная операция (19.11.1942–2.2.1943) стала завершением Сталинградской битвы, знаменовавшей коренной перелом в Великой Отечественной войне. Материалы Российского государственного архива кинофотодокументов — в числе многих свидетельств мужества и стойкости наших солдат и офицеров, проявленных в те решающие дни.

На первом фото помощь раненому оказывают неизвестные нам военврач 2 ранга и старший военфельдшер. Совсем скоро, в январе 1943 г., они станут майором и старшим лейтенантом медицинской службы, а раненый — свидетелем или участником капитуляции 6-й армии.

Дата и место на второй фотографии не указаны. Скорее всего, это аэродром Питомник, декабрь 1942 г. Мы знаем, что на аэродроме в те дни царил хаос, и очевидно, фигура занявшего центр кадра кудрявого субъекта (румын?) в шинели на голое тело никого не удивляла.

Немецкие летчики 4-го воздушного флота на фоне фронтового бомбардировщика сосредоточенны и мрачны. С такими потерями люфтваффе столкнулись впервые за время войны: советские истребители и зенитки с 25 ноября по 11 января сбили (по немецким данным) не менее 550 машин, т. е. около трети всех задействованных самолетов.

Для немцев слово «Сталинград» навсегда отпечаталось в национальной памяти как синоним катастрофы и возмездия. «Кто знает, что ждет человечество? Сталинград может случиться в любое время и в любом месте...»² — резюмирует на страницах «Военно-медицинского журнала» бундесвера бывший военный врач Хорст Хаген, переживший Восточный фронт и советский плен. Недавно журнал поместил обобщающую статью о судьбе медицинских подразделений 6-й армии в Сталинградском котле³.

¹ Продолжение рубрики. Начало см. на вклейке сентябрьского номера журнала.

² Wehrmedizinische Monatsschrift. — 2005. — Hf. 10. — S. 242.

³ Wehrmedizinische Monatsschrift. — 2008. — Hf. 2–6.

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ
И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Издается с 1823 года



**РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ:**

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



**РЕДАКЦИОННЫЙ
СОВЕТ:**

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

Адрес редакции:

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

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

Адрес в сети Интернет:

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






Non scholae, sed vitae discimus!

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2012 * НОЯБРЬ
Т. 333 * № 11

- *Совершенствование системы медицинской реабилитации раненых и больных на позднем госпитальном этапе*
- *Организация медицинского обеспечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях в Москве*
- *Психофизиологический мониторинг профессионально важных качеств войскового врача*
- *Применение устройства для локальной компрессии поврежденных магистральных артерий конечностей*
- *Неспецифическая профилактика инфекций, актуальных для организованных коллективов*

МОСКВА
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
«КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»

	Организация медицинского обеспечения Вооруженных сил	Organization of medical support of the Armed Forces
Белякин С.А., Юдин В.Е., Шегольков А.М., Будко А.А., Ярошенко В.П., Шкарупа О.Ф. – Совершенствование системы медицинской реабилитации раненых и больных на позднем госпитальном этапе	4	Belyakin S.A., Yudin V.E., Shchegolkov A.M., Budko A.A., Yaroshenko V.P., Shkarupa O.F. – Development of the rehabilitation system for wounded during the late hospital stage
	Медицина экстремальных ситуаций	Medicine of extreme situations
Федотов С.А. – Совершенствование организации медицинского обеспечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях в Москве	14	Fedotov S.A. – Improvement of medical service administration for wounded in road accidents in Moscow
	Войсковая медицина	Army health Service
Климов А.С., Булка А.П. – Психофизиологический мониторинг профессионально важных качеств войскового врача	19	Klimov A.S., Bulka A.P. – Psychophysiological monitoring of professionally important qualities of military physicians
	Лечебно-профилактические вопросы	Prophylaxis and treatment
Шаповалов В.М., Рикун О.В., Абрамов Г.Г., Гамолин С.В., Гладков Р.В. – Современный подход к реконструкции передней крестообразной связки у военнослужащих	28	Shapovalov V.M., Rikun O.V., Abramov G.G., Gamolin S.V., Gladkov R.V. – Modern paradigm of reconstruction of anterior cruciate ligament in military personnel
Шкловский Б.Л., Ойноткинова О.Ш., Серебренников В.Н., Бакишев В.И. – Современные подходы к проблеме комплексного обучения больных ишемической болезнью сердца, перенесших интервенционные вмешательства на коронарных сосудах, в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (Обзор литературы)	33	Shklovsky B.L., Oinotkinova O.Sh., Serebrennikov V.N., Baksheyev V.I. – Modern approaches to the problem of comprehensive training of patients with ischemic heart disease combined with type 2 diabetes mellitus which undergo interventional coronary intervention (Literature review)
Самохвалов И.М., Пронченко А.А., Рева В.А. – Применение устройства для локальной компрессии поврежденных магистральных артерий конечностей	39	Samokhvalov I.M., Pronchenko A.A., Reva V.A. – Application of device for local compression of injured magistral arteries of extremities
Фурсов А.Н., Потехин Н.П., Чернов С.А., Захарова Е.Г., Олондарь Н.Н. – Гипертензивная болезнь: диагностика и дифференциальные подходы к гипотензивной терапии	45	Fursov A.N., Potekhin N.P., Chernov S.A., Zakharova E.G., Olondar N.N. – Hypertensive disease: diagnostics and differential methods of antihypertensive therapy
	Эпидемиология и инфекционные болезни	Epidemiology and infectious diseases
Валевский В.В., Алексеев В.В., Марын Г.Г., Соболев А.А., Груздева О.А., Цапкова Н.Н., Тутельян А.В., Порядина Г.И., Салмина Т.А., Рязанова А.Ю., Соколов М.А., Сибилёв Д.В. – О неспецифической профилактике инфекций, актуальных для организованных коллективов	51	Valevsky V.V., Alekseyev V.V., Maryin G.G., Sobolev A.A., Gruzdeva O.A., Tsapkova N.N., Tutelyan A.V., Poryadina G.I., Salmyna T.A., Ryazanova A.Yu., Sokolov M.A., Sibilyov D.V. – About non-specific prophylaxis of infections typical for organized groups

**Краткие сообщения**13,
57 **Brief reports****По страницам зарубежной
медицинской печати****From the foreign
medical publications**

Агапитов А.А., Алейников С.И., Болахан В.Н.,
Ивченко Е.В., Крассий А.Б., Нагибович О.А.,
Петров С.В., Резванцев М.В., Солдатов Е.А.,
Шалахин Р.А., Шепли Е.В. — **Научно-меди-
цинские исследования в вооруженных
силах США (Сообщение второе)**

66

Agapitov A.A., Aleynikov S.I., Bolekhan V.N.,
Ivchenko E.V., Krassiy A.B., Nagibo-
vich O.A., Petrov S.V., Rezvantsev M.V., Sol-
datov E.A., Shalakhin R.A., Shepli E.V.
— **Medical Research in the US Armed For-
ces (Report 2)**

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

Будко А.А. — **Хранитель милосердия
(К 70-летию Военно-медицинского
музея)**

71

Budko A.A. — **Guardian of Mercy (The
70th anniversary of the Military Medical
Museum)**

Горшколепов О.И., Морозов А.В. — **Из
истории санаторно-курортного лечения
в Вооруженных силах России**

77

Gorshkolepov O.I., Morozov A.V. — **From
the history of health resort treatment in
the Armed Forces of the Russian Federation**

Голишевский Д.В. — **Военно-морскому
клиническому госпиталю во Влади-
востоке — 140 лет**

82

Golishevsky D.V. — **Naval Clinic Hospital
in Vladivostok — 140 years**

Соловей Э.П., Берский О.В., Яншин Л.А. —
**К 40-летию 736-го Главного центра госу-
дарственного санитарно-эпидемиологи-
ческого надзора Минобороны России**

86

Solovey E.P., Bersky O.V., Yanshin L.A. —
**40th anniversary of the 736th Main Center
of State Sanitary and Epidemiological Sur-
veillance of the Russian Defense Ministry**

**Хроника****Chronicle**

Климов А.С., Белякин С.А., Безносик Р.В.,
Гришин В.К. — **Сбор главных фтизиат-
ров и главных государственных сани-
тарных врачей военных округов (фло-
тов) Вооруженных сил РФ**

91

Klimov A.S., Belyakin S.A., Beznosik R.V.,
Grishin V.K. — **Meeting of chief phthi-
siatrist and chief state medical officers
of military districts (fleets) of the Armed
Forces of the Russian Federation**

Уважаемые читатели!

Напоминаем Вам о продолжающейся
подписке на «Военно-медицинский журнал» на первое полугодие 2013 г.

Сведения об условиях подписки на журнал представлены в Объединенном каталоге. — Т. 1, вып. 20. — М.: Пресса России, 2012. — С. 266 (индекс 43986) и в Каталоге: газеты, журналы для подписчиков Москвы. — М.: Роспечать, 2012. — С. 118 (индекс 70138).

Для медицинских учреждений Минобороны России, расположенных в Москве, сохраняется возможность использовать индивидуальную и коллективную полугодовые подписки по минимальной (каталожной) цене в корпункте редакции по адресу: Москва, Петровско-Разумовская аллея, д. 12а. Справки по телефону 8 (495) 656-33-41.

CONTENTS



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 616-001.4-057.36-036.86

Совершенствование системы медицинской реабилитации раненых и больных на позднем госпитальном этапе

БЕЛЯКИН С.А., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы запаса (3hospital@mail.ru)¹
ЮДИН В.Е., заслуженный врач РФ, доцент, полковник медицинской службы запаса²
ШЕГОЛЬКОВ А.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке²
БУДКО А.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы запаса²
ЯРОШЕНКО В.П., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса²
ШКАРУПА О.Ф., полковник медицинской службы запаса²

¹ 3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область; ² Филиал № 2 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого, Москва

Belyakin S.A., Yudin V.E., Shchegolkov A.M., Budko A.A., Yaroshenko V.P., Shkarupa O.F. – Development of the rehabilitation system for wounded during the late hospital stage. The current article deals with the main methods of development of the rehabilitation system for wounded during the late hospital stage. The problems of specialized rehabilitation for injured, patients of cardiology and neurology and the application of the newest rehabilitation techniques used to optimize medical aid in order to promote professional qualities recovery experience are also considered.

Key words: system of medical rehabilitation, afflicted and wounded, the late hospital stage, members of local armed conflicts.

Участие военнослужащих в боевых действиях, ликвидации последствий стихийных бедствий, техногенных катастроф и аварий, а также выполнение профессиональных обязанностей в повседневной боевой деятельности связано с риском для их жизни и здоровья, высоким физическим и психоэмоциональным напряжением, воздействием большого количества вредных факторов профессиональной деятельности.

В условиях непрекращающихся локальных вооруженных конфликтов и этнических войн проблема быстрого выполнения некомплекта боевых формирований за счет скорейшего возвращения в строй раненых, пострадавших и пораженных военнослужащих, готовых к полноценному исполнению своих профессиональных обязанностей, приобретает первостепенное значение для военной медицины. С учетом продолжитель-

ных сроков дорогостоящей профессиональной подготовки и высоких требований к уровню физического и интеллектуального развития военнослужащих медицинская реабилитация (МР) является неотъемлемой частью системы медицинского обеспечения Вооруженных сил Российской Федерации [13–15].

Медицинская реабилитация рассматривается как составная часть лечебного процесса и отличается особой направленностью лечебных мероприятий, обеспечивающих наиболее полное восстановление социальной значимости человека как члена общества, боеспособности (трудоспособности) военнослужащего, нарушенных дефектами здоровья.

Действующая в военно-медицинской службе РФ система реабилитации включает госпитальный (ранний, поздний), санаторный и амбулаторно-поликлинический этапы.



– завершение реализации комплексной реабилитационной программы углубленным клинико-психологическим обследованием, позволяющим судить об эффективности проведенного лечения и степени восстановления психофизиологических функций, обеспечивающих успешность профессиональной деятельности;

– разработка рекомендаций по дальнейшему восстановительному лечению и, при необходимости, экспертиза трудо- и боеспособности военнослужащего перед переводом на следующий (санаторный или амбулаторно-поликлинический) этап;

– непрерывный контроль качества и эффективности реабилитации, включающий текущую и заключительную экспертизу, с целью достижения гарантированных результатов лечения и повышения

удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием.

В настоящее время медицинская реабилитация (восстановительное лечение) признается одним из приоритетных направлений отечественного здравоохранения, связанным с вопросами восстановления работоспособности (боеготовности) военных специалистов и их профессионального долголетия. Успешное внедрение и использование новейших медицинских технологий, высокий научный потенциал специалистов филиала, его расположение в черте Москвы, имеющиеся в филиале социально-бытовые и природные условия для восстановительного лечения определяют несомненную перспективу развития реабилитации раненых и больных на позднем госпитальном этапе.

Литература

1. Аретинский В.Б., Антифьев В.Ф., Шегольков А.М. и др. Восстановительное лечение больных ишемической болезнью сердца после хирургической реваскуляризации миокарда. – Екатеринбург – М.: Изд-во УГГУ, 2007. – С. 175–180.

2. Белякин С.А., Юдин В.Е., Шегольков А.М. Формирование современной системы медицинской реабилитации военнослужащих // *Вестн. восстанов. медицины.* – 2011. – № 1. – С. 2–5.

3. Иванов В.Н., Гуляев В.А., Голов Ю.С. Методологические аспекты оптимизации медицинского обеспечения войск с позиций теории функциональных систем // *Воен.-мед. журн.* – 2000. – Т. 321, № 1. – С. 15–19.

4. Калмыков А.А. Медицинское обеспечение Вооруженных сил России: итоги деятельности и основные задачи на 2012 год // *Воен.-мед. журн.* – 2012. – Т. 333, № 1. – С. 4–11.

5. Клишко В.В. Оптимизация этапной медицинской реабилитации больных ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2009. – 42 с.

6. Клячкин Л.М., Шегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – С. 127–130.

7. Медицинская реабилитация в Вооруженных Силах Российской Федерации: Метод. пособие для врачей. – Ч. 1. – М.: Воениздат, 2004. – 192 с.

8. Медицинская реабилитация при травматической болезни: Метод. рекомендации / Под ред. Л.М.Клячкина, В.А.Гуляева. – М.: ГВМУ МО РФ, 2000. – 38 с.

9. Медицинская реабилитация: Руковод-

ство для врачей / Под ред. В.А.Епифанова. – М.: Медицина, 2005. – С. 19–40.

10. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под ред. В.М.Боголюбова. – М.: Смоленская обл. типография им. В.И.Смирнова, 2007. – Т. 3. – С. 93–124.

11. *Поправка С.Н., Адонин А.И., Цуканов Д.В.* Методологические основы реабилитационного лечения военнослужащих с последствиями увечий конечностей после минно-взрывных ранений // *Воен.-мед. журн.* – 2009. – Т. 330, № 8. – С. 16–19.

12. Федеральный закон от 21.11. 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». «РГ» – Федеральный выпуск. – № 5639 от 23 ноября 2011 г.

13. Фисун А.Я., Шегольков А.М., Юдин В.Е. и др. Приоритетные задачи медицинской службы Вооруженных Сил РФ по реализации Федеральной целевой программы реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы и их исполнение // *Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сб. науч. трудов 6-го ЦВКГ.* – М.: Медицина, 2008. – С. 37–39.

14. Фисун А.Я., Шегольков А.М., Юдин В.Е. и др. Система медицинской реабилитации в Вооруженных Силах: история, современность и перспективы развития // *Воен.-мед. журн.* – 2009. – Т. 330, № 8. – С. 11–15.

15. Чиж И.М., Иванов В.Н., Голов Ю.С. и др. Становление и перспективы медицинской реабилитации в Вооруженных Силах Российской Федерации // *Воен.-мед. журн.* – 2000. – Т. 321, № 1. – С. 4–15.

16. Шегольков А.М., Дыбов М.Д., Будко А.А. и др. Современные методы биоуправления в медицинской реабилитации больных с психосоматической патологией // *Вестн. восстанов. медицины.* – 2008. – № 3. – С. 13–15.



17. Юдин В.Е., Аннушкин А.Д., Дыбов М.Д. и др. Роботизированная механотерапия и биоакустическая коррекция в медицинской реабилитации больных с двигательным дефицитом на госпитальном этапе // Вестн. восстановительной медицины. – 2011. – № 6. – С. 20–23.

18. Юдин В.Е., Дыбов М.Д. Медико-психологическая реабилитация военнослужащих специального контингента в условиях реабилитационного центра с применением методики нейробиоуправления // Мед. вестн. МВД. – 2011. – № 3. – С. 61–63.

К Р А Т К О Е С О О Б Щ Е Н И Е

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 615.831.035:616.5

Волгин В.Н., Рожнов Ю.А., Тришкина О.В. – Фотодинамическая терапия в дерматологии.

В настоящее время *фотодинамическая терапия* (ФДТ) эффективно применяется в дерматологии и дерматоонкологии как основной или альтернативный метод лечения.

В дерматологии ФДТ показана в случаях дерматозов, резистентных к стандартным методам лечения; отказа больных от традиционных методов лечения; частого рецидивирования дерматозов; обширных очагов поражения, возможности возникновения осложнений и присоединения вторичной инфекции.

В дерматоонкологии показаниями к ФДТ являются: опухоли при высоком риске осложнений после лучевого и хирургического методов лечения; опухоли, резистентные к стандартным методам лечения; рецидивы опухолей; отказ больных от традиционных методов лечения.

Противопоказания к ФДТ могут быть абсолютными (сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, заболевания печени и почек в стадии декомпенсации, системная красная волчанка, кахексия) и относительными (аллергические заболевания, отдаленные и регионарные метастазы опухолей).

ФДТ целесообразна в случаях резистентности опухоли к ранее проводимым методам лечения. Установлено, что эффективность ФДТ зависит от физико-химических свойств фотосенсибилизаторов, их дозы и плотности световой энергии.

В связи с вышесказанным для обоснования терапевтической эффективности метода (ФДТ при лечении доброкачественных новообразований кожи у лиц пожилого возраста) были обследованы и пролечены 356 больных. Возраст пациентов колебался от 20 до 93 лет. Мужчин было 75,6%, женщин – 24,4%. При этом внутривенное введение препарата выполнено 53,9% больных, интерстициальное – 18,3%, аппликационное нанесение – 27,8%.

При лечении использовали лазерные установки: Аткус-2, Кералаз, Кристалл. Выходная мощность лазеров составляла 0,1–3 Вт. Во время лечения плотность мощности излучения была от 0,1 до 1 Вт/см². Фотодитазин вводили из расчета: внутривенно – 0,7–1 мг/кг,

интерстициально – 2 мкл/см², аппликационно – 2 мкл/см². Оценка эффективности ФДТ проводилась по следующим критериям: полная резорбция опухоли – отсутствие визуальных и пальпаторных признаков опухолевого роста; частичная резорбция – уменьшение размеров опухоли не менее чем на 50%; без эффекта – уменьшение размера опухоли менее чем на 50%.

Оценка непосредственных результатов ФДТ производилась через 2 мес, т. к. этот срок в большинстве случаев был достаточным для резорбции опухолей и эпителизации дефектов кожи. При выявлении опухолевых клеток, даже при минимальном размере очага и заживлении дефекта кожи, результат расценивался как частичная резорбция опухоли.

Абсолютной резистентности опухолей к ФДТ не обнаружено. Семи больным с частичной резорбцией опухоли при незначительных размерах остаточной опухоли проведен повторный курс ФДТ с полной резорбцией опухолей.

Рецидив наступил в 24 случаях из 27 в срок от 2 до 6 мес, в среднем через 4,5 мес. Более поздние рецидивы отмечены у трех больных, из них у двух – от 6 до 12 мес.

Таким образом, ФДТ с фотосенсибилизаторами существенно расширяет арсенал средств лечения новообразований кожи. Метод незаменим при «неудобных» локализациях опухолей (ушная раковина, угол глаза, веки, нос и др.). Применение ФДТ показано при опухолях, резистентных к ранее проводимым методам лучевой терапии.

Фотодинамическая терапия с фотосенсибилизаторами хлоринового ряда удовлетворительно переносится пациентами, не обладает выраженной кожной фототоксичностью, не вызывает дыхательных, гемодинамических расстройств, изменений клеточного состава крови и биохимических показателей.

Косметические результаты после лечения расценены как отличные. Анализ результатов лечения показал, что ФДТ с различными фотосенсибилизаторами и методами их применения снижает риск проявления рецидивов.



© С.А. ФЕДОТОВ, 2012
УДК 614.86(470.311)

Совершенствование организации медицинского обеспечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях в Москве

ФЕДОТОВ С.А., кандидат медицинских наук

Научно-практический центр экстренной медицинской помощи, Москва

Fedotov S.A. — Improvement of medical service administration for wounded in road accidents in Moscow. The article is devoted to the problem of reducing the severity of consequences of the road traffic. This problem refers to the actual intersectoral problems including medical service. The author showed that the main way to improve the medical service administration for the wounded in road accidents is to reduce time of the on-the-scene care and arrival of the wounded at the hospitals. A few ways of improvement of work of First Aid Teams are suggested. The author came to conclusion that every of the incorporated organizational forms improves the effectiveness of emergency medical service for the wounded in road accidents to some extent, but only joint introduction of these forms and creation of united organization-management system are the real ways of getting optimum results.

Key words: road accidents, improvement of medical service for the wounded, of united organization-management system.

Проблема снижения тяжести последствий *дорожно-транспортных происшествий* (ДТП) относится к числу актуальных межотраслевых проблем, в т. ч. здравоохранения, задачей которого является оперативное и качественное медицинское обеспечение пострадавших с достижением оптимальных результатов лечения.

Резервы улучшения медицинской помощи лицам, пострадавшим при ДТП, имеются, в первую очередь — в сокращении времени до начала ее оказания на месте происшествия и уменьшении сроков доставки пострадавших в *лечебно-профилактическое учреждение* (ЛПУ).

В течение 2008–2009 гг. в работу московского здравоохранения были этапно внедрены новые организационные формы, направленные на повышение оперативности и эффективности медицинского обеспечения пострадавших при ДТП.

Выделение зон ответственности ЛПУ городского подчинения по организации оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП

Работа по внедрению данной организационной формы медицинского

обеспечения включала следующие этапы:

- анализ распределения общего количества выездов бригаад *скорой медицинской помощи* (СМП) на ДТП и выделение статистически наиболее значимых по их высокой концентрации участков территории города;

- определение зон повышенной транспортной аварийности;

- определение критериев полноценного медицинского обеспечения пострадавших при ДТП в предполагаемой зоне обслуживания (время от момента вызова до прибытия бригады СМП на место ДТП — не более 20 мин; соответствие ЛПУ по структуре, кадровым и материальным ресурсам требованиям, обеспечивающим качественную квалифицированную и специализированную медицинскую помощь пострадавшим в ДТП; время эвакуации с места ДТП и доставки в ЛПУ — не более 40 мин);

- математические и картографические расчеты (с поправками на транспортную доступность) расстояний от подстанций СМП и ЛПУ до различных точек зоны;



© А.С.КЛИМОВ, А.П.БУЛКА, 2012
УДК 613.67

Психофизиологический мониторинг профессионально важных качеств войскового врача

КЛИМОВ А.С., полковник медицинской службы (Klimoff.s@yandex.ru)¹
БУЛКА А.П., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса (baton62@mail.ru)²

¹Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва; ²Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Klimov A.S., Bulka A.P. — Psychophysiological monitoring of professionally important qualities of military physicians. Percent of graduates from civil medical universities among military physicians is 22%. Due to reforming of a system of military-medical education, percent of female soldiers in medical service has increased. Psychophysiological peculiarities of this military personnel class have an impact on a military service quality. It has been established that professional success of military physician is governed by mentality, social and psychological adaptation and military-professional motivation. For this reason, medical service recruiting should be realized on the basis of scientifically grounded series of measures of professionally psychological selection. It is shown that it is necessary to elaborate measures for selection and evaluation of professionally important qualities for female military physicians recruiting. Authors suggested the system of ranking of professional activity success, which can be a methodological basis for acceptance of scientifically grounded solutions about the administration of current medical personnel.

К е у w o r d s: military physician, female soldiers, professionally important qualities, mentality, social and psychological adaptation, military-professional motivation, professional selection, psychophysiological monitoring

Готовность медицинского состава Вооруженных сил Российской Федерации (ВС РФ) к выполнению профессиональных обязанностей в полном объеме и в любых условиях является основой качественного оказания медицинской помощи. Поэтому руководители медицинской службы видов, родов войск, округов, флотов, военно-медицинских учреждений уделяют первостепенное внимание повышению качества подготовки медицинского, в первую очередь врачебного состава [9].

В настоящее время военную службу в качестве войскового врача проходят выпускники самых разных медицинских образовательных учреждений высшего профессионального образования. Из них более 70% составляют выпускники военно-медицинских институтов (Самарского, Саратовского и Томского), приблизительно 5–7% приходится на долю выпускников Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (ВМедА). Около 22% всех

врачей войскового звена в настоящее время составляют выпускники гражданских медицинских институтов (ГМИ) и академий. В связи с проводимым реформированием системы военно-медицинского образования, постепенным сокращением и последующим закрытием военно-медицинских институтов предполагается, что в будущем доля войсковых врачей, получивших образование в гражданских образовательных учреждениях и поступающих на военную службу по контракту, будет только возрастать [5].

Ряд демографических, социально-экономических, этнических и военно-организационных факторов привели к резкому увеличению численности военнослужащих-женщин, военные образовательные учреждения высшего профессионального образования с каждым годом увеличивают набор курсантов-девушек. Женщины составляют от 15% личного состава медицинской службы (в войсковом звене) до 23–25% (в ординатуре



вышению ВПМ путем направления на переподготовку и повышение квалификации, своевременной ротации и при хороших показателях качества оказываемой ими медицинской помощи выдвигать на вышестоящие должности с большим объемом работы.

Особого внимания заслуживают войсковые врачи 6-го кластера с высокими, хорошими и/или удовлетворительными характеристиками ОИР и ЛАП, но низкой ВПМ, отнесенные к 3-му рангу. Эта категория войсковых врачей, несмотря на низкие показатели своей профессиональной деятельности, не потеряна для медицинской службы ВС РФ. Разумное материальное и моральное стимулирование, своевременная переподготовка и повышение квалификации могут значительно улучшить качество их работы.

И, наконец, войсковые врачи, которые по результатам исследования включены в 3-й, 4-й и 5-й кластеры и отнесены к 4-му рангу. У них низкие результаты профессиональной деятельности, которые вряд ли удастся повысить любыми методами стимулирования, потому что эти результаты закономерно обусловлены низкими психофизиологическими характеристиками их ПВК. Кадровая политика в отношении этой категории врачей должна быть направлена на ее уменьшение и,

в идеальном случае, исключение из состава медицинской службы ВС РФ.

В Ы В О Д Ы

1. Успешность профессиональной деятельности войскового врача определяется комплексом профессионально важных качеств: общим интеллектуальным развитием, социально-психологической адаптацией и военно-профессиональной мотивацией. Комплектование медицинской службы ВС РФ врачами должно осуществляться на основе научно обоснованного комплекса мер профессионального психологического отбора, включающего оценку уровня перечисленных психофизиологических характеристик.

2. Использование на должностях войскового врача военнослужащих-женщин требует специального изучения и разработки мероприятий по их отбору и оценке динамики профессионально важных качеств.

3. Предложенная в данном исследовании ранговая оценка успешности профессиональной деятельности может стать методической базой для принятия научно обоснованных решений по управлению существующими кадрами войсковых врачей.

Литература

1. Анчел В.Я., Белов В.Г., Говорун В.И., Парфёнов Ю.А. Основные принципы и современные направления оценки профессиональной пригодности военных специалистов // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. — 2007. — № 1 (17) — С. 60–64.
2. Боченков А.А., Михальский В.К., Павлова Н.В., Дергачева Е.А. Особенности личности слушателей ординатуры в зависимости от успешности обучения // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. — 2010. — № 2 (30) — С. 145–147.
3. Геодакян В.А. Теория дифференциации полов в проблемах человека. — М.: Наука, 1989. — 178 с.
4. Даньков Е.А., Булка А.П., Анчел В.Я., Дергачёв В.Б. Психофизиологические особенности профессиональной пригодности женщин к обучению в военных образовательных учреждениях Министерства обороны Российской Федерации // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. — 2010. — № 3 (31). — С. 186–188.

5. Коженко О. Каким будет военное образование: интервью с заместителем министра обороны РФ генералом армии Н.Панковым // Армейский сборник. — 2009. — № 3. — С. 2–10.

6. Кузина Р.Х. Психологические особенности профессиональной деятельности военнослужащих-женщин: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — СПб: СПбГУ. — 2001. — 49 с.

7. Федеральный закон от 28 марта 1998 г. № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе».

8. Шелепов А.М., Пешков В.В. Прохождение военной службы женщинами: реалии и перспективы // Воен.-мед. журн. — 2006. — Т. 327, № 6. — С. 63–64.

9. Шелепов А.М., Русев И.Т., Миргородский А.Н. Актуальные проблемы медицинского обеспечения войскового звена Вооруженных сил Российской Федерации // Воен.-мед. журн. — 2012. — Т. 333, № 8. — С. 93–96.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 616.728.3-089-057.36

Современный подход к реконструкции передней крестообразной связки у военнослужащих

ШАПОВАЛОВ В.М., заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, профессор,
генерал-майор медицинской службы в отставке
РИКУН О.В., кандидат медицинских наук
АБРАМОВ Г.Г., кандидат медицинских наук
ГАМОЛИН С.В.
ГЛАДКОВ Р.В., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы (dr.gladkov@gmail.com)

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

Shapovalov V.M., Rikun O.V., Abramov G.G., Gamolin S.V., Gladkov R.V. – Modern paradigm of reconstruction of anterior cruciate ligament in military personnel. Analyzed data from annual reports of major trauma districts, chiefs of departments of hospitals and centers and reviewed the frequency and structure of surgical interventions on the knee, made in the last 5 years (2005–2010). In health care facilities the Defense Ministry. The frequency of the most typical injuries and diseases of the knee joint in different categories of servicemen and revealed the leading role the anterior cruciate ligament rupture. Analyzed stages of the evolution of anterior cruciate ligament reconstruction techniques in a specialized hospital department artrologicheskom Military Traumatology and Orthopedics MMA and a comparative characteristic of modern surgical approaches, providing anatomical and isometric position of the graft, as well as the minimal invasiveness of intervention with preservation of the sources of blood supply and potential revascularization autograft. Makes proposals for improving the organization of treatment of surgical pathology at the knee joint military operation and orthopedic trauma and military departments of medical institutions.

К е у w o r d s: knee, arthroscopy, anterior cruciate ligament, meniscus, chronic synovitis, reconstruction, plastic.

Реконструкция передней крестообразной связки (ПКС) приобрела значение главной проблемы органосохраняющего хирургического лечения патологии коленного сустава у лиц молодого и среднего возраста. Повреждения ПКС у военнослужащих на протяжении последних двух лет встречались в 31% артроскопий. Анализ лечения 1024 военнослужащих в арthroлогическом отделении клиники показал, что 41,6% артроскопий сопровождалась реконструкцией ПКС (см. таблицу). Еще чаще (47,6%) реконструкцию проводили курсантам ввузов.

Транстибиальная реконструкция ПКС с 80-х годов XX в. являлась эталонной артроскопии. По данной методике канал в латеральной мышечке бедренной кости формировали с помощью специальных инструментов-направителей, вводимых в сустав через предварительно

Структура основных эндоскопических операций у военнослужащих в арthroлогическом отделении клиники

Основные операции на коленном суставе	Абс. число	%
Реконструкция ПКС	426	41,6
Операции на менисках	322	31,4
Диагностическая артроскопия	113	11,0
Стабилизация надколенника	37	3,6
Удаление внутрисуставных тел	46	4,5
Прочие	80	7,9
Всего...	1024	100



вмешательств только специализированными ортопедическими отделениями военно-медицинских центров МО РФ. При этом редкие и технически наиболее сложные реконструкции ЗКС и коллате-

ральных комплексов, а также ревизионные хирургические вмешательства при рецидивах нестабильности, целесообразно проводить в специализированном артрологическом отделении клиники.

Литература

1. Aglietti P., Giron F., Losco M. et al. Comparison Between Single- and Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction A Prospective, Randomized, Single-Blinded Clinical Trial // Amer. J. Sports Med. – 2010. – Vol. 38, N 1. – P. 25–33.
2. Brophy R.H., Pearle A.D. Single-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. A Comparison of Conventional, Central, and Horizontal Single-Bundle Virtual Graft Positions // Amer. J. Sports Med. – 2009. – Vol. 37, N 7. – P. 1317–1323.
3. Brophy R.H., Wright R.W., Matava M.J. Cost Analysis of Converting From Single-Bundle to Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction // Amer. J. Sports Med. – 2009. – Vol. 37, N 4. – P. 683–687.
4. Fu F.H., Shen W., Starman J.S. et al. Primary anatomic double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction // Amer. J. Sports Med. – 2008. – Vol. 36, N 7. – P. 1236–1273.
5. Gadikota H.R., Seon J.K., Kozanek M. et al. Biomechanical Comparison of Single-Tunnel–Double-Bundle and Single-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstructions // Amer. J. Sports Med. – 2009. – Vol. 37, N 5. – P. 962–968.
6. Gadikota H.R., Wu J.-L., Seon J.K. et al. Single-Tunnel Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction With Anatomical Placement of Hamstring Tendon Graft. Can It Restore Normal Knee Joint Kinematics? // Amer. J. Sports Med. – 2010. – Vol. 38, N 4. – P. 713–719.
7. Kondo E., Merican A.M., Yasuda K., Amis A.A. Biomechanical Comparison of Anatomic Double-Bundle, Anatomic Single-Bundle, and Nonanatomic Single-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstructions // Amer. J. Sports Med. – 2011. – Vol. 39, N 2. – P. 279–287.
8. Kondo E., Yasuda K., Azuma H. et al. Prospective clinical comparison of anatomic double-bundle versus single-bundle anterior cruciate ligament reconstruction procedures in 328 consecutive patients // Amer. J. Sports Med. – 2008. – Vol. 36, N 9. – P. 1675–1687.
9. Lam M.-H., Fong D.T.-P., Yung P.Sh.-H.Y. et al. Knee Rotational Stability During Pivoting Movement Is Restored After Anatomic Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction // Amer. J. Sports Med. – 2011. – Vol. 39, N 5. – P. 1032–1037.
10. Lohmander L.S., Englund P.M., Dahl L.L., Roos E. The long-term consequence of anterior cruciate ligament and meniscal injuries (Clinical sports medicine update) // Amer. J. Sports Med. – 2007. – Vol. 35, N 10. – P. 1756–1765.
11. Musahl V., Plakseychuk A., VanScyoc A. et al. Varying femoral tunnels between the anatomical footprint and isometric positions // Amer. J. Sports Med. – 2008. – Vol. 36, N 5. – P. 712–717.
12. Ntoulia A., Papadopoulou F., Ristanis S. et al. Revascularization Process of the Bone-Patellar Tendon-Bone Autograft Evaluated by Contrast-Enhanced Magnetic Resonance Imaging 6 and 12 Months After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction // Amer. J. Sports Med. – 2011. – Vol. 39, N 7. – P. 1478–1485.
13. Paxton E.S., Kymes S.M., Brophy R.H. Cost-Effectiveness of Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. A Preliminary Comparison of Single-Bundle and Double-Bundle Techniques // Amer. J. Sports Med. – 2010. – Vol. 38, N 12. – P. 2417–2423.
14. Pearle A.D., Shannon F.J., Granchi C. et al. Comparison of 3-dimensional obliquity and anisometric characteristics of anterior cruciate ligament graft positions using surgical navigation // Amer. J. Sports Med. – 2008. – Vol. 36, N 8. – P. 1534–1540.
15. Rue J-P/H., Ghodadra N., Bach B.R. Femoral tunnel placement in single-bundle anterior cruciate ligament reconstruction // Amer. J. Sports Med. – 2008. – Vol. 36, N 1. – P. 73–78.
16. Song K., Oh L.S., Thomas J. Gill Th.J. et al. Prospective Comparative Study of Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Using the Double-Bundle and Single-Bundle Techniques // Amer. J. Sports Med. – 2009. – Vol. 37, N 9. – P. 1705–1710.
17. Stanford F.C., Kendoff D., Warren R.F., Pearle A.D. Native Anterior Cruciate Ligament Obliquity Versus Anterior Cruciate Ligament Graft Obliquity An Observational Study Using Navigated Measurements // Amer. J. Sports Med. – 2009. – Vol. 37, N 1. – P. 114–118.
18. Steiner M.E., Battaglia T.C., James F. et al. Independent Drilling Outperforms Conventional Transtibial Drilling in Anterior Cruciate Ligament Reconstruction // Amer. J. Sports Med. – 2009. – Vol. 37, N 10. – P. 1912–1916.
19. Steiner M.E., Murrey M.M., Rodeo S.A. Strategies to improve anterior cruciate ligament healing and graft placement (Clinical sports medicine update) // Amer. J. Sports Med. – 2008. – Vol. 36, N 1. – P. 176–187.
20. Suomalainen P., Moisala A.-S., Paakkala A. et al. Double-Bundle Versus Single-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Randomized Clinical and Magnetic Resonance Imaging Study With 2-Year Follow-up // Amer. J. Sports Med. – 2011. – Vol. 39, N 8. – P. 1615–1621.
21. Yasuda K., van Eck C.F., Hoshino Y. et al. Anatomic Single- and Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction, Part 1. Basic Science // Amer. J. Sports Med. – 2011. – Vol. 39, N 8. – P. 1789–1797.
22. Ziegler C.G., Pietrini S.D., Anderson C.J. et al. Arthroscopically Pertinent Landmarks for Tunnel Positioning in Single-Bundle and Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstructions // Amer. J. Sports Med. – 2011. – Vol. 39, N 4. – P. 743–750.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК [616.127-005.4-06:616.379-008.64]-08

Современные подходы к проблеме комплексного обучения больных ишемической болезнью сердца, перенесших интервенционные вмешательства на коронарных сосудах, в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (Обзор литературы)

ШКЛОВСКИЙ Б.Л., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
ОЙНОТКИНОВА О.Ш., заслуженный врач РФ, профессор
СЕРЕБРЕННИКОВ В.Н., полковник медицинской службы запаса
БАКШЕЕВ В.И., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
полковник медицинской службы запаса (baksheevld@mail.ru)

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

Shklovsky B.L., Oinotkinova O.Sh., Serebrennikov V.N., Baksheyev V.I. – Modern approaches to the problem of comprehensive training of patients with ischemic heart disease combined with type 2 diabetes mellitus which undergo interventional coronary intervention (literature review). On the basis of 42 analyzed sources of literature was performed a study about the problem of comprehensive training of patients with ischemic heart disease combined with type 2 diabetes mellitus which undergo interventional coronary intervention. It was noted that disease management programs for patients with associated pathology and comprehensive training of patients with ischemic heart disease combined with type 2 diabetes mellitus, which undergo interventional coronary intervention, are not developed. Therefore, in recent decades there emerged a need for comprehensive training of patients with associated pathology development of relevant structured programs of training, estimation of near and late results of training.

Key words: comprehensive training of patients, ischemic heart disease, interventional coronary intervention, myocardial revascularization, coronary vessels, type 2 diabetes mellitus.

Наличие сочетанных соматических заболеваний характерно для большинства терапевтических больных и обуславливает немалые трудности в установлении нозологического диагноза и определении тактики лечения. Сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) с сахарным диабетом 2 типа (СД2) часто впервые в клинике проявляется драматическим событием. Поэтому улучшение качества лечения пациентов с данными заболеваниями является актуальным. Настоящий литературный обзор посвящен изучению состояния вопроса обучения больных ИБС, перенесших интервенционные вмешательства на коронарных сосудах в сочетании с СД2.

1. Эпидемиологические аспекты сочетания ИБС и СД2

Ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет (СД) являются лидирующими причинами заболеваемости и смертности в мире. По оценке Европей-

ской ассоциации кардиологов, распространенность ИБС у взрослого населения западных стран составляет в среднем около 10%, постепенно увеличиваясь с возрастом и достигая 20% у лиц пожилого возраста [26].

В мире около 6% населения страдают СД, и число их увеличивается с каждым годом. Ожидается, что к 2030 г. число случаев СД увеличится на 54% (в т. ч. на 64% – СД2 у лиц 40–60 лет) [33, 36]. Примерно у 18–30% больных ИБС сочетается с СД2 и нарушением толерантности к глюкозе [2, 14, 33]. Факторы риска, характерные для ИБС (например, артериальная гипертензия, дислипидемия, ожирение), у больных СД2 значительно увеличивают риск развития сопутствующей ИБС. Метаанализ 37 проспективных исследований, в которые были включены более 400 000 человек, показал, что частота фатальной ИБС была в 3–5 раз выше у пациентов с СД2, чем без него [27].



ные нуждаются в повторном обучении [42]. Отмечено, что эффект обучения сохраняется от 3 до 6 мес, после чего обучение следует повторять [6]. Подобные результаты были получены и у больных с *кардиореспираторной патологией* (КРП-пациенты с ИБС и/или гипертонической болезнью в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких и/или бронхиальной астмой). Автором было показано, что уже через 2 года желательно повторять образовательную программу, а через 5 лет больные с КРП в обязательном порядке нуждаются в повторном организованном обучении [3].

Подводя итоги рандомизированных контролируемых исследований, Н.Соорег и соавт. (2001) отмечали, что срок наблюдения в 6 мес все же недостаточен для оценки эффекта образовательной программы, тем более что многие исследования были не совсем корректно спланированы, а предлагаемые выводы — это скорее «субстрат» для размышлений и будущих исследований, чем обнадеживающие итоги [21].

В этом плане показательны результаты проведенного Е.А.Восчи и соавт. (2008) рандомизированного, проспективного, параллельного сравнительного контролируемого исследования REMADHE (Repetitive Education and Monitoring for ADherence for Heart Failure — повторное обучение и мониторинг на приверженность к лечению больных хронической сердечной недостаточностью), в котором оценивали эффективность повторного обучения и телефонного консультирования на первичные (комбинированная смерть или незапланированная первичная госпитализация и изменение КЖ)

и вторичные конечные точки (госпитализация, смерть, приверженность к лечению).

Изучали 350 пациентов. Срок наблюдения составил $2,47 \pm 1,75$ года. Отмечено, что повторное обучение способствовало уменьшению незапланированной госпитализации, числа дней пребывания в госпитале, нуждаемости в неотложной помощи, улучшало КЖ [16] и, кроме того, является экономически эффективным, способствуя снижению затрат на ведение больных СД2 после обучения [17].

И наконец, проведя оценку результатов 55 контролируемых исследований (163 471 участника) со средней длительностью наблюдения 12 лет, S.Ebrahim и соавт. (2011) показали, что воздействие на факторы риска развития заболеваний с использованием индивидуального консультирования, методов обучения больных являются эффективными и менее затратными для снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у пациентов с ССЗ и СД2, но эти вмешательства по популяризации здоровья и медицинских знаний используются еще ограниченно [23] и требуются дополнительные исследования для выявления эффективных компонентов программ самоведения больных, особенно с сочетанной патологией [3].

Таким образом, в последние десятилетия назрела необходимость проведения обучения пациентов с полиморбидной патологией (в частности, больных ИБС с перенесенными интервенционными вмешательствами на коронарных артериях в сочетании с СД2), разработки соответствующих структурированных программ обучения, оценки ближайших и отдаленных результатов обучения.

Литература

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным с сахарным диабетом / Под ред. *И.И.Дедова, М.В.Шестаковой* (издание третье, дополненное). — М.: Медиа Сфера. — 2007. — 24 с.
2. *Александров А.А., Кухаренко С.С., Бондаренко И.З.* и др. Ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет: алгоритм диагностики, профилактики и лечения: Пособие для врачей / Под ред. *И.И.Дедова*. — М., 2007.
3. *Бакшеев В.И.* Клинико-патогенетические аспекты кардиореспираторной патологии

и новые подходы к диагностике и коррекции легочной гипертонии на амбулаторно-поликлиническом этапе: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2011. — 54 с.

4. *Горбаченков А.А., Поздняков Ю.М.* и др. Коронарный клуб. — М.: ЦПФС «Единение», 1999. — 240 с.

5. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации (второй пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — Т. 7, № 6. — Приложение 4. — С. 1–40.

6. *Евтухова О.В.* Методы коррекции обучения и стабилизации компенсации сахарного



диабета 1 типа у детей и подростков в школе самоконтроля: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Воронеж, 2009.

7. *Карташов В.Т., Бакшеев В.И., Данилов Ю.А.* Обучение больных ишемической болезнью сердца, перенесших операции на коронарных артериях, в «школе коронарных больных» // *Клин. мед.* – 2003. – № 3. – С. 47–50.

8. *Коломоец Н.М., Бакшеев В.И.* Гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца: Руководство для врачей, обучающихся пациентов в школе больного гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца. – М.: Медицина, 2003. – 336 с.

9. *Оганов Р.Г.* Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* – 2002. – № 1. – С. 5–9.

10. *Оганов Р.Г., Небиридзе Д.В., Шальнова С.А.* и др. Интеграция современной антигипертензивной терапии и обучения пациентов в реальной клинической практике с целью максимального снижения суммарного сердечно-сосудистого риска. Исследование НОКТЮРН-2. // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* – 2009. – Т. 8, № 6. – С. 50–53.

11. *Фесенко В.В., Процаев К.И., Ильницкий А.Н.* и др. Терапевтическое обучение пожилых пациентов с сочетанной патологией: роль медицинских сестер с высшим образованием. В кн.: Высшее сестринское образование в системе российского здравоохранения // *Материалы II Рос. науч.-практ. конф. с международным участием.* – Ульяновск, 17–19 декабря 2008 г. – Ульяновск, 2008. – С. 45–46.

12. *Шуголь Т.Ю., Федотов Н.Н., Бакшеев В.И.* Опыт работы «Школы сахарного диабета» в консультативно-диагностическом центре. В кн.: Актуальные вопросы амбулаторно-поликлинической помощи // *Материалы науч.-практ. конф., посвященной 30-летию 52-го Консультативно-диагностического центра МО РФ / Под ред. В.Т.Карташова.* – М.: 52 КДЦ МО РФ, 2004. – С. 458–459.

13. *Allen J.K., Dennison-Himmelfarb C.R., Szanton S.L.* et al. Community Outreach and Cardiovascular Health (COACH) Trial: a randomized, controlled trial of nurse practitioner/community health worker cardiovascular disease risk reduction in urban community health centers // *Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes.* – 2011. – Vol. 4, N 6. – P. 595–602.

14. *Anselmino M., Malmberg K., Ohrvik J.* et al. Evidence-based medication and revascularization: powerful tools in the management of patients with diabetes and coronary artery disease: a report from the Euro Heart Survey on diabetes and the heart // *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* – 2008. – N 15. – P. 216–223.

15. *Asimakopoulou K.G., Skinner T.C., Spimpolo J.* et al. Unrealistic pessimism about risk of coronary heart disease and stroke in patients with type 2 diabetes // *Patient. Educ. Couns.* – 2008. – Vol. 71, N 1. – P. 95–101.

16. *Bocchi E.A., Cruz F., Guimaraes G.* et al. Long-term prospective, randomized, controlled study using repetitive education at six-month

intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients: the REMADHE trial // *Circ. Heart. Fail.* – 2008. – Vol. 1, N 2. – P. 115–124.

17. *Boren S.A., Fitzner K.A., Panhalkar P.S., Specker J.E.* Costs and benefits associated with diabetes education: a review of the literature. // *Diabetes Educ.* – 2009. – Vol. 35, N 1. – P. 72–96.

18. *Braun A.K., Kubiak T., Kuntsche J.* et al. SGS: a structured treatment and teaching programme for older patients with diabetes mellitus—a prospective randomised controlled multi-centre trial // *Age. Ageing.* – 2009. – Vol. 38, N 4. – P. 390–396.

19. *Camerini A., Chieffo C., Griffo R.* et al. Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. [Recommendations for cardiovascular rehabilitation in diabetes mellitus]. [Article in Italian] // *Monaldi. Arch. Chest. Dis.* – 2003. – Vol. 60, N 4. – P. 263–282.

20. Cardiovascular Disease Education and Problem-Solving Training in People With Type 2 Diabetes (DECIDE). Режим доступа: www.clinicaltrials.gov. Identifier NCT00964587.

21. *Cooper H., Booth K., Fear S., Gill G.* Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses // *Patient Educ. Couns.* – 2001. – Vol. 44. – P. 107–117.

22. *Duke S.A., Colagiuri S., Colagiuri R.* Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2009. – Vol. 1. – CD005268.

23. *Ebrahim S., Taylor F., Ward K.* et al. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2011. – Vol. 1. – CD001561.

24. *Flaherty J.D., Davidson C.J.* Diabetes and Coronary Revascularization // *JAMA.* – 2005. – Vol. 293. – P. 1501–1508.

25. *Fortin M., Lapointe L., Hudon C., Vanasse A.* Multimorbidity is common to family practice. Is it commonly researched? // *Can. Fam. Physician.* – 2005. – Vol. 51. – P. 244–245.

26. *Fox K., Garcia M. A.A., Ardissino D.* et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary. The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology // *Eur. Heart J.* – 2006. – Vol. 27, N 11. – P. 1341–1381.

27. *Huxley R., Barz J., Woodward M.* Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: meta-analysis of 37 prospective cohort studies // *BMJ.* – 2006. – Vol. 332. – P. 73–78.

28. *Jordan J.E., Briggs A.M., Brand C.A., Osborne R.H.* Enhancing patient engagement in chronic disease self-management support initiatives in Australia: the need for an integrated approach // *Med. J. Aust.* – 2008. – Vol. 189, suppl. 10. – S. 9–13.

29. *Jowsey T., Jeon Y.H., Dugdale P.* et al. Challenges for co-morbid chronic illness care and policy in Australia: a qualitative study // *Aust. New Zealand. Health. Policy.* – 2009. – Vol. 6. – P. 22.

30. *Lagger G., Pataky Z., Golay A.* [Efficiency of therapeutic education] // *Rev. Med. Suisse.* – 2009. – Vol. 5, N 196. – P. 688–690.

31. *Lopez Gil Al.* [Education of the diabetic] // *Dia. Med.* – 1960, May. – Vol. 5, N 32. – P. 789–794.



32. Mullen P.D., Green L.W., Persinger G.S. Clinical trials of patient education for chronic conditions: A comparative meta-analysis of intervention types // *Prev. Med.* – 1985. – Vol. 14. – P. 753–781.
33. Roger V.L., Go A.S., Lloyd-Jones D.M. et al. Heart disease and stroke statistics – 2011 update: a report from the American Heart Association // *Circulation.* – 2011. – Vol. 123. – P. 18–209.
34. Ryden L., Standl E., Bartnik M. et al. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD) // *Eur. Heart J. Supplements.* – 2007. – Vol. 9, suppl. C. – P. 3–74.
35. Salinero-Fort M.A., Carrillo-de Santa Pau E., Arrieta-Blanco F.J. et al. Effectiveness of PRECEDE model for health education on changes and level of control of HbA1c, blood pressure, lipids, and body mass index in patients with type 2 diabetes mellitus // *BMC Public Health.* – 2011. – Vol. 11. – P. 267.
36. Shaw J.E., Sicree R.A., Zimmet P.Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030 // *Diabetes Res. Clin. Pract.* – 2010. – Vol. 87. – P. 4–14.
37. Sperl-Hillen J., Beaton S., Fernandes O. et al. Comparative effectiveness of patient education methods for type 2 diabetes: a randomized controlled trial // *Arch. Intern. Med.* – 2011. – Vol. 171, N 22. – P. 2001–2010.
38. Tang T.S., Funnell M.M., Brown M.B., Kurlander J.E. Self-management support in «real-world» settings: an empowerment-based intervention // *Patient Educ. Couns.* – 2010, May. – Vol. 79, N 2. – P. 178–184.
39. Torres H. de C, Franco L.J. Stradioto M.A. et al. [Evaluation of group and individual strategies in a diabetes education program] // *Rev. Saude. Publica.* – 2009. – Vol. 43, N 2. – P. 291–298.
40. Toscani M. R., Patterson R. Evaluating and Creating Effective Patient Education Programs // *Drug. Benefit. Trends.* – 1995. – Vol. 7, N 9. – P. 36–39, 44.
41. Wattana C., Srisuphan W., Pothiban L., Upchurch S.L. Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes // *Nurs. Health. Sci.* – 2007. – Vol. 9, N 2. – P. 135–141.
42. Zernike W., Henderson A. Evaluating the effectiveness of two teaching strategies for patients diagnosed with hypertension // *J. Clin. Nurs.* – 1998. – Vol. 7, N 1. – P. 37–44.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 616.137.83/9-085

Применение устройства для локальной компрессии поврежденных магистральных артерий конечностей

САМОХВАЛОВ И.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса (igor-samokhvalov@mail.ru)
ПРОНЧЕНКО А.А., кандидат медицинских наук
РЕВА В.А., кандидат медицинских наук, старший лейтенант медицинской службы

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

Samokhvalov I.M., Pronchenko A.A., Reva V.A. Application of device for local compression of injured magistral arteries of extremities. External hemorrhage of extremities wounds is the leading cause of soldiers' death on the battlefield. In these cases control of massive arterial bleeding require not only prompt and effective measures, but also safety procedure. We assessed on volunteers the effectiveness, application time and pain intensity during the use of construction powerful quick-grip one-handed bar clamp. In results we found that the use of improvised quick-grip clamp for hemorrhage control in axillary and popliteal areas stops arterial blood flow in an extremity in all cases proven by Doppler ultrasound examination. Application time in axillary zone was 15,3±5,2 sec, in popliteal area – 27,3±8,0 sec. In the groin area, the use of this improvised device was not effective due to technical characteristics (small distance between the main frame and the pressure surfaces). There do appear to be sufficient reasons to design the universal clamp for hemorrhage control from the wounds of junctional zones as well as proximal segments of extremities on Advanced Trauma Management stage and also for civilian prehospital emergency care.

Key words: hemorrhage control, temporary hemostasis, prehospital care, injury, advanced trauma management, emergency care, bleeding.

Число ранений конечностей в современных вооруженных конфликтах постоянно увеличивается [3]. На фоне снижения частоты ранений других ло-

кализаций, обусловленного модернизацией экипировки военнослужащих – разработкой эффективных защитных шлемов и бронежилетов, – данный вид ра-



В Ы В О Д Ы

Проведенное исследование показало, что применение импровизированной кровоостанавливающей струбки позволяет эффективно осуществить локальную компрессию подмышечной и подколенной артерий с целью прекращения кровотока. Основными ее преимуществами являются: 1) создание неполной ишемии конечности, что позволяет продлить срок безопасной ишемии до 6–12 ч; 2) возможность компрессии как непосредственно области кровотокающей раны, так и магистральной артерии на протя-

жении – в стандартной точке проксимальнее места ранения; 3) постоянная готовность к употреблению, простота и надежность при использовании даже нетренированным персоналом; 4) возможность применения одной рукой, что позволяет в ходе наложения струбки осуществлять компрессию кровотокающей раны недоминантной рукой; 5) возможность многократного использования. Несмотря на все указанные преимущества, вследствие неэффективности использования струбки в паховой области, необходимо ее дальнейшее техническое усовершенствование.

Литература

1. *Незнамов М.Н.* Модернизация временной остановки кровотечения при повреждении магистральных артерий (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2011. – 19 с.
2. Пат. № 2158109 Российская Федерация. МПК А61В17/12. Устройство для локального прижатия кровеносного сосуда / В.И.Маслов; № 98117108/14; заявл. 14.09.98; опубл. 27.10. 2000. – электрон. дан. – Режим доступа: <http://ru-patent.info/21/55-59/2158109.html>, свободный (дата обращения: 22.08.2011).
3. *Самохвалов И.М., Гаврилин С.В.* Боевая травма кровеносных сосудов. Кровотечение и кровопотеря. Инфузионно-трансфузионная терапия у раненых // Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов: Руководство для врачей / Под ред. *Е.К.Гуманенко, И.М.Самохвалова*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 135–147.
4. *Bellamy R.F.* The causes of death in conventional land warfare: implications for combat casualty care research // *Mil. Med.* – 1984. – Vol. 149, N 2. – P. 55–62.
5. *Blackbourne L.H., Mabry R., Sebesta J., Holcomb J.B.* Joseph Lister, noncompressible

arterial hemorrhage, and the next generation of «tourniquets» // *U.S. Army Med. Dep. J.* – 2008. – Vol. 1. – P. 56–59.

6. *Dougherty A.L., Mohrle C.R., Galarnau M.I.* et al. Battlefield extremity injuries in Operation Iraqi Freedom // *Injury.* – 2009. – Vol. 40, N 7. – P. 772–777.

7. *Gould D., Kelly D., Goldstone L., Gammon J.* Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: developing and using illustrated patient simulations to collect the data // *J. Clin. Nurs.* – 2001. – Vol. 10, N 5. – P. 697–706.

8. *Hoffman A., Nitecki S.S.* Vascular trauma to the limbs // *Armed conflict injuries in the extremities* / Eds. *A.Lerner, M.Soudry*. – Verlag-Berlin-Heidelberg: Springer, 2011. – P. 173–182.

9. *Kheirabadi B.* Evaluation of topical hemostatic agents for combat wound treatment // *U.S. Army Med. Dep. J.* – 2011. – Apr-Jun. – P. 25–37.

10. *Ostrovsky G.* CRoC Combat Ready Clamp for hemorrhage control on battlefield // *MedGadget.* – Электрон. дан. – Режим доступа: <http://medgadget.com/2011/08/croc-combat-ready-clamp-for-hemorrhage-control-on-battlefield.html>, свободный. – (дата обращения: 04.12.2011).



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 616.12.-008.331-07/08

Гипертоническая болезнь: диагностика и дифференциальные подходы к гипотензивной терапии

ФУРСОВ А.Н., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса (fursovan@mail.ru)

ПОТЕХИН Н.П., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы

ЧЕРНОВ С.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы запаса

ЗАХАРОВА Е.Г.

ОЛОНДАРЬ Н.Н., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва

Fursov A.N., Potekhin N.P., Chernov S.A., Zakharova E.G., Olondar N.N. – Hypertensive disease – diagnostics and differential methods of antihypertensive therapy. Diagnostics of hypertensive disease is performed according two-stage scheme recommended by Society of cardiology of Russian Federation (2010) and adapted by us for examination in Central Military Clinical Hospital n. a. N.N.Burdenko. First stage, as possible, should be carried out in out-patient departments, second stage, as it necessary, in specialized medical treatment facilities. Indications for admission of patient with hypertensive disease are abstrusity of diagnosis and necessity of carrying out of special, often invasive study, for updating of information about the form of arterial hypertension, difficulties in adjustment of antihypertensive therapy. Major criterion for adjustment of antihypertensive therapy is degree of cardiovascular risk. In the beginning of treatment monotherapy is preferable for patients with low and average risk of progression of cardiovascular disease, use of combination of two or three medications in small doses is reasonable for patients with high and very high risk of complications. Three medications were prescribed for 21% of patients, four or five for 14% of patients.

К е у в о р д с: hypertensive disease, diagnostics of arterial hypertension, antihypertensive therapy.

По данным Всемирной организации здравоохранения повышенное артериальное давление (АД) является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений. В России около 57 млн человек имеют повышенный уровень АД, при этом знают о наличии у них заболевания 85%, принимают антигипертензивные препараты (АГП) 70%, а контролируют АД на целевом уровне лишь 23% больных [5].

Под гипертонической болезнью (ГБ) принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является артериальная гипертензия (АГ), не связанная с наличием самостоятельных патологических процессов в органах, участвующих в регуляции АД. При этом повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми причинами. У 90% пациентов с повышенным АД диагностируется эссенциальная артериальная гипертензия (синонимы: первичная артериальная гипертензия, гипертоническая болезнь).

Примерно в 10% случаев причиной повышения АД являются заболевания почек, надпочечников, щитовидной железы, почечных артерий, аорты, головного мозга. В этих случаях говорят о вторичной (симптоматической) АГ. Под термином «артериальная гипертензия» подразумевают синдром повышенного АД при ГБ и симптоматических АГ [1, 4].

Диагностика ГБ осуществляется путем исключения вторичных АГ на основе двухэтапной схемы рекомендованной Всероссийским научным обществом кардиологов (ДАГ-4, 2010 г.) и адаптированной нами для обследования в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко [2, 6].

1-й этап обследования больных (обязательные исследования) включает в себя сбор анамнеза, жалоб, измерение роста, массы тела, пальпацию и аускультацию сердца, магистральных сосудов, измерение АД на руках и ногах, рентгеновское исследование легких и сердца с определением кардиоторакального индекса, регистрацию ЭКГ, осмотр сосудов глазного дна, ЭхоКГ, УЗИ почек и над-



гипертензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных к лечению. В настоящее время в аптечной сети широко представлены эти комбинации: Лозап плюс (лозартан и гидрохлортиазид); Нолипрел (периндаприл и индапамид); Тарка (трандолаприл и верапамил); Ко-ренитек (эналаприл и гидрохлортиазид); Логимакс (метопролол и фелодипин); Экватор (лизиноприл и амлодипин); Эксфорж (валсартан и амлодипин); Ко-эксфорж (валсартан, амлодипин, гидрохлортиазид), Ко-Апровель (ирбесартан и гидрохлортиазид) и др.

К возможным комбинациям антигипертензивных препаратов относят сочетание дигидропиридинового и недигидропиридинового АК, иАПФ или БРА с БАБ, иАПФ с БРА, прямого ингибитора ренина или альфа-адреноблокатора со всеми основными классами АГП.

К комбинациям нерациональным, при использовании которых не происходит усиления (потенцирования) антигипертензивного эффекта препаратов или усиливаются побочные эффекты при их совместном применении, относятся: БАБ и недигидропиридиновый АК, иАПФ и калийсберегающий диуретик, БАБ и агонисты имидазолиновых рецепторов.

При проведении АГТ следует иметь в виду, что довольно трудно достичь целевого уровня АД у пожилых пациентов. У большинства больных с ГБ АД следует снижать постепенно, достигая его целевого уровня в течение 4–6 мес с последующим стабильным поддержанием.

По сравнению с монотерапией комбинированная терапия имеет свои недостатки и преимущества. Основным недостатком — больному может быть назначен ненужный препарат. В то же время преимущества комбинированной терапии заключаются в том, что комбинация двух препаратов более эффективно контролирует повышенное АД за счет подавления контррегуляторных механизмов повышенного АД; низкодозовая комбинационная терапия сводит до минимума развитие побочных эффектов; пролонгированное (часто до 24 ч) действие комбинации двух препаратов (нередко в одной таблетке) улучшает приверженность (комплаентность) больных к лечению.

По данным отделения артериальных гипертензий ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, монотерапия эффективна в достижении целевого уровня АД не более чем у 35% больных, у 30% больных для достижения целевого уровня АД требовалось назначение 2 препаратов, у 21% — трех лекарственных средств, в 14% случаев контроль АД достигался применением 4–5-компонентной АГТ [6].

Таким образом, диагностика гипертонической болезни основывается на исключении вторичного (симптоматического) характера артериальной гипертензии. Показаниями к госпитализации являются чаще всего необходимость выполнения инвазивных диагностических исследований, а также трудности в подборе гипотензивной терапии. Лечение гипертонической болезни должно основываться на степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений и уровне артериального давления.

Литература

1. Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь. — М., 1997. — 400 с.
2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (4-й пересмотр). — М., 2010 г. // Системные гипертензии. — 2010. — № 3. — С. 5–26.
3. Коломоец Н.М., Бакшеев В.И. Гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца. — М.: Медицина, 2003. — 336 с.

4. Кушаковский М.С. Эссенциальная гипертензия. — СПб: Фолиант, 2002. — 416 с.
5. Руководство по артериальной гипертензии / Под ред. Е.И.Чазова, И.Е.Чазовой. — М.: Медиа Медика, 2005. — 784 с.
6. Фурсов А.Н., Чернов С.А., Конев А.В. и др. Артериальная гипертензия: современные принципы диагностики и лечения: Метод. рекомендации. — М.: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, 2006. — 86 с.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 616.9-084

О неспецифической профилактике инфекций, актуальных для организованных коллективов

ВАЛЕВСКИЙ В.В., полковник медицинской службы¹
АЛЕКСЕЕВ В.В., подполковник медицинской службы¹
МАРЬИН Г.Г., заслуженный врач РФ, доцент, полковник медицинской службы запаса
(ger-marin@yandex.ru)²
СОБОЛЕВ А.А., майор медицинской службы³
ГРУЗДЕВА О.А., доцент²
ЦАПКОВА Н.Н., доцент²
ТУТЕЛЬЯН А.В., профессор⁴
ПОРЯДИНА Г.И., доцент²
САЛМИНА Т.А., подполковник медицинской службы запаса⁵
РЯЗАНОВА А.Ю.²
СОКОЛОВ М.А., старший лейтенант медицинской службы¹
СИБИЛЁВ Д.В.⁶

¹Медицинская служба Западного военного округа, С.-Петербург; ²ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова», Москва; ³ФГУ «988 ЦГСЭН» МО РФ, г. Долгопрудный, Московская область; ⁴ФБУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва; ⁵ГКБ № 67 Департамента здравоохранения, Москва; ⁶ГКУ «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения ЮВАО», Москва

Valevsky V.V., Alekseyev V.V., Maryin G.G., Sobolev A.A., Gruzdeva O.A., Tsapkova N.N., Tutelyan A.V., Poryadina G.I., Salmina T.A., Ryazanova A.Yu., Sokolov M.A., Sibilyov D.V. — About non-specific prophylaxis of infections typical for organized groups. Respiratory tract infections and pyoderma are typical for personnel doing military service under conscription. Risk of progression of these infections is connected with activation of carry-over of causative agents among military personnel during replacement and decrease in immunity of conscripts. Usage of medication «Karmolis Kapli» for the purpose of prophylaxis allows to reduce cases of respiratory tract infections among the military personnel. Among the military servicemen who had take «Karmolis Kapli» was noted reduction of community-acquired pneumonia, tonsillitis and pyoderma morbidity. Non-specific protective effect of medication «Karmolis Kapli» is conditioned by increase of the common resistance of the body. For the purpose of prophylaxis it is necessary to use this medication during the personnel formation before the beginning of seasonal morbidity.

К е у в о р д s: respiratory tract infections in military personnel, acute respiratory infection prophylaxis, nonspecific resistance of the body to infections, epidemiological effectiveness of medication «Karmolis Kapli».

Известно, что для военнослужащих по призыву наибольшую актуальность в последние годы представляют острые болезни органов дыхания — *острые респираторные инфекции (ОРИ)*, острый бронхит, внебольничная пневмония и др., а также болезни кожи и подкожной клетчатки [1, 3]. Возрастанию этой заболеваемости способствует значительное снижение иммунорезистентности организма призывников [5].

Ранее проведенные исследования подтверждают ведущую роль стрептококков в этиологии заболеваний верхних дыхательных путей у военнослужащих: стрептококки группы А выделены из зева у 37,7, из мокроты — у 42,2% обследованных. Циркулирующие в учебных подразделениях штаммы патогенных стрептококков обуславливают не только развитие острого тонзиллита и ОРИ, но и в значительной степени заболева-



Экономический ущерб от заболеваемости болезнями органов дыхания и пиодермией в опытных и контрольных группах

Заболевания	Число случаев заболеваний в группах		Величина суммарного ущерба, тыс. руб., от заболеваний в группах		Величина ущерба, предотвращенного неспецифической иммунопрофилактикой, тыс. руб.
	опытных	контрольных	опытных	контрольных	
ОРИ	142	299	971,28	2045,16	1073,88
Внебольничная пневмония	9	25	183,6	510	326,4
Острый бронхит	74	102	584,6	805,8	221,2
Острый тонзиллит	29	176	313,2	1900,8	1587,6
Пиодермия	25	55	357,5	786,5	429
В с е г о . . .	279	657	2410,18	6048,26	3638,08

этих заболеваний необходимо назначение неспецифических средств с иммуномодулирующим эффектом. Требуется дальнейшее изучение вопросов кор-

рекции иммунного статуса военнослужащих с целью снижения уровня заболеваемости, актуальной для воинских коллективов.

Литература

1. Акимкин В.Г. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия военнослужащих в современных условиях // Гиг. и санит. – 2010. – № 5. – С. 63–66.
2. Акимкин В.Г., Коротченко С.И., Шевцов В.А. и др. Эпидемиологическая и иммунологическая эффективность использования препарата виферон-гель для профилактики гриппа и других острых респираторных инфекций в организованных воинских коллективах // Эпидемиол. и инф. болезни. – 2011. – № 1. – С. 28–36.
3. Белов А.Б., Огарков П.И. Перспективы снижения заболеваемости военнослужащих воздушно-капельными инфекциями, не управляемыми средствами вакцинопрофилактики // Воен.-мед. журн. – 2011. – Т. 332, № 5. – С. 42–48.
4. Диагностика, лечение и профилактика кожных заболеваний в воинской части: Метод. рекомендации. – М.: ГВМУ МО РФ, 2006. – 216 с.
5. Жоголев С.Д., Огарков П.И., Ефимов Е.И. и др. Развитие эпидемического процесса внебольничных пневмоний среди военнослужащих // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. – 2008. – Т. 22, № 2 (прил. ч. 1). – С. 268–272.
6. Методические указания МУ 3.3.1878-04 «Экономическая эффективность вакцино-

профилактики» (утв. гл. гос. сан. врачом РФ 4.03.2004 г.). URL: garant.ru/4180770/ (дата обращения: 23.09.2012 г.).

7. Мосягин В.Д., Кочетков А.В., Акимкин В.Г. и др. Клинико-эпидемиологические особенности инфекций, обусловленных стрептококками группы А, в воинских коллективах // Актуальные вопросы эпидемиологии инфекционных болезней: Сб. науч. тр., вып. 10 / Под ред. А.А.Шапошникова, Г.В.Ющенко. – М.: ЗАО МП «Гигиена», 2011. – С. 230–238.

8. Планирование, организация и оценка результатов испытаний эпидемиологической эффективности профилактических препаратов в ВС РФ: Метод. указания. – М.: ГВМУ МО РФ, 2004. – 64 с.

9. Соколов С.Я., Замотаев И.П. Справочник по лекарственным растениям. Фитотерапия / 2-е изд. – М.: Медицина, 1988. – 464 с.

10. Фитотерапия: Методические рекомендации МЗ РФ 2000/63/ Фитотерапия: нормативные документы / Под общ. ред. А.А.Карпеева, Т.Л.Киселевой. – М.: Изд. ФНКЭЦ ТМДЛ Росздрава, 2006. – С. 9–42.

11. Ющенко Г.В. Острые респираторные инфекции: новый взгляд на проблему // Актуальные вопросы эпидемиологии инфекционных болезней: Сб. науч. тр., вып. 10 / Под ред. А.А.Шапошникова, Г.В.Ющенко. – М.: ЗАО МП «Гигиена», 2011. – С. 155–160.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК: (355.4+355.6)61:001.89 (73-41)

Научно-медицинские исследования в вооруженных силах США (Сообщение второе)

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

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

Agapitov A.A., Aleinikov S.I., Bolekhan V.N., Ivchenko E.V., Krassiy A.B., Nagibovich O.A., Petrov S.V., Rezvantsev M.V., Soldatov E.A., Shalakhin R.A., Shepli E.V. – Medical Research in the US Armed Forces (Report 2). The central body of the US Department of Defense Medical Service. The present article is the second part of the review dedicated to organization and management of medical research in the US Armed Forces. The first part has been published in the previous issue of the journal. Specifically this article is dedicated to organization and management of medical research in the Office of the Assistant Secretary of Defense for Health Affairs. The following units are successively presented: the Defense Medical Research and Development Program, Uniformed Services University of the Health Sciences, Center for the Study of Traumatic Stress, Armed Forces Radiobiology Research Institute. The particular research programs conducting in the above mentioned institutions are presented.

К е у в о р д s: armed forces, Armed Forces Radiobiology Research Institute, Assistant Secretary of Defense for Health Affairs, Center for the Study of Traumatic Stress, medical service, scientific research, Uniformed Services University of the Health Sciences, USA.

Данная публикация посвящена научно-медицинским исследованиям, проводимым на уровне центрального аппарата медицинской службы МО США. Как отмечалось в первой статье настоящей серии¹, центральный аппарат медицинской службы МО США представлен *Офисом помощника министра обороны США по делам здоровья* (Office of the Assistant Secretary of Defense for Health Affairs). В отличие от DARPA, подразделениям этого офиса свойственно выполнение НИР и НИОКР более приклад-

ного характера. Координацией научных исследований занимается *Отдел медицинской защиты и готовности*². Ниже перечисляются подразделения центрального аппарата медицинской службы МО США, которые проводят конкретные медико-биологические изыскания.

1. **Оборонная программа медицинских исследований и развития**³ (DMRDP). Это самостоятельное подразделение упомянутого выше *Отдела медицинской защи-*

¹ Материал представляет собой вторую статью серии из пяти публикаций. Начало см.: Воен.-мед. журн. – 2012. – Т. 333, № 10. – С. 72–78. – Ред.

² Force Health Protection and Readiness, руководит отделом заместитель помощника министра обороны США по делам здоровья (Deputy Assistant Secretary of Defense for Health Affairs), офиц. сайт по ссылке [17].

³ Defense Medical Research and Development Program (DMRDP), офиц. сайт по ссылке [13].



мьон (5-androstenediol, 5-AED, Neumune), генистеин (ВЮ300, genistein), Экс-Раd²⁰, CBLB502²¹ [25], 17-DMAG²² [26].

2) Создание современной системы биодозиметрии, в т. ч. на основе принципов протеомики [5].

3) Диагностика и лечение внутренних поражений радионуклидами, например, обедненным ураном, компонентами т. н. «грязной бомбы» [21].

Литература

1. 17-Dimethylaminoethylamino-17-demethoxygeldanamycin // Wikipedia. URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/17-DMAG> (дата обращения: 24.07.2012). [17-диметиламиноэтиламино-17-деметоксигелданамицин // Википедия].

2. An Agonist of Toll-Like Receptor 5 Has Radioprotective Activity in Mouse and Primate Models / Burdelya L.G. et al. // Science. 2008. Vol. 320 No 5873. P. 226–230. PDF. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3251576/pdf/ponc0029357.pdf> (дата обращения: 24.07.2012). [Агонист Toll-Like рецептора 5 обладает радиопротекторным действием на мышцах и моделях приматов // Статья в журнале Science].

3. Armed Forces Radiobiology Research Institute // The Official Web Site of the Uniformed Services University of the Health Sciences. URL: <http://www.usuhs.mil/afri/> (дата обращения: 24.07.2012). [Институт радиобиологических исследований ВС США // Официальный сайт Военного университета медицинских наук].

4. Assessing the Needs of Children and Families of the Combat Injured // The Official Web Site of the Center for the Study of Traumatic Stress. URL: <http://www.cstsonline.org/assessing-the-needs-of-children-and-families-of-the-combat-injured/> (дата обращения: 23.07.2012). [Программа «Оценка нужд детей и семей раненых военнослужащих» // Официальный сайт Центра изучения травматического стресса].

5. Biological Dosimetry // The Official Web Site of the Uniformed Services University of the Health Sciences. URL: <http://www.usuhs.mil/afri/research/biodos.htm> (дата обращения: 24.07.2012). [Программа: «Биологическая дозиметрия» // Официальный сайт Военного университета медицинских наук].

6. Biomarkers Program Research Projects // The Official Web Site of the Uniformed Services University of the Health Sciences. 9 p. PDF. URL: <http://www.usuhs.mil/cnrm/pdf/Biomarkers Abstracts.pdf> (дата обращения: 23.07.2012). [Программа «Антинейроглиальные антитела у больных черепно-мозговой травмой» // Официальный сайт Военного университета медицинских наук].

²⁰ Ex-Rad® или ON 01210.Na, разработан фирмой *Onconova Therapeutics* для МО США, рекламируется как чудо-лекарство от острой лучевой болезни, подробнее о препарате см. по ссылке [16].

²¹ CBLB502 – новый радиопротектор фирмы *Cleveland BioLabs, Inc.*, антагонист TLR-рецептора 5 (Toll-Like Receptor), первая публикация в *Science* в апреле 2008 г. [2], подробнее о препарате см. по ссылке [8].

²² 17-Dimethylaminoethylamino-17-demethoxygeldanamycin, подробнее о препарате см. по ссылке [1].

7. Biomedical Instrumentation Center // The Official Web Site of the Uniformed Services University of the Health Sciences. URL: <http://bic.usuhs.mil/> (дата обращения: 23.07.2012). [Биомедицинский инструментальный центр // Официальный сайт Военного университета медицинских наук].

8. CBLB502 // Wikipedia. URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/CBLB502> (дата обращения: 24.07.2012). [CBLB502 // Википедия].

9. Center for Disaster and Humanitarian Assistance Medicine // The Official Web Site. URL: <http://www.cdham.org/> (дата обращения: 23.07.2012). [Центр медицины катастроф и гуманитарной помощи. Официальный сайт].

10. Center for Neuroscience and Regenerative Medicine (CNRM) // The Official Web Site of the Uniformed Services University of the Health Sciences. URL: <http://www.usuhs.mil/cnrm/index.html> (дата обращения: 23.07.2012). [Центр неврологии и регенеративной медицины // Официальный сайт Военного университета медицинских наук].

11. Center for the Study of Traumatic Stress // The Official Web Site. URL: <http://www.centerforthestudyoftraumaticstress.org/> (дата обращения: 23.07.2012). [Центр изучения травматического стресса. Официальный сайт].

12. Defense Medical Research and Development Program Process // The Official Web Site of the Defense Medical Research and Development Program. URL: http://dmrdp.dhhq.health.mil/about_dmrdrp/process.aspx (дата обращения: 23.07.2012). [Процесс принятия решений в программе DMRDP // Официальный сайт Оборонной программы медицинских исследований и развития].

13. Defense Medical Research and Development Program // The Official Web Site. URL: <http://dmrdp.fhpr.osd.mil/home.aspx> (дата обращения: 23.07.2012). [Оборонная программа медицинских исследований и развития. Официальный сайт].

14. Diagnostics and Imaging Program Research Projects and Pilots // The Official Web Site of the Uniformed Services University of the Health Sciences. 13 p. PDF. URL: <http://www.usuhs.mil/cnrm/pdf/Diagnostics Abstracts.pdf> (дата обращения: 23.07.2012). [Программа «Прогнозирование исхода черепно-мозговой травмы легкой степени» // Официальный сайт Военного университета медицинских наук].



15. DMRDP Execution Agents // The Official Web Site of the Defense Medical Research and Development Program. URL: http://dmrdp.fhpr.osd.mil/program_areas/research/program_coryl.aspx (дата обращения: 23.07.2012). [Организации, ассоциированные с Оборонной программой медицинских исследований и развития // Официальный сайт Оборонной программы медицинских исследований и развития].
16. Ex-Rad // Wikipedia. URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/Ex-Rad> (дата обращения: 24.07.2012). [Экс-Рад // Википедия].
17. Force Health Protection and Readiness. The Official Web Site / Office of the Deputy Assistant Secretary of Defense. URL: <http://home.fhpr.osd.mil/home.aspx> (дата обращения: 23.07.2012). [Официальный сайт Отдела медицинской защиты и готовности].
18. General Atomics MQ-1 Predator // Wikipedia. URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Predator_UAV (дата обращения: 26.07.2012). [Беспилотник MQ-1 Predator // Википедия].
19. Genetic Biomarkers for Attenuation of Fear Memory // The Official Web Site of the Center for the Study of Traumatic Stress. URL: <http://www.cstsonline.org/genetic-biomarkers-for-attenuation-of-fear-memory/> (дата обращения: 23.07.2012). [Программа «Генетические биомаркеры для ослабления памяти страха» // Официальный сайт Центра изучения травматического стресса].
20. Human Performance Laboratory // The Official Web Site of the Uniformed Services University of the Health Sciences. URL: <http://www.usuhs.mil/mem/humanperform.html> (дата обращения: 23.07.2012). [Лаборатория человеческой деятельности // Официальный сайт Военного университета медицинских наук].
21. Internal Contamination and Metal Toxicity // The Official Web Site of the Uniformed Services University of the Health Sciences. URL: <http://www.usuhs.mil/aftri/research/metal-tox.htm> (дата обращения: 24.07.2012). [Программа: «Внутреннее загрязнение и токсичность металлов» // Официальный сайт Военного университета медицинских наук].
22. Neuroprotection Program Research Projects and Pilots // The Official Web Site of the Uniformed Services University of the Health Sciences. 9 p. PDF. URL: <http://www.usuhs.mil/cnrm/pdf/NeuroprotectionAbstracts.pdf> (дата обращения: 23.07.2012). [Программа «Нейропротекторный и нейротрофический эффект стабилизирующих настроение препаратов при ЧМТ» // Официальный сайт Военного университета медицинских наук].
23. Neuroregeneration Program Projects and Pilots // The Official Web Site of the Uniformed Services University of the Health Sciences. 19 p. PDF. URL: <http://www.usuhs.mil/cnrm/pdf/NeuroregenerationAbstracts.pdf> (дата обращения: 29.07.2012). [Программа «Блокаторы ангиотензиновых рецепторов как потенциальные средства лечения ЧМТ» // Официальный сайт Военного университета медицинских наук].
24. Programs // The Official Web Site of the Center for Disaster and Humanitarian Assistance Medicine. URL: http://www.cdham.org/?page_id=23 (дата обращения: 23.07.2012). [Программы // Официальный сайт Центра медицины катастроф и гуманитарной помощи].
25. Radiation Countermeasures // The Official Web Site of the Uniformed Services University of the Health Sciences. URL: <http://www.usuhs.mil/aftri/research/rcp.htm> (дата обращения: 24.07.2012). [Программа «Противорадиационные мероприятия» // Официальный сайт Военного университета медицинских наук].
26. Radiation Injury Combined with Other Trauma // The Official Web Site of the Uniformed Services University of the Health Sciences. URL: <http://www.usuhs.mil/aftri/research/combined-injury.htm> (дата обращения: 24.07.2012). [Программа: «Комбинированная радиационная травма» // Официальный сайт Военного университета медицинских наук].
27. Research Programs // The Official Web Site of the Uniformed Services University of the Health Sciences. URL: <http://www.usuhs.mil/cnrm/resprog.html> (дата обращения: 23.07.2012). [Исследовательские программы Центра неврологии и регенеративной медицины // Официальный сайт Военного университета медицинских наук].
28. Stress & Biomarkers in a Military Population Study (p11 Protein studies) // The Official Web Site of the Center for the Study of Traumatic Stress. URL: <http://www.cstsonline.org/stress-biomarkers-in-a-military-population-study-p11-protein-studies/> (дата обращения: 23.07.2012). [Исследование биомаркеров стресса у военнослужащих // Официальный сайт Центра изучения травматического стресса].
29. UMO protein // Wikipedia. URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/Sumoylation> (дата обращения: 23.07.2012). [СУМО-протеин // Википедия].
30. The CDHAM Quarterly. 2012. Vol. 2, No 1. 17 p. PDF // The Official Web Site of the Center for Disaster and Humanitarian Assistance Medicine. URL: http://www.cdham.org/wp-content/uploads/2012/05/The_CDHAM_Quarterly_MAY_2012.pdf (дата обращения: 23.07.2012). [Ежеквартальник Центра медицины катастроф и гуманитарной помощи // Официальный сайт Центра медицины катастроф и гуманитарной помощи].
31. The Navy SEAL Physical Fitness Guide / Department of Military and Emergency Medicine Uniformed Services University of the Health Sciences // The Official Web Site of the Uniformed Services University of the Health Sciences. 306 p. PDF. URL: <http://www.usuhs.mil/mem/hpl/NavySEALFitnessGuide.pdf> (дата обращения: 23.07.2012). [Руководство по поддержанию физической формы спецназа ВМФ // Официальный сайт Военного университета медицинских наук].
32. Uniformed Services University of the Health Sciences (USU) // The Official Web Site. URL: <http://www.usuhs.mil/> (дата обращения: 23.07.2012). [Военный университет медицинских наук. Официальный сайт].



© А.А.БУДКО, 2012
УДК [61:355](091)

Хранитель милосердия (К 70-летию Военно-медицинского музея)

БУДКО А.А., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса

Военно-медицинский музей, Санкт-Петербург

Budko A.A. – Guardian of Mercy (The 70th anniversary of the Military Medical Museum). The article is dedicated to the 70th anniversary of the Army Medical Museum, established in 1942. There are a lot of original materials and documents of medical support of the Russian army, introducing with the volume of medical care to the wounded and sick in the past among the exhibits located in St. Petersburg Museum. In recent years the museum created projects, gained popularity in Russia and abroad, which caused a lot of good reviews from professionals and audiences. Among them are «Anatomical Theatre», «Mercy Without Borders», «Together we are strong», «Between Life and Death», «Medicine Heights» and many others. The museum is well known in Russia and far beyond its borders as a custodian of historical traditions of Russian medicine, multidisciplinary research and educational institution, which is a unique cultural federal and international importance, according to the riches of museum collections unrivaled among medical museums of Russia and the world.

Key words: Military Medical Museum, military medicine during the Great Patriotic War of 1941–1945.

Военно-медицинский музей, входящий в число ведущих медицинских музеев мира, является уникальным учреждением. Его история, как и коллекции, чрезвычайно насыщена и отражает развитие медицины, важнейшие политические и культурные процессы в стране и за ее пределами.

Военно-медицинский музей, как преемник первых медицинских коллекций и музеев Российской империи и Советского Союза, хранитель их раритетов, берет свои истоки в XIX столетии. Признавая необходимость создания музея медицинского профиля, выдающиеся представители отечественной медицины – ученые Императорской Медико-хирургической академии – обобщали опыт иностранных коллег, одновременно формулируя задачи, которые должен выполнять будущий музей. В 1862 г. хирург П.П.Заблоцкий-Десятовский представил конференции академии рапорт, подготовленный по результатам его командировки за границу, который красноречиво свидетельствовал о необходимости создания современного учебного медицинского музея. В част-

ности, он отмечал, что «учащиеся медицине обязаны хорошо знать медицинские и хирургические предметы... Для этой цели во всех лучших медицинских заведениях Европы устроены особенные Музеумы... В нашей Академии... существование таких коллекций должно почитать необходимым» [6]. 9 февраля 1863 г. был открыт хирургический музей Медико-хирургической академии – первый в России музей медицинского профиля. Он служил своеобразным учебным центром, способствующим медицинскому образованию будущих военных врачей.

Аналогичная тенденция наблюдалась и в США, где в 1862 г. циркуляром главного хирурга американской армии У.Хэммонда был создан армейский медицинский музей, ныне Национальный музей здравоохранения и медицины в Вашингтоне. Таким образом начинали формироваться первые музеи, накапливавшие коллекции, позднее ставшие основой современных медицинских музеев [3]. В последующие десятилетия в нашей стране были созданы Пироговский, Военно-санитарный и иные музеи, однако

Военно-медицинскому музею – 70 лет

Исполнилось 70 лет Военно-медицинскому музею в Санкт-Петербурге, широко известному в России и за ее пределами как хранитель исторических традиций российской медицины, многопрофильное научно-исследовательское и просветительное учреждение, уникальный объект культуры федерального уровня и международного значения, по богатству музейных фондов не имеющему себе равных.



Знак в память 100-летия
Императорской Военно-
медицинской академии



Знак врачей, имеющих
степень лекаря. 1897 г.



Эполеты коллежского асессора Императорской
Военно-медицинской академии, принадлежав-
шие Е.Н.Павловскому. Начало XX в.



Противогаз-рыльце. 1915 г.



Сумка санитарная 1887 г. и ее содержимое



Набор госпитальный
Г-3 образца 1908 г.

Материал к юбилею музея опубликован в рубрике «Из истории военной медицины»



сохранение исторических традиций отечественной медицины Президент Российской Федерации В.В.Путин своим распоряжением от 27 августа 2001 г. № 450-РП объявил коллективу Военно-медицинского музея благодарность.

Большое внимание музей уделяет военно-патриотической работе, воспитанию будущих врачей, граждан России, всесторонне развитых личностей. Музей является учебной, научной и просветительской базой для учащихся и профессорско-преподавательского состава медицинских и других учебных заведений, медицинской общественности, школьников, широких слоев населения. На его базе работают Санкт-Петербургское научное общество историков медицины и Санкт-Петербургская секция военной истории Академии военных наук Российской Федерации. Музей является членом Российского комитета Международного совета музеев, ассоциации музеев истории медицины Евросоюза, Международного межакадемического союза и др. [2].

Военно-медицинский музей широко известен в России и далеко за ее пределами как хранитель исторических традиций российской медицины, многопрофильное научно-исследовательское и просветительское учреждение, представляющее собой уникальный объект культуры федерального уровня и междуна-

родного значения, по богатству музейных фондов не имеющий себе равных среди медицинских музеев России и мира.

На примере Военно-медицинского музея и Национального музея здравоохранения и медицины в Вашингтоне можно проследить общемировые тенденции. На сегодняшний день учреждения позиционируют себя как национальные музеи медицины своих стран. Это определяется многообразием фондов, а также широтой проводимой экспозиционной и научно-исследовательской работы. Оба музея входят в состав оборонных ведомств, выполняя важные задачи.

Необходимо сказать слова искренней благодарности тем, кто создавал музей и способствовал его развитию, внося своим каждодневным трудом вклад в развитие отечественной науки. Низкий поклон тем, кого нет сегодня рядом с нами, кто составил славу музею, творил его историю. Самых добрых слов заслуживают те, кто трудится сегодня в музее, за верность и самоотдачу, за свое служение на благо отечественной культуры и военной медицины. Это подлинники энтузиасты и романтики, всем сердцем преданные музею. Используя богатый опыт и интеллектуальный потенциал, таланты и способности, им предстоит вершить будущее музея — уникального хранителя традиций милосердия и гуманизма.

Литература

1. Архив Военно-медицинского музея, ф. 2, оп. 6953, д. 1, л. 25.
2. Будко А.А. «Музей можно по праву назвать медицинским Эрмитажем» // Воен.-историч. журн. — 2002. — № 10. — С. 74–75.
3. Будко А.А., Журавлёв Д.А. Хранители традиций военной медицины // Воен.-историч. журн. — 2007. — № 10. — С. 37.
4. Будко А.А., Мурга Л.М. Хранитель исторических традиций российской военной медицины // Воен.-мед. журн. — 2002. — Т. 323, № 10. — С. 77.
5. Будко А.А., Шабунин А.В. Лейб-гвардии Семеновский полк и его госпиталь (страницы истории). — СПб: ВММ МО РФ, 2005. — 127 с.
6. История Императорской Военно-медицинской (бывшей Медико-Хирургической) Академии за сто лет. 1798–1898. — СПб, 1898. — С. 203.

7. Пирогов Н.И. Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии 1877–1878 гг. // Собр. соч. — М., 1960. — Т. VII. — С. 45.

8. Селиванов Е.Ф., Пасюков Ф.В. 40 лет Военно-медицинского музея // Сов. здравоохран. — 1983. — № 2. — С. 68.

9. Чigareва Н.Г. Участие Военно-медицинского музея в международном фестивале «Интермузей-2011» и международной выставке «Мемориал-2011» // Воен.-мед. журн. — 2012. — Т. 333, № 2. — С. 92–94.

10. Шабунин А.В. Военно-медицинский музей 1943–1993: Исторический очерк. — СПб: ВММ МО РФ, 1993. — С. 63.

11. Budko A.A., Zhuravlev D.A. The Russian Federation Ministry of Defense Military Medical Museum and the National Museum of Health and Medicine in Washington // ICOMAM 50: Papers on arms and military history 1957–2007 / Ed. by Smith R.D. — Leeds: Basilicoe Press, 2007. — P. 78–89.



© О.И.ГОРШКОЛЕПОВ, А.В.МОРОЗОВ, 2012
УДК [615.838:355](091)(470)

Из истории санаторно-курортного лечения в Вооруженных силах России

ГОРШКОЛЕПОВ О.И., заслуженный врач РФ, доцент, полковник медицинской службы
в отставке
МОРОЗОВ А.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса¹

¹ФГБУ «Национальный НИИ общественного здоровья РАМН», Москва

Gorshkolepov O.I., Morozov A.V. — From the history of health resort treatment in the Armed Forces of the Russian Federation. The health resort treatment takes an important place in the system of treatment and prophylaxis activities aimed to conservation and restoration of the health of military personnel. It is ninety years since the foundation of the first military health resorts. During this time a unique system of resort treatment in the armed forces of the Russian Federation has been formed and is neatly functioning. It is nowadays one of the component parts of medical support of military personnel, retirees and members of their families.

К е у w o r d s: Military health resorts, health-resort complex, recreation of military personnel, Defense Department retirees and members of their families.

Зарождение курортного дела в России началось в петровскую эпоху. Великий преобразователь страны император Петр I, в 1716–1717 гг. лечившийся «водами» на европейских курортах Бад Пирмонт (Германия) и Спа (Бельгия) и убедившийся в их целебных свойствах, повелел провести изыскания минеральных вод в России. Такой источник был найден в Олонецкой губернии, вблизи Петрозаводска, «молотовым работником» Кончезерского завода Иваном Ребоевым. В челобитной царю он сообщил о колодце, воды которого вылечили его от «тяжкой болезни». Царь высоко оценил сообщение рабочего и «за объявление сего, что первый знак лечения на нем обозначился», пожаловал ему дом с землей и освободил от работ и податей [12].

По указанию Петра I были проведены всесторонние исследования найденных вод, подтвердившие их целебные свойства, о чем свидетельствует царский указ, озаглавленный «Подлинные дознания о действии Марциальные Кончезерския воды разными человеками, изыскано хирургием Равелином, 1718 г., в месяце генваре». В нем приводится 10 кратких «историй болезни» разных людей, с успехом лечившихся олонечскими водами. Вскоре после постройки

около источника домов для проживания и назначения лекаря, факт открытия целебного действия олонечских вод был широко обнаружен в России.

Уже в 1719 г. был открыт первый курорт «Марциальные воды», названный по имени древнеримского бога войны Марса. Российский император неоднократно лечился олонечскими водами и отмечал, что они превосходили по эффективности воды Пирмонта и Спа.

Помимо Петра I, олонечскими водами лечились его жена императрица Екатерина I, царица Прасковья (вдова царя Иоанна Алексеевича), многие вельможи. На лечение водами направлялись также большие группы солдат и матросов. Так, в 1719 г. из Петербургского госпиталя была направлена на лечение марциальными водами целая группа солдат и унтер-офицеров. Указ об этом гласил: «На 1719 год июля в 27 день по указу Великого Государя и Великого Князя Петра Алексеевича... посылаются к олонечким марциальным водам для пользования разных полков урядников и солдат 150 человек с капитаном Бутурлиным». В архиве сохранилось также письмо князя М.Голицына в Адмиралтейств-коллегию с просьбой предоставить суда для до-



Организацию санаторно-курортного лечения и отдыха на разных этапах развития военно-курортного дела возглавляли в довоенные годы военврачи В.А.Корнеев, С.А.Миловидов, Н.А.Яковлев, Т.М.Маслинковский, в период Великой Отечественной войны — Н.Ф.Пильников, Н.А.Захаренко, в послевоенные и последующие годы — генерал-майоры медицинской службы Ф.Ф.Петров, П.М.Морозов, М.С.Скляренко, В.Ф.Назаров, полковники медицинской службы В.И.Борисов, О.И.Горшколепов, Н.Н.Прусаков, Ю.В.Гринюшин, Ф.М.Семенов, А.Н.Костин и др. [1–3, 7, 15].

Сегодня военно-курортное дело находится на этапе своего реформирования. В целях совершенствования управления и оптимизации деятельности санаторно-курортных учреждений система санаторно-курортного обеспечения в настоящее время организована на базе 8 санаторно-курортных комплексов (Западный, Приволжский, Читинский, Подмосковье, Северокавказский, Анапский, Дальневосточный и Сочинский), а также двух отдельных санаториев («Светлогорский» в Калининграде и «Ялта» в Крыму). Общая

штатная численность составляет около 22 тыс. койко-мест.

В Департаменте по санаторно-курортному обеспечению МО РФ открыт телефон «горячей линии», сотрудники могут ответить на все интересующие вопросы по организации лечения и отдыха. Необходимая информация по санаторно-курортному обеспечению размещена также на официальном сайте Министерства обороны Российской Федерации [16].

Прошло 90 лет со времени образования первых военных санаториев. За эти годы в санаторно-курортных учреждениях пролечилось и отдохнуло свыше 22 млн военнослужащих, ветеранов военной службы, членов их семей и многих других категорий граждан СССР и России.

Нет сомнения в том, что и на новом этапе развития военно-курортного дела военные здравницы сохранят и приумножат накопленный многолетний опыт работы и сложившиеся традиции в деле повышения уровня и качества лечения и оздоровления военнослужащих, военных пенсионеров и членов их семей, а также гражданского персонала Вооруженных сил нашей страны.

Литература

1. Быков И.Ю., Костин А.Н. Системе санаторно-курортного лечения Вооруженных сил Российской Федерации — 85 лет // Воен.-мед. журн. — 2007. — Т. 328, № 9. — С. 82–86.
2. Горшколепов О.И. Санаторно-курортное дело в Вооруженных силах Российской Федерации. — М.: РИЦ ГШ, 2002. — С. 7.
3. Горшколепов О.И., Костин А.Н., Морозов А.В. Военные дома отдыха (К 70-летию со дня образования) // Воен.-мед. журн. — 2004. — Т. 325, № 9. — С. 71–74.
4. Горшколепов О.И., Синопальников И.В. и др. Роль курортов и санаториев в войнах и вооруженных конфликтах. — М.: ГИУВ МО РФ, 2009. — 98 с.
5. Исаков В.И., Булгаков Д.В., Смирнов А.А., Шумихина Л.Ф. Тыл Вооруженных Сил: 300 лет / Под ред. В.И.Исакова. — М., 2000. — С. 130–136.
6. Кавказские Минеральные Воды / Под ред. Н.Г.Кривобокова. — М., 1994. — С. 41–46, 66–70, 86–92, 141–143.
7. Костин А.Н., Горшколепов О.И., Поляков С.А. Исторические аспекты развития военной курортологии. — М.: РИЦ ГШ, 2007. — 111 с.
8. Курорты Кавказских Минеральных Вод — национальное достояние: становление

и развитие (1803–2003) / Под ред. Ю.Л.Шевченко, О.П.Щепина. — М., 2003. — С. 10–15.

9. Маслинковский Т. Санаторная помощь в ВС СССР // Энциклопедический словарь военной медицины / Под ред. Е.И.Смирнова. — М., 1948. — Т. 4. — Стб. 1307–1315.

10. Материалы по организации санаторно-курортного лечения больных и раненых воинов. Вып. II: Объединенная санаторно-курортная комиссия при главных комитетах земского и городского союза. — М., 1916. — С. 12–17.

11. Мирский М.Б. Медицина России X–XX. — М., 2005. — С. 204–229.

12. Озерецковский Н. Путешествие по озерам Ладожскому и Онежскому. — СПб, 1792. — С. 238–241.

13. Пономаренко Г.Н. Академические страницы истории физиотерапии и курортологии. — СПб, 1998. — С. 21–23.

14. Солдатенков А.Н., Зильберберг Л.Б. Курорты Кавказских Минеральных Вод на службе здоровья трудящихся и воинов Вооруженных Сил СССР // Воен.-мед. журн. — 1977. — № 7. — С. 85–87.

15. Чиж И.М., Гуляев В.А., Горшколепов О.И. Системе санаторно-курортного лечения Вооруженных сил России — 80 лет // Воен.-мед. журн. — 2002. — Т. 323, № 9. — С. 4–12.

16. <http://sc.mil.ru> (официальный сайт Министерства обороны РФ).



Военно-морскому клиническому госпиталю во Владивостоке — 140 лет

ГОЛИШЕВСКИЙ Д.В., полковник медицинской службы*

1477-й Военно-морской клинический госпиталь, г. Владивосток

Golishevsky D.V. — Naval Clinic Hospital in Vladivostok — 140 years. The history of the oldest medical institution of the Far East — Vladivostok Naval Hospital Clinical Pacific Fleet is presented. The history of Hospital, celebrating 140th anniversary in October 2012, is closely associated with the formation of Pacific Fleet, birth and development of medicine in the Far East. Currently, specialized medical care is administrated in 29 medical departments of the hospital with an annual inspection and treatment of 12–13 thousand people.

Key words: Vladivostok Naval Hospital Navy, military medicine, history of medicine.

Славная история первого и старейшего лечебного учреждения Дальнего Востока — Владивостокского военно-морского клинического госпиталя Тихоокеанского флота (ТОФ) подошла к своему 140-летию. С летописью госпиталя тесно связаны становление Тихоокеанского флота, зарождение и развитие медицины на Дальнем Востоке.

В первой половине XIX в. в России принимаются энергичные меры по укреплению восточных рубежей, что было необходимо для нормального развития Сибири и Дальнего Востока. Вскоре после создания Сибирской флотилии и начала строительства Восточного порта 22 октября 1872 г. во Владивостоке открывается морской госпиталь.

Первые десятилетия владивостокского периода истории госпиталя характеризуются активной организаторской работой по расширению и благоустройству территории и строительству лечебных корпусов госпиталя. Энергичная и плодотворная деятельность главных докторов этого периода Я.Б.Пфейффера (1872–1881), В.К.Зиберта (1881–1892), А.А.Липпе (1892–1996), В.Н.Попова (1896–1899), А.Е.Черемшанского (1899–1900), П.Н.Холшевникова (1900–1903), А.Д.Рончевского (1903–1907) принесла свои плоды. Небольшому коллективу госпиталя за сравнительно короткий срок удалось

построить значительное по тем временам лечебное учреждение, оказывавшее стационарную и амбулаторную медицинскую помощь не только морякам-тихоокеанцам, но и городскому населению Владивостока.

Госпиталь стал профессиональной школой как для госпитальных медиков, так и для корабельных врачей Сибирской военной флотилии, а позднее и всего Тихоокеанского флота. Многие врачи госпиталя были известными в городе людьми и пользовались большой популярностью среди местного населения: И.М.Польский — отец Приморской фармакологии; А.А.Шишло — основатель клинической лабораторной диагностики на Дальнем Востоке и первой Пастеровской станции в городе; С.М.Бломенфельд — прекрасный хирург, основатель оперативной гинекологии в крае; В.К.Лемкуль — терапевт и первый дальневосточный фтизиатр.

По инициативе врачей госпиталя в 1882 г. во Владивостоке создается Общество по изучению Южно-Уссурийского края, а с 1884 г. врачи госпиталя активно включились в работу вновь созданного Общества изучения Амурского края.

В 1877–1891 гг. после окончания медицинского факультета Московского университета в военно-морском госпитале служил известный впоследствии отечественный микробиолог и эпидемиолог

*С 2009 г. по настоящее время — начальник госпиталя. — Ред.



К 40-летию 736-го Главного центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора Минобороны России

*СОЛОВЕЙ Э.П., кандидат медицинских наук, доцент, полковник медицинской службы
БЕРСКИЙ О.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
ЯНЬШИН Л.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
полковник медицинской службы в отставке*

736-й Главный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства обороны РФ, Санкт-Петербург

Solovey E.P., Bersky O.V., Yanshin L.A. – 40th anniversary of the 736th Main Center of State Sanitary and Epidemiological Surveillance of the Russian Defense Ministry. In November 2012 736th Main Center of State Sanitary and Epidemiological Supervision of the Ministry of Defense of the Russian Federation celebrates 40th anniversary. It is a multidisciplinary prevention and treatment facility of high level standing at the top of the sanitary-epidemiological institutions of the army and navy. The Main Center is included into a united, centralized system of state sanitary-epidemiological control of Russia with the main purpose – organization and conduction of surveillance and anti-epidemic (preventive) measures in the army and navy. The article provides a consistent presentation of historical perspective of creation and development of the institution and its mission today.

К е у в о р д s: medical service of the Armed Forces, the sanitary-epidemiological institutions, the history of the sanitary and epidemiological institutions at the central level.

В ноябре 2012 г. 736-й Главный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства обороны Российской Федерации (736 ГЦ ГСЭН МО РФ) отмечает 40-летие своего существования. Это многопрофильное медико-профилактическое учреждение высшего уровня стоит во главе системы санитарно-эпидемиологических учреждений армии и флота. Главный центр имеет статус федерального государственного казенного учреждения и включен в состав единой централизованной системы государственного санитарно-эпидемиологического надзора России с основным предназначением – организация и проведение надзорных и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в армии и на флоте.

Хотя официально учреждение было основано лишь в 1993 г., свою историю оно ведет с 1972 г., поскольку в том году была создана его непосредственная предшественница – 385-я Центральная санитарно-эпидемиологическая лаборатория Министерства обороны (385 ЦСЭЛ МО). На ее базе в дальнейшем был сформиро-

ван 736-й Центр санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ (736 ЦСЭН МО РФ) с присоединением еще двух центральных лабораторий Министерства обороны – 420-й Центральной санитарно-эпидемиологической лаборатории (420 ЦСЭЛ МО) и 71-й Центральной лаборатории (71 ЦЛ МО).

История последовательного формирования названных центральных лабораторий берет начало в 50-х годах прошлого столетия.

С 1956 г. в Москве существовала Санитарно-эпидемиологическая лаборатория Хозяйственного (в дальнейшем – Административно-хозяйственного) управления Министерства обороны (СЭЛ ХОЗУ МО, позже переименованная в 420 СЭЛ АХУ МО, затем 420 ЦСЭЛ МО). Она предназначалась для проведения санитарного надзора и организации санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий на объектах главных и центральных управлений Министерства обороны. Первым начальником этого учреждения в 1956–1973 гг. был полковник медицинской службы Георгий Михайлович Горталум.

736-му Главному центру государственного санитарно-эпидемиологического надзора Минобороны России – 40 лет



Здание 736 ГЦГСЭН МО РФ
в Санкт-Петербурге



Эпидемиологи майоры медицинской службы
А.А.Шпунтов и **Н.Н.Ратников** анализируют
инфекционную заболеваемость в ВС РФ



Начальник Центра полковник
медицинской службы **Э.П.Соловей**
и его заместители – подполковники
медицинской службы **А.Ю.Зеткин**
и **О.В.Берский**

Фельдшер-лаборант бактериологического отдела
О.Е.Панкрушина за микроскопией препарата



Лаборант **Л.П.Бражник**
и врач-бактериолог **В.И.Шерварли**
осуществляют идентификацию
биологических средств

736-му Главному центру государственного санитарно-эпидемиологического надзора Минобороны России – 40 лет



Исследование на спектрокане выполняет заведующая лабораторией **Г.Л.Звягинцева**



Подготовка к полевым измерениям СВЧ-излучений. Начальник отдела подполковник **П.П.Савичкин** и врач по радиационной гигиене **А.И.Сорочкин**



Исследование на фотоэлектроколориметре проводит врач-лаборант **Л.П.Грандашевская**



Спектрометрическое определение радиоактивности проб проводит начальник отдела подполковник медицинской службы **О.С.Сидоров**



Иммуноферментный анализ на ВИЧ выполняет лаборант **С.Р.Кузахметова**

Материал к 40-летию Главного центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора Минобороны России опубликован в рубрике «Из истории военной медицины»



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК [616-002/5+613/614]:355(063)

Сбор главных фтизиатров и главных государственных санитарных врачей военных округов и флотов

*КЛИМОВ А.С., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы¹
БЕЛЯКИН С.А., заслуженный врач РФ, профессор,
генерал-майор медицинской службы запаса²
БЕЗНОСИК Р.В., подполковник медицинской службы³
ГРИШИН В.К., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,
полковник медицинской службы в отставке³*

¹Главное военно-медицинское управление Минобороны России, Москва; ²3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область; ³Филиал № 1 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого, г. Пушкино, Московская область.

С 18 по 20 марта 2012 г. на базе Филиала № 1 ФГКУ «3-й ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны России» прошел сбор главных фтизиатров и главных государственных санитарных врачей военных округов и флотов, назначенный министром обороны РФ для обсуждения эпидемической ситуации по туберкулезу в Вооруженных силах РФ и определения актуальных направлений совершенствования противотуберкулезной работы в современных условиях.

Государственная поддержка мероприятий по борьбе с туберкулезом, применение передового международного и отечественного научно обоснованного опыта в организации раннего выявления заболевших, эффективного их лечения позволили за последние годы стабилизировать и несколько снизить эту заболеваемость в Российской Федерации (в 2011 г. — до 70,7 случая на 100 000 населения). Однако проблема туберкулеза в стране остается актуальной, таковой она является и в Вооруженных силах. Среди военнослужащих по призыву заболеваемость туберкулезом в 2011 г. составила 0,52, по контракту — 0,38%. Ситуация существенно осложнилась в связи со значительным сокращением должностей фтизиатров и переводом оставшихся в категорию гражданского персонала МО РФ, сокращением количества фтизиатрических стационаров и кабинетов.

Открывая сбор, председательствующий — начальник ФГКУ «3-й ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны России», профессор генерал-майор медицинской службы запаса **С.А.Белякин** отметил высокий профессионализм и ответственность фтизиатров и государственных санитарных врачей в организации и осуществлении противотуберкулезной работы в Вооруженных силах РФ, обеспечивший в течение длительного времени более низкие показатели заболеваемости туберкулезом у военнослужащих, чем в целом среди населения страны. Он выразил пожелание, чтобы участники сбора тщательно рассмотрели новые подходы к организации противотуберкулезной работы в войсках, обсудили их особенности и приняли решения, направленные на эффективную профилактику туберкулеза среди военнослужащих, раннее выявление заболевших и своевременную ликвидацию очагов туберкулезной инфекции.

С докладом «Анализ эпидемической ситуации по туберкулезу в Вооруженных силах РФ» выступил начальник Филиала № 1 ФГКУ «3-й ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны России» подполковник медицинской службы **Р.В.Безносик**. В настоящее время основой противотуберкулезной работы в Вооруженных силах РФ являются методические указания «Организация противотубер-

Сбор главных фтизиатров и главных государственных санитарных врачей военных округов (флотов)



Материал о сборе опубликован в рубрике «Хроника»



менное выявление больных туберкулезом среди военнослужащих, их обследование перед госпитализацией, на работу с контактными лицами из очагов туберкулезной инфекции, диспансерное наблюдение за больными туберкулезом и перенесшими туберкулез. Практикуются выезды в воинские части для планового контроля сроков флюорографического обследования военнослужащих и оказания консультативной и методической помощи врачам.

С докладом «Роль и значение мониторинга туберкулеза в совершенствовании противотуберкулезной работы в Вооруженных силах РФ» выступил заведующий диспансерным кабинетом Филиала № 1 ФГКУ «3-й ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны России» **В.К.Гришин**. Мониторинг в военном здравоохранении – система оперативного наблюдения за состоянием и изменениями здоровья военнослужащих. Оценка, анализ и прогноз – необходимые элементы мониторинга. Оперативность и эффективность функционирования, достоверность результатов и прогнозов возможны только при участии всех фтизиатров военно-медицинской службы. Составляющие мониторинга, их содержание и порядок исполнения изложены в методических рекомендациях «О порядке ведения мониторинга туберкулеза в Вооруженных силах Российской Федерации».

Во второй день сбора военные фтизиатры и государственные санитарные врачи присутствовали на научно-практической конференции «Междисциплинарные аспекты дифференциальной диагностики и лечения боль-

ных туберкулезом», организованной Министерством здравоохранения и социального развития РФ, где познакомились с состоянием отечественной фтизиатрии, статистическими данными о результатах противотуберкулезной работы в России в 2011 г., рекомендациями ведущих отечественных ученых по диагностике и лечению больных туберкулезом.

Третий, заключительный день сбора прошел в острых дискуссиях по наиболее актуальным вопросам практической деятельности фтизиатров и государственных санитарных врачей по профилактике туберкулеза среди военнослужащих, ранней диагностике заболевания и полноценной терапии туберкулеза. Итогом обсуждений и обмена мнениями стало решение сбора, одобренное всеми участниками.

Закрывая сбор, начальник Филиала № 1 ФГКУ «3-й ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны России» подполковник медицинской службы Р.В.Безносик отметил, что сбор прошел исключительно активно, его участники продемонстрировали высокую заинтересованность в дальнейшем совершенствовании противотуберкулезной работы в Вооруженных силах РФ, стремление использовать все возможности для минимизации частоты этого опасного и высококонтагиозного заболевания среди военнослужащих армии и флота. Была выражена уверенность, что совместная работа государственных санитарных врачей, фтизиатров и рентгенологов в военных округах и на флотах будет более слаженной, принципиальной и эффективной.

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 25.10.12.
Формат 70×108¹/₁₆.
Усл. печ. л. 8,4.
Заказ № 5543.

Печать офсетная.
Усл. кр.-отт. 9,8.
Тираж 2549 экз.

Подписано к печати 23.11.12.
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>**