

# ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

*Тод  
вздунид  
-189-й*

ТОМ  
СССXXXII

Военно-медицинский журнал

2011 • № 11



11

НОЯБРЬ  
2011

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ  
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ  
И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ  
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Издается с 1823 года*



**РЕДАКЦИОННАЯ  
КОЛЛЕГИЯ:**

М.В.Поддубный (*главный редактор*)  
А.Б.Белевитин  
В.В.Бузунов (*ответственный секретарь*)  
И.В.Бухтияров  
А.Ю.Власов  
Л.Л.Галин (*заместитель главного редактора*)  
В.В.Жидик  
В.В.Иванов  
О.В.Калачев  
А.А.Калмыков  
А.Б.Леонидов  
Ю.В.Лобзин  
Ю.В.Мирошниченко  
А.Э.Никитин  
В.А.Новиков  
В.Е.Парфёнов  
И.В.Петреев  
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)  
И.Б.Максимов (Москва)  
И.Г.Мосягин (Калининград)  
Э.А.Нечаев (Москва)  
Ю.В.Сабанин (Москва)  
В.Б.Симоненко (Москва)  
Ю.Р.Ханкевич (Североморск)  
И.М.Чиж (Москва)

**Адрес редакции:**

194044, Санкт-Петербург,  
ул. Академика Лебедева, д. 6  
Тел. (812) 329-71-94

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

**Адрес в сети Интернет:**

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

*Non scholae, sed vitae discimus!*

# ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2011 \* НОЯБРЬ  
Т. 332 \* № 11

- *Концепция развития оториноларингологической помощи в Вооруженных Силах РФ*
- *Принципы лечения минно-взрывных ранений ЛОР-органов*
- *Внебольничная пневмония у военнослужащих внутренних войск МВД России в 2000–2010 гг.*
- *Гигиеническая оценка сочетанного воздействия шума и инфразвука на организм военнослужащих*
- *Новые технологии в разработке, производстве и использовании технических средств развертывания полевых медицинских частей и учреждений*
- *Военно-морские госпитали в России XVIII столетия*

МОСКВА  
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ  
«КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»


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

Говорун М.И., Кокорина О.В. — Концепция развития системы оказания оториноларингологической помощи в Вооруженных Силах РФ

4

*Govorun M.I., Kokorina O.V. — Concept of development of the provision of otorhinolaryngological care in the Armed Forces of the Russian Federation*

Попов А.П., Лановенко Ю.П., Павлова И.В. — Некоторые аспекты амбулаторно-поликлинической работы в современных условиях

14

*Popov A.P., Lanovenko Yu.P., Pavlova I.V. — Some aspects of outpatient work in modern conditions*


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

Белякин С.А., Егоров В.И., Лукьяненко А.В. — Общие принципы лечения минно-взрывных ранений ЛОР-органов

20

*Belyakin S.A., Egorov V.I., Lukyanenko A.V. — General principles of treatment of mine-explosive wounds of upper respiratory tract*

Плеханов В.Н. — О диагностическом значении бессимптомной бактериурии у военнослужащих по призыву

24

*Plekhanov V.N. — About the diagnostic significance of asymptomatic bacteriuria among the conscripts*

Хубулава Г.Г., Ивченко Е.В., Пайвин А.А., Кравчук В.Н., Юрченко Д.Л., Иващенко А.И., Диденко М.В., Лукьянов Н.Г., Пелешок А.С., Цыган Н.В., Любимов А.И., Наумов А.Б., Шорохов К.Н., Сухарев А.Е., Князев Е.А., Порембская И.А. — Опыт применения системы механической поддержки кровообращения «Incor» в качестве «моста к восстановлению» у больных с терминальной сердечной недостаточностью

29

*Khubulava G.G., Ivchenko E.V., Payvin A.A., Kravchuk V.N., Yurchenko D.L., Ivashchenko A.I., Didenko M.V., Lukyanov N.G., Peleshok A.S., Tsygan N.V., Lubimov A.I., Naumov A.B., Shorokhov K.N., Sukharev A.E., Knyazev E.A., Porembskaya I.A. — Experience of left ventricular assist device «Incor» as «bridge to recovery» implantation in patients with end stage congestive heart failure*

Шилов В.В., Батоцыренов Б.В., Васильев С.А., Шикалова И.А., Лоладзе А.Т. — Коррекция неспецифических повреждений при острых отравлениях наркотическими веществами из группы опиатных наркотиков у больных в критическом состоянии

36

*Shilov V.V., Batotsyrenov B.V., Vasilyev S.A., Shikalova I.A., Loladze A.T. — Correction of nonspecific damages in acute poisoning of substance from the group of opiate drug in patients in critical condition*


**Эпидемиология и инфекционные болезни**
**Epidemiology and infectious diseases**

Ярославцев В.В., Сабанин Ю.В., Каськов О.В., Рыбин В.В., Рикхтер В.В., Заволожин В.А. — Внебольничная пневмония у военнослужащих внутренних войск МВД России: особенности эпидемического процесса

40

*Yaroslavtsev V.V., Sabanin Yu.V., Kaskov O.V., Rybin V.V., Rikhter V.V., Zavolozhin V.A. — Community-acquired pneumonia among the conscripts of Interior Forces in Russia: characteristics of the epidemic process*


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

Ахметзянов И.М., Зинкин В.Н., Петреев И.В., Драган С.П. — Гигиеническая оценка сочетанного воздействия шума и инфразвука на организм военнослужащих

44

*Akhmetzyanov I.M., Zinkin V.N., Petreyev I.V., Dragan S.P. — Hygienic estimation of combined influence of noise and infrasound on the organism of military men*



**Авиационная  
и военно-морская медицина**

*Air and navy medicine*

Благинин А.А., Лизогуб И.Н. — Профиль-  
ная подготовка авиационных врачей

51

*Blaginin A.A., Lizogub I.N. — The profile  
of aviation training doctors*



**Военная фармация  
и медицинская техника**

*Military pharmacy  
and medical technique*

Яковлев С.В., Сидоров В.А., Корнюшко И.Г.,  
Медведев В.Р., Матвеев А.Г. — Примене-  
ние новых технологий в разработке,  
производстве и использовании техни-  
ческих средств развертывания полевых  
медицинских частей и учреждений

55

*Yakovlev S.V., Sidorov V.A., Kornyushko I.G.,  
Medvedev V.R., Matveyev A.G. — Applica-  
tion of new technologies in the design,  
manufacture and use of technology de-  
ployment of field medical units and estab-  
lishments*



**Краткие сообщения**

63

*Brief reports*



**По страницам зарубежной  
медицинской печати**

19,43  
50,54  
62

*From the foreign  
medical publications*



**Из истории  
военной медицины**

*From the history  
of military medicine*

Чиж И.М., Путило В.М., Трегубов В.Н.,  
Тимаков В.В. — К истории военного  
обучения в Первом Московском госу-  
дарственном медицинском университете  
имени И.М.Сеченова

75

*Chizh I.M., Putilo V.M., Tregubov V.N., Ti-  
makov V.V. — The history of military train-  
ing at the First Moscow State Medical  
University n. a. I.M.Sechenov*

Корнюшко И.Г., Яковлев С.В., Медведев В.Р.,  
Сидоров В.А. — Опыт развития техни-  
ческих средств развертывания этапов  
медицинской эвакуации

79

*Kornyushko I.G., Yakovlev S.V., Medvedev V.R.,  
Sidorov V.A. — Experience in development  
of deployment tools of medical evacuation  
stages.*

Костюк А.В. — Учреждение отечествен-  
ных военно-морских госпиталей в XVIII  
столетии

84

*Kostyuk A.V. — Establishment of national  
naval hospitals in the XVIII century*

Домогарова С.В. — Сызранский военный  
госпиталь

89

*Domogarova S.V. — Syzran Military Hos-  
pital*



**Официальный отдел**

93

*Official communications*



**Критика и библиография**

*Criticism and bibliography*

Мызников И.Л. — Новая книга о скри-  
нинговой диагностике уровня здоровья

95

*Myznikov I.L. — New book about the  
screening diagnostic of health level*

**CONTENTS**



© М.И.ГОВОРУН, О.В.КОКОРИНА, 2011  
УДК 616.21:355

## Концепция развития системы оказания оториноларингологической помощи в Вооруженных Силах РФ

ГОВОРУН М.И., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы  
КОКОРИНА О.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы

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

*Govorun M.I., Kokorina O.V. – Concept of development of the provision of otorhinolaryngological care in the Armed Forces of the Russian Federation. Discussed the necessity of development of the Concept of otorhinolaryngology in the Armed Forces in 2020, aims and objectives of the concept, the proposed solutions for implementation of the proposed concepts: standardization and differentiation of specialized otorhinolaryngological care; development of hospital-replace technologies, the introduction of innovative methods, development of monitoring and evaluation of care quality; staffing; optimization of medical supplies; improving of material and technical base; reform of medical records; creation of unified information and communication infrastructure; conduction of preventative works for healthy lifestyles.*

*К е у в о р д с: Russian Armed Forces, otorhinolaryngological support the concept of ENT care.*

### 1. Необходимость разработки концепции

Настоящая Концепция развития оториноларингологии в Вооруженных Силах Российской Федерации на период до 2020 г. (далее – Концепция) разработана в соответствии с основными задачами, стоящими перед медицинской службой ВС РФ, Стратегией социального развития Вооруженных Сил Российской Федерации на период до 2020 г., положениями Военной доктрины Российской Федерации 2010 г., с Концепцией развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г., с Посланием Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации 2010 г., Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г., Стратегией национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г.

Приоритетными задачами проводимых военных реформ являются повышение боеготовности войск, оптимизация их организационно-штатной структуры и численности, решение социальных про-

блем военнослужащих. Они затрагивают изменение количества и структуры сети военных *лечебно-профилактических учреждений* (ЛПУ); изменение состава и численности личного состава медицинской службы. Проводится уточнение количества и структуры прикрепленных контингентов, их перераспределение (перезакрепление) [1].

Важным условием производимых перемен являются сохранение качества и доступности медицинской помощи. Законным правом на медицинское обеспечение в военно-медицинских учреждениях ВС РФ пользуются около 7 млн человек: военнослужащие, пенсионеры МО РФ, члены их семей. При этом более половины военнослужащих не удовлетворены доступностью, объемом, качеством оказываемых медицинских услуг и медицинского обеспечения в целом. Выше четверти военнослужащих отмечают изношенность материально-технической базы военно-медицинских учреждений, нехватку современного медицинского оборудования. Треть военнослужащих и более 40% лиц гражданского персонала



питания и обучения военнослужащих, пропаганды здорового образа жизни.

Необходимо осуществлять обучение гигиеническим навыкам по соблюдению правил гигиены труда, режима труда

(в т. ч. учебы) и отдыха, режима и структуры питания, своевременного обращения за медицинской помощью и иных норм поведения, поддерживающих здоровье военнослужащих.

## Литература

1. *Белевитин А.Б.* Военная медицина приобретает дополнительные функции // Медицинский вестник. – 2010. – № 6 (511) // [Электронный ресурс]. URL: <http://medvestnik.ru/archive/2010/6/2822.html> (дата обращения 07.02.2011).

2. *Белевитин А. Б., Говорун М. И., Сыроежкин Ф.А.* Диспансеризация военнослужащих с заболеваниями ЛОР-органов // Воен.-мед. журн. – 2010. – Т. 331, № 11. – С. 4–7.

3. *Белевитин А.Б., Шелепов А.М., Савченко И.Ф., Никитин А.Э.* Основные направления в развитии специализированной медицинской помощи в Вооруженных Силах Российской Федерации // Воен.-мед. журн. – 2009. – Т. 330, № 12. – С. 15–23.

4. *Говорун М.И., Гофман В.Р., Кокорина О.В.* Стандарты организации оториноларингологической помощи в Вооруженных Силах РФ: Учеб.-метод. пособие / Под ред. *А.Б.Белевитина*. – СПб: ВМедА, 2010. – 225 с.

5. О совершенствовании системы управления качеством медицинской помощи в Вооруженных Силах Российской Федерации:

Директива начальника ГВМУ МО РФ от 16.05.2003 г. № 161/2/2379. – М., 2003. – 22 с.

6. Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации: Приказ Минздрава РФ, РАМН от 27.08.2001 г. № 344/76 // [Электронный ресурс]. URL: <http://www.voennoepravo.ru/node/3023> (дата обращения 08.02.2011).

7. Стратегия социального развития Вооруженных Сил Российской Федерации на период до 2020 г. / Утв. решением Коллегии Министерства обороны РФ 28.03.2008 // [Электронный ресурс]. URL: <http://www.zdrav.ru/library/regulations/detail.php?ID=26161> (дата обращения 08.02.2011)

8. *Шанно В.В.* Перспективы совершенствования медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации // Воен.-мед. журн. – 2008. – Т. 329, № 8. – С. 4–11.

9. *Шанно В.В., Столяр В.П., Зубков А.Д.* О разработке единого информационного пространства медицинской службы Вооруженных Сил и совершенствовании информационного обеспечения системы ее управления // Воен.-мед. журн. – 2007. – Т. 328, № 12. – С. 4–11.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК 614.2:355

## Некоторые аспекты амбулаторно-поликлинической работы в современных условиях

*ПОПОВ А.П., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса  
ЛАНОВЕНКО Ю.П., полковник медицинской службы в отставке  
ПАВЛОВА И.В.*

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

*Popov A.P., Lanovenko Yu.P., Pavlova I.V.* – Some aspects of outpatient care in the modern world. The problems of improvement of outpatient care are considered, methodology of more active implementation of hospitalization technologies, the use of day care, hospital at home is proposed. It is emphasized that the introduction of hospitalization technology makes it less than treatment in hospital costs to improve quality of life for huge numbers of patients.

*К е у w o r d s:* outpatient care, day care, hospitalization technology.

Одним из главных направлений реформирования здравоохранения в России является переориентация с дорогостоящей стационарной медицинской помощи на амбулаторный этап при по-

вышении качества медицинской помощи в целом (1, 5–8, 12). Амбулаторно-поликлиническое обслуживание – это ведущий и самый массовый вид медицинской помощи, здесь начинают и за-



канчивают лечение свыше 80% больных, а выделялось для этого всего  $\frac{1}{5}$  часть всех материально-технических ресурсов здравоохранения.

Наиболее рациональным перераспределением этих средств является внедрение на базе поликлинического звена стационарозамещающих технологий [7, 8]. Реструктуризация стационарного штатного и коечного фонда, перераспределение некоторого объема медицинской помощи из стационара в поликлинику диктуется и экономической, и медико-социальной целесообразностью.

Методология перевода части обслуживаемого контингента пациентов с больничного звена на поликлинический предусматривает два момента:

- увеличить возможности поликлиники по оказанию медицинской помощи;
- перенаправить из больничного звена пациентов, помощь которым может быть оказана в поликлинике. Таких больных в стационарах 20–50%, а причинами сложившегося положения являются устоявшиеся понятия, что «в больнице (госпитале) лучше», желание поликлинического врача снять с себя ответственность и др.

Сломать такой стереотип путем придания поликлинике роли равного в звене «поликлиника – больница», переосмыслить значение вторичной профилактики, внедрить экономически целесообразные стационарозамещающие технологии можно, решив следующие задачи:

- расширить перечень нозологических форм, подлежащих ведению в амбулаторных условиях;
- увеличить и оптимизировать объем специализированной медицинской помощи в поликлиническом звене;
- законодательно внедрить стационарозамещающие формы организации и оказания медицинской помощи;
- более широко применять межполиклиническую интеграцию по подготовке больных к плановому стационарному лечению;
- коренным образом улучшить медицинское снабжение поликлиник.

Категория больных, помощь которым может быть оказана в амбулаторных условиях, утверждается соответствующим

«Положением» конкретного учреждения. Нозологические формы, «снимаемые с госпитализации», обеспечиваются в поликлинике диагностическими, лечебными, материальными, правовыми условиями.

Объем и уровень специализированной медицинской помощи для каждой поликлиники различны и определяются количеством врачей, материально-техническим оснащением, профессиональной подготовкой медицинского персонала.

Для повышения качества лечебно-диагностической работы в условиях современного финансирования актуально взаимное использование имеющихся медицинских технологий в одной территориальной системе

Как правило, лечебно-профилактические учреждения одного региона имеют разные диагностические базы и пациенты направляются в стационар, где имеется тот или иной вид исследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, коронарография, венография и т. п.). При наличии системы взаимного использования диагностической базы большинство этих исследований можно проводить амбулаторно. Для таких исследований, как коронарография, необходимо предусмотреть новую форму – *краткосрочное пребывание* больного в стационаре.

Например, только амбулаторная подготовка больного хирургического профиля к плановой госпитализации несет ощутимый экономический эффект за счет сокращения предоперационного периода, а у больных терапевтического профиля за счет установления достоверного диагноза [7, 9].

Пациент, нуждающийся в плановой операции, получает карту предоперационного обследования (вкладыш в будущую историю болезни) и в установленные сроки амбулаторно обследуется. При отсутствии медицинских противопоказаний к хирургическому вмешательству больного с заполненной картой направляют на стационарное лечение.

Одним из главных направлений работы, способствующих уменьшению входящего потока пациентов на стационарное лечение, является расширение круга патологии, подлежащей оперативному



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК 616.21-001.4-08

# Общие принципы лечения минно-взрывных ранений ЛОР-органов

*БЕЛЯКИН С.А., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы запаса  
ЕГОРОВ В.И., профессор, полковник медицинской службы  
ЛУКЬЯНЕНКО А.В., профессор, полковник медицинской службы*

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

*Belyakin S.A., Egorov V.I., Lukyanenko A.V. — General principles of treatment of mine-explosive wounds of ENT-organs. The relevance of diagnosis and treatment of mine-explosive wounds ENT high. Treatment of explosives, Russian Academy of Sciences-the challenge and consists of a series of sequential steps that need to be applied, taking into account all the particularities of each injury. Concepts of specialized surgical care of the wounded are formulated. The main are: 1) one-stage surgical treatment of comprehensive primary wounds with detent of bone fragments, reconstruction of defects of soft tissue with positive wound and related fascial spatium drainage; 2) general intensive care during the postoperative period, including water-electrolytic balance correction, sympathetic block, controlled hemodilution and adequate analgesia; 3) intensive therapy of postoperative wounds, aimed at creating favorable conditions for its healing and includes targeted selective influence on hemophoresis in the wound and the local proteoclastic processes.*

*Key words: mine explosion wounds, surgical treatment of wounds, fixation of bone fragments, draining, suturing, intensive care.*

Современная эпоха, к сожалению, отличается увеличением количества террористических актов и военных действий локального характера. Этим обусловлена актуальность диагностики и лечения минно-взрывных ранений ЛОР-органов не только для военных оториноларингологов, но и для гражданских врачей, которые нередко первыми начинают оказывать помощь.

Ранения подразделяются на изолированные, множественные и сочетанные. При минно-взрывных поражениях, как правило, наблюдаются последние две группы. Под изолированными понимаются ранения одного анатомического органа (в ЛОР-специальности редки). К множественным относятся ранения двух и более ЛОР-органов. В сочетанных выделяются две группы. К первой группе относятся ранения ЛОР-органов, сопровождающиеся ранениями смежных областей (челюстно-лицевой области, орбиты, черепа). По данным В.Р.Гормак и соавт. (1994), повреждения ЛОР-органов в 33,6% сочета-

лись с травмой глаз, в 21,8% — с травмой челюстей. Во второй группе рассматриваются ранения ЛОР-органов, сопровождающиеся ранениями других областей тела (туловища, конечностей, грудной и брюшной полости, полости черепа).

Лечение минно-взрывных ран представляет собой сложную задачу и складывается из ряда последовательных приемов, которые нужно применять с учетом всех особенностей каждого ранения. Подчеркнем, что очень желателен хирургический консенсус из оториноларинголога, челюстно-лицевого хирурга и, часто, офтальмолога, нередко — нейрохирурга.

Исходя из сказанного, нами сформулированы следующие принципы специализированной хирургической помощи данной категории раненых.

1. Одномоментная исчерпывающая первичная хирургическая обработка раны с фиксацией отломков костей, восстановлением дефектов мягких тканей, приточно-отточным дренированием раны и смежных клетчаточных пространств.





В нашем сообщении мы на основании собственного опыта лечения лиц с огнестрельными ранениями ЛОР-органов (минно-взрывные поражения являются наиболее частыми и тяжелы-

ми) хотели напомнить узловые моменты оказания хирургической помощи при этой патологии и подчеркнуть обязательную необходимость их выполнения.

### Литература

1. Бейкер У., Кокс П., Уэстайн П. Взрывные явления. Оценка и последствия: Пер. с англ. — М.: Мир, 1986. — Кн. 2. — 382 с.
2. Бисенков Л.Н., Гуманенко Е.К. Хирургическая тактика при минно-взрывных ранениях // Вестн. хир. — 1990. — Т. 145, № 10. — С. 51–55.
3. Бузиновский И.П. Клинические и структурные особенности системы специализированной оториноларингической помощи в вооруженном конфликте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб: ВМедА, 2004. — 16 с.
4. Гофман В.Р., Янов Ю.К., Дискаленко В.В. Структура слуховых нарушений и объем специализированной медицинской помощи при минно-взрывной травме // Специализированная медицинская помощь при боевой патологии. — М., 1991. — С. 84–85.
5. Дедушкин В.С., Косачев И.Д., Ткаченко С.С. Оказание медицинской помощи и объем лечения пострадавших с взрывными повреждениями // Воен.-мед. журн. — 1992. — № 1. — С. 11–14.
6. Нечаев Э.А., Грицанов А.И., Фомин Н.Ф., Миннуллин И.П. Минно-взрывная травма. — СПб: Альд, 1994. — 487 с.
7. Фокин Ю.Н. Основные направления совершенствования квалифицированной и неотложной специализированной хирургической помощи в вооруженном конфликте: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.
8. Янов Ю.К., Гречко А.Т. Боевые повреждения в локальных войнах. Травма головного мозга, слуховой и вестибулярной системы при взрывах (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). — СПб: ЭЛБИ-СПб, 2001.

© В.Н. ПЛЕХАНОВ, 2011  
УДК 616.637-057.36

## О диагностическом значении бессимптомной бактериурии у военнослужащих по призыву

ПЛЕХАНОВ В.Н., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы

Военный госпиталь космодрома «Плесецк», г. Мирный, Архангельская область

*Plekhanov V.N. — About the diagnostic significance of asymptomatic bacteriuria among the conscripts. For determination of the significance of asymptomatic bacteriuria (AB) among the conscripts in the North was performed a comparative study of 101 volunteers who had no complaints and urinary tract infection (UTI) and a history of 206 patients treated at the stationary UTI. Diagnostically important AB in soldiers was 3% and corresponded to inflammation of the urethra and prostate. Negative impact of subextreme conditions of service in the development of AB from the soldiers in the 12 months has not been established. AB in young men in 27% of such cases was accompanied by leukocyturia, in 36% with bacteriuria, determined by the overall analysis of urine, which is a comprehensive method of identifying the primary UTI.*

*Key words: asymptomatic bacteriuria, conscripts, North.*

До настоящего времени единственным повсеместно применяемым и обязательным для всех, позволяющим составить косвенное представление о наличии инфекций мочевыводящих путей (ИМП) у мужчин молодого возраста как при призыве на военную службу, так и во время нее, методом диагностики является общий анализ мочи. В 1960 г. Е.Н.Касс пред-

ложил концепцию «клинически значимой» бактериурии, которая привела к использованию количественных микробиологических методов в диагностике ИМП [3]. Понятие ИМП предполагает наличие любых микроорганизмов в мочевых путях, в норме являющихся стерильными [6, 8]. Из ИМП выделяют бессимптомную бактериурию (ББ) — обнаружение опре-



деленного количества бактерий из правильно собранного анализа мочи, полученного от лиц, не имеющих симптомов ИМП [1, 7].

ББ часто выявляют у людей пожилого возраста, беременных женщин, пациентов с постоянным мочевым катетером, больных сахарным диабетом. Распространенность ББ у здоровых женщин увеличивается с возрастом (от 1% среди школьников до 20% и более у женщин 80 лет и старше), у мужчин старше 60 лет она составляет 6–15%, сведений о распространенности ББ у здоровых мужчин молодого возраста не имеется [7].

До настоящего времени нет однозначного мнения о влиянии ББ на развитие других ИМП и целесообразности антибиотикотерапии ББ. Одни авторы считают, что ББ значительно усугубляет риск развития ИМП, особенно при состояниях, сопровождающихся снижением иммунорезистентности организма, другие полагают, что ББ редко ассоциируется с неблагоприятными последствиями и неназначение антибиотиков не сопровождается повышенным риском развития инфекций у большинства пациентов. Антибактериальная терапия рекомендуются только в отношении беременных женщин, мужчин перед трансуретральной резекцией простаты, а также больных перед другими травматическими урологическими вмешательствами [6].

У пациентов пожилого возраста с ББ антимикробная терапия не предотвращает развитие симптомов ИМП и не увеличивает выживаемость, но ассоциируется с высокой частотой побочных реакций и повышенным риском развития устойчивых микроорганизмов. Кроме того, она сопряжена с необоснованными финансовыми расходами [2, 4].

Диагностически значимым уровнем ББ считают выделение одного штамма уропатогена (в большинстве случаев одного рода бактерий) в количестве  $\geq 10^5$  КОЕ/мл в двух образцах мочи, собранных с интервалом  $\geq 24$  ч [5]. Согласно практическим рекомендациям Американского общества инфекционных болезней по диагностике и лечению ББ у взрослых, диагноз ББ у мужчин без симптомов ИМП может быть установлен при

однократном выделении в анализе мочи уропатогена в количестве  $\geq 10^5$  КОЕ/мл (категория доказательности – В-III). Бессимптомная бактериурия сопровождается лейкоцитурией у  $\approx 32\%$  молодых женщин, в отношении мужчин молодого возраста данных нет [7].

Рассматривая патогенез ИМП в контексте взаимодействия микро- и макроорганизма, нельзя не учитывать состояние естественного иммунитета организма больного, особенно когда речь идет о мужчинах молодого возраста, проходящих военную службу в местности, приравненной к районам Крайнего Севера. Наличие ББ в указанных условиях может стать причиной развития более тяжелых ИМП, в связи с чем ее изучение у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, представляется актуальным.

**Целью исследования** стало определение значимости ББ у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в условиях Севера. Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи.

1. Установить частоту встречаемости ББ у указанного контингента в условиях Севера.

2. Оценить влияние субэкстремальных условий военной службы на развитие ББ у военнослужащих по призыву.

3. Изучить связь ББ и лейкоцитурии, их информативность в диагностике ИМП у мужчин молодого возраста.

### Материал и методы

Среди военнослужащих по призыву, возраст которых составил  $20,3 \pm 0,5$  года, проведено сравнительное исследование 101 добровольца, не имеющего жалоб и ИМП в анамнезе и 206 пациентов, проходивших по поводу ИМП лечение в урологическом отделении военного госпиталя космодрома «Плесецк» в 1998–2009 гг.

Всем исследуемым-добровольцам 1-й группы в амбулаторных условиях с января 2010 г. по май 2011 г. трехкратно с интервалом 24–72 ч выполняли общие анализы и бактериологическое исследование мочи. Идентификацию возбудителей ИМП проводили путем посева мочи на 5% кровяной агар с определением



## Литература

1. *Иремашвили В.В.* Инфекции мочевыводящих путей: современный взгляд на проблему // Рус. мед. журн. – 2007. – Т. 15, № 29. – С. 2231–2237.
2. *Ушкалова Е.А.* Фторхинолоны в лечении инфекций мочевыводящих путей: современное состояние вопроса // Фарматека. – 2005. – № 16 (111). – С. 15–21.
3. *Kass E.H.* Bacteriuria and pyelonephritis of pregnancy // Arch. Intern. Med. – 1960. – N 105. – P. 194–198.
4. *McMurdo Met.* Urinary tract infection in old age // Age Ageing. – 2000. – N 29. – P. 297–298.
5. *Naber K.G., Bishop M.C., Bjerklund-*

*Johansen T.E.* et al. Guidelines on the management of urinary and male genital tract infections // European Association of Urology (update 2006). – 2006. – P. 12.

6. *Nicolle L.E.* A practical guide to antimicrobial management of complicated urinary tract infections // Eur. Urol. – 2001. – N 40. – P. 576–588.

7. *Nicolle L.E., Bradley S., Colgan R.* et al. Infectious diseases society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults // Clin. Infect. Dis. – 2005. – N 40. – P. 643–654.

8. *Stamm W.E.* Scientific and clinical challenges in the management of urinary tract infections // Am. J. Med. – Vol. 113 (1A). – P. 1–4.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК 616.12-008.46-08

## Опыт применения системы механической поддержки кровообращения «Incor» в качестве «моста к восстановлению» у больных с терминальной сердечной недостаточностью

*ХУБУЛАВА Г.Г., лауреат Государственной премии РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса*  
*ИВЧЕНКО Е.В., доцент, подполковник медицинской службы*  
*ПАЙВИН А.А., профессор*  
*КРАВЧУК В.Н., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса*  
*ЮРЧЕНКО Д.Л., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса*  
*ИВАШЕНКО А.И., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса*  
*ДИДЕНКО М.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса*  
*ЛУКЪЯНОВ Н.Г., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы*  
*ПЕЛЕШОК А.С., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы*  
*ЦЫГАН Н.В., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы*  
*ЛЮБИМОВ А.И., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы*  
*НАУМОВ А.Б., кандидат медицинских наук*  
*ШОРОХОВ К.Н., кандидат медицинских наук*  
*СУХАРЕВ А.Е., майор медицинской службы*  
*КНЯЗЕВ Е.А., капитан медицинской службы*  
*ПОРЕМБСКАЯ И.А.*

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

*Khubulava G.G., Ivchenko E.V., Payvin A.A., Kravchuk V.N., Yurchenko D.L., Ivaschenko A.I., Didenko M.V., Lukyanov N.G., Peleshok A.S., Tsygan N.V., Lubimov A.I., Naumov A.B., Shorokhov K.N., Sukharev A.E., Knyazev E.A., Porembskaya I.A.* – Experience of left ventricular assist device «Incor» as «bridge to recovery» implantation in patients with end stage congestive heart failure. – *Left ventricular assist device «Incor» («Berlinhear», Germany) implantation experience in patient with ischemic cardiomyopathy and severe congestive heart failure is presented. Left ventricular assist device implantation was followed by coronary artery bypass grafting simultaneously. Total assist time was 211 days. Complications developed during assisting time are shown. After Left ventricular assist device explantation three chamber pacemaker was implanted as cardiac resynchronization therapy. Left ventricular end diastolic size decreased (from 78 to 70 mm), ejection fraction increased (from 19 to 35%) during assist time.*

*К е у в о р д s:* congestive heart failure, left ventricle assist device, «Incor», surgical treatment of congestive heart failure.

**В**ведение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), по определению Европейского общества кардиологов, –

это патофизиологический синдром, при котором в результате того или иного заболевания сердечно-сосудистой системы



происходит снижение насосной функции, что приводит к несоответствию между гемодинамической потребностью организма и возможностями сердца [1].

Основными причинами, приводящими к развитию этого состояния, служат ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда как ее осложнение. До 70% пациентов с ХСН страдают именно этими нозологическими формами. Другими причинами, приводящими к развитию ХСН, являются дилатационная кардиомиопатия, ревматические пороки сердца, *артериальная гипертензия* (АГ), сахарный диабет [1]. В настоящее время в России около 8 млн человек имеют четкие признаки ХСН, из которых около 3,4 млн – в ее терминальной стадии. Смертность больных с наличием клинически выраженной ХСН в течение 1 года составляет примерно 26–29%, т. е. за 1 год в России вследствие прогрессирования ХСН умирают около 1 млн человек [2].

Стратегия лечения ХСН заключается в уменьшении ее выраженности, замедлении прогрессирования и улучшении прогноза для жизни больного. При этом применяют различные виды лечения в зависимости от тяжести *сердечной недостаточности* (СН). Согласно рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов и общества специалистов по сердечной недостаточности, медикаментозное лечение ХСН начинают с *ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента* (и-АПФ). Препараты этого класса назначают всем пациентам с ХСН независимо от функционального класса при отсутствии противопоказаний. Данные лекарственные средства снижают выраженность симптомов ХСН, улучшают качество жизни, замедляют прогрессирование заболевания и улучшают прогноз [3].

При дальнейшем развитии ХСН, начиная со II функционального класса (ФК), к проводимой терапии целесообразно добавлять *β-адреноблокаторы* (β-АБ). Они блокируют влияние катехоламинов на β-адренергические рецепторы, уменьшая гиперактивацию *ренин-ангиотензиновой системы* (РААС), уменьшают объем гипертрофированного миокарда, степень ишемии миокарда в покое и при

физической нагрузке. В целом было показано, что назначение β-АБ снижает смертность больных с декомпенсацией на 29%.

Третья группа препаратов, применяемых для коррекции ХСН, – это антагонисты альдостерона. Их целесообразно назначать к и-АПФ и β-АБ при III–IV ФК ХСН в качестве нейрогуморального регулятора, более полно блокирующего РААС, улучшающего прогноз пациентов с ХСН. В исследовании Randomized Aldactone Evaluation Study (RALES) показано, что назначение верошпирона к и-АПФ и β-АБ снижало риск как внезапной смерти, так и связанной с развитием декомпенсации ХСН на 27%. В настоящее время сочетание и-АПФ, β-АБ и антагонистов альдостерона служит наиболее рациональной схемой лечения пациентов с тяжелой ХСН.

Следующей линией в лечении тяжелой ХСН являются диуретики. Они применяются в комплексной терапии ХСН совместно с и-АПФ, β-АБ и антагонистами альдостерона при недостаточности их эффективности и развитии отеочного синдрома.

Сердечные гликозиды назначают при наличии *мерцательной аритмии* (МА) или снижении сократительной способности миокарда – *фракция выброса* (ФВ) <30%.

В случае недостаточной эффективности максимальной медикаментозной терапии выполняют хирургические методы коррекции ХСН (см. таблицу). Они включают в себя операции по реваскуляризации миокарда, применение устройств для сердечной ресинхронизирующей терапии, имплантацию систем *механической поддержки кровообращения* (МПК), трансплантацию сердца [4, 5].

#### Цель исследования

Продемонстрировать вышеуказанную лечебную стратегию на примере клинического случая коррекции терминальной ХСН ишемического генеза.

#### Материал и методы

Пациент К., 50 лет, поступил в 1-ю клинику хирургии (ХУВ-1) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова



## Коррекция неспецифических поражений при острых отравлениях наркотическими веществами из группы опиатных наркотиков у больных в критическом состоянии

ШИЛОВ В.В., профессор  
БАТОЦЫРЕНОВ Б.В., доктор медицинских наук  
ВАСИЛЬЕВ С.А., доктор медицинских наук  
ШИКАЛОВА И.А.  
ЛОЛАДЗЕ А.Т.

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург

*Shilov V.V., Batotsyrenov B.V., Vasilyev S.A., Shikalova I.A., Loladze A.T. – Correction of nonspecific damages in acute poisoning of substance from the group of opiate drug in patients in critical condition. The obtained materials were received in the process of examination and treatment of 134 patients in the early phase of severe acute poisoning with the development of opiate toxicohypoxic encephalopathy using a corrector of tissue metabolism Cytoflavinum. Positive clinical results were achieved: reduction of length of stay of patients in a comatose state, reduction of incidence of pulmonary complications and mortality. The results of immunological studies have established immunomodulatory effects of cytoflavinum in patients with severe acute poisoning opiates. These biochemical studies have shown that the effects cytoflavinum realized largely due to its ability correct the effects of tissue hypoxia.*

*К е у w o r d s: acute poisoning opiates, toxicohypoxic encephalopathy, cytoflavinum.*

Тяжесть состояния больных, находящихся в критическом состоянии, обусловлена гипоксией, эндотоксикозом и иммуносупрессией [5]. Это положение справедливо и для больных реанимационного профиля с острыми тяжелыми отравлениями. Следует добавить, что вышеперечисленные нарушения развиваются на фоне специфических механизмов действия ядов [4]. Коррекция неспецифических поражений в ранней фазе острых отравлений наркотическими веществами из группы опиатных наркотиков представляет актуальную задачу клинической токсикологии.

Одним из перспективных направлений в этой области является использование корректоров тканевого метаболизма из группы сукцинатов, например цитофлавина [2, 3, 6]. Комплексный метаболический антигипоксикант цитофлавин представляет собой сбалансированный комплекс из двух метаболитов (янтарная кислота, рибоксин) и двух коферментов-витаминов – рибофлавина-моноклеотида (витамин В<sub>2</sub>) и никотинамида (витамин РР). Показанием к назначению цитофлавина является тяжелое состояние больных, обусловленное

острым отравлением наркотическим веществом с явлениями острой дыхательной недостаточности, вследствие чего всем больным проводится искусственная вентиляция легких.

### Цель исследования

Оценить результаты использования цитофлавина в интенсивной терапии в ранней фазе острых отравлений наркотическими веществами из группы опиатных наркотиков.

### Материал и методы

Исследование проведено в отделении реанимации Центра лечения острых отравлений НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе в процессе лечения 134 больных в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Распределение больных по группам осуществляли следующим образом: 1-я – больные, в интенсивную терапию которых был включен цитофлавин (95 человек); 2-я – получавшие традиционную интенсивную терапию (39 человек). Возраст пациентов 1-й группы составил  $35,6 \pm 3,0$  года, 2-й –  $36,3 \pm 3,3$  года.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК 616.24-002-057.36-036.22

## Внебольничная пневмония у военнослужащих внутренних войск МВД России: особенности эпидемического процесса

ЯРОСЛАВЦЕВ В.В., подполковник медицинской службы<sup>1</sup>  
САБАНИН Ю.В., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,  
генерал-майор медицинской службы<sup>2</sup>  
КАСЬКОВ О.В., полковник медицинской службы<sup>2</sup>  
РЫБИН В.В., полковник медицинской службы<sup>1</sup>  
РИХТЕР В.В., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы в отставке<sup>1</sup>  
ЗАВОЛОЖИН В.А., кандидат медицинских наук, капитан медицинской службы<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Главный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора внутренних войск МВД России, Москва; <sup>2</sup>Военно-медицинское управление Главного командования внутренних войск МВД России, Москва

*Yaroslavtsev V.V., Sabanin Yu.V., Kaskov O.V., Rybin V.V., Rikhter V.V., Zavolozhin V.A. – Community-acquired pneumonia among the conscripts of Interior Forces in Russia: characteristics of the epidemic process. The dynamics of the incidence and characteristics of community-acquired pneumonia among the servicemen at the call of Interior Forces of Russia during the period 2000–2010 is analyzed. High frequency of pneumonia among the conscripts is provided by a number of factors: immunodepression during the period of adaptation to military service, the presence of a substantial portion of chronic respiratory disease, chill, overcrowded accommodation in the barracks and the «mixing factor». In recent years the level of this disease has had a positive effect of specific prophylaxis of pneumococcal infections and the transition period of one year of compulsory military service.*

*Key words: community-acquired pneumonia, especially in the epidemiology of community-acquired pneumonia troops, the incidence of community-acquired pneumonia conscripts.*

Внутренние войска МВД России в составе 7 региональных командований (РК) дислоцированы на территориях Российской Федерации, различающихся по уровню социально-экономического развития и климатическим условиям, что во многом определяет интенсивность служебно-боевой деятельности и условия размещения личного состава. Эти обстоятельства влияют на здоровье военнослужащих, в т. ч. на заболеваемость внебольничной пневмонией (ВП), которая представляет одну из актуальных проблем из-за значительного ущерба здоровью, длительной госпитализации и возможных осложнений.

Заболеваемость ВП военнослужащих по призыву существенно выше, чем военнослужащих по контракту (рис. 1).

Высокой частоте ВП у личного состава этой категории способствует ряд факторов, в т. ч. иммуносупрессия в период адаптации к военной службе, наличие у значительной части хронической патологии органов дыхания, переохлаждение организма, переуплотненное размещение в казармах и «фактор перемешивания».

В последние годы на уровень заболеваемости ВП военнослужащих по призыву оказала влияние специфическая профилактика пневмококковой инфекции и переход этого контингента на один год службы.

Выделены два периода развития эпидемического процесса ВП у этого контингента. Первый период – довакцинальный (2000–2001 гг.), второй – пе-



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК 613.644.057.36

## Гигиеническая оценка сочетанного воздействия шума и инфразвука на организм военнослужащих

*АХМЕТЗЯНОВ И.М., профессор, полковник медицинской службы запаса<sup>1</sup>  
ЗИНКИН В.Н., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке<sup>1</sup>  
ПЕТРЕЕВ И.В., профессор, полковник медицинской службы запаса<sup>1</sup>  
ДРАГАН С.П., кандидат технических наук<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И.Бурназяна, Москва

*Akhmetzyanov I.M., Zinkin V.N., Petreyev I.V., Dragan S.P. – Hygienic estimation of combined influence of noise and infrasound on the organism of military men. Combined influence of noise and infrasound is accompanied by essential increase of risk of development neurosensory deafness and hypertensive illness. At combined influence of noise and infrasound with a maximum of a spectrum in the field of a sound range the probability of development neurosensory deafness will prevail. Thus probability of development of pathology of ear above the values established ISO 1999:1990. In a case if the spectrum maximum is necessary on an infrasonic range the probability of development of a hypertensive illness.*

*К е y w o r d s: combined influence of noise and infrasound, risk of hearing loss, hypertensive illness.*

**И**нтенсивные акустические колебания, возникающие при эксплуатации большинства технических средств, — один из ведущих факторов воинского труда, который требует его адекватной гигиенической оценки.

Действие на организм акустических колебаний, в спектре которых преобладают частоты звукового (слышимого) диапазона, т. е. шума, обуславливает развитие специфической (профессиональной) патологии слухового анализатора — *нейросенсорной тугоухости* (НСТ) и неспецифической (производственно обусловленной) патологии в виде *артериальной гипертензии* (АГ) и вегетососудистой дистонии [1, 3, 6]. Инфразвук (акустические колебания с частотами ниже слышимых человеком) способствует формированию у работников заболеваний органов дыхания, сердечно-сосудистой и нервной систем, а также органа слуха [5]. Известно, что одновременное действие акустических колебаний разных частотных диапазонов может приводить к изменению клинических проявлений шумовой патологии.

### Цель работы

Исследовать условия труда военнослужащих, подвергающихся воздействию акустических колебаний, и выявить особенности сочетанного действия шума и инфразвука.

### Материал и методы

Исследована акустическая обстановка и условия труда трех групп военных специалистов: 1-я группа — *инженерно-технический состав* (ИТС) авиации, 2-я — водители тяжелых наземных транспортных средств, 3-я — члены экипажей *кораблей на воздушной подушке* (КВП).

Измерения шума и инфразвука выполнены в соответствии с действующими нормативными документами [2, 10, 11] на рабочих местах ИТС при подготовке летательных аппаратов (самолетов, вертолетов) к полетам на аэродроме, в кабинах наземных транспортных средств при стоянке и движении техники, на боевых постах и в обитаемых помещениях КВП во время выходов в море. При оценке условий труда на рабочих местах особое внимание уделялось максимальным



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК 613.693:614.25

## Профильная подготовка авиационных врачей

БЛАГИНИН А.А., профессор, полковник медицинской службы запаса  
ЛИЗОГУБ И.Н., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке

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

*Blaginin A.A., Lizogub I.N. — The profile training of aviation doctors. Authors consider the trends of training doctors in the specialty «physician in aerospace medicine». First level is initial training for faculty training of doctors. The higher level is vocational retraining and advanced training in the departments of postgraduate and further education. It solved the issues of preparation of specialists in various areas of aviation medicine: medical-chairman of the Flight Commission, an expert medical doctor-flight expert committee, a specialist laboratory (Cabinet) of Aviation Medicine, the Medical Director of Aviation (enterprise, organization), etc. The highest level of training is residency. The necessity of legislative consolidation of an independent direction for the organization of training and medical support of aviation operations is proved.*

*К е у о р д s: aviation medicine, training of aviation doctors, the stages of preparation.*

Масштабные преобразования в военной организации государства, связанные с формированием перспективного облика *Вооруженных Сил Российской Федерации* (ВС РФ), ведут к принципиальным преобразованиям в подготовке военных кадров, в т. ч. и для *Военно-воздушных сил* (ВВС). За последнее время существенной корректировке подверглась и система подготовки медицинских специалистов для государственной авиации РФ.

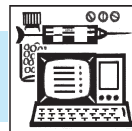
Основу профильной подготовки врачей-специалистов для медицинского обеспечения полетов авиации составляет авиационная медицина — комплексная наука, включающая как профилактические, так и лечебные учебные дисциплины. Возникнув более ста лет назад из необходимости медицинского освидетельствования воздухоплатователей на предмет их пригодности по состоянию здоровья к летной деятельности, авиационная медицина включала такие клинические дисциплины, как терапия, хирургия, неврология, оториноларингология, офтальмология.

Развитие авиационной техники и практика медицинского обеспечения полетов потребовали развития не толь-

ко клинических направлений авиационной медицины, но и профилактических — авиационной физиологии, гигиены, токсикологии, а также смежных дисциплин — авиационной психологии, эргономики, авариологии. Объединяет все эти направления раздел авиационной медицины — физиология летного труда.

Физиология летного труда является фундаментальным звеном авиационной медицины и касается, прежде всего, побудительных мотивов ее развития, с прикладной областью знаний, связанной с настоятельной необходимостью медицинского обеспечения полетов. Эта необходимость диктуется сложностью и опасностью профессиональной деятельности летного состава, успешность осуществления которой напрямую связана с состоянием здоровья. Из-за воздействия совокупности неблагоприятных факторов профессиональной деятельности на членов экипажей воздушных судов летный труд отнесен к категории опасного, напряженного и тяжелого, имеющего особый характер, что требует специальных методов контроля за состоянием здоровья летного состава.





© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК 615.47:355

## Применение новых технологий в разработке, производстве и использовании технических средств развертывания полевых медицинских частей и учреждений

ЯКОВЛЕВ С.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы<sup>1</sup>  
СИДОРОВ В.А., полковник в отставке<sup>2</sup>  
КОРНЮШКО И.Г., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,  
генерал-майор медицинской службы в отставке<sup>3</sup>  
МЕДВЕДЕВ В.Р., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,  
полковник медицинской службы запаса<sup>2</sup>  
МАТВЕЕВ А.Г., подполковник медицинской службы в отставке<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Главное военно-медицинское управление МО РФ, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Научно-исследовательский испытательный институт (военной медицины) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; <sup>3</sup>Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва; <sup>4</sup>Филиал № 3 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, Москва

*Yakovlev S.V., Sidorov V.A., Korniyushko I.G., Medvedev V.R., Matveyev A.G. — Application of new technologies in the design, manufacture and use of technology deployment of field medical units and establishments. Presented data is about attendance means of deployment of field medical units and pieces of army-level medical services and disaster medicine Defense Ministry did not ensure compliance with requirements to create optimal conditions for highly effective work of the medical staff, placing the wounded, the use of modern aids and appliances. The prospects of creation of mobile unit for high-availability modular pre-fabricated on the basis of tent structures, pneumoconstructions and removable habitable bodies, containers, tents, pneumocovers till 2020 are analyzed. Livelihood systems provide armor protection against fragments, bullets, flames, damaging factors of chemical and biological weapons.*

*К е у о р д с: Emergency Medicine Service of the Russian Federation Ministry of Defense, the field of medical, technical, deployment tools, modules based on body-containers, Inflatable structures.*

В период формирования нового облика Вооруженных Сил РФ, в т. ч. и медицинской службы, ведутся работы по поиску новых, экономически выгодных подходов к организации оказания медицинской помощи раненым в ходе боевых действий и миротворческих операций, а также пострадавшим в чрезвычайных ситуациях мирного времени и развития современных средств развертывания медицинских подразделений, частей и полевых госпиталей.

В настоящее время при организации лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск в локальных войнах, вооруженных конфликтах и миротворческих операциях, а также при ликви-

дации последствий крупных катастроф и стихийных бедствий первая врачебная помощь (ПВП) и квалифицированная медицинская помощь (КМП) раненым, больным и пораженным (далее — раненым) в полевых условиях оказываются врачами-специалистами в медицинских ротах бригад, отдельных медицинских отрядах (омедо) армейских медицинских бригад, медицинских отрядах специального назначения — медоСпН — военных округов, отдельных медицинских отрядах воздушно-десантных дивизий (омедо вдд) и военных полевых госпиталях с применением табельного медицинского имущества с целью устранения тяжелых, угрожающих жизни последствий и осложне-

## Мобильные лечебно-диагностические системы для развертывания этапов медицинской эвакуации



Единая технологическая система для оказания квалифицированной медицинской помощи



Работа в операционном модуле операционно-реанимационного отделения



Модуль интенсивной терапии (вид изнутри)

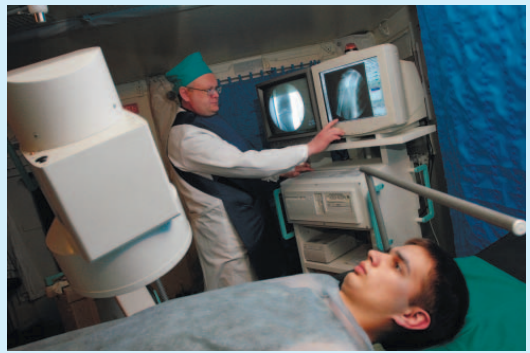


Внутреннее пространство сопряженных стыковочных модулей операционно-реанимационного отделения

Выполнение мероприятий интенсивной терапии

*Материал о технических средствах развертывания этапов медицинской эвакуации опубликован в рубрике «Военная фармация и медицинская техника»*

## Мобильные лечебно-диагностические системы для развертывания этапов медицинской эвакуации



## Мобильные лечебно-диагностические системы для развертывания этапов медицинской эвакуации



Подвижный комплекс заготовки крови



Работа в донорском отделении комплекса



Стерилизационное отделение модуля комплексного технического обеспечения



Палата интенсивной терапии в пневмокаркасном медицинском сооружении



Полевой подвижный стоматологический комплекс



Медицинская технологическая система в новых средствах развертывания палаточного типа, сопряженная с функциональными модулями в кузовах-контейнерах

## Мобильные медицинские комплексы для развертывания этапов медицинской эвакуации



*a*

Комплекс врачебной помощи подвижной:  
*a* – развертывание на местности,  
*б* – перевязочная (вид изнутри)



*б*

Подвижный рентгенодиагностический комплекс (вид сверху)



*a*

Мобильный полевой модуль управления медицинского отряда специального назначения:  
*a* – развертывание на местности, *б* и *в* – вид изнутри



*б*



*в*

Материал о технических средствах развертывания этапов медицинской эвакуации опубликован в рубрике «Военная фармация и медицинская техника»



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК [61:355](091)(07.07)

## К истории военного обучения в Первом Московском государственном медицинском университете имени И.М.Сеченова

*ЧИЖ И.М., заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАМН, профессор, генерал-полковник медицинской службы в отставке  
ПУТИЛО В.М., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
ТРЕГУБОВ В.Н., профессор, полковник медицинской службы  
ТИМАКОВ В.В., полковник медицинской службы*

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Москва

*Chizh I.M., Putilo V.M., Tregubov V.N., Timakov V.V. — The history of military training at the First Moscow State Medical University n. a. I.M.Sechenov. In 2011, the oldest medical educational institution of Russia — the First Moscow State Medical University n. a. I.M.Sechenov celebrates 85 years of military training. Passing not easy, but at the same time, glorious path of military training in First MG MU n. a. I.M.Sechenov today occupies a key place in the training of military physicians.*

*К е у в о р д с: academic military center, military training, First MG MU n. a. I.M.Sechenov.*

В 2011 г. исполнилось 85 лет военному обучению в старейшем медицинском образовательном учреждении России — Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова). Согласно постановлению Центрального исполнительного комитета и Совета народных комиссаров СССР от 20 августа 1926 г., утвердившему «Положение о порядке прохождения высшей допризывной военной подготовки и действительной службы в Рабоче-Крестьянской Красной Армии гражданами, обучающимися в вузах и техникумах и окончивших их», в 1926/27 учебном году впервые в учебные план и программы медицинского факультета Московского университета были включены военно-санитарные предметы.

Становление военного обучения было непростым — не хватало профессорско-преподавательского состава, помещений, боевой техники и оружия, учебников, наглядных пособий. Первоначально для военного кабинета была выделе-

на лишь небольшая комната, половину которой занимала круглая железная печь. Несмотря на трудности, уже 1 октября 1926 г. начались плановые занятия со студентами по военно-санитарным дисциплинам.

Пройдя нелегкий, но славный путь развития, военное обучение в Первом МГМУ им. И.М.Сеченова сегодня занимает важное место в системе подготовки врачей. Значительная роль в общем руководстве военно-медицинским обучением принадлежала начальникам учебных подразделений, в разные годы возглавлявшим: военный кабинет медицинского факультета Московского университета — с 1926 по 1930 г. А.А.Самойло, военный кабинет 1-го Московского медицинского института — с 1930 по 1936 г. профессор В.И.Егорьев, санитарно-оборонную кафедру 1-го Московского медицинского института — с 1936 по 1938 г. доцент А.И.Бурназян, с 1939 по 1955 г. — профессор Г.М.Попов. В 1940 г. кафедра переименовывается в военную кафедру 1-го Московского ордена Ленина ме-

## Военное обучение в Первом Московском государственном медицинском университете имени И.М.Сеченова



Офицеры учебного военного центра при Первом МГМУ им. И.М.Сеченова на праздновании Дня Победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. На переднем плане в центре ректор член-корреспондент РАМН **П.В.Глыбочко** и проректор по связям с общественностью и воспитательной работе член-корреспондент РАМН генерал-полковник медицинской службы в отставке **И.М.Чиж**

Отработка студентами Первого МГМУ им. И.М.Сеченова эвакуации раненых с поля боя на учебном сборе в войсках



Проведение студентами санитарной обработки пораженных в ходе учения

Учебный сбор в войсках: отработка оказания первой помощи раненым



*Материал об истории военного обучения в Первом МГМУ им. И.М.Сеченова читайте в этом номере журнала*



обучения, практической направленностью обучения, в т. ч. аудиторными занятиями в учебной медицинской роте, прохождением студентами после 4-го курса учебного сбора в войсках, а после 5-го курса – войсковой стажировки.

Поступление студентов в УВЦ осуществляется в добровольном порядке на основании договора между гражданином и Министерством обороны РФ о дополнительном изучении им программы военной подготовки в объеме 1500 учебных часов с последующим прохождением выпускником военной службы по контракту в Вооруженных Силах РФ, других войсках, воинских формированиях и органах в течение трех лет.

Подводя итог истории военного обучения в Первом МГМУ им. И.М.Сеченова

необходимо отметить, что за пройденные годы было подготовлено около 80 тыс. офицеров медицинской службы запаса, которые профессионально применяли полученные знания и навыки как в мирное, так и в военное время.

Сегодня учебный военный центр при Первом МГМУ им. И.М.Сеченова и работающий в нем профессорско-преподавательского состав обеспечивают проведение учебных занятий со студентами на высоком качественном уровне, разработку учебно-методических комплексов, доступных каждому студенту на интернет-сайте и в учебных отделах, проведение воспитательной работы и выполнение научных работ по совершенствованию образовательного процесса и оптимизации медицинского обеспечения воинской части.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК [61:355](091)

## Опыт развития технических средств развертывания этапов медицинской эвакуации

*КОРНЮШКО И.Г., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, генерал-майор медицинской службы в отставке<sup>1</sup>*

*ЯКОВЛЕВ С.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы<sup>2</sup>*

*МЕДВЕДЕВ В.Р., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса<sup>3</sup>*

*СИДОРОВ В.А., полковник в отставке<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва; <sup>2</sup>Главное военно-медицинское управление МО РФ, Санкт-Петербург; <sup>3</sup>Научно-исследовательский испытательный институт (военной медицины) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

*Kornyushko I.G., Yakovlev S.V., Medvedev V.R., Sidorov V.A. – Experience in development of deployment tools of medical evacuation stages. Paper is devoted to the history of creation of various types of field installations of the tent, mobile medical units and facilities, the experience of their usage in combat. An analysis of approaches to medical support of troops and equipment of the medical service in accordance with the changing nature of military operations in the XX–XI centuries is performed. Description of several generations of means taken to supply is given.*

*К е у в о р д с: deployment tools, tents, mobile medical installations and facilities, ambulances, medical evacuation, medical care, the wounded, sick.*

В годы Первой мировой войны военная медицина России проводила лечебно-эвакуационные мероприятия, используя для медицинской эвакуации раненых в основном санитарные двуколки, сани, повозки с тентом или открытого типа на конной тяге, а для оказания медицинской помощи – мачтовые тканевые палатки

с деревянной медицинской полевой мебелью для развертывания *дивизионных медицинских пунктов* (ДМП) и полевых подвижных госпиталей. Эти же средства эвакуации и развертывания достались в наследство Красной Армии и применялись в период Гражданской войны, в 20-е годы и военных конфликтов 30-х годов XX века.





Во время событий на Халхин-Голе, на Китайско-восточной железной дороге и во время Советско-финляндской войны существенную роль стали играть санитарные автомобили с кузовами-фургонами на шасси первых грузовых отечественных автомобилей ГАЗ-АА и ЗИС.

Для проведения лечебно-диагностических мероприятий и в целях повышения мобильности в Красной Армии по примеру медицинских служб армий *ведущих зарубежных стран* (ВЗС) советская военная медицина начала поиск новых средств развертывания палаточного типа и подвижной санитарной специальной техники (подвижных перевязочных, операционных, рентгеновских лабораторий, санитарно-бактериологических кабинетов, душевых и дезинфекционных средств санитарной обработки войск в мирное и военное время). Были созданы первые *автохирургические отряды* (АХО).

К средствам развертывания медицинских подразделений, частей и учреждений в полевых условиях относятся быстровозводимые сборно-разборные или жесткообъемные транспортабельные мобильные сооружения типа мачтовых или каркасных палаток, пневмокаркасных или шитовых сооружений, кузова-фургоны, кузова-контейнеры, блиндажи или блочные заглубляемые сооружения и другие конструкции объемного типа промышленного изготовления, а также свободные жилые помещения.

Средства развертывания должны максимально соответствовать следующим медико-техническим и специальным требованиям повышенного уровня для создания оптимальной среды обитания раненым, больным и медицинскому персоналу:

- иметь оптимальные объемно-габаритные размеры при минимальной массе и энергопотреблении;
- быть прочными и стойкими к условиям транспортировки и многократных развертываний;
- соответствовать нормативам по времени развертывания, свертывания и готовности к применению по назначению;
- быть высоконадежными в заданных условиях;
- иметь высокие эргономические характеристики;

– обладать высокой автономностью применения;

– транспортироваться всеми видами транспорта;

– выдерживать ударные нагрузки при транспортировке, влияние низких и высоких температур с сохранением основных *тактико-технических характеристик* (ТТХ);

– быть приспособленными к техническому обслуживанию, текущему ремонту и специальной обработке;

– сохранять ТТХ при кратковременном и длительном хранении;

– сопрягаться с подобными и другими средствами развертывания;

– обеспечивать избыточное давление воздуха для противодействия проникновению пыли, ОВ, РВ и БС;

– выдерживать заданное число развертываний (свертываний), многократную специальную обработку, влажную уборку и воздействие дезинфицирующих средств;

– обеспечивать не менее чем 5-кратный обмен воздуха в помещении;

– иметь полы, обеспечивающие защиту от внешних температур и влаги, а также поверхность, сохраняющую устойчивость полевой мебели;

– наличие противомоскитных сеток;

– иметь в комплекте средства обогрева, кондиционирования воздуха, шанцевый инструмент, комплект ЗИП;

– иметь встроенную электропроводку и объемные светильники;

– иметь приспособления для разгораживания медицинских помещений, крепления для установки и навешивания медицинского оснащения и имущества.

Опыт участия сил и средств медицинской службы Министерства обороны РФ в лечебно-эвакуационном обеспечении войск в локальных войнах и вооруженных конфликтах, при миротворческих миссиях и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций различного происхождения позволил определить факторы, обуславливающие в последние десятилетия особенности функционирования подразделений военно-медицинской службы:

– маневренный характер, динамичность боевых действий, отсутствие четких боевых позиций;

– природно-климатические условия (горная местность, отсутствие дорожной



## Учреждение отечественных военно-морских госпиталей в XVIII столетии

КОСТЮК А.В.

Санкт-Петербургский государственный университет

*Kostyuk A.V. — Establishment of national naval hospitals in the XVIII century. The first naval hospitals were established in St. Petersburg, Revel and Kronstadt, Kazan, Revel, Astrakhan and Archangel. The question when the first hospitals were opened is still controversial because of the lack of many documents of those years. Researchers disagree, probably because of the fact that they take into account different timeframes for the project of a hospital corps. Regardless of whether you will find unequivocal, direct evidence for their discoveries in a given year, the value of the old hospital as medical institutions will not change. Much more important is the fact of their education because of intense activity of the domestic fleet. In the creation of naval hospitals as in anything else to take care of the state of preservation, strengthening and restoring the health of personnel, of which largely depended on the readiness of the fleet.*

*К е у в о р д с:* history of the naval hospitals in Russia, military medicine of the Russian Navy in the 18th century.

Деятельности Петра Великого отечественный Балтийский флот обязан не только своим созданием, но и основанием лечебно-профилактических учреждений для медицинского обслуживания его личного состава. Только в годы правления Петра I в России открылись 10 госпиталей и 500 лазаретов [24].

Первые военно-морские госпитали были заложены в Санкт-Петербурге, Ревеле, Кронштадте, Казани, Таврове, Астрахани и Архангельске. Затем их начали строить во всех крупных портовых городах — местах дислокации российского флота. С созданием флота на Черном море госпитали появились в Севастополе и Херсоне [5].

Вопрос о том, когда именно открылись первые госпитали, до сих пор является дискуссионным. Исследователи расходятся во мнениях, возможно из-за того, что по-разному учитывают сроки окончания строительства того или иного госпитального здания.

Так, спорной для многих историков медицины остается дата открытия генерального адмиралтейского госпиталя в Санкт-Петербурге. Единственное, что не вызывает разногласий, — это место его расположения. Доподлинно известно, что

Санкт-Петербургский морской госпиталь находился на правом берегу Невы, на Выборгской стороне, а его склады («магазины», как их тогда называли) размещались на острове Большой Невки. 7 июня 1714 г. Петр I, крайне обеспокоенный массовыми желудочно-кишечными заболеваниями нижних чинов на кораблях ревельской эскадры, писал адмиралтейств-советнику А.В.Кикину об острой необходимости строительства госпиталя, который «зело нужен для больных солдат и матросов». В тот же день светлейший князь А.Д.Меншиков получил распоряжение построить «гошпиталь каменный на Выборгской стороне» [8].

Факт строительства госпиталя в 1715 г. нашел отражение в «Журнале, или Поденной записке, Петра Великого» [4]. В октябре того же года генерал-майор Г.П.Чернышев приказал «объявить всем, обретающимся при Адмиралтействе, как солдатам, так мастеровым и работным людям, ежели кто заболает, чтоб таких отводили в Адмиралтейский госпиталь» [18]. Таким образом, к концу 1715 г. Санкт-Петербургский морской госпиталь был готов к приему больных и раненых.

Однако не все исследователи единогласно приняли этот год за дату начала



9. Иванов Е.М. Роль Кронштадтского военно-морского ордена Ленина госпиталя в развитии военно-морской медицины // Материалы научной конференции, посвященной 250-летию Кронштадтского военно-морского ордена Ленина госпиталя. — Кронштадт, 1967. — С. 3.

10. История 1-го Военно-морского ордена Ленина госпиталя / Сост. В.В.Сосин. — СПб, 1993. — С. 10.

11. Квицинский М.И. Краткий исторический очерк Калининского (ныне Санкт-Петербургского) морского госпиталя за первое пятидесятилетие его существования // Медицинские прибавления к «Морскому сборнику». — 1893. — Июль. — С. 77.

12. Книга устав морской о всем, что касается доброму управлению в бытности флота на море. — СПб, 1720. — Кн. IV. — Гл. I. — Арт. 7, 9, 15; Кн. V. — Гл. XIV. — Арт. 104.

13. Курьянов В.В. Из истории медицинской службы на русском флоте (По материалам архивов и по страницам трудов доктора флота А.Г.Бахерахта). — М., 1963. — С. 54–55.

14. Лахтин М.Ю. Этюды по истории медицины. — М., 1902. — С. 111.

15. Материалы для истории русского флота. — СПб, 1867. — Ч. IV. — С. 465.

16. Никитин А.Н. Краткий обзор состояния медицины в России в царствование императрицы Екатерины II. — СПб, 1855. — С. 20.

17. Полное собрание законов Российской империи. — Т. VII. — С. 499 (№ 4728); Т. X. — С. 179–180 (№ 7285).

18. Протоколы заседаний Общества морских врачей Санкт-Петербургского порта в 1911–1913 гг. // Морской врач. — 1914. — Апрель. — С. 9.

19. Регламент о госпиталях и о должностях определенных при них комиссаров, докторов, писарей и прочих. — СПб, 1722. — Гл. I. — Арт. 14.

20. Регламент о управлении Адмиралтейства и верфи. — СПб, 1722. — Гл. I. — Арт. 34.

21. Регламент о управлении адмиралтейств и флотов, с приложением должностей интендантского и экипажского департаментов и счетной экспедиции. — СПб, 1765. — Ч. I. — Гл. IV. — § 9.

22. Рихтер В.М. История медицины в России. — М., 1820. — Ч. 3. — С. 18–19.

23. Розанов П.М. Бахерахт // Энциклопедический словарь военной медицины. — М., 1946. — Т. 1. — С. 434.

24. Столетие Военного министерства: Императорская военно-медицинская (Медико-хирургическая) академия: Исторический очерк / Сост. Г.Г.Скориченко. — СПб, 1902. — Ч. I. — С. 8.

25. Тимофеевский Ф.А. Краткий исторический очерк двухсотлетия города Кронштадта. — Кронштадт, 1913. — С. 173.

26. Чистович Я.А. История первых медицинских школ в России. — СПб, 1883. — С. 542.

27. Хмыров М.Д. Русская военно-медицинская старина (1616–1762): историко-характеристический очерк по документам // Воен.-мед. журн. — 1869. — Февраль. — С. 109.

© С.В.ДОМОГАРОВА, 2011  
УДК [61:355](091)

## Сызранский военный госпиталь

ДОМОГАРОВА С.В.

Ульяновский государственный университет

*Domogarova S.V. — Syzran Military Hospital. In 2011 Central Military Hospital Syzran Military District — the former 417-th Syzransky garrison military hospital Russian Defense Ministry — celebrated the 65th anniversary. At different periods in the hospital were deployed 50, 100 and 150 beds in 3, 4 and 6 units, respectively. Currently Syzran Military Hospital, part of the Federal State Institution «354 District Military Clinical Hospital», the Russian Defense Ministry — a multi-facility consisting of 6 diagnostic and treatment departments and offices.*

*Key words: Syzran military hospital, medical care for the wounded and sick in the Russian Armed Forces.*

В 2011 г. свое 65-летие отметил военный госпиталь в Сызрани — ныне структурное подразделение 354-го Окружного военного клинического госпиталя Министерства обороны РФ. Авторитет этого лечебного учреждения всегда стоял высоко, а его специалисты с честью справлялись с возложенными на них за-

дачами. Даже в период реформирования Вооруженных Сил сызранский госпиталь не только не перестал существовать, но, наоборот, расширился. К трем отделениям — терапевтическому, хирургическому, инфекционному — добавились травматологическое, неврологическое, кожно-венерологическое и госпитальное.

## В СЫЗРАНСКОМ ВОЕННОМ ГОСПИТАЛЕ

Свое 65-летие отметил военный госпиталь в Сызрани – ныне структурное подразделение 354-го Окружного военного клинического госпиталя МО РФ. Опыт работы госпиталя, его значительные лечебно-диагностические возможности



в условиях реформирования Вооруженных Сил РФ способствуют успешной реализации задач по медицинскому обеспечению войск, своевременной и качественной медицинской помощи военнослужащим и членам их семей.

Осмотр условно раненых на плановом учении

Начальник медицинской части госпиталя подполковник медицинской службы **О.П. Янкович** принимает доклад начальника оперблока **О.А. Скачкова** о ходе проводимого учения



Офицерский состав госпиталя

*Материал о госпитале опубликован в рубрике «Из истории военной медицины»*



Формирование военного госпиталя в Сызрани началось в феврале 1946 г. одновременно с прибытием его начальника подполковника медицинской службы Ю.Л.Шепелева, назначенного на эту должность приказом командующего войсками ПриВО.

С первых дней госпиталь дислоцировался в Сызрани по ул. Володарского. Переоборудование непригодных помещений производилось силами персонала, уже в июне 1946 г. госпиталь был развернут на 50 коек в составе трех отделений (хирургического, терапевтического, кожно-венерологического) и принял первых пациентов. С февраля 1953 г. введен штат на 100 коек, к трем имеющимся отделениям добавилось инфекционное.

В последующие годы госпиталь благоустраивался, улучшалась материально-техническая база, увеличивалась коечная емкость (в октябре 1993 г. переведен на 150-коечный штат), совершенствовался лечебно-диагностический процесс.

В разное время госпиталем руководили майор медицинской службы Е.А.Лимановский, подполковники медицинской службы В.Я.Крутько, К.С.Тюряев, И.М.Грейсух, С.Г.Карасёв, Б.И.Вавилин, С.А.Плешивцев, майор медицинской службы Р.Г.Мингалиев, полковник медицинской службы Ю.П.Степанов, подполковники медицинской службы О.П.Загубиженко, А.Г.Финагеев, полковник медицинской службы С.С.Давидчук\*.

Первым начальником медицинской части госпиталя был подполковник медицинской службы Е.М.Самойлов. В последующем эту должность занимали подполковники медицинской службы С.Г.Карасёв, С.А.Плешивцев, Л.Н.Горбунов, В.В.Золотарёв, В.П.Карпов, А.Г.Финагеев, В.В.Лаврик, А.И.Лысун, В.Р.Ишутов, С.А.Котючий, В.В.Богослов, А.А.Сибряев. В настоящее время начальником медицинской части госпиталя является врач высшей категории подполковник медицинской службы Оксана Петровна Янкович.

\*С декабря 2009 г. коллектив госпиталя возглавляет подполковник медицинской службы Андрей Анатольевич Сибряев. — Ред.

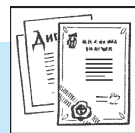
С 1960 г. в состав медицинской части была введена должность главной медицинской сестры. Первой главной медицинской сестрой была Л.И.Брюхович, впоследствии — В.А.Жаботинская, Н.В.Чуланова, Э.В.Сахацкая.

В 1998 г. в сызранском гарнизонном госпитале было организовано отделение анестезиологии и реанимации, первым начальником которого стал подполковник медицинской службы А.А.Федотов.

С 1996 г. госпиталь работает в системе обязательного медицинского страхования, оказывая неотложную медицинскую помощь населению города, района, прилегающих населенных пунктов других субъектов федерации. Мечта всех жителей Сызрани — доверить свое здоровье специалистам именно этого военного лечебного учреждения, которое имеет два ургентных дня в неделю по оказанию неотложной хирургической помощи по г. Сызрани и Сызранскому району. Лечение в госпитале проходят военнослужащие не только Российской армии, но и других государств, в частности обучающиеся в Сызранском высшем военном авиационном училище летчиков.

В связи с реформированием Вооруженных Сил на медицинском обеспечении в госпитале находятся воинские части сызранского, тольяттинского и ульяновского гарнизонов (прикрепленный контингент более 20 тыс. человек). На госпиталь возложены задачи по дальнейшему совершенствованию лечебно-профилактических мероприятий в войсках, сохранению гарантированного уровня оказания квалифицированной и элементов специализированной медицинской помощи всем контингентам, имеющим право на медицинское обеспечение за счет средств Минобороны России в соответствии с действующим законодательством РФ.

Сегодня сызранский военный госпиталь — современное лечебно-профилактическое учреждение Центрального военного округа, оснащенное новейшей медицинской аппаратурой: ультразвуковыми и лазерными установками, цифровым флюорографом, эндоскопической стойкой, электрокардиографом, лабора-



## ЮБИЛЕИ

© С.Н.БУНИН, В.Р.ГОФМАН, 2011  
УДК 61:355 (092 Говорун М.И.)



**15 ноября 2011 г.** исполнилось 60 лет начальнику кафедры отоларингологии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова — главному оториноларингологу МО РФ, заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы **Михаилу Ивановичу Говоруну**.

М.И.Говорун родился в Кировоградской области. В 1970 г. окончил медицинское училище, после чего работал фельдшером в деревне. Поступив в Черновицкий медицинский институт, в 1974 г. перевелся на Военно-медицинский факультет при Саратовском государственном медицинском институте. После его окончания в 1976 г. был направлен в Московский военный округ на должность врача части — начальника медицинского пункта.

После обучения в клинической ординатуре ВМедА Михаил Иванович был назначен старшим ординатором клиники оториноларингологии академии (1985), а в 1987 г. — преподавателем этой кафедры. Направлялся в армейский госпиталь во время войны в Афганистане, для ликвидации последствий землетрясения в Армении, лично прооперировал сотни раненых и больных.

В 1997 г. М.И.Говоруна назначили помощником начальника клиники по лечебной работе, а в 2003 г. — начальником кафедры отоларингологии академии — главным оториноларингологом МО РФ.

Михаил Иванович — автор и соавтор более 360 научных работ, 6 монографий, 3 руководств для врачей, 23 учебных пособий, 3 заявок на патенты, более 70 рационализаторских предложений. Под его руководством защищено 12 кандидатских диссертаций.

М.И.Говорун избирался председателем Общества оториноларингологов Санкт-Петербурга, входит в состав правления Общества ринологов России, Ученого совета ВМедА и хирургического диссертационного совета академии, городской комиссии по аттестации врачей-отоларингологов.

Вклад Михаила Ивановича в сохранение здоровья военнослужащих отмечен медалью «За боевые заслуги», знаком «Отличнику здравоохранения» и многими другими наградами.

**Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, руководство и сотрудники Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», ученики и друзья сердечно поздравляют Михаила Ивановича Говоруна с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и успехов в работе.**

© А.К.СОБОЛЕНКО, В.Р.МЕДВЕДЕВ, Л.Л.ГАЛИН, 2011  
УДК 61:355 (092 Дракин И.С.)



**2 октября 2011 г.** исполнилось 75 лет ветерану Вооруженных Сил, бывшему начальнику отдела — заместителю председателя Научно-технического комитета ЦВМУ МО, лауреату Государственной премии СССР, полковнику медицинской службы в отставке **Ивану Сергеевичу Дракину**.

И.С.Дракин родился в г. Омске. Окончил Военно-морское авиационно-техническое училище, затем Военно-медицинскую академию им. С.М.Кирова. В 1966—1971 гг. служил в Южной группе войск начальником медицинского пункта отдельного батальона, офицером, старшим офицером медицинского отдела ЮГВ. В 1968 г. в составе передовой группы при оперативном командовании ЮГВ осуществлял медицинское обеспечение ввода ограниченного контингента советских войск на территорию Чехословакии. В 1971 г. назначен старшим офицером организационно-мобилизационного



отдела Штаба Тыла ВС СССР. В 1979 г. переведен на должность начальника отдела – заместителя председателя Научно-технического комитета, где прослужил по 1992 г. И.С.Дракин – участник боевых действий в Афганистане, где непосредственно проводил дооснащение 40-й армии новыми медицинскими изделиями, отрабатывал вопросы оказания помощи и эвакуации раненых в горных условиях, создания специальных технических средств и комплектов для этих целей.

Иван Сергеевич был членом комиссии Комитета по новой медицинской технике МЗ РФ и членом Совета по новым технологиям Министерства науки. С 1993 по 1997 г. он – генеральный директор НПЦ «Ресурс», с 1998 г. – руководитель аппарата президиума межрегиональной общественной организации Академии медико-технических наук.

Заслуги И.С.Дракина отмечены орденом «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени и многими медалями.

**Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, руководство Академии медико-технических наук, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», друзья и товарищи сердечно поздравляют Ивана Сергеевича Дракина с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и новых успехов.**

© М.В.ПОДДУБНЫЙ, Л.Л.ГАЛИН, В.В.БУЗУНОВ, 2011  
УДК 61:355 (092 Максимов Ю.А.)



**13 ноября 2011 г.** исполнилось 75 лет бывшему заместителю главного редактора «Военно-медицинского журнала», военному психофизиологу, кандидату медицинских наук полковнику медицинской службы в отставке **Юрию Анатольевичу Максиму**.

Ю.А.Максимов родился в Москве в семье военного врача. После окончания в 1961 г. 1-го Московского медицинского института им. И.М.Сеченова был призван в Вооруженные Силы на должность младшего врача медицинского пункта полка.

В октябре 1962 г. он был назначен младшим научным сотрудником Государственного научно-исследовательского испытательного института авиационной и космической медицины МО. В 1970 г. Ю.А.Максимов переходит на поприще медицинской научной журналистики в качестве старшего офицера отдела редакции «Военно-медицинского журнала», а в 1974 г. назначается ответственным секретарем, членом редакционной коллегии журнала.

С июля 1978 по январь 1992 г. Юрий Анатольевич – заместитель главного редактора «Военно-медицинского журнала». В этот период он внес весомый вклад в повышение теоретического уровня и научно-практического значения журнала, боевой готовности медицинской службы армии и флота.

Ратный и трудовой путь Ю.А.Максимова отмечен орденом «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, многими медалями, в т. ч. 6 медалями Выставки достижений народного хозяйства СССР, и знаком «Отличнику здравоохранения».

**Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Юрия Анатольевича Максимова с юбилеем, желают ему крепкого здоровья и счастья.**

\* \* \*

Коллектив редакции «Военно-медицинского журнала» с глубоким прискорбием извещает, что 4 ноября 2011 г. на 91-м году жизни скончался бывший главный редактор журнала (1968–1978), ветеран Великой Отечественной войны, член Союза журналистов Москвы, кандидат медицинских наук полковник медицинской службы в отставке

**ВОРОПАЙ**  
**Александр Васильевич,**

и выражает соболезнование родным и близким покойного.



© И.Л.МЫЗНИКОВ, 2011  
УДК 616-057.36-07

## Новая книга о скрининговой диагностике уровня здоровья

МЫЗНИКОВ И.Л., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса

Медицинская служба Северного флота, г. Североморск

Вышла в свет книга «Индивидуальные показатели системы кровообращения»<sup>1</sup>, рукопись которой была окончательно подготовлена для печати Львом Игоревичем Глико.

Книга оригинально и интересно скомпонована. Первые страницы издания посвящены памяти товарища и научного соратника Л.И.Глико, с которым они на протяжении долгого времени разрабатывали актуальную для военно-морской медицины тематику. Скончавшийся в июле 2010 г. Владимир Григорьевич Решетнев — доцент кафедры военно-морской и госпитальной терапии Военно-медицинской академии был ярким представителем русской клинической школы терапевтов.

В предисловии автор кратко знакомит читателей с причинами, побудившими разработать это методическое направление, не имеющее аналогов в подходе к экспресс-диагностике неэнзимологических состояний у человека, доступное в применении и потребное войсковому звену тактического и оперативного уровня.

Повествуя о физиологических предпосылках для того или иного диагностического приема, автор знакомит читателя с персоналиями, чьи труды «кирпичиками» выстраивали стройную теорию математического подхода в практической медицине.

Имея опыт научных исследований по вопросам прогнозирования проектных и эксплуатационных характеристик обитаемости боевых объектов Военно-морского флота, Л.И.Глико реализовал в клиническом аспекте

хорошо известный врачам-гигиенистам и физиологам принцип сигмального моделирования физиологических параметров в рамках теории вероятности, что позволяет выносить итоговую сравнительную оценку статуса моряка относительно групповой, популяционной или этапной «средней величины».

Это не просто качественная монография, но и полновесный учебник, раскрывающий маленькие тайны больших диагностических возможностей, которые применимы и в научном эксперименте, и в клинической практике, и в экспертной работе, при диспансеризации и реабилитации военнослужащих, создании алгоритмов оперативного контроля за функциями операторов в сложных боевых системах.

В книге собраны и критически представлены 76 способов скрининговой диагностики уровня здоровья человека, их практическое применение при обследовании больших групп населения, а также в войсках и на силах флота, показаны контрольные примеры, позволяющие предельно ясно продемонстрировать читателю порядок использования той или иной методики в различных условиях.

В приложения включены таблицы, удобные для применения в работе.

Ранее авторами были опубликованы пособия и статьи по проблемам экспресс-моделирования функциональных состояний специалистов ВМФ, в рецензируемом издании собранные воедино.

Мы уже неоднократно отмечали, в т. ч. на страницах «Военно-медицинского журнала»<sup>2</sup>, что в связи с повышением роли профилактической направленности военной медицины

<sup>1</sup>Решетнев В.Г., Глико Л.И. Индивидуальные показатели системы кровообращения / Под ред. чл.-кор. РАН, заслуженного деятеля науки РФ проф. В.Б.Симоненко. — М.: Эко-Пресс, 2011. — 208 с.

<sup>2</sup>Воен.-мед. журн. — 2003. — Т. 324, № 10. — С. 53–57; 2008. — Т. 329, № 7 — С. 30–33; 2009. — Т. 330, № 10. — С. 46–53.





необходимо включить самостоятельным разделом в планы боевой подготовки и в отчетные документы по ним оценку влияния проведенного мероприятия на состояние здоровья военнослужащих из числа привлекаемых сил с учетом всех факторов, которые воздействовали на человека в период подготовки и активной фазы события. Данный раздел плана и отчета может быть поименован как «медико-физиологическое сопровождение сил (войск)» и основываться на разработках Л.И.Глико и В.Г.Решетнева.

Автором этих строк ранее отмечалась необходимость включения некоторых из названных подходов в качестве приложения к разделу V Руководства по медицинскому обеспечению Вооруженных Сил Российской Федерации на мирное время («Медицинский контроль за учебно-боевой подготовкой военнослужащих»).

Наша позиция основана на практическом применении методик Л.И.Глико на доврачебном этапе при диспансеризации подводников из состава экипажей атомной подводной лодки одного из соединений и военнослужащих береговых воинских частей в военной поликлинике гарнизона Видяево в 2001–2009 гг.

В заключение хочется сказать также немного личного об одном из авторов книги.

Л.И.Глико в 1958 г. окончил факультет подготовки врачей для ВМФ Военно-медицинской академии, после выпуска судьба забросила его в морскую авиацию Балтийского флота, где он служил в период 1960-х гг., затем – в 1970-х – ракетно-зенитные части Тихоокеанского флота, в 1980-х – Ленинградский военный округ. С 1990-х – работа в сис-

теме научно-исследовательских институтов Министерства обороны РФ.

В стены 1-го НИИ (кораблестроения) ВМФ он пришел, имея огромный опыт медицинского обеспечения войск, воплощая свои идеи при разработке сложных обитаемых технических систем. Именно здесь при обсуждении проблем контроля за функциями операторов со специалистами по обитаемости кораблей мне довелось познакомиться с этим неординарным ученым. В ходе той дискуссии мне пришлось задуматься над многими практическими и теоретическими проблемами проектирования эксперимента, необходимости и достаточности объема и специфичности используемых методик при определении динамики функциональных изменений в организме моряка, что сыграло свою роль в формировании моего научного мировоззрения.

Обладающий энциклопедическими знаниями, Л.И.Глико в свои годы еще по-юношески азартный исследователь, умеет методически грамотно и последовательно излагать свою позицию, быстро схватывать проблемные вопросы и выносить по ним квалифицированное суждение.

«Индивидуальные показатели системы кровообращения» – не просто книга, положения которой выверены временем, но и памятник дружбе талантливых и скромных людей, военно-морских врачей.

Мне кажется, что у этой книги должен быть многократно больший тираж, т. к. она может стать учебным пособием профильных кафедр по программам подготовки врачей для Вооруженных Сил РФ как клинического, так и гигиенического профиля.

*Перевод В.В.Федотовой*

*Макет и компьютерная верстка В.В.Матишва*

<input type="checkbox"/>	За содержание и достоверность сведений в рекламном объявлении ответственность несет рекламодатель.	
<input type="checkbox"/>	Учредитель – Министерство обороны Российской Федерации. Зарегистрирован Министерством печати и информации Российской Федерации. Номер регистрационного свидетельства 01975 от 30.12.1992 г.	
Сдано в набор 27.10.11. Формат 70×108 <sup>1/16</sup> . Усл. печ. л. 8,4. Заказ № 5239.	Печать офсетная. Усл. кр.-отт. 9,8. Тираж 2438 экз.	Подписано к печати 22.11.11. Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 8,6. Каталожная цена 54 р. 00 к.
<b>Отпечатано в типографии ОАО «Издательский дом «Красная звезда» 123007, г. Москва, Хорошевское шоссе, 38, <a href="http://www.redstarph.ru">http://www.redstarph.ru</a></b>		