

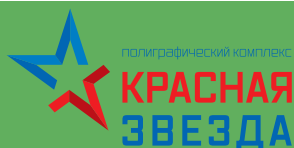
ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ
СССXXXIX

*Тод
издания
-196-й*



Учение в Арктике



8

АВГУСТ
2018

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ
И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Функция учредителя – Главное
военно-медицинское управле-
ние МО РФ

Издается с 1823 года

 **РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ:**

М. В. Поддубный (*главный редактор*)
И. И. Азаров
А. Н. Бельских
А. Ю. Власов
Л. Л. Галин (*заместитель главного редактора*)
С. В. Долгих
В. В. Иванов
О. В. Калачёв
А. А. Калмыков
Б. Н. Котив
К. Э. Кувшинов
А. Б. Леонидов
Ю. В. Мирошниченко
Ю. В. Овчинников
Н. Н. Рыжман
А. Г. Ставила
Д. В. Тришкин
А. Я. Фисун
В. Н. Цыган
А. П. Чуприна
В. К. Шамрей
А. М. Шелепов

 **РЕДАКЦИОННЫЙ
СОВЕТ:**

П. Г. Брюсов (Москва)
А. А. Будко (С.-Петербург)
И. Ю. Быков (Москва)
В. В. Валевский (С.-Петербург)
С. Ф. Гончаров (Москва)
В. В. Добржанский (Москва)
А. В. Есипов (Красногорск)
П. Е. Крайнюков (Москва)
Е. В. Крюков (Москва)
Ю. В. Лобзин (С.-Петербург)
И. Г. Мосягин (С.-Петербург)
Э. А. Нечаев (Москва)
С. В. Папко (Ростов-на-Дону)
П. В. Пинчук (Москва)
В. Б. Симоненко (Москва)
И. М. Чиж (Москва)
В. В. Шаппо (Москва)

Почтовый адрес редакции:

119160, Москва,
Фрунзенская набережная, д. 22,
редакция «Военно-медицинского
журнала»
Тел./факс (495) 656-33-41

Тел. в Санкт-Петербурге
(812) 292-44-58

Non scholae, sed vitae discimus!

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2018 * АВГУСТ
Т. 339 * № 8

- *Медико-статистическая характеристика заболеваемости военнослужащих-женщин Вооруженных Сил в 2007–2016 гг.*
- *Система менеджмента качества в фармацевтических организациях Вооруженных Сил*
- *Опыт проведения военно-врачебной экспертизы военнослужащих, работающих с токсическими химикатами*
- *Саркома мягких тканей или гнойное заболевание кисти: трудности диагностики*
- *Перспективы применения ампакинов для коррекции неблагоприятных функциональных состояний у военных специалистов*
- *Медицинское обеспечение учения межвидовой группировки сил (войск) в Арктике*

МОСКВА
ФГБУ «РИЦ «Красная звезда»
Минобороны России


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

Сивашченко П.П., Евдокимов В.И., Григорьев С.Г., Иванов В.В., Фефелов Д.И. — Медико-статистическая характеристика заболеваемости военнослужащих-женщин Вооруженных Сил Российской Федерации (2007–2016 гг.)

Sivashchenko P.P., Evdokimov V.I., Grigorev S.G., Ivanov V.V., Fefelov D.I. — Medical and-statistic characteristics of morbidity among female military personnel of the Armed Forces of the Russian Federation (2007–2016)

4


Медицина экстремальных ситуаций
Medicine of extreme situations

Халимов Ю.Ш., Матвеев С.Ю., Воронин С.В., Язенко А.В., Фомичёв А.В., Перишко В.А. — Опыт проведения военно-врачебной экспертизы военнослужащих, работающих на химически опасных объектах

Khalimov Yu.Sh., Matveev S.Yu., Voronin S.V., Yazenok A.V., Fomichev A.V., Pershko V.A. — Experience of military medical examination of personnel working chemically dangerous objects

12


Лечебно-профилактические вопросы
Prophylaxis and treatment

Кокорин В.В., Крайнюков П.Е., Селезнев В.В. — Саркома мягких тканей или гнойное заболевание кисти: трудности дифференциальной диагностики

Kokorin V.V., Krainyukov P.E., Seleznev V.V. — Soft tissue sarcoma or purulent disease of the hand: difficulties in differential diagnosis

18

Денисов А.В., Кузьмин А.А., Гаврилин С.В., Мешаков Д.П., Супрун Т.Ю., Жирнова Н.А., Демченко К.Н., Дмитриева Е.В. — Ушиб сердца при закрытых травмах груди: этиология, диагностика, тяжесть повреждения сердца (обзор литературы)

Denisov A.V., Kuzmin A.Ya., Gavrilin S.V., Meshakov D.P., Suprun T.Yu., Zhirmova N.A., Demchenko K.N., Dmitrieva E.V. — Heart contusion in case of closed chest injuries: etiology, diagnosis, severity of heart damage (literature review)

24

Гриневич В.Б., Чаплюк А.Л., Петрова О.Н., Бакушкин И.А., Кравчук Ю.А., Бритвина Л.А. — Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: особенности патогенеза, клинической картины, диагностики и освидетельствования граждан

Grinevich V.B., Chaplyuk A.L., Petrova O.N., Bakushkin I.A., Kravchuk Yu.A., Britvina L.A. — Gastroesophageal reflux disease: features of pathogenesis, clinical picture, diagnosis and examination of citizens

32

Епифанова М.В., Гвасалия Б.Р., Чалый М.Е., Есипов А.В., Кочетов А.Г., Галицкая Д.А., Артеменко С.А., Репин А.М. — Перспективы использования технологий регенеративной медицины в лечении болезни Пейрони

Epifanova M.V., Gvasaliya B.R., Chalys M.E., Esipov A.V., Kochetov A.G., Galitskaya D.A., Artemenko S.A., Repin A.M. — Prospects of using regenerative medicine technologies in the treatment of Peyronie's disease

40


Гигиена и физиология военного труда
Military physiology and hygiene

Субботина С.Н., Кузьмин А.А., Анохин А.Г., Юдин М.А., Быкова А.Ф. — Перспективы применения ампакинов для коррекции неблагоприятных функциональных состояний у военных специалистов (обзор литературы)

Subbotina S.N., Kuzmin A.A., Anokhin A.G., Yudin M.A., Bykova A.F. — Prospects of using ampakines for correction of unfavorable functional states in military specialists (literature review)

48



**Военная фармация
и медицинская техника**

**Military pharmacy
and medical technique**

Левченко В.Н., Зареченко Е.Ю., Беседин Р.Г.,
Мошчевикин И.В. — Актуальные вопро-
сы системы менеджмента качества
в фармацевтических организациях
Вооруженных Сил

53

Levchenko V.N., Zarechenko E.Yu., Bese-
din R.G., Moshchevikin I.V. — Acute issues
of the quality management system in the
pharmaceutical organizations of the Armed
Forces



**По страницам зарубежной
медицинской печати**

58

**From the foreign
medical publications**



**Из истории
военной медицины**

**From the history
of military medicine**

Дудченко М.А. — К 75-летию уникаль-
ного выпуска врачей Военно-медицин-
ской академии имени С.М.Кирова

59

Dudchenko M.A. — To the 75th annivers-
ary of the unique issue of doctors of the
S.M.Kirov Military Medical Academy



Официальный отдел

Official communications

«Главное в работе военного врача-органи-
затора — системное, комплексное реше-
ние проблем...» (Интервью с И.В.Си-
нопальниковым — первым заместителем
начальника Центрального военно-меди-
цинского управления Министерства
обороны СССР в 1986–1992 гг.)

63

«The main purpose of the military physi-
cian-organizer work is the system, com-
plex problem solution...» (An interview with
I.V.Sinopalnikov — the first chief deputy
of the Central military-medical department
of the Ministry of Defence of the USSR
in 1986–1992)

Перечень циклов повышения квали-
фикации и профессиональной перепод-
готовки в Военно-медицинской академии
им. С.М.Кирова в 2018/2019 учебном году

71

The list of advanced training and occu-
pational retraining courses in 2018/2019
in the S.M.Kirov Military Medical Aca-
demy



Лента новостей

11, 47,
57, 90,
91

News feed



Хроника

Chronicle

Закревский Ю.Н., Шевченко А.Г., Кузне-
цов С.А., Архангельский Д.А., Сердюк В.И.,
Жданов А.А. — Опыт медицинского
обеспечения учения межвидовой груп-
пировки сил (войск) в Арктике

93

Zakrevskii Yu.N., Shevchenko A.G., Kuzne-
tsov S.A., Arkhangelskii D.A., Serdyuk V.I.,
Zhdanov A.A. — Experience of medical
training for the interspecific grouping of
forces (troops) in the Arctic

CONTENTS



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК [614.1:314.4]-055.2-057.36(470) «2007–2016»

Медико-статистическая характеристика заболеваемости военнослужащих-женщин Вооруженных Сил Российской Федерации (2007–2016 гг.)

СИВАШЕНКО П.П., доцент, подполковник медицинской службы запаса (pavel-siv@yandex.ru)¹
ЕВДОКИМОВ В.И., профессор (9334616@mail.ru)^{1,2}
ГРИГОРЬЕВ С.Г., профессор, полковник медицинской службы запаса (gsg_rj@mail.ru)¹
ИВАНОВ В.В., профессор, полковник медицинской службы запаса¹
ФЕФЕЛОВ Д.И., подполковник медицинской службы²

¹Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ²Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М.Никифорова, Санкт-Петербург; ³Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва

Проведен выборочный статистический анализ медицинских отчетов о состоянии здоровья личного состава и деятельности медицинской службы (форма 3/МЕД) воинских частей, в которых с 2007 по 2016 г. проходили службу до 60% военнослужащих-женщин к их общему числу в Вооруженных Силах России. Среднегодовые уровни составили: общей заболеваемости – 1744±117‰, первичной – 706±67, нуждаемости в диспансерном наблюдении – 238±27, общей госпитализации – 322±30, дней трудопотерь – 7328±509, увольняемости по состоянию здоровья – 11,4±1,78‰, коэффициент смертности – 67,5±6,5 на 100 тыс. военнослужащих-женщин. Установлен рост за период наблюдения практически всех показателей, которые оказались выше в 1,5–2 раза, чем у офицеров. По разработанному алгоритму сформирована обобщенная структура нарушений здоровья военнослужащих-женщин, в которой 83,5% составили болезни и травмы 8 классов: II (новообразования), IV (болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ), IX (болезни системы кровообращения), X (болезни органов дыхания), XI (болезни органов пищеварения), XIII (болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани), XIV (болезни мочеполовой системы) и XIX (травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин). Профилактика патологии этих классов будет способствовать повышению профессионального здоровья военнослужащих-женщин.

К л ю ч е в ы е с л о в а: военнослужащие-женщины, состояние здоровья, заболеваемость, диспансерное наблюдение, госпитализация, трудопотери, дисквалификация, смертность, структура нарушений здоровья.

Sivashchenko P.P., Evdokimov V.I., Grigorev S.G., Ivanov V.V., Fefelov D.I. – Medical-and-statistic characteristics of morbidity among female military personnel of the Armed Forces of the Russian Federation (2007–2016). A selective statistical analysis of medical reports on the health status of the personnel and the activities of the medical service (form 3/MED) of military units in which from 2007 to 2016 served up to 60% of female servicemen to their total number in the Armed Forces of Russia. The mean annual rates were as follows: general morbidity – 1744±117‰, primary – 706±67, need for dispensary observation – 238±27, general hospitalization – 322±30, days of labor losses – 7328±509, dismissals for health reasons – 11.4±1.78‰, the death rate is 67.5±6.5 per 100 000 female servicemen. The growth during the period of observation of virtually all indicators was established, which turned out to be 1.5–2 times higher than for officers. According to the developed algorithm, a generalized structure of health disorders of female servicemen was formed, in which 83.5% accounted for diseases and traumas of 8 classes: II (neoplasms), IV (endocrine system diseases, eating disorders and metabolic disorders), IX (diseases of the system (diseases of the digestive system), XIII (diseases of the musculoskeletal system and connective tissue), XIV (diseases of the genitourinary system) and XIX (trauma, poisoning and some other effects of external causes). Prevention of the pathology of these classes will contribute to improving the professional health of female servicemen.

К е у в о р д s: military servicemen-women, state of health, morbidity, dispensary observation, hospitalization, labor losses, disqualification, mortality, structure of health disorders.

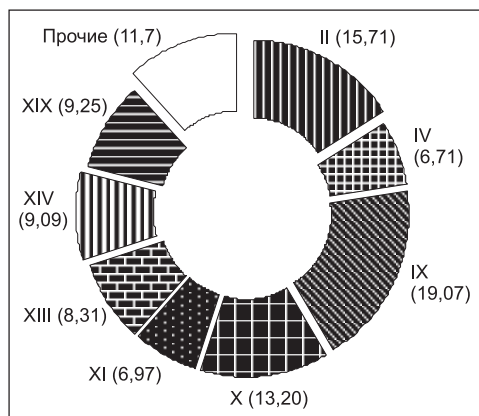


Рис. 8. Доля ведущих классов болезней в обобщенной структуре нарушений здоровья военнослужащих-женщин, 2007–2016 гг.

питализации и трудопотерях. Акцентирование внимания на выявление патологии этих классов путем проведения профилактических осмотров поможет существенно снизить показатели увольняемости и смертности и тем самым повысить профессиональное долголетие военнослужащих-женщин.

Заключение

Среднегодовой уровень общей заболеваемости у военнослужащих-женщин составил $1744 \pm 117\%$, первичной заболеваемости – 706 ± 67 , нуждаемости в дис-

пансерном наблюдении – 238 ± 27 , общей госпитализации – 322 ± 30 , дней трудопотерь – 7328 ± 509 , увольняемости по состоянию здоровья – $11,4 \pm 1,78\%$, коэффициент смертности – $67,5 \pm 6,5$ на 100 тыс. военнослужащих-женщин.

В 2007–2016 гг. отмечен рост практически всех анализируемых показателей, которые оказались в 1,5–2 раза выше, чем у офицеров.

В обобщенной структуре нарушений здоровья военнослужащих-женщин 83,5% составила патология 8 классов: II (новообразования), IV (болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ), IX (болезни системы кровообращения), X (болезни органов дыхания), XI (болезни органов пищеварения), XIII (болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани), XIV (болезни мочеполовой системы) и XIX (травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин).

Профилактика заболеваний и травм ведущих классов, выявление динамики средних показателей заболеваемости на основе сконструированного алгоритма оценки нарушений здоровья будут способствовать повышению профессионального здоровья военнослужащих-женщин.

Литература

1. Белевитин А.Б., Шелепов А.М., Абашии В.Г., Боенков А.А., Пешков В.В., Шестаев А.Ю. Профессиональное здоровье военнослужащих-женщин // Воен.-мед. журн. – 2009. – Т. 330, № 11. – С. 4–8.
2. Гепалова В.Д. Возможности профилактического ультразвукового исследования в диагностике гинекологических заболеваний у военнослужащих-женщин и клинико-экономическое обоснование эффективности его проведения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2005. – 24 с.
3. Григорьев С.Г., Евдокимов В.И., Сиващенко П.П. Медико-статистические показатели состояния здоровья военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации (2003–2016 гг.): Монография. – СПб: Политехника-сервис, 2017. – 119 с.
4. Дмитришен Р.А. Клинико-патфизиологические подходы к сохранению репродуктивной функции у военнослужащих-женщин с доброкачественными новообразованиями яичников после ургентных операций: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2011. – 22 с.

5. Назаров С.С., Булка А.П., Шмидт А.А. и др. Качество жизни и особенности профессионального здоровья военнослужащих-женщин // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2010. – № 2 (30). – С. 96–98.

6. Пешков В.В., Деренчук В.В. Гендерные тенденции в процессе завершения формирования нового облика Вооруженных Сил Российской Федерации // Мед.-биол. и социол. пробл. безопасности в чрезвычай. ситуациях. – 2014. – № 2. – С. 84–89.

7. Показатели состояния здоровья военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации, а также деятельности военно-медицинских подразделений, частей и учреждений. 2007–2016 гг.: Стат. сборники. – М.: ГВМУ МО РФ, 2008–2017.

8. Указания по ведению медицинского учета и отчетности в Вооруженных Силах Российской Федерации на мирное время (утв. нач. ГВМУ МО РФ). – М.: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, 2001. – 40 с.

9. Шмидт А.А., Алиева М.Т., Иванова Л.В., Молчанов О.В. Роль вакцинопрофилактики рака шейки матки у женщин-военнослужащих // Воен.-мед. журн. – 2015. – Т. 336, № 6. – С. 30–33.



10. Янович К.В., Корнилова А.А., Алексеева Н.А. и др. Характеристика состояния здоровья военнослужащих, проходящих службу в экстремальных условиях деятельности // Современные пробл. науки и образования (Электронный науч. журн.). – 2015. – № 2, Ч. 1. – С. 5.

11. Epstein Y., Yanovich R., Moran D.S., Heled Y. Physiological employment standards IV: Integration of women in combat units physiological and medical considerations (Review) // Europ. J. of Applied Physiology. – 2013. – Vol. 113, Iss. 11. – P. 2673–2690.

12. Grindlay K., Grossman D. Unintended pregnancy among active-duty women in the united states military, 2008 (Review) // Obstetrics and Gynecology. – 2013. – Vol. 121, Iss. 2. – Part 1. – P. 241–246.

13. Medical Surveillance Monthly Report / Armed Forces Health Surveillance Center. – 2017. – Vol. 24, N 4. – 36 p.

14. Mendoza C., Barreto G.E., Avila-Rodriguez M., Echeverria V. Role of neuroinflammation and sex hormones in war-related PTSD (Review) // Molecular and Cellular Endocrinology. – 2016. – Vol. 434, N 6. – P. 266–277.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В Красном Селе завершились всероссийские соревнования «Военно-медицинская эстафета».

Военно-медицинские специалисты всех округов и родов войск пять дней соревновались в различных дисциплинах. Кроме того, индивидуальное мастерство продемонстрировали механики-водители. Завершилась эстафета самыми сложными соревнованиями – командным первенством на тактическом поле. Вечером 1 июня на стадионе учебной базы Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова в Красном Селе прошла торжественная церемония закрытия игр и награждения победителей.



Заместитель начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ генерал-майор медицинской службы Александр Власов, обращаясь к командам подчеркнул, что «Военно-медицинская эстафета» активно развивается, в ней участвует все больше команд, добавляются испытания, соревнования становятся более сложными и зрелищными, а результаты, показанные участниками эстафеты, позволят сформировать такую сборную на международный этап военно-медицинского многоборья, которая обязательно займет первое место.

Начальник ВМА им. С.М.Кирова Александр Фисун, заместитель начальника ГВМУ МО РФ Александр Власов и заместитель председателя Общественного совета при МО РФ Александр Каньшин вручили кубки, медали и дипломы победителям армейского этапа «Военно-медицинской эстафеты».

По результатам соревнований по военно-медицинскому многоборью в общем зачете первое место заняла команда ВМА им. С.М.Кирова. Командное первенство у мужчин и женщин также выиграла команда Военно-медицинской академии.

Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 3 июня 2018 г.
https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12178921@egNews



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 614.8

Опыт проведения военно-врачебной экспертизы военнослужащих, работающих на химически опасных объектах

ХАЛИМОВ Ю.Ш., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы¹
МАТВЕЕВ С.Ю., профессор, полковник медицинской службы запаса (smatv56@mail.ru)¹
ВОРОНИН С.В., доцент, подполковник медицинской службы¹
ЯЗЕНОК А.В., доктор медицинских наук, доцент, полковник медицинской службы¹
ФОМИЧЁВ А.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса²
ПЕРШКО В.А., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы¹

¹Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ²Институт токсикологии Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург

Обеспечение безопасности функционирования объектов по хранению и уничтожению химического оружия было многоплановой и чрезвычайно сложной в реализации проблемой. Служба на данных объектах относилась к категории работ с вредными условиями труда. В результате многолетнего мониторинга состояния здоровья их персонала был сформирован алгоритм обследования, разработаны карты динамического наблюдения за состоянием здоровья лиц, занятых на работах с химическим оружием, созданы автоматизированные программные средства ввода и хранения клинико-диагностических показателей в базе данных результатов медицинского обследования для экспертизы состояния здоровья данного контингента. Сформирована и отработана двухэтапная система медицинского обследования и освидетельствования военнослужащих в звене «объект хранения и уничтожения химического оружия – специализированный стационар». Она позволила повысить эффективность профилактических мероприятий и существенно улучшить качество оценки здоровья персонала, работающего на химически опасных объектах.
К л ю ч е в ы е с л о в а: химически опасные объекты, обеспечение безопасности работ, военно-врачебная экспертиза.

Khalimov Yu.Sh., Matveev S.Yu., Voronin S.V., Yazenok A.V., Fomichev A.V., Pershko V.A. – Experience of military medical examination of personnel working with chemically dangerous objects. Surety for storage and destruction of chemical weapons is a multifaceted and extremely difficult problem to implement. The service at these facilities is classified as job with harmful working conditions. As a result of the studies, standardized form of dynamic health monitoring of personnel working with chemical weapons, automated software tools for entering and storing of clinical and diagnostic indicators in the database, an algorithm for the medical examination of servicemen have been developed. The necessity for the phasing of medical examination in the link «the facilities for storage and destruction of chemical weapons – a specialized hospital» is proved. The system has allowed increasing the effectiveness of hold measures and significantly increasing the quality of evaluation of personnel working at chemically hazardous object.

К е у о р д с: chemically dangerous objects, surety, military medical examination.

России в наследство от СССР достались запасы химического оружия, составлявшие около 40 тыс. т *отравляющих веществ* (ОВ), в т. ч. 32,3 тыс. т *фосфорорганических отравляющих веществ* (ФОВ) нервно-паралитического действия (зарин, зоман и Ви-икс) [13].

В 1994 г. в Гааге (Нидерланды) была принята международная Конвенция о запрещении разработки, производства, накопления и применения *химического*

оружия (ХО) и о его уничтожении [4]. В России в соответствии с Конвенцией и рядом Федеральных законов, указов Президента РФ и постановлений Правительства РФ с 2002 г. проводились и были завершены в сентябре 2017 г. работы по уничтожению ХО [1, 7, 9, 12].

В процессе хранения и уничтожения ХО было задействовано большое количество специалистов, в т. ч. военнослужащих, по роду деятельности находивших-



мулировке «Военная травма» только в случае документально подтвержденного острого или хронического воздействия ХО.

В ходе многолетней работы по освидетельствованию персонала химически опасных объектов были выявлены проблемы при проведении ВВЭ, связанные с отсутствием регламентированного стандарта обследования военнослужащих на стационарном этапе. Изданное в 2016 г. учебно-методическое пособие «Стационарное обследование и военно-врачебная экспертиза военнослужащих, занятых на работах с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию» позволило устранить имевшиеся методические и организационные сложности [10].

На последнем этапе работ по уничтожению ХО обсуждался вопрос о создании единого регистра по оценке состоя-

ния здоровья военнослужащих и санитарно-гигиенических характеристик рабочих мест на химически опасных объектах.

В Ы В О Д

Предложенная и апробированная двухэтапная система медицинского обследования и освидетельствования военнослужащих, занятых на работах с химическим оружием, позволила повысить эффективность проводимых мероприятий и существенно улучшить качество оценки здоровья персонала химически опасных объектов.

Разработанные на основе многолетнего опыта в этой области методические подходы могут быть использованы при создании медицинских стандартов обследования и медицинского освидетельствования лиц, занятых на других потенциально опасных работах.

Литература

1. Демидюк В.В., Петрунин В.Л., Шелученко В.В., Холстов В.И. Химическая и биологическая безопасность / ВИНТИ. — 2004. — № 5 (17). — С. 11–13.

2. Инструкция о порядке проведения медицинского освидетельствования военнослужащих, обязательных медицинских осмотров гражданского персонала Вооруженных Сил Российской Федерации, отбираемых для службы (работы), проходящих службу (работающих) с токсичными химикатами, относящимися к ХО, граждан, проходивших военную службу с токсичными химикатами, относящимися к ХО, и установления причинной связи их заболеваний с воздействием токсичных химикатов, относящихся к ХО (утверждена Начальником ГВМУ МО РФ 09.06.2006 г.). — М.: ГВМУ МО РФ, 2006. — 13 с.

3. Каспаров А.А., Рева В.Д., Уйба В.В. и др. Основы безопасности, профессиональной и экологической медицины при уничтожении химического оружия в России — М.: ФГОУ ИПК ФМБА России, 2008. — 744 с.

4. Конвенция о запрещении разработки, производства, накопления и применения химического оружия и о его уничтожении. — Гаага: Организация по запрещению химического оружия, 1994. — 192 с.

5. Куценко С.А., Прозоровский В.Б., Федюнок В.П. Пути создания эффективных средств профилактики и неотложной терапии поражений фосфорорганическими отравляющими веществами при авариях на объектах по хранению и уничтожению химического оружия // Рос. хим. журн. — 1994. — Т. 38, № 2. — С. 90–93.

6. Постановление Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 г. № 565 «Об утверждении Положения о ВВЭ». URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 21.06.2018).

7. Постановление Правительства РФ от 09.12.2010 г. № 1005 «О внесении изменений в Федеральную целевую программу «Уничтожение запасов химического оружия в Российской Федерации». URL: <http://rulaws.ru/> (дата обращения: 21.06.2018).

8. Приказ министра обороны Российской Федерации от 20.10.2014 г. № 770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы».

9. Птичкин С. Прощай, оружие. Химическое // Российская газета. — 2017. — № 7384. URL: <https://rg.ru/2017/09/27/> (дата обращения: 21.06.2018).

10. Стационарное обследование и военно-врачебная экспертиза военнослужащих, занятых на работах с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию: Учебно-методическое пособие. — СПб., 2016. — 51 с.

11. Федеральный закон от 07.11.2000 г. № 136-ФЗ «О социальной защите граждан, занятых на работах с химическим оружием». URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 21.06.2018).

12. Холстов В.И. Уничтожение химического оружия — 3-й этап // Теоретич. и прикладная экология. — 2010. — № 1. — С. 4–11.

13. Холстов В.И. Химия без оружия // Российская газета. — 2007. — № 4387. URL: <http://www.rg.ru/2007/06/14/> (дата обращения: 14.03.2018).



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК [616.74/76-006.3+617.576-002.3]-079.4

Саркома мягких тканей или гнойное заболевание кисти: трудности дифференциальной диагностики

КОКОРИН В.В., подполковник медицинской службы (vik_81@mail.ru)¹
КРАЙНЮКОВ П.Е., доктор медицинских наук, генерал-майор медицинской службы (info@2cvkg.ru)¹
СЕЛЕЗНЕВ В.В., майор медицинской службы запаса (seleznev_vv@mail.ru)²

¹Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка, Москва; ²Городская клиническая больница № 29 им. Н.Э.Баумана, Москва

В связи с редкостью злокачественных новообразований мягких тканей отсутствует достаточный опыт хирургов и единый подход к диагностике таких заболеваний. В статье представлено клиническое наблюдение случая саркомы мягких тканей кисти, которая первоначально была расценена как гигрома кисти. По данным иммуногистохимического исследования было получено заключение о наличии атипичной (агрессивной) гидроаденомы/гидроаденокарциномы низкой степени дифференцировки. Отмечена необходимость повышения онкологической настороженности врачей-хирургов общей лечебной сети, особенно амбулаторного этапа.

К л ю ч е в ы е с л о в а: кисть, гнойные заболевания, хирургическая инфекция, саркома мягких тканей.

Kokorin V.V., Krainyukov P.E., Seleznev V.V. – Soft tissue sarcoma or purulent disease of the hand: difficulties in differential diagnosis. Due to the rarity of malignant neoplasms of soft tissues, there is a lack of experience among surgeons and a unified approach to the diagnosis of such diseases. The article presents a clinical observation of the case of soft tissue sarcoma of the hand, which was initially regarded as the hand hygroma. According to the data of the immunohistochemical study, a conclusion was made about the presence of an atypical (aggressive) hydroadenoma/hydroadenocarcinoma of low degree of differentiation. It was noted that the oncological alertness of doctors-surgeons of the general medical network, especially the outpatient stage, is increasing.

К е y w o r d s: brush, purulent diseases, surgical infection, soft tissue sarcoma.

Руки человека больше, чем другие части тела, соприкасаются с внешним миром и механическим, термическим и химическим воздействиями, что часто сопровождается повреждением кожного покрова и способствует развитию *острых гнойных заболеваний кисти* (ОГЗК) [3]. Несмотря на то что мягкие ткани составляют 50% массы тела и занимают значительный объем, удельный вес возникающих из них опухолей весьма невелик. Напротив, ОГЗК занимают одно из ведущих мест в хирургической практике: частота их, по мнению ряда авторов, колеблется от 30 до 60%. До 90% воспалительных заболеваний кисти и пальцев имеют первопричиной микротравмы [1]. Повреждения верхней конечности составляют 41,6% от всех травм опорно-

двигательной системы человека, а травмы кисти составляют 61,8% от травм руки и 25,4% от общего числа повреждений [5].

Именно частая встречаемость ОГЗК и анамнез предшествующей травмы притупляют онкологический поиск хирурга. Клиника псевдовоспаления и типичные признаки ОГЗК, под которыми маскируется злокачественный процесс, не позволяют хирургу установить правильный диагноз, а неэффективность лечения часто связывают с резистентностью возбудителей инфекции к проводимой антибактериальной терапии [4]. Заподозрить опухолевую природу заболевания, верифицировать процесс должен каждый практикующий хирург. Недостаточная онкологическая настороженность врачей

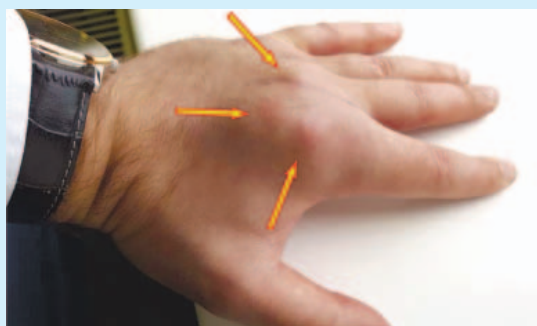


Рис. 2. Пациент М. Внешний вид кисти через 7,5 мес от начала заболевания. На фоне распространенного отека мягких тканей видны несколько опухолевидных образований (стрелки)



Рис. 3. Пациент М. Вид кисти спустя 10 мес от начала заболевания. На фоне увеличения отечности мягких тканей узлы потеряли четкость контуров



Рис. 4. Пациент М. Вид кисти через 12 мес от начала заболевания



Рис. 5. Пациент М. Внешний вид кисти при поступлении в специализированный стационар (через 12,5 мес от начала заболевания)



Рис. 6. Пациент М. Внешний вид кисти при направлении в специализированный онкологический стационар

К статье: Кокорин В.В., Крайнюков П.Е., Селезнев В.В. – Саркома мягких тканей или гнойное заболевание кисти: трудности дифференциальной диагностики



развития рецидивов, метастатического поражения легких, плевры, лимфатических узлов, костей. Общая 5-летняя выживаемость составляет менее 50% [2].

При СС нет патогномоничных клинических симптомов заболевания, клиника ее весьма разнообразна, а начальные проявления маскируются пентадой Цельса–Галена. Порой феномен флюктуации хирург ошибочно принимает за гнойник, а обнаружив в ходе оперативного вмешательства атипичную картину, не соответствующую предполагаемому патологическому процессу, не знает, что делать дальше. Следует помнить, что во всех случаях злокачественных новообразований мягких тканей отсутствует какая-либо капсула, а имеющиеся рыхлые соединительнотканые образования или фиброзные прослойки лишь создают ложное впечатление об инкапсулированности.

В большинстве случаев удаление мягкотканых образований кисти не сопровождается гистологическим исследованием, т. к. доля доброкачественных новообразований кисти значительно преобладает над злокачественными, что притупляет онкологическую настороженность, в особенности у молодых хирургов. Рациональным, а точнее обязательным, является взятие биопсии из нескольких участков раны и непосредственно из новообразований, поскольку информативность биопсии при мягкотканых опухолях достигает 80%.

Рецидивы новообразований мягких тканей обычно представляют собою не удаленные при экцизии остатки опухоли. Высокая частота рецидивирования в значительной мере обусловлена тем, что хирурги, удаляя первичную опухоль, не всегда учитывают особенности ее роста и распространения. В результате имеет место несоблюдение правил абластики, пересечение тяжей опухолевой инфильтрации, теряющихся в окружающих тканях, имплантация опухолевых клеток в ране, приводящая впоследствии к возникновению множественных рецидивных узлов как в проекции вмешательства, так и в отдаленных областях.

Таким образом, основными этапами алгоритма действий при верификации сарком мягких тканей являются:

1) соблюдение хирургами рутинных процедур – сбор анамнеза заболевания, оценка объективной клинической картины, учет результатов обследований и выполненных оперативных вмешательств;

2) клиника длительного и атипичного течения заболевания должна, в первую очередь, насторожить врача и заставить дифференцировать гнойно-воспалительную природу заболевания от опухолевой;

3) оперативное вмешательство при новообразованиях кисти в обязательном порядке должно сопровождаться гистологическим, а при необходимости, иммуногистохимическим исследованием.

Литература

1. Буткевич А.Ц., Измайлов С.Г., Алексеев М.С., Бесчастнов В.В. Гнойные заболевания пальцев и кисти: Руководство для врачей. – М.: Граница, 2012. – 313 с.
2. Васильев Н.В. Синовиальная саркома. Оценка прогноза (обзор литературы) // Сибирский онкологический журнал. – 2010. – № 1 (37). – С. 73–78.
3. Крайнюков П.Е., Матвеев С.А. Хирургия гнойных заболеваний кисти: Руководство для врачей. – М.: Планета, 2016. – 272 с.
4. Крайнюков П.Е., Сафонов О.В., Колодкин Б.Б., Кокорин В.В. Гнойно-воспалительные заболевания кисти: современные осо-

бенности комплексного лечения // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова. – 2016. – Т. 11, № 3. – С. 48–54.

5. Шаповалов В.М. Военная травматология и ортопедия. – СПб: ВМедА, 2014. – 547 с.

6. Cormier J.N., Pollock R.E. Soft tissue sarcomas // Cancer J. Clin. – 2004. – Vol. 54, N 94. – P. 1–16.

7. Frazier A.A., Franks T.J., Pugatch R.D., Galvin J.R. From the Archives of the AFTP Pleuropulmonary synovial sarcoma // Radio-graphics. – 2006. – Vol. 26, N 3. – P. 923–941.

8. Wright P.H., Sim F.H., Soule E.H., Taylor W.F. Synovial sarcoma // J. Bone Joint Surg. Am. – 1982. – Vol. 64. – P. 112–122.



Ушиб сердца при закрытых травмах груди: этиология, диагностика, тяжесть повреждения сердца (обзор литературы)

ДЕНИСОВ А.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы (denav80@mail.ru)
КУЗЬМИН А.Я., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы (kuzmin1969@ro.ru)
ГАВРИЛИН С.В., доктор медицинских наук (vphgavr@yandex.ru)
МЕШАКОВ Д.П., доктор медицинских наук (reda97@yandex.ru)
СУПРУН Т.Ю., кандидат медицинских наук (tat-suprun@yandex.ru)
ЖИРНОВА Н.А., кандидат медицинских наук (ji65@yandex.ru)
ДЕМЧЕНКО К.Н., майор медицинской службы (phantom964@mail.ru)
ДМИТРИЕВА Е.В. (ev.dmitrieva@yandex.ru)

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

По литературным данным, ушиб сердца остается патологией с широким кругом нерешенных вопросов, к которым относятся отсутствие четких данных о распространенности патологии в связи с использованием разных диагностических стандартов, дефицит специфичных методов прижизненной диагностики ушиба сердца, недостаточный объем данных о степени тяжести повреждений сердца, которые являются основой развивающихся осложнений, приводящих к летальным исходам. Полиморфность клинической картины ушиба сердца затрудняет его раннюю диагностику. Наиболее достоверными ранними диагностическими критериями ушиба сердца являются аритмия, электрокардиографические признаки на фоне перелома ребер или грудины. Предложенная балльная оценка ранних признаков ушиба сердца по шкале «ВПХ–СУ» является достаточно эффективным диагностическим инструментом и позволяет объективизировать его диагностику с точностью до 94,7%.

Ключевые слова: закрытая травма груди, ушиб сердца, диагностика, тяжесть повреждения сердца, осложнения, балльная оценка.

Denisov A.V., Kuzmin A.Ya., Gavrilin S.V., Meshakov D.P., Suprun T.Yu., Zhirnova N.A., Demchenko K.N., Dmitrieva E.V. – Heart contusion in case of closed chest injuries: etiology, diagnosis, severity of heart damage (literature review). According to the literature, the heart contusion remains a pathology with a wide range of unresolved issues, which include the absence of clear data on the prevalence of pathology due to the use of different diagnostic standards, the lack of specific methods of intravital diagnosis of a heart contusion, insufficient data on the degree the severity of heart damage, which is the basis of developing complications leading to death. The polymorphism of the clinical picture of the heart contusion complicates his early diagnosis. The most reliable early diagnostic criteria for heart contusion are arrhythmia, electrocardiographic signs on the background of a fracture of ribs or sternum. The suggested scoring of early signs of a heart contusion according to the scale «MS–SU» is a rather effective diagnostic tool and allows objectifying its diagnostics with an accuracy of up to 94.7%.

Key words: closed chest trauma, a bruise of the heart, diagnosis, severity of heart damage, complications, scoring.

Ушиб сердца (в англоязычной литературе – «миокардиальная контузия»), наряду с ушибом легких – наиболее частый вид повреждения при закрытой травме груди [28] и встречается, по разным данным, у 21–69, 8–71, 22,7% пациентов с этой патологией. При этом частота ушиба сердца, выявляемого клинически, варьирует от долей процента до 76,2% случаев. При сочетанной травме груди диагноз ушиба

сердца в первые сутки ставится сравнительно нечасто – от 7,8 [6] до 31,3%, а именно в этот период погибают до 57,2% пострадавших [10]. Такой значительный разброс значений показателя объясняется нечеткостью термина [26], сложностью диагностики [26], зачастую – минимальными клиническими проявлениями. По секционным данным, частота ушиба сердца колеблется от 2,5 до 57,3% [2, 6, 7].



пациентов. К жизнеугрожающим осложнениям ушиба сердца относят желудочковые нарушения ритма, включая фибрилляцию желудочков, тромбоз коронарной артерии и инфаркт миокарда, гипертрофию и дилатацию правого желудочка, кардиогенный шок, аневризму стенки желудочка, острую правожелудочковую и острую левожелудочковую недостаточность [4].

Несмотря на отсутствие точных эпидемиологических данных, большинство авторов склоняются к оценке повреждения сердца как фактора, отягощающего течение множественной и сочетанной травмы и оказывающего решающее влияние на ее исход. Летальность при закрытой травме сердца составляет, по данным В.В.Сороки, от 15 до 50% [12], по данным Е.А.Вагнера (1969), — до 90%. Летальность при разрывах сердца различной локализации колеблется от 76 до 81,3% [19]. По данным других авторов, летальность при повреждениях сердца может достигать 49 и даже 90%.

Таким образом, анализ литературных данных показал, что полиморфность клинической картины ушиба сердца в известной степени затрудняет его раннюю

диагностику. Наиболее достоверными ранними диагностическими критериями ушиба сердца являются аритмия, электрокардиографические признаки на фоне перелома ребер или грудины.

При большом количестве описываемых разнообразных методов диагностики в литературе отсутствуют сведения об объективных (балльных) критериях, позволяющих с высокой вероятностью определить наличие ушиба сердца в ранние сроки после травмы. Поэтому предложенная на кафедре военно-полевой хирургии ВМедА балльная оценка ранних признаков ушиба сердца по шкале «ВПХ—СУ» является достаточно эффективным диагностическим методом и позволяет объективизировать его диагностику с точностью до 94,7% у пострадавших с различными видами механических травм, в т. ч. и у раненых с закрытой локальной контузионной травмой при непробитии бронезилета.

Однако до настоящего времени остается до конца неясным вопрос о том, как влияют повреждения сердца различной тяжести на течение травматической болезни, а также частоту развития осложнений и летальность.

Литература

1. Белобородов А.А., Данилина Е.П., Дектярев М.А., Белобородов В.А. Диагностика ушиба сердца у пострадавших с травмой груди / Актуальные вопросы хирургии: Матер. науч. конф. — Красноярск, 2008. — С. 46–49.
2. Вагнер Е.А., Дмитриева А.М., Брунс В.А., Плаксин С.А. Кровоизлияния и гематомы средостения при тяжелой тупой травме груди // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 1995. — № 2. — С. 67–70.
3. Гуманенко Е.К., Кочергаев О.В., Гаврилин С.В., Немченко Н.С., Бояринцев В.В. Диагностика ушиба сердца у пострадавших с сочетанными травмами груди // Вестник хирургии. — 2000. — № 6. — С. 36–40.
4. Корпачева О.В. Ушиб сердца: нерешенные проблемы теории и практики // Общая реаниматология. — 2008. — Т. 4, № 6. — С. 76–79.
5. Кузьмин А.Я. Ранняя диагностика, интенсивная терапия, определение хирургической тактики у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, сопровождающейся ушибом сердца: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2009. — 22 с.
6. Малиновский Н.Н., Шотт А.В., Гришин И.Н., Спаская М.Г. Закрытая травма сердца. — Минск: Высшая школа, 1979. — 191 с.

7. Мышкин К.И., Черномащенко А.Н., Рзынин А.Н. Топографо-анатомические особенности и механизм закрытой травмы сердца // Клиническая хирургия. — 1985. — № 10. — С. 8–10.

8. Новоселов В.П., Савченко С.В., Порвин А.Н., Кошляк Д.А. Ультраструктурная характеристика миокарда при механической травме сердца в эксперименте // Сибирский науч. мед. журн. — 2016. — Т. 36, № 2. — С. 5–11.

9. Озерцовский Л.Б., Гуманенко Е.К., Бояринцев В.В. Раневая баллистика: история и современное состояние огнестрельного оружия и средств индивидуальной бронезащиты. — СПб: Журнал Калашников, 2006. — 374 с.

10. Селезов Е.А., Белобородов А.А., Поликарпов Л.С. Осложнения и летальность при закрытой травме сердца // Сибирское медицинское образование. — 2007. — № 1. — С. 19–22.

11. Сомов В.П. Клиника, диагностика и комплексная терапия ушибов сердца // Воен.-мед. журн. — 1988. — № 3. — С. 41–43.

12. Сорока В.В. Анатомо-физиологические особенности ушибов сердца: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1985. — 21 с.

13. Соседко Ю.И., Корнеев И.В., Чернов М.Ю. Диагностика ушиба сердца у живых лиц при закрытой травме грудной клетки // Судебно-медицинская экспертиза. — 1992. — Т. 35, № 2. — С. 10–13.



14. Стажадзе Л.Л., Спиридонова Е.А., Лацаева М.А. и др. Информационная ценность ЭКГ у пострадавших с закрытой травмой груди на догоспитальном этапе. — Вестник интенсивной терапии. — 2005. — № 2. — С. 51–55.
15. Супрун А.Ю., Денисов А.В., Супрун Т.Ю., Жирнова Н.А., Демченко К.Н. Влияние тяжести ушиба легких на течение травматической болезни при сочетанной травме груди // Вестник Рос. воен.-мед. акад. — 2017. — Т. 58, № 2. — С. 92–99.
16. Тюрин М.В. Морфофункциональная характеристика травмы грудной клетки, защищенной бронезиловым: Дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1987. — 146 с.
17. Baxter B.T., Moore E.E., Moore F.A. et al. A plea for sensible management of myocardial contusion // Amer. J. Surg. — 1989. — Vol. 158, N 6. — P. 557–562.
18. Fabian T.C., Mangiante E.C., Patterson C.R. et al. Myocardial contusion in blunt trauma: clinical characteristics, means of diagnosis, and implications for patient management // J. Trauma. — 1988. — Vol. 28, N 1. — P. 50–57.
19. Fulda G., Brathwaite C.E.M., Rodriguez A. et al. Blunt traumatic rupture of the heart and pericardium: a ten-year experience (1979–1989) // J. Trauma. — 1991. — Vol. 31, N 2. — P. 167–174.
20. Gherishin E., Khoury A., Litmanovich D. et al. Comprehensive multidetector computed tomography assessment of severe cardiac contusion in pediatric patient: correlation with echocardiography // J. Comput. Assist. Tomogr. — 2005. — Vol. 29, N 6. — P. 739–741.
21. Karalis D.G., Victor M.F., Davis G.A. et al. The role of echocardiography in blunt chest trauma: a transthoracic and transesophageal echocardiographic study // J. Trauma. — 1994. — Vol. 36, N 1. — P. 53–58.
22. Lindenbaum G.A., Carroll S.F., Block E.F., Kapusnick R.A. Value of creatine phosphokinase isoenzyme determinations in the diagnosis of myocardial contusion // Ann. Emerg. Med. — 1988. — Vol. 17, N 9. — P. 859–885.
23. Meier R., VanGriensven M., Pape H.C. et al. Effects of cardiac contusion in isolated perfused rat hearts // Shock. — 2003. — Vol. 19. — P. 123–126.
24. Moritz A.R., Atkins J.P. Cardiac contusion, an experimental and pathologic study // Arch. Pathol. — 1938. — Vol. 25. — P. 445–462.
25. Pooler C., Barkman A. Myocardial Injury: contrasting infarction and contusion // Critical. Care Nurse. — 2002. — Vol. 22, N 1. — P. 15–26.
26. Pretre R., Chilcott M. Blunt trauma to the heart and great vessels // N. Engl. J. Med. — 1997. — Vol. 336, N 9. — P. 626–632.
27. Ru Dusky B.M. Classification of myocardial contusion and blunt cardiac trauma // Antology. — 2007. — Vol. 58, N 5. — P. 610–613.
28. Ru Dusky B.M. Myocardial contusion culminating in a ruptured pseudoaneurysm of the left ventricle: a case report // Angiology. — 2003. — Vol. 54. — P. 356–362.
29. Sigler L.H. Traumatic injury to the heart; incidence of its occurrence in 42 cases of severe accidental bodily injury // Am. Heart J. — 1945. — Vol. 30. — P. 459–478.
30. Vignon P., Boncoeur M.P., Rambaud G. et al. Comparison of multi plane transesophageal echocardiography and contrast enhanced helical CT in the diagnosis of blunt traumatic cardiovascular injuries // Anesthesiology. — 2001. — Vol. 94, N 6. — P. 615–622.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК [616.33-008.17-031:611.329]092

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: особенности патогенеза, клинической картины, диагностики и освидетельствования граждан

ГРИНЕВИЧ В.Б., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса (grinevich_vb@mail.ru)¹
ЧАПЛЮК А.Л., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы (escular1@rambler.ru)²
ПЕТРОВА О.Н., подполковник медицинской службы (olga.petrova@mail.ru)²
БАКУШКИН И.А., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы (ig.bakushkin@yandex.ru)²
КРАВЧУК Ю.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса (kravchuk2003@mail.ru)¹
БРИТВИНА Л.А. (bla1974@yandex.ru)³

¹Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ²Главный центр военно-врачебной экспертизы МО РФ, Москва; ³Лечебно-диагностический центр «Оника», Санкт-Петербург

На современном этапе гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь рассматривается как многофакторное заболевание. Установлена важная роль микробиоты пищевода и всего желудочно-кишеч-



ного тракта в его возникновении и прогрессировании. Выделено 2 типа микробиома пищевода, при этом микробиом I типа характерен для нормальной гистологической картины пищевода, а со II типом связано развитие эзофагита и пищевода Барретта. Представлены определения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ее классификации, механизмы развития. Ведущим патогенетическим механизмом является патологический гастроэзофагеальный рефлюкс. Дана характеристика клинической картины заболевания. Изложены рациональные подходы к диагностике патологии в интересах проведения военно-врачебной экспертизы граждан.

К л ю ч е в ы е с л о в а: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, патогенез, микробиом пищевода и желудочно-кишечного тракта, классификация, военно-врачебная экспертиза.

Grinevich V.B., Chaplyuk A.L., Petrova O.N., Bakushkin I.A., Kravchuk Yu.A., Britvina L.A. — Gastroesophageal reflux disease: features of pathogenesis, clinical picture, diagnosis and examination of citizens. At the present stage gastroesophageal reflux disease is considered as a multifactorial disease. The important role of the microbiota of the esophagus and the entire gastrointestinal tract in its emergence and progression has been established. There are 2 types of esophagus microbiome, type I microbiome is characteristic for a normal histological picture of the pseudoras, and type II is associated with the development of Barrett's esophagitis and esophagus. The definitions of gastroesophageal reflux disease, its classification, mechanisms of development are presented. The leading pathogenetic mechanism is pathological gastroesophageal reflux. The characteristic of the clinical picture of the disease is given. Rational approaches to the diagnosis of pathology in the interests of military-medical expertise of citizens are outlined.

К е у о r d s: gastroesophageal reflux disease, pathogenesis, esophageal and gastrointestinal microbiome, classification, military medical examination.

Проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в последние годы привлекает к себе повышенное внимание, т. к. отмечается отчетливая тенденция к увеличению заболеваемости, в т. ч. и среди военнослужащих. Масштабные эпидемиологические исследования показывают, что симптомы ГЭРБ различной степени тяжести испытывают около 20% пациентов, хотя более половины обследуемых с клиническими проявлениями ГЭРБ имеют эндоскопически неизмененную или только гиперемированную слизистую оболочку пищевода [8, 11].

Проведение эпидемиологических исследований по проблеме ГЭРБ до последнего времени было затруднено в связи с отсутствием единого понимания термина «изжога». Именно поэтому *Научное общество гастроэнтерологов России* (НОГР), с учетом Генвальских и Монреальских рекомендаций, приняло национальное определение изжоги, получившее одобрение VII съезда НОГР (2007): «Изжога — чувство жжения за грудиной и/или “под ложечкой”, распространяющееся снизу вверх, индивидуально возникающее в положении сидя, стоя, лежа или при наклонах туловища вперед, иногда сопровождающееся ощущением кислоты и/или горечи в глотке и во рту, нередко связанное с чувством переполнения в эпигастрии, возникающее натощак

или после употребления какого-либо вида твердых или жидких пищевых продуктов, алкогольных либо неалкогольных напитков или акта табакокурения» [10].

ГЭРБ — это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем функциональных нарушений и/или дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, простого (катарального), эрозивного или язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагита), а у части больных со временем — цилиндрической (железистой) метаплазии (пищевода Барретта) [5].

ГЭРБ — многофакторное заболевание. Ведущим патогенетическим механизмом его возникновения является патологический гастроэзофагеальный рефлюкс [2, 6]. Кислое содержимое желудка, а также желчные кислоты и ферменты из двенадцатиперстной кишки в результате дуоденогастроэзофагеального рефлюкса достигают слизистой оболочки пищевода. Частый и длительный контакт рефлюксата со слизистой оболочкой пищевода приводит к воспалительным



бокаловидными клетками и клетками Панета, и неполную (толстокишечную) метаплазию, состоящую из цилиндрических промежуточных и бокаловидных клеток, секретирующих сиаломуцин (2-й тип) или сульфомуцин (3-й тип). Основанием для установления диагноза «Пищевод Барретта» и применения пункта «б» статьи 57 при освидетельствовании является обязательное выявление кишечной метаплазии, которая обладает злокачественным потенциалом.

При освидетельствовании граждан с неэрозивной формой ГЭРБ статья 57 расписания болезней не применяется.

Литература

1. Васильев Ю.В. Пищевод Барретта: этиопатогенез, диагностика, лечение больных // Трудный пациент. — 2006. — Т. 4, № 7. — С. 229–237.
2. Гастроэнтерология: Национальное руководство / Под ред. В.Т.Ивашкина, Т.Л.Лапшиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 704 с.
3. Гриневич В.Б., Захаренко С.М., Осипов Г.А. Принципы коррекции дисбиозов кишечника // Лечащий врач. — 2008. — № 6. — С. 6–9.
4. Гриневич В.Б., Сас Е.И., Ефимов О.И. Клиническая эффективность применения альгинатов как средства оптимизации терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Лечащий врач. — 2014. — № 2. — С. 42–46.
5. ГЭРБ. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации. — М.: РГА, 2015.
6. Дронова О.Б., Каган И.И., Третьяков А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: анатомо-эндоскопические и клинико-инструментальные основы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения. — М.: Бином, 2014. — 192 с.
7. Евсютина Ю.В., Ивашкин В.Т. Роль микробиома в развитии болезней пищевода // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2016. — № 3. — С. 11–16.
8. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной практике врача // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2003. — № 6. — С. 18–26.
9. Кашин С.В., Иванников И.О. Пищевод Барретта: принципы диагностики и медикаментозной терапии // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2006. — № 6. — С. 73–78.
10. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Гевналя к Монреалю // Эксперимент. и клинич. гастроэнтерология. — 2007. — № 5. — С. 4–10.
11. Маев И.В., Бурков С.Г., Юренев Г.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ассоциированная патология. — М.: Литера, 2014. — 352 с.

Заключение

В настоящее время ГЭРБ характеризуется высокой распространенностью в популяции. Активно исследуются патогенетическое значение микробиоты желудочно-кишечного тракта, ее влияние на клиническую симптоматику, риск развития осложнений и прогноз заболевания. Рациональное применение существующих диагностических подходов и грамотная интерпретация клинических данных обеспечивают совершенствование организационно-методологических подходов в интересах проведения военно-врачебной экспертизы.

12. Мишушкин О.Н., Масловский Л.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (представление, патогенез, диагностика, лечение). — М., 2014. — 160 с.
13. Морозов С.В., Кучерявый Ю.А., Кукушкина М.Д. Роль дефицита пищевых волокон в развитии проявлений и течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2013. — Т. 23, № 1. — С. 6–13.
14. Постановление Правительства РФ от 4.07.2013 г. № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».
15. Шентулин А.А. Новая система оценки клинических симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2008. — Т. 18, № 4. — С. 23–27.
16. Янг Р. «Чудо pH». — СПб: Питер, 2015. — 383 с.
17. Babar M., Ryan A.W., Anderson L.A. et al. Genes of the interleukin-18 pathway are associated with susceptibility to Barrett's esophagus and esophageal adenocarcinoma // Am. J. Gastroenterol. — 2012. — Vol. 107, N 9. — P. 1331–1341.
18. Blackett K.L., Siddhi S.S., Cleary S. et al. Oesophageal bacterial biofilm changes in gastro-oesophageal reflux disease, Barrett's and oesophageal carcinoma: association or causality? // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. — 2013. — Vol. 37, Iss. 11. — P. 1084–1092.
19. Coenraad M., Masclee A.A., Straathof J.W. et al. Is Barrett's esophagus characterized by more pronounced acid reflux than severe esophagitis? // Am. J. Gastroenterol. — 1998. — Vol. 93. — P. 1068–1072.
20. Graham D.Y. Helicobacter pylori is not and never was «protective» against anything, including GERD // Dig. Dis. Sci. — 2003. — Vol. 48, N 4. — P. 629–630.
21. Herbella F.A., Patti M.G. Gastroesophageal reflux disease from pathophysiology to treatment // World Gastroenterol. — 2010. — Vol. 16, N 30. — P. 3745–3749.
22. Lidims I., Holloway R. Motility abnormalities in the columnar-lined esophagus // Gastroenterol. Clin. North. Am. — 1997. — Vol. 26. — P. 519–531.



23. Liu N., Ando T., Ishiguro K. et al. Characterization of bacterial biota in the distal esophagus of Japanese patients with reflux esophagitis and Barrett's esophagus // BMC Infect. Dis. – 2013. – Vol. 13. – P. 130–136.
24. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A. et al. Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht V/Florence Consensus Report // Gut Published Online First: [please include Day Month Year] doi:10.1136/ gutjnl-2016-312288.
25. McColl K.E., Dickson A., El-Nujumi A. et al. Symptomatic benefit 1–3 years after H. pylori eradication in ulcer patients: impact of gastroesophageal reflux disease // Am. J. Gastroenterol. – 2000. – Vol. 95, N 1. – P. 101–105.
26. Mozaffari N.B., Daryani N.E., Mirshafiey A. et al. Effect of probiotics on the expression of Barrett's esophagus biomarkers // J. Med. Microbiol. – 2015. – Vol. 64, N 4. – P. 348–354.
27. Namiot Z., Sarosiek J., Rourk R. M., McCailum R.W. Human esophageal secretion: mucosal response to luminal acid and pepsin // Gastroenterology. – 1994. – Vol. 106. – P. 973–981.
28. Pei Z., Bini E.J., Yang L. et al. Bacterial microbiome in the human distal esophagus // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2004. – Vol. 101. – P. 4250–4255.
29. Quigley E.M. Prebiotics and probiotics: their role in the management of gastrointestinal disorders in adults // Nutr. Clin. Pract. – 2012. – Vol. 27. – P. 195–200.
30. Sharma P., Vakil N. Review article: Helicobacter pylori and reflux disease // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2003. – Vol. 17, N 3. – P. 297–305.
31. Vakil N., Zanten S., Kahrilas P. et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus // Amer. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 88. – P. 1900–1920.
32. Yang L., Lu X., Nossa C.W. et al. Inflammation and intestinal metaplasia of the distal esophagus are associated with alterations in the microbiome // Gastroenterology. – 2009. – Vol. 137, N 2. – P. 588–597.
33. Yang L., Francois F., Pei Z. Molecular Pathways: Pathogenesis and clinical implications of microbiome alteration in esophagitis and Barrett's esophagus // Clin. Cancer Res. – 2012. – Vol. 18, N 8. – P. 2138–2144.
34. Zaidi A.H., Kelly L.A., Kreft R.E. et al. Associations of microbiota and toll-like receptor signaling pathway in esophageal adenocarcinoma // BMC Cancer. – 2016. – Vol. 16, N 1. – P. 52.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.665-002.28-085

Перспективы использования технологий регенеративной медицины в лечении болезни Пейрони

ЕПИФАНОВА М.В., кандидат медицинских наук (epifanova_maya@mail.ru)¹
ГВАСАЛИЯ Б.Р., доктор медицинских наук (bgvasalia@gmail.com)²
ЕСИПОВ А.В., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
генерал-майор медицинской службы²
КОЧЕТОВ А.Г., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
полковник медицинской службы²
ГАЛИЦКАЯ Д.А. (dgalitsk@gmail.com)³
АРТЕМЕНКО С.А. (sergey.artemenko.94@mail.ru)³
РЕПИН А.М. (andrei54@list.ru)³

¹Российский университет дружбы народов, Москва; ²3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область; ³Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова (Сеченовский университет)

Болезнь Пейрони характеризуется воспалительной реакцией под белочной оболочкой полового члена с пролиферацией фибробластов и образованием утолщенной волокнистой бляшки, с последующим болевым синдромом, искривлением полового члена и эректильной дисфункцией. В настоящее время идет активное внедрение клеточных и генно-терапевтических технологий в медицинскую практику. Применение стромально-васкулярной фракции и аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста, позволит разработать новые подходы к лечению болезни Пейрони. Искривление полового члена, боль при эрекции, сопутствующая эректильная дисфункция приводят к существенному снижению качества жизни мужчин, страдающих болезнью Пейрони. Результаты консервативного лечения болезни Пейрони не превышают эффекта плацебо, а хирургическое лечение



не всегда обеспечивает удовлетворительные исходы. Данный обзор литературы демонстрирует эволюцию понимания патогенетических механизмов развития болезни Пейрони и, соответственно, методов лечения этого заболевания.

К л ю ч е в ы е с л о в а: болезнь Пейрони, регенеративная медицина, аутоплазма, обогащенная тромбоцитарными факторами роста, стромально-васкулярная фракция, стволовые клетки, регенеративные клетки жировой ткани, стволовые клетки жировой ткани

Epifanova M.V., Gvasalia B.R., Esipov A.V., Kochetov A.G., Galitskaya D.A., Artemenko S.A., Repin A.M. – Prospects of using regenerative medicine technologies in the treatment of Peyronie’s disease. Peyronie’s disease is characterized by an inflammatory reaction under the tunica albuginea with the proliferation of fibroblasts and the formation of a thickened fibrous plaque, followed by pain, abnormal penis curvature and erectile dysfunction. The results of conservative methods of treatment do not exceed the placebo, and surgical treatment does not always lead to satisfactory results. It leads to development of new therapeutic methods and technologies including cell and gene therapy. Adipose tissue derived stromal-vascular fraction and platelet-rich plasma are most promising approaches for the treatment of Peyronie’s disease among all methods or regenerative medicine.

К е у в о р д s: Peyronie’s disease, regenerative medicine, platelet-rich plasma, stromal-vascular fraction, stem cells, adipose-derived regenerative cells, adipose-derived stem cells.

Больше Пейрони (БП), или фибропластическая индурация полового члена (ПЧ), характеризуется образованием неэластичных фиброзных бляшек в белочной оболочке кавернозных тел ПЧ. По данным систематического обзора литературы, включающего публикации за период с 1965 по 2015 г., показатели распространенности БП варьируют от 0,5 до 20,3% в пределах определенных групп населения [24].

К симптомам БП относят искривление ПЧ, боль при эрекции, эректильную дисфункцию (ЭД). Перечисленные симптомы приводят к существенному снижению качества жизни [24].

Существуют варианты консервативного и оперативного лечения БП. В 2015 г. Американской урологической ассоциацией (AUA) были разработаны клинические рекомендации по консервативному лечению БП. Предложена пероральная терапия витамином Е, тамоксифеном, прокарбазином, омега-3 жирными кислотами, комбинацией витамина Е с L-карнитинном. В ряде работ описана эффективность пероральной терапии БП калия парааминобензоатом и ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа [24].

К инъекционным препаратам для лечения БП относят верапамил, коллагеназу, интерферон- $\alpha 2\beta$ (ИФН- $\alpha 2\beta$) [24]. В то же время в клиническом исследовании, проведенном в 2009 г. на 80 пациентах, не выявлено достоверных различий эффективности инъекции верапамила

и плацебо у пациентов с БП [26]. Инъекции коллагеназы являются первым видом лечения БП, одобренным FDA (США) [21].

Введение ИФН- $\alpha 2\beta$ приводит к уменьшению кривизны ПЧ и размера бляшек за счет снижения скорости пролиферации фибробластов и синтеза коллагена [7]. Однако статистически значимой разницы в клинических показателях групп пациентов, получавших плацебо и ИФН- $\alpha 2\beta$, также выявлено не было [15].

В клинические рекомендации Европейского общества урологов (EAU) с 2014 г. включена методика экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ), однако данные об эффективности использования этой методики противоречивы [11].

Таким образом, существующие консервативные методы лечения разнообразны, однако их результаты в большинстве случаев не превышают эффекта плацебо [19].

К вариантам оперативного лечения БП относятся: операция Nesbit и ее модификации, графтинг белочной оболочки (с иссечением или рассечением бляшек), имплантация протезов ПЧ с графтингом или без него [10]. Эти методы в большинстве случаев связаны с дополнительным рубцеванием белочной оболочки, укорочением ПЧ и риском развития ЭД. Нормальная эрекция – важное условие применения укорачивающих ПЧ методик.



Средняя толщина бляшки уменьшилась с $4,16 \pm 2$ до $3,07 \pm 1,2$ мм ($p < 0,05$) [31].

Результаты существующих хирургических подходов к лечению БП неудовлетворительные из-за массы осложнений и высокой вероятности рецидива патологии. В связи с этим в клинической практике наблюдается тенденция к снижению числа оперативных вмешательств по поводу БП. В то же время ведется активный поиск новых консервативных методов лечения. Накопленный опыт с подтвержденной эффективностью и безопасностью применения ADSC, СВФ и АОТ как в доклинических, так и в клинических исследованиях позволяет рас-

сматривать эти методики как один из способов лечения БП. Новые консервативные методы лечения особо актуальны для военной медицины благодаря отсутствию при их применении послеоперационного восстановительного периода. Приведенная в данном обзоре информация послужит основой для проведения клинических исследований по оценке эффективности и безопасности стромально-вазкулярной фракции и аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста в лечении болезни Пейрони с дальнейшей перспективой внедрения данного способа лечения в клиническую практику.

Литература

1. Глыбочко П.В., Чалый М.Е., Епифанова М.В., Ахведиани Н.Д., Краснов А.О. Применение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста, в лечении эректильной дисфункции // Урология. – 2015. – № 1. – С. 100–103.
2. Чалый М.Е., Вилькин Я.Ф., Епифанова М.В. Способ лечения эректильной дисфункции. Патент РФ на изобретение № 2514639 от 5.03.2014 г. // Бюлл. № 12 от 27.04.2014 г.
3. Чалый М.Е., Григорян В.А., Епифанова М.В., Краснов А.О. Эффективность интракавернозного введения аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в лечении эректильной дисфункции // Урология. – 2015. – № 4. – С. 76–79.
4. Caplan A.I., Dennis J.E. Mesenchymal stem cells as trophic mediators // J. Cell Biochem. – 2006. – Vol. 98, N 5. – P. 1076–1084.
5. Castiglione F., Hedlund P., Van der Aa F. Intratunical injection of human adipose tissue-derived stem cells prevents fibrosis and is associated with improved erectile function in a rat model of Peyronie's disease // Eur. Urol. – 2013. – Vol. 63. – P. 551–560.
6. Clinical Intervention Study: Adverse Events and Clinical Outcomes for the Deployment of Adipose Derived SVF (Rich in Adult Stem Cells and Growth Factors) for Select Orthopedic, Neurologic, Urologic, and Cardio-Pulmonary Conditions. NCT01953523 // Url: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01953523>.
7. Duncan M.R., Berman B., Nseyo U.O. Regulation of the proliferation and biosynthetic activities of cultured human Peyronie's disease fibroblasts by interferons-alpha, -beta and -gamma // Scand. J. Urol. Nephrol. – 1991. – Vol. 4. – P. 89–94.
8. El-Sakka A.I., Hassan M.U., Nunes L., Bhatnagar R.S., Yen T.S.B., Lue T.F. Histological and ultrastructural alterations in an animal model of Peyronie's disease // Br. J. Urol. – 1998. – Vol. 81, N 3. – P. 445–452.
9. El-Sakka A.I., Hassoba H.M., Chui R.M., Bhatnagar R.S., Dahiya R., Lue T.F. An animal model of Peyronie's-like condition associated with an increase of transforming growth factor beta mRNA and protein expression // J. Urol. – 1997. – Vol. 158. – P. 2284–2290.
10. Essed E., Shroder F.H. New surgical treatment for Peyronie's disease // Urology. – 1985. – Vol. 25. – P. 582–587.
11. European Association of Urology Guidelines 2014 edition. – P. 1852.
12. Evaluate the Safety and Feasibility of Injecting Placental Matrix-Derived Mesenchymal Stem Cells Into the Penis to Treat the Symptoms of Peyronie's Disease NCT02395029 // Url: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02395029>.
13. Gokce A., Abd Elmageed Z.Y., Lasker G.F. Adipose tissue-derived stem cell therapy for prevention and treatment of erectile dysfunction in a rat model of Peyronie's disease // Andrology. – 2014. – Vol. 2. – P. 244–251.
14. Gokce A., Abd Elmageed Z.Y., Lasker G.F. Intratunical injection of genetically modified adipose tissue-derived stem cells with human interferon β -2b for treatment of erectile dysfunction in a rat model of tunica albuginea fibrosis // J. Sex. Med. – 2015. – Vol. 12, N 7. – P. 1533–1544.
15. Hellstrom W.J., Kendirci M., Matern R., Cockerham Y., Myers L., Sikka S.C. Single-blind, multicenter, placebo controlled, parallel study to assess the safety and efficacy of intralesional-interferon alpha-2B for minimally invasive treatment for Peyronie's disease // J. Urol. – 2006. – Vol. 176. – P. 394–398.
16. Herati A.S., Pastuszak A.W. The Genetic Basis of Peyronie Disease: A Review // Sex. Med. Rev. – 2016. – Vol. 4, N 1. – P. 85–94.
17. Kumar C.S. Combined Treatment of Injecting Platelet Rich Plasma With Vacuum Pump for Penile Enlargement // J. Sex. Med. – 2017. – Vol. 14, N 1. – P. 78.
18. Lander E.B., Berman M.H., See J.R. Stromal vascular fraction combined with shock wave for the treatment of Peyronie's disease // Plast. Reconstr. Surg. Glob. Open. – 2016. – Vol. 4, N 3. – P. 631.



19. *Larsen S.M., Levine L.A.* Review of non-surgical treatment options for Peyronie's disease // *Int. J. Impot. Res.* – 2012. – Vol. 24. – P. 1–10.
20. *Lemaire R., Bayle J., Lafyatis R.* Fibrillin in Marfan syndrome and tight skin mice provides new insights into transforming growth factor beta regulation and systemic sclerosis // *Curr. Opin. Rheumatol.* – 2006. – Vol. 18. – P. 582–587.
21. *Lipshultz L.I., Goldstein I., Seftel A.D.* Clinical efficacy of collagenase Clostridium histolyticum in the treatment of Peyronie's disease by subgroup: results from two large, double-blind, randomized, placebo-controlled, phase III studies // *BJU Int.* – 2015. – Vol. 116. – P. 650–656.
22. *Ma L., Yang Y., Sikka S.C.* Adipose tissue-derived stem cell-seeded small intestinal submucosa for tunica albuginea grafting and reconstruction // *Proc. Natl. Acad. Sci USA.* – 2012. – Vol. 109. – P. 2090–2095.
23. *Marx R.E.* Platelet-rich plasma: Evidence to support its use // *J. Oral. Maxillofac. Surg.* – 2004. – Vol. 62. – P. 489–496.
24. *Nehra A., Alterowitz R., Culkin D.J., Farday M.M., Hakim L.S., Heidebaugh J.J.* Peyronie's disease: AUA guideline // *J. Urol.* – 2015. – Vol. 194. – P. 745–753.
25. *Sato K., Ozaki K., Oh I.* Nitric oxide plays a critical role in suppression of T-cell proliferation by mesenchymal stem cells // *Blood.* – 2007. – Vol. 109. – P. 228–234.
26. *Shirazi M., Haghpanah A.R., Badiee M., Afrasiabi M.A., Haghpanah S.* Effect of intralesional verapamil for treatment of Peyronie's disease: a randomized single-blind, placebocontrolled study // *Int. Urol. Nephrol.* – 2009. – Vol. 41, N 3. – P. 467–471.
27. *Smith R.G., Gassmann C.J., Campbell M.S.* Platelet-rich Plasma: Properties and Clinical Perfusion // *The Journal of Lancaster General Hospital Summer.* – 2007. – Vol. 2, N 2. – P. 73–77.
28. *Strioga M., Viswanathan S., Darinskas A., Slaby O., Michalek J.* Same or not the same? Comparison of adipose tissue-derived versus bone marrow-derived mesenchymal stem and stromal cells // *Stem. Cells. Dev.* – 2012. – Vol. 21, N 14. – P. 2724–2752.
29. *The Role of Adipose Tissue Stem Cell Injection Through Corpora Cavernosa and Intra Dorsal Penile Artery in Management of Erectile Dysfunction Associated With Peyronie's Disease NCT02414308* // [Url: https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02414308.](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02414308)
30. *Virag R., Sussman H., Lobel B.* A New Treatment of Lapeyronie's Disease by Local Injections of Plasma Rich Platelets (PRP) and Hyaluronic Acid. Preliminary Results // *E-memoires de l'Academie Nationale de Chirurgie.* – 2014. – Vol. 13, N 3. – P. 96–100.
31. *Virag R., Sussman H.* Plasma rich platelets and hyaluronic acid improves peyronie's disease: A case control study of 75 cases // *J. Sex. Med.* – 2017. – Vol. 14, N 4. – P. 121.
32. *Virag R., Sussman H.* Ultrasound Guided Treatment of Peyronie's Disease with Plasma Rich Platelets (PRP) and Hyaluronic Acid (HA) // *J. Sex. Med.* – 2016. – Vol. 13, N 5. – P. 5–6.
33. *Zuk P.A., Zhu M., Mizuno H., Huang J., Futrell W., Katz A.J., Benhaim P., Lorenz P., Hedrick M.H.* Multilineage Cells from Human Adipose Tissue: Implications for Cell-Based Therapies // *Tissue Eng.* – 2001. – Vol. 7, N 2. – P. 211–228.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В Центральном военном клиническом госпитале имени П.В.Мандрыка прошел сбор главных специалистов терапевтического профиля, посвященный 50-летию московской научной школы военных терапевтов, а также полувековому юбилею кафедры терапии неотложных состояний московского филиала Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова.

В его работе приняли участие главный терапевт Минобороны России полковник медицинской службы **Юрий Овчинников**, специалисты военных госпиталей военных округов и флотов.

В рамках сбора состоялись симпозиумы, на которых шла речь об актуальных вопросах диагностики и лечения заболеваний внутренних органов и сердечно-сосудистых заболеваний.

Подводя итоги проведенного мероприятия, его организаторы поблагодарили всех присутствующих за активное участие, создание дружеской и доброжелательной атмосферы.

Кафедра терапии неотложных состояний создана в сентябре 2015 г. На ней осуществляется подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по программам профессиональной переподготовки и дополнительного профессионального образования.

Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 8 июня 2018 г.

https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12179772@egNews



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616-057.36-092:615.2

Перспективы применения ампакинов для коррекции неблагоприятных функциональных состояний у военных специалистов (обзор литературы)

СУББОТИНА С.Н., кандидат биологических наук (ssubbotina@inbox.ru)
КУЗЬМИН А.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
АНОХИН А.Г., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
ЮДИН М.А., доктор медицинских наук, подполковник медицинской службы
БЫКОВА А.Ф., кандидат биологических наук

Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины МО РФ, Санкт-Петербург

Поиск перспективных препаратов для фармакологической коррекции неблагоприятных функциональных состояний с целью сохранения высокого уровня работоспособности специалистов операторского профиля является актуальной задачей военной медицины. Статья посвящена обсуждению перспектив применения с этой целью ампакинов – препаратов из класса аллостерических модуляторов АМРА-рецепторов. Проведенный анализ литературных данных показал, что ноотропное действие ампакинов обусловлено улучшением нейротрансдачи в глутаматергических синапсах коры головного мозга, которое функционально реализуется в повышении внимания, концентрации и бдительности, улучшении процессов обучения и памяти. Имеющиеся данные о высокой эффективности и безопасности препаратов этого класса определяют перспективу их использования для коррекции функциональных состояний специалистов операторского профиля деятельности.

К л ю ч е в ы е с л о в а: работоспособность специалистов операторского профиля, коррекция неблагоприятных функциональных состояний, ампакины.

Subbotina S.N., Kuzmin A.A., Anokhin A.G., Yudin M.A., Bykova A.F. – Prospects of using ampakines for correction of unfavorable functional states in military specialists (literature review). The search for promising drugs for pharmacological correction of non-favorable functional states in order to maintain a high level of operability of the operator's profile specialists is an active task of military medicine. The article is devoted to the discussion of the prospects of using ampakins – preparations from the class of allosteric AMPA receptor modulators for this purpose. The analysis of literature data showed that the nootropic effect of ampakines is due to the improvement of neurotransmission in glutamatergic synapses of the cerebral cortex, which is functionally realized in increasing attention, concentration, vigilance, improving learning and memory processes. The available data on the high efficacy and safety of this class of drugs determine the prospect of their use to correct the functional states of the specialists in the operator's activity profile.

К е у о r d s: working capacity of specialists of operating profile, correction of unfavorable functional states, ampakins.

Эффективность деятельности военных специалистов любой категории при выполнении ими задач по предназначению в значительной степени зависит от функционального состояния организма. Высокое нервно-эмоциональное напряжение, а зачастую и чувство витальной угрозы, воздействие неблагоприятных факторов воинского труда, низкий уровень мотивации, нарушение режима тру-

да и отдыха способствуют формированию неблагоприятных функциональных состояний (НФС), приводящих к досрочному наступлению фазы прогрессирующего снижения работоспособности [3].

В соответствии с классификацией функциональных состояний, НФС можно отнести к состояниям динамического рассогласования, при которых ответная реакция организма неадекватна на-



ривать их в качестве основы для формирования новых подходов к фармакологической регуляции фундаментальных психофизиологических процессов.

Совокупность имеющихся данных об эффективности и безопасности ампаки-

нов указывает на перспективность их использования при разработке высокоэффективных отечественных фармакологических средств коррекции НФС у военных специалистов преимущественно операторского профиля деятельности.

Литература

1. *Благинин А.А.* Надежность профессиональной деятельности операторов сложных эргатических систем: Монография. — СПб: ЛГУ им. А.С.Пушкина, 2006. — 144 с.
2. *Благинин А.А., Ситников В.Л.* Пограничные функциональные состояния операторов в системах «человек — техника»: Монография. — СПб: ПГУПС, 2009. — 35 с.
3. *Деревянко Е.А.* Интегральная оценка работоспособности при умственном и физическом труде. — М, 1976. — 165 с.
4. *Медведев В.И.* Функциональные состояния оператора / Эргономика: Принципы и рекомендации. — М., 1970. — Вып. 1. — С. 127–160.
5. *Bahr V.A., Bendiske J., Brown Q.B.* et al. Survival signaling and selective neuroprotection through glutamatergic transmission // *Exp. Neurol.* — 2002. — Vol. 174, N 1. — P. 37–47.
6. *Baumgartner P., Muhlhauser M., Yang C.R.* et al. LY392098, a novel AMPA receptor potentiator: electrophysiological studies in prefrontal cortical neurons // *Neuropharmacology.* — 2001. — Vol. 40, N 8. — P. 992–1002.
7. *Bliss T., Collingridge G.* A synaptic model of memory: long-term potentiation in the hippocampus // *Nature.* — 1993. — Vol. 361, N 6407. — P. 31–39.
8. *Boyle J., Stanley N., James L.M.* et al. Acute sleep deprivation: the effects of the AMPAKINE compound CX717 on human cognitive performance, alertness and recovery sleep // *J. Psychopharmacol.* — 2012. — Vol. 26, N 8. — P. 1047–1057.
9. *Broberg BV, Glenthoy BY, Dias R.* et al. Reversal of cognitive deficits by an ampakine (CX516) and sertindole in two animal models of schizophrenia—sub-chronic and early postnatal PCP treatment in attentional set-shifting // *Psychopharmacology (Berl).* — 2009. — Vol. 206, N 4. — P. 631–640.
10. *Buccafusco J.J., Weiser T., Winter K.* et al. The effects of IDRA 21, a positive modulator of the AMPA receptor, on delayed matching performance by young and aged rhesus monkeys // *Neuropharmacology.* — 2004. — Vol. 46, N 1. — P. 10–22.
11. *Davis C.M., Moskovitz B., Nguyen M.A.* et al. A profile of the behavioral changes produced by facilitation of AMPA-type glutamate receptors // *Psychopharmacology (Berl).* — 1997. — Vol. 133, N 2. — P. 161–167.
12. *Goff D.C., Leahy L, Berman I.* et al. A placebo-controlled pilot study of the ampakine CX516 added to clozapine in schizophrenia // *J. Clin. Psychopharmacol.* — 2001. — Vol. 21, N 5. — P. 484–487.
13. *Knapp R.J., Goldenberg R., Shuck C.* et al. Antidepressant activity of memory-enhancing

drugs in the reduction of submissive behavior model // *Eur. J. Pharmacol.* — 2002. — Vol. 440, N 1. — P. 27–35.

14. *Larson J., Lieu T., Larson J.* Facilitation of olfactory learning by a modulator of AMPA receptors // *J. Neurosci.* — 1995. — Vol. 15, N 12. — P. 8023–8030.

15. *Lauterborn J.C., Truong G.S., Baudry M.* et al. Chronic elevation of brain-derived neurotrophic factor by ampakines // *J. Pharmacol. Exp. Ther.* — 2003. — Vol. 307, N 1. — P. 297–305.

16. *Lauterborn J.C., Lynch G., Vanderklish P.* et al. Positive Modulation of AMPA Receptors Increases Neurotrophin Expression by Hippocampal and Cortical Neurons // *J. Neurosci.* — 2000. — Vol. 20. — P. 8–21.

17. *Lynch G., Kessler M., Rogers G.* et al. Psychological effects of a drug that facilitates brain AMPA receptors // *Int. Clin. Psychopharmacol.* — 1996. — Vol. 11, N 1. — P. 13–19.

18. *Moriguchi S., Tanaka T., Tagashira H.* et al. Novel nootropic drug sunifiram improves cognitive deficits via CaM kinase II and protein kinase C activation in olfactory bulbectomized mice // *Hippocampus.* — 2013. — Vol. 23, N 10. — P. 942–951.

19. *Nakamura K., Tanaka Y.* Antidepressant-like effects of aniracetam in aged rats and its mode of action // *Psychopharmacology.* — 2001. — Vol. 158, N 2. — P. 205–212.

20. *O'Neill M.J., Murray T.K., Clay M.P.* et al. LY503430: pharmacology, pharmacokinetics, and effects in rodent models of Parkinson's disease // *CNS Drug Reviews.* — 2005. — Vol. 11, N 1. — P. 77–96.

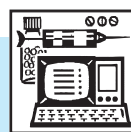
21. *Quirk J., Nisenbaum E.* LY404187: a novel positive allosteric modulator of AMPA receptor // *CNSDrugRev.* — 2002. — Vol. 8, N 3. — P. 255–282.

22. *Simmons D.A., Mehta R.A., Lauterborn J.C.* et al. Brief ampakine treatments slow the progression of Huntington's disease phenotypes in R6/2 mice // *Neurobiol. Dis.* — 2011. — Vol. 41, N 2. — P. 436–444.

23. *Staubli U., Perez Y., Xu E.* et al. Centrally active modulators of glutamate receptor facilitate the induction of long-term potentiation in vivo // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* — 1994. — Vol. 91, N 23. — P. 11158–11162.

24. *Wezenberg E., Verkes R.J., Ruigt G.S.* et al. Acute effects of the ampakine farampator on memory and information processing in healthy elderly volunteers // *Neuropsychopharmacology.* — 2007. — Vol. 32, N 6. — P. 1272–1283.

25. *Zheng Y., Balabhadrapatruni S., Masumura C.* et al. Effects of the putative cognitive-enhancing ampakine, CX717, on attention and object recognition memory // *Curr Alzheimer Res.* — 2011. — Vol. 8, N 8. — P. 876–882.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК [615:614.2]355

Актуальные вопросы системы менеджмента качества в фармацевтических организациях Вооруженных Сил

ЛЕВЧЕНКО В.Н., кандидат фармацевтических наук, полковник медицинской службы (levn167@mail.ru)¹
ЗАРЕЧЕНКО Е.Ю., подполковник медицинской службы (Voen_provizor@mail.ru)²
БЕСЕДИН Р.Г., майор медицинской службы (romanbesedin00@mail.ru)¹
МОЩЕВИКИН И.В., майор медицинской службы (m0vvvvv@yandex.ru)¹

¹Центр фармации и медицинской техники МО РФ, г. Мытищи, Московская область; ²Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Введение в действие приказов Минздрава России от 31.08.2016 г. № 646н «Об утверждении правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения» и № 647н «Об утверждении правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения», а также Правил надлежащей дистрибьюторской практики в рамках Евразийского экономического союза обусловило необходимость внедрения системы менеджмента качества в фармацевтических организациях Вооруженных Сил. Представлена классификация процессов фармацевтической организации. Показана технология осуществления процессного подхода, разработки стандартных операционных процедур для обеспечения постоянного повышения качества и эффективности деятельности фармацевтических организаций.

К л ю ч е в ы е с л о в а: система качества, система менеджмента качества, стандартная операционная процедура, процессный подход, внутренний аудит, отклонение, корректирующие и предупреждающие действия.

Levchenko V.N., Zarechenko E.Yu., Besedin R.G., Moshchevikin I.V. – Acute issues of the quality management system in the pharmaceutical organizations of the Armed Forces. The implementation of the orders of the Ministry of Health of the Russian Federation of August 31, 2016 N 646n «On approval of the rules of good practice of storing and transporting medicinal products for medical use» and No. 647n «On approval of the rules for the proper pharmacy practice of medicinal preparations for medical use» as well as the Rules of proper distribution practice within the framework of the Eurasian Economic Union, necessitated the introduction of a quality management system in the pharmaceutical organizations of the Armed Forces. The classification of the processes of the pharmaceutical organization is presented. The technology of the implementation of the process approach, the development of standard operating procedures for ensuring the continuous improvement of the quality and efficiency of the activities of pharmaceutical organizations is shown.

К е у в о р д с: quality system, quality management system, standard operating procedure, process approach, internal audit, deviation, corrective and preventive actions.

Недавно вступили в силу нормативные документы – «Правила надлежащей дистрибьюторской практики в рамках Евразийского экономического союза», «Правила надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения» и «Правила надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения», которые можно в це-

лом обозначить как *правила надлежащих практик*. Правила надлежащих практик представляют собой свод правил, выполнение которых предотвращает и/или минимизирует проникновение в оборот фальсифицированных, недоброкачественных, контрафактных лекарственных препаратов и обеспечивает сохранение качества фармацевтической продукции в процессе ее хранения и перевозки.



вить так называемую «корневую» (истинную) причину несоответствия. Как правило, истинные причины заключаются в неправильной организации работы, отсутствии контроля над процессом или его ненадлежащих глубине или периодичности, недостаточном обучении персонала, нечетко описанной процедуре. Главное условие результативного плана — точное определение причины (причин), а результативное корректирующее действие — это, как правило, введение дополнительных точек контроля в процесс, изменение периодичности контроля, изменение распределения ответственности,

внесение изменений в процесс или СОП, проведение дополнительного обучения персонала, возможное увеличение количества персонала.

Заключая изложенный материал, можно сделать вывод, что внедрение системы менеджмента качества со всеми ее элементами — это путь к повышению и постоянному улучшению эффективности деятельности фармацевтической организации Вооруженных Сил, обеспечению сохранения качества, безопасности и эффективности лекарственных препаратов на всех этапах медицинского снабжения.

Литература

1. Приказ Минздрава России от 31.08.2016 г. № 646н «Об утверждении правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения».
2. Приказ Минздрава России от 31.08.2016 г. № 647н «Об утверждении правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения».
3. Решение совета Евразийской экономи-

ческой комиссии от 3.11.2016 г. № 80 «Об утверждении Правил надлежащей дистрибьюторской практики в рамках Евразийского экономического союза».

4. ГОСТ Р ИСО 9000:2015 «Основные положения и словарь».

5. ГОСТ Р ИСО 9001:2015 «Системы менеджмента качества. Требования».

6. *Неволина Е.В., Мельникова О.А.* Стандартные операционные процедуры в аптеке: Практическое пособие. — М.: Изд-е журнала «Новая аптека», 2017. — С. 9–11.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

Группа военных врачей и медсестер единственного в Российской армии аэромобильного отделения *Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко* получила премию «**Призвание**», которая вручается в преддверии Дня медицинского работника.

Вклад военно-медицинских специалистов в спасение человеческих жизней был отмечен в номинации «*Специальная премия врачам, оказывающим помощь пострадавшим во время войн, террористических актов и стихийных бедствий*».

Основной задачей хирургического (аэромобильного) отделения ГВКГ им. Н.Н.Бурденко является проведение авиационной медицинской эвакуации и оказание специализированной помощи при критических состояниях раненым, больным и пострадавшим.

За несколько лет бригада врачей, возглавляемая подполковником медицинской службы **Валерием Нагорновым**, совершила более 100 вылетов.

Авиамедицинская эвакуация проводится при помощи специальных медицинских модулей, которые оперативно монтируются в военно-транспортные самолеты Ил-76. Оборудование «летающего госпиталя» позволяет в полете проводить интенсивную терапию и реанимацию с применением индивидуальных контрольно-диагностических приборов и проведением клинических, биохимических, рентгенологических и функциональных методов исследований в динамике.

Помимо спасенных жизней, на счету бригады «летающих» военно-медицинских специалистов несколько открытий, связанных с проведением реанимационных мероприятий в условиях длительного нахождения «тяжелых» пациентов на значительной высоте во время полета.

Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 14 июня 2018 г.
https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12180938@egNews



Экстракорпоральную мембранную оксигенацию — на театр военных действий

Extracorporeal Membrane Oxygenation to a Theater of Operations. Editorial review.

К е у в о р д s: acute respiratory distress syndrome, extracorporeal membrane oxygenation, military medicine, severe acute lung injury, theater of operations.

MeSH terms: Acute Lung Injury, Extracorporeal Membrane Oxygenation, Military Medicine.

В приложении к апрельскому номеру за 2018 г. военно-медицинского журнала *Military Medicine* группа американских военных врачей опубликовала статью, посвященную проблеме использования *экстракорпоральной мембранной оксигенации* (ЭКМО) на *театре военных действий* (ТВД). С 2005 по 2014 г. в министерстве обороны США функционировала специальная лечебно-эвакуационная структура, т. н. *команда спасения при остром легком*, КСОЛ (*Acute Lung Rescue Team, ALeRT*), базировавшаяся в региональном военно-медицинском центре США в Ландштуль (Германия), с задачей экстренной эвакуации больных, нуждающихся в ЭКМО с ТВД в данное лечебное учреждение. За 10 лет командой было эвакуировано с ТВД в Центр 24 больных с тяжелой респираторной патологией, не поддающейся другим методам респираторной поддержки, со 100% (!) выживаемостью. Однако в 2015 г. в связи с доктринальными переменами КСОЛ была упразднена. Хотя теоретически вызов специалистов по ЭКМО и остался, быстро реализовать это стало невозможно.

В статье описывается случай острого респираторного дистресс-синдрома, развившегося у гражданского контрактника, гражданина Великобритании, на базе ВВС США Баграм, Афганистан. После того как все доступные методы респираторной поддержки оказались неэффективными, госпиталь запросил ЭКМО. В связи с отсут-

ствием команды ЭКМО постоянной готовности и большой удаленностью места формирования команды (Сан-Антонио, штат Техас, США — Баграм, Афганистан, 13781 км, 39 ч полета) пациент был подключен к ЭКМО только на 6-й день болезни, в то время как необходимость ЭКМО у данного больного была констатирована еще на 2-й день болезни. Аэромедицинская эвакуация больного на ЭКМО прошла успешно. На 8-й день болезни он был доставлен в университетский госпиталь г. Лестера, Великобритания. Однако на 13-й день болезни пациент все же умер при явлениях полиорганной недостаточности: сказалось позднее начало интервенции ЭКМО.

В связи с вышеизложенным авторы статьи предлагают рассмотреть целесообразность оснащения военных госпиталей ТВД от уровня 3 (выше бригады), а может быть даже и ниже, комплектом ЭКМО с соответствующей подготовкой медицинского персонала к его использованию.

Полный текст реферируемой статьи свободно доступен на сайте журнала по ее библиографическому описанию: Case Report of Extracorporeal Membrane Oxygenation and Aeromedical Evacuation at a Deployed Military Hospital / *Hamm M.S. et al.* // *Mil. Med.* — 2018. — Vol. 183 (Suppl 1). — P. 203–206. PDF. URL: https://academic.oup.com/milmed/article/183/suppl_1/203/4959943 (дата обращения: 28.05.2018).



© М.А.ДУДЧЕНКО, 2018
УДК [61:355]:378(091)

К 75-летию уникального выпуска врачей Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова

ДУДЧЕНКО М.А., профессор, полковник медицинской службы в отставке
(trmoskalenko@gmail.com)

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава, Республика Украина

Выпуск военных врачей из Военно-медицинской академии в 1943 г. можно назвать уникальным. Учебные занятия этот курс (600 человек) начал 1 сентября 1939 г., в день начала Второй мировой войны, а выдача дипломов врачам выпускникам 1943 года совпала с днем начала Великой Отечественной войны. В первый год войны учеба проходила в блокадном Ленинграде и сопровождалась голодом, холодом, артобстрелами и авиабомбежками с гибелью слушателей. Курс участвовал в защите Ленинграда в окопах фронтовых окраин города, слушатели были награждены медалью «За оборону Ленинграда». Эвакуация академии в Самарканд проходила в небывалых условиях. Учеба сопровождалась 4-летним обучением с присвоением квалификации врача и выдачей полноценного диплома, чего не происходило ни в одном медицинском вузе страны. Выпускникам присвоили воинские звания капитана медицинской службы, вручили предписание с указанием фронта. Из прибывших в воинские части 37 (10%) однокурсников погибли в боях, 50% получили ранения и контузии.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, выпуск военных врачей 1943 г., Великая Отечественная война, история военной медицины.

Dudchenko M.A. – To the 75th anniversary of the unique issue of doctors of the S.M.Kirov Military Medical Academy. The release of military doctors from the Military Medical Academy in 1943 can be called unique. Training course this course (600 people) began on September 1, 1939, the day of the beginning of World War II, and the issuance of diploma doctor graduates in 1943 coincided with the beginning of the Great Patriotic War. In the first year of the war, studies took place in besieged Leningrad and were accompanied by famine, cold, shelling and air strikes with the death of listeners. The course participated in the defense of Leningrad in the trenches of the outskirts of the outskirts of the city, the listeners were awarded the medal «For the Defense of Leningrad». The evacuation of the academy to Samarkand was held in unprecedented conditions. The study was accompanied by a 4-year training with the assignment of a doctor's qualification and the issuance of a full-fledged diploma, which did not occur in any medical college of the country. Graduates were awarded military ranks of the captain of the medical service, handed the order with the indication of the front. Of those arriving in military units, 37 (10%) of one-team soldiers were killed in combat, 50% were injured and contusions.

К е у в о р д s: the S.M.Kirov Military Medical Academy, issue of military doctors in 1943, the Great Patriotic War, the history of military medicine.

От редакции. Автор статьи – Максим Андреевич Дудченко – почетный академик Украинской медицинской стоматологической академии, ветеран Великой Отечественной войны, выпускник 1943 года Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова. Участвуя в боевых действиях по защите Ленинграда, на Курской дуге, по уничтожению Корсунь-Шевченковской группировки фашистских войск, освобождению от немецких оккупантов Украины и Белоруссии, прошел боевой путь в должностях от врача батальона до дивизионного врача стрелковых дивизий. Среди наград ветерана – орден Красного Знамени, два ордена Отечественной войны, орден Красной Звезды.

В послевоенные годы защитил кандидатскую и докторскую диссертации, организовывал и возглавлял кафедры внутренних болезней в Актюбинском и Полтавском мединститутах.

На протяжении пятидесятилетней научно-педагогической работы Максим Андреевич передал свой опыт десяткам тысяч врачей, выполнил около 300 научных работ, среди которых монографии, учебные пособия, изобретения.

Свою первую статью в «Военно-медицинском журнале» он опубликовал в далеком июне 1956 г. В настоящий момент полтавское издательство «Дивосвіт» подготовило к изданию мемуарную книгу М.А.Дудченко с красноречивым заголовком «Сто лет жизни в борьбе».

26 августа 2018 г. Максим Андреевич отметил свой 99-й день рождения. Редакция «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляет нашего уважаемого автора со значимой датой, шлем пожелания здоровья, благополучия, новых творческих свершений.



В 1942/1943 учебном году предстояло пройти учебную программу, соответствующую четвертому и пятому курсам обучения в академии в мирное время. В основу расписания на предстоящий учебный год был положен принцип проведения занятий по циклам. Это означало: два четырехчасовых практических занятия по двум, теперь уже преимущественно клиническим дисциплинам и одна двухчасовая лекция. По каждой дисциплине практические занятия должны были проводиться ежедневно, до выполнения учебного плана с последующей сдачей зачета или экзамена.

Такой метод обучения слушателями и преподавателями был оценен положительно. Сразу сократилось число изнуряющих переходов по жаре, легче было вникнуть в сущность незнакомого материала, легче решался вопрос с учебниками, преподаватели могли более эффективно давать знания. Слушатели курировали раненых и больных, ассистировали на операциях, присутствовали на обходах, проводили всевозможные перевязки, постигали премудрости гипсования. Профессора и преподаватели учили нас, что главный инструмент помощи больному – это глаза, уши, слова и руки доктора. Без этого не помогут врачу никакие самые совершенные приборы и тонкие методы исследования.

Осенью 1942 г. Государственный Комитет Оборона принял решение о реорганизации ВМА им. С.М.Кирова, предусматривалось образование трех факультетов: командно-медицинского, лечебно-профилактического и факультета подготовки старших врачей полков.

С упразднением Куйбышевской военно-медицинской академии в ВМА им. С.М.Кирова были переведены ее профессора и преподаватели, а также слушатели (кроме выпускного курса). Тогда же было проведено увольнение слушателей, имевших академическую задолженность, и тех, чья успеваемость была ниже средней. Отчисленных с нашего курса и следовавшего за ним несколько десятков

человек направили фельдшерами в воинские части действующей армии. Отчисленных с набора 1941 года перевели на старший курс военно-медицинского училища.

Успеваемость слушателей на четвертом курсе была разной, в основном знания оценивались на «хорошо», имелись также отличники. Несколько человек оставались круглыми отличниками, начиная с первого курса.

17.03.1943 г. пришел приказ о присвоении слушателям курса воинского звания лейтенант медицинской службы, с ношением погон с двумя малыми звездочками.

Вдохновленные победой Красной армии под Москвой, в Сталинградской битве и дальнейшими событиями на фронте слушатели стремились обогатиться необходимыми знаниями в действующей армии, попасть на фронт.

В конце мая 1943 г. были сданы все зачеты и экзамены. С 31 мая по 12 июня провели лагерный сбор в районе Агалык-поьяна. Полевое учение прошло по теме «Наступление стрелкового батальона на укрывшегося в горах противника», с развертыванием полкового и дивизионного медицинских пунктов (ПМП и ДМП). После возвращения из лагеря нам объявили приказы начальника Главного военно-санитарного управления НКО СССР об окончании академии, о присвоении нового воинского звания капитан медицинской службы и места прохождения дальнейшей службы.

15 июня решением академической выпускной комиссии 426 слушателям выпускного курса была присвоена квалификация врача. 22 июня 1943 г. в зале Узбекского государственного университета состоялось торжественное заседание ВМА, посвященное выпуску врачей 1943 года, с вручением выпускникам врачебных дипломов. 26 июня санитарным поездом капитаны медицинской службы убыли на фронт, каждый к месту назначения.

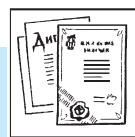
Из прибывших в воинские части 37 (10%) однокурсников погибли в боях и 50% получили ранения и контузии.

Литература

1. Григорьев Р.Н. Нас было шестьсот. –

СПб, 2002. – 420 с.

2. Дудченко М.А. 100 лет жизни в борьбе. – Полтава: Дивосвіт, 2018. – 450 с.



© И.В.СИНОПАЛЬНИКОВ, Л.Л.ГАЛИН, В.В.РЯБИНКИН, 2018
УДК 616:355 (092 Синопальников И.В.)

**«Главное в работе военного врача-организатора
— системное, комплексное решение проблем...»**
(Интервью с И.В.Синопальниковым — первым заместителем
начальника Центрального военно-медицинского управления
МО СССР в 1986–1992 гг.)



Фото © Воен.-мед. журн.

И.В.Синопальников на ступенях Центрального академического театра Российской армии. День медицинского работника, 15 июня 2018 г.

26 августа 2018 г. исполняется 90 лет видному организатору военного здравоохранения, бывшему первому заместителю начальника Центрального военно-медицинского управления Министерства обороны СССР, заслуженному врачу Узбекской ССР, доктору медицинских наук, доценту генерал-лейтенанту медицинской службы в отставке **Игорю Васильевичу Синопальникову**.

И.В.Синопальников родился в Пятигорске. Окончив с отличием в 1952 г. Военно-медицинский факультет при Саратовском государственном медицинском институте, проходил службу в Прибалтийском военном округе, в 1964 г. с отличием завершил учебу на факультете усовершенствования врачей Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова и был назначен начальником госпиталя в г. Термез. Служил на руководящих должностях в военно-медицинских отделах Туркестанского и Киевского военных округов. С 1973 по 1992 г. — в Центральном военно-медицинском управлении МО СССР, где прошел служебный путь от начальника лечебного отдела до первого заместителя начальника ЦВМУ.



ЮБИЛЕИ

© А.Я.ФИСУН, П.Е.КРАЙНЮКОВ, В.С.ПОЛОВИНКА, 2018
УДК 616:355 (092 Симоненко В.Б.)



25 августа 2018 г. исполняется 70 лет заслуженному деятелю науки РФ, заслуженному врачу РФ, члену-корреспонденту Российской академии наук, действительному члену Российской академии ракетных и артиллерийских наук, доктору медицинских наук, профессору генерал-майору медицинской службы в отставке **Владимиру Борисовичу Симоненко**.

В.Б.Симоненко родился в Ленинграде. В 1972 г. с отличием окончил факультет подготовки врачей для ВМФ ВМедА им. С.М.Кирова. Служил начальником медицинской службы подводной лодки. В 1976 г. после окончания адъюнктуры при кафедре военно-морской и госпитальной терапии академии проходил службу старшим ординатором терапевтического отделения, преподавателем, старшим преподавателем этой кафедры. В 1989–1994 гг. был главным терапевтом ЦВКГ им. П.В.Мандрыка – заместителем главного терапевта МО. С 1994 по 2012 г. являлся начальником ЦВКГ им. П.В.Мандрыка, затем по 2014 г. – начальником Медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В.Мандрыка. С 2015 г. работает профессором кафедры терапии неотложных состояний Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (филиал, г. Москва).

В 2003–2012 гг. Владимир Борисович возглавлял кафедру терапии усовершенствования врачей (с курсом военно-морской терапии) ГИУВ МО РФ, в последующем, по 2015 г. – МУНКЦ им. П.В.Мандрыка.

В.Б.Симоненко является автором более 500 научных трудов, в т. ч. более 40 монографий. Под его руководством защищены 15 докторских и 38 кандидатских диссертаций. В.Б.Симоненко – президент региональной общественной организации «Общество по исследованию артериальной гипертонии», главный редактор журнала «Клиническая медицина», входит в состав редакционных коллегий и редакционных советов нескольких журналов, правления Всероссийского научного кардиологического общества и Московского городского научного общества терапевтов.

Награжден орденами «За заслуги перед Отечеством» IV степени, Почета, лауреат премий им. М.В.Ломоносова, Н.И.Пирогова, И.П.Павлова, Д.Д.Плетнёва.

Руководство Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, сотрудники Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Центрального военного клинического госпиталя им. П.В.Мандрыка, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Владимира Борисовича Симоненко с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и новых творческих успехов.

© К.Э.КУВШИНОВ, А.П.ПОПОВ, 2018
УДК 616:355 (092 Карташов В.Т.)



7 августа 2018 г. исполняется 70 лет бывшему начальнику ФГУ «52-й Консультативно-диагностический центр МО РФ», главному медицинскому специалисту МО РФ по стационарозамещающим технологиям, заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы в отставке **Владимиру Тимофеевичу Карташову**.

В.Т.Карташов родился в г. Пласте Челябинской области. В 1972 г. окончил ВМФ при Томском государственном медицинском институте. Служил начальником медпункта и старшим врачом отдельного полка связи, старшим офицером медицинской службы общевойсковой армии, командиром омедб танковой дивизии (ДВО, ЦГВ).

В 1984 г. с отличием и золотой медалью окончил факультет руководящего медицинского состава ВМедА им. С.М.Кирова и проходил службу в ЦВМУ МО СССР старшим офице-



ром, затем старшим инспектором, заместителем начальника медицинского отдела (обеспечение центрального аппарата МО), помощником начальника ГВМУ МО РФ.

С 1993 по 2008 г. Владимир Тимофеевич возглавлял 52-й Консультативно-диагностический центр МО РФ, а после увольнения из ВС успешно руководил двумя поликлиниками в гражданском здравоохранении. В.Т.Карташов – автор 190 научных работ, в т. ч. 4 монографий. Он являлся членом экспертного совета ВАК, диссертационного совета ГИУВ МО РФ, входил в редакционные советы ряда медицинских журналов. Награжден орденом «За военные заслуги» и многими медалями.

Руководство Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, коллектив ФГБУ «52-й консультативно-диагностический центр» МО РФ, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Владимира Тимофеевича Карташова с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и новых успехов.

© А.А.ВОРОНА, О.А.ПОПОВ, 2018
УДК 616:355 (092 Хоменко М.Н.)



27 августа 2018 г. исполняется 70 лет заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы в отставке **Михаилу Николаевичу Хоменко.**

М.Н.Хоменко родился в с. Кулишовка Сумской области УССР. После окончания медучилища в 1967 г. поступил в ВМедА им. С.М.Кирова. Учебу завершил в 1973 г. с золотой медалью и был назначен в ГНИИИ авиационной и космической медицины, где прошел путь от младшего научного сотрудника до начальника Научно-исследовательского испытательного центра авиационно-космической медицины и военной эргономики. В этом центре после увольнения из рядов ВС он работает в должности главного научного сотрудника.

Автор и соавтор более 300 научных работ. Имеет 2 авторских свидетельства и 4 патента на изобретения, лауреат премии РАМН им. Ф.Г.Кроткова. Под руководством М.Н.Хоменко защищено 13 докторских и кандидатских диссертаций. Михаил Николаевич является заместителем председателя совета Объединения ветеранов военно-медицинской службы, вице-президентом Ассоциации авиационно-космической, морской, экстремальной и экологической медицины России, членом двух докторских диссертационных советов и редакционной коллегии журнала «Авиакосмическая и экологическая медицина».

Награжден орденом «Знак Почета» и многими медалями.

Руководство Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации и Научно-исследовательского испытательного центра авиационно-космической медицины и военной эргономики ЦНИИ ВВС, совет Объединения ветеранов военно-медицинской службы, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Михаила Николаевича Хоменко, желают ему крепкого здоровья, счастья и новых творческих успехов.

© Л.Л.ГАЛИН, В.В.МАТИИВ, В.Н.ДАВЫДОВ, 2018
УДК 616:355 (092 Поддубный М.В.)



8 августа 2018 г. исполняется 60 лет главному редактору «Военно-медицинского журнала», члену Союза журналистов Москвы, кандидату медицинских наук полковнику медицинской службы запаса **Михаилу Владимировичу Поддубному.**

М.В.Поддубный окончил 1-й Московский медицинский институт им. И.М.Сеченова (1982), клиническую ординатуру 1 ММИ им. И.М.Сеченова (1985), аспирантуру ВНИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко (1992).

Работал врачом в органах здравоохранения Тульской области (1985–1988), затем заведующим научно-исследовательским отделом НИЦ «Медицинский музей» Российской АМН. В 1995 г. призван в Вооруженные Силы, служил в редакции «Военно-медицинского журнала» старшим офицером, начальником отдела, ответственным секретарем, заместителем главного редактора. В 2005–2007 гг. – начальник лаборатории ГНИИИ ВМ МО РФ. В 2007 г. назначен главным редактором «Военно-медицинского журнала».



ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

Михаил Владимирович — автор и соавтор более 80 научных публикаций по различным проблемам истории медицины и здравоохранения, в т. ч. нескольких монографий. Член президиума Российского общества историков медицины, председатель Московского научного общества историков медицины (избран в 2010 г.), входит в состав редколлегии ряда научных изданий историко-медицинского профиля.

Награжден многими медалями, в т. ч. медалью «За воинскую доблесть» I степени, почетными грамотами Российской АМН и Минздрава России.

Руководство Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, редакционная коллегия и сотрудники редакции «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Михаила Владимировича Поддубного с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья, дальнейших творческих успехов.

© Б.С.АСКАРОВ, Г.З.БАЛТЫНОВ, 2018
УДК 616:355 (092 Мухаметжанов А.М.)



18 июня 2018 г. исполнилось 50 лет начальнику военной кафедры Карагандинского государственного медицинского университета, заслуженному деятелю науки и образования Республики Казахстан (РК), отличнику здравоохранения РК, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы ВС РК **Амантаю Муканбаевичу Мухаметжанову.**

А.М.Мухаметжанов родился в Семипалатинской области. По окончании в 1993 г. Семипалатинского мединститута проходил военную службу в должностях начальника медпункта, начальника медицинской службы воинской части, офицера, затем начальника медицинской службы Восточного военного округа РК, начальника медицинской службы регионального командования «Восток» РК. Окончил ВМедА им. С.М.Кирова в 2006 г. с отличием.

Основные направления его научных интересов включают изучение патологии у военнослужащих в неблагоприятных экологических условиях, психофизиологическую оценку адаптации военнослужащих по призыву и др.

Амантай Муканбаевич — председатель филиала Академии военных наук РК в г. Караганде, обладатель почетного звания РК «Лучший преподаватель вуза 2014 года», автор и соавтор более 100 печатных работ, в т. ч. монографий и учебников. Награжден медалью РК «За безупречную службу» I, II, III степени.

Руководство Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» поздравляют Амантая Муканбаевича Мухаметжанова с юбилеем, желают ему здоровья, счастья, новых творческих успехов.

* * *

Руководство Главного военно-медицинского управления МО РФ с прискорбием извещает, что **22 июня 2018 г.** на 77-м году ушел из жизни организатор военного здравоохранения, бывший начальник Саратовского военно-медицинского института (1986–1997), заслуженный врач Российской Федерации, кандидат медицинских наук полковник медицинской службы в отставке

НОСОВ Анатолий Львович

и выражает соболезнования родным и близким покойного.



**Перечень циклов повышения квалификации
и профессиональной переподготовки
в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова
в 2018/2019 учебном году**

Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Факультет дополнительного профессионального образования ВМедА (Санкт-Петербург)		
Профессиональная переподготовка		
Для замещения должностей начальников (заместителей начальника), руководителей военно-медицинских организаций (воинских частей)		
Организация здравоохранения и общественное здоровье	3,5 мес	14.12.18–03.04.19
	3,5 мес	05.09.18–23.10.18 (заочн.), 24.10.18– 13.12.18 (очное); 04.03.19–22.04.19 (заочн.), 23.04.19– 17.06.19 (очное)
Для замещения воинских должностей врачей-специалистов военно-медицинских организаций (воинских частей) по видам профессиональной деятельности		
Авиационная и космическая медицина	3,5 мес	03.09.18–12.12.18, 05.04.19–18.07.19
Аллергология и иммунология	3,5 мес	03.09.18–12.12.18
Бактериология	3,5 мес	14.12.18–03.04.19
Водолазная медицина	3,5 мес	03.09.18–12.12.18, 14.12.18–03.04.19, 05.04.19–18.07.19
Гастроэнтерология	3,5 мес	14.12.18–03.04.19
Гематология	3,5 мес	05.04.19–18.07.19
Дерматовенерология	3,5 мес	05.04.19–18.07.19
Инфекционные болезни	3,5 мес	03.09.18–12.12.18, 05.04.19–18.07.19
Кардиология	3,5 мес	03.09.18–12.12.18, 14.12.18–03.04.19
Клиническая лабораторная диагностика	3,5 мес	14.12.18–03.04.19
Клиническая психология	3,5 мес	14.12.18–03.04.19
Клиническая фармакология	3,5 мес	14.12.18–03.04.19
Колопроктология	3,5 мес	14.12.18–03.04.19
Мануальная терапия	3,5 мес	03.09.18–12.12.18
Неврология	3,5 мес	03.09.18–12.12.18
Нефрология	3,5 мес	03.09.18–12.12.18
Общая врачебная практика (семейная медицина)	3,5 мес	14.12.18–03.04.19

**Примечания:**

1. Отбор военнослужащих и гражданского персонала МО РФ (далее – военные специалисты) из воинских частей и организаций ВС РФ и направление на обучение по дополнительным профессиональным программам проводится в соответствии с Методическими рекомендациями по организации и осуществлению дополнительного профессионального образования в организациях Министерства обороны Российской Федерации, осуществляющих образовательную деятельность, утвержденными статс-секретарем–заместителем министра обороны Российской Федерации от 30 октября 2015 г. № 173/УВО/3/6590.

2. Ответственность за качественное проведение отбора военных специалистов в подчиненных органах военного управления, объединениях, соединениях, воинских частях и организациях для направления на обучение по дополнительным профессиональным программам в Военно-медицинскую академию им. С.М.Кирова (далее – ВМедА) и (или) Филиал Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова в г. Москве (далее – Филиал ВМедА) возлагается на начальников медицинской службы военных округов (флотов), видов (родов войск) ВС РФ. При несоответствии военного специалиста, направленного на обучение, требованиям, указанным в дополнительной профессиональной программе, ВМедА (Филиал ВМедА) уведомляет об этом направляющую сторону для принятия решения о целесообразности обучения военного специалиста.

3. На циклы профессиональной переподготовки направляются военные специалисты, планирующие выполнение нового вида медицинской (фармацевтической) деятельности, при наличии интернатуры и (или) ординатуры по соответствующей основной специальности (основание: приказ Минздрава России № 707н 2015 г.), а также имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) образование, не соответствующее квалификационным характеристикам и квалификационным требованиям, но имеющие непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской (фармацевтической) специальности более 5 лет или имеющие 5-летний перерыв в стаже практической работы по специальности (основание: п. 8 приложения к приказу Минздравсоцразвития России № 66н 2012 г.), с выдачей по окончании обучения диплома о профессиональной переподготовке.

4. На циклы повышения квалификации принимаются военные специалисты, ранее получившие первичную специализацию (интернатуру, ординатуру) по основной специальности и (или) прошедшие профессиональную переподготовку по данной специальности, занимающие должности, соответствующие специальности, по которой проводится повышение квалификации (основание: приказ Минздрава России № 707н 2015 г.), а также военные специалисты, имеющие непрерывный стаж работы по данной специальности 10 лет и более при отсутствии интернатуры и (или) ординатуры и (или) профессиональной переподготовки по данной специальности (основание: п. 8 приложения к приказу Минздравсоцразвития России № 66н 2012 г.), с выдачей по окончании обучения удостоверения о повышении квалификации.

5. Командиры (начальники) воинских частей и организаций не позднее чем за 1 (один) месяц до начала учебного года представляют в ВМедА (Филиал ВМедА) именной список отобранных военных специалистов для обучения по прилагаемой форме. В исключительных случаях допускается представление сведений не позднее чем за 1 (один) месяц до начала цикла. При отсутствии информации об отобранных военных специалистах на места, выделенные для воинских частей и организаций в соответствии с планом комплектования, ВМедА (Филиал ВМедА) имеет право комплектовать учебные группы по дополнительным заявкам в пределах установленной численности. По дополнительным заявкам направлять на учебу военных специалистов только после получения положительного ответа от ВМедА (Филиала ВМедА).

В случае невозможности прибытия военного специалиста к началу цикла по уважительной причине, замены или отказа от обучения необходимо сообщить об этом по адресу ВМедА (Филиала ВМедА) телеграммой, факсом. Опоздание на обучение свыше 3-х суток не допускается.

Контакты:

ВМедА: 190013, г. Санкт-Петербург, улица Рузовская, д. 12. Начальник факультета (дополнительного профессионального образования) ВМедА. Телефон/факс (812) 316-76-13.

Филиал ВМедА: 107392, г. Москва, ул. Малая Черкизовская, д. 7. Начальник Филиала ВМедА. Телефоны: учебно-методического отдела (499) 168-96-42; дежурного/факс (499) 168-95-78.



Форма представления именного списка отобранных военных специалистов для обучения

УТВЕРЖДАЮ

_____ (должность)

_____ (воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)
« _____ » _____ 20__ г.

ИМЕННОЙ СПИСОК

военных специалистов, направляемых на профессиональную переподготовку и повышение квалификации

№ п/п	Воинское звание	Фамилия, имя, отчество	Дата рождения, личный номер	Занимаемая воинская должность (должность), с какого года в воинской должности (должности)	Место военной службы (работы) (наименование в/ч, организации ВС РФ)	Наименование организации, где получено высшее (среднее профессиональное) образование, специальность подготовки	Наименование группы подготовки	Начало и окончание цикла	Примечание (номер телефона, адрес эл. почты и почтового отделения – при заочной форме обучения)
Наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность									

_____ (воинская должность (должность), воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

Форма представления дополнительной заявки сверх установленной численности

ЗАЯВКА

на выделение дополнительных мест на циклах дополнительного профессионального образования военных специалистов

№ п/п	Воинское звание	Фамилия, инициалы	Год рождения	Воинская должность	Стаж работы		Предельное послевузовское или дополнительное профессиональное образование (вид подготовки)	Планируемое дополнительное профессиональное образование (вид подготовки, код группы)	Сроки направления на подготовку (год, месяц)	Примечание (номер телефона, адрес эл. почты и почтового отделения – при заочной форме обучения)
					по специальности	в должности				

Должность _____ (воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)

« _____ » _____ 20__ г.



6. Направление и прием на обучение военных специалистов сверх установленной Планом-графиком комплектования численности групп без разрешения ГВМУ МО РФ не допускаются. Дополнительные заявки (с обоснованием необходимости обучения) по прилагаемой форме направляются в ГВМУ МО РФ не позднее 1 месяца до начала обучения.

7. При очно-заочном (заочном) обучении в ВМедА (Филиале ВМедА) по дополнительным профессиональным программам заочную часть цикла организуют начальники медицинской службы военных округов (флотов), видов (родов войск) ВС РФ. В соответствии с Планом-графиком комплектования ВМедА командир (начальник) воинских частей и организаций не позднее чем за 1 (один) месяц до начала учебного года представляют в ВМедА (Филиал ВМедА) заявку на очно-заочное (заочное) обучение, которая содержит именной список военных специалистов, коды (или наименования) учебных групп подготовки, срок их обучения, вид дополнительного профессионального образования, начало и конец обучения, номер телефона, адрес электронной почты и адрес почтового отделения (для отправки документов об образовании при заочной форме обучения).

ВМедА (Филиал ВМедА) рассматривает и утверждает кандидатуры военных специалистов, отобранных для направления на обучения по дополнительным профессиональным программам, с учетом соответствия квалификационным требованиям и действующему законодательству.

ВМедА (Филиал ВМедА) отправляет в адрес командиров (начальников) воинских частей и организаций уведомление о зачислении на обучение по очно-заочной (заочной) форме с указанием номера приказа о зачислении, наименования программы обучения, сроков и индивидуальных учебных заданий на заочную часть, а также срока прибытия в ВМедА (Филиал ВМедА) на очную часть освоения дополнительной профессиональной программы и сдачи итоговой аттестации.

Военные специалисты, зачисленные на обучение в ВМедА (Филиал ВМедА) по очно-заочной (заочной) форме обучения, выполняют индивидуальные учебные задания, разработанные кафедрой ВМедА (Филиала ВМедА), осуществляющей обучение, в соответствии с учебной программой, и представляют отчеты о выполнении учебных заданий по прибытии на очную часть обучения.

8. Обучение в группе повышения квалификации военных специалистов военно-медицинских организаций (воинских частей) в системе непрерывного медицинского (фармацевтического) образования (далее – НМО) проводится по программам повышения квалификации в течение календарного года для военных специалистов, прошедших обучение по программам повышения квалификации и получивших сертификат специалиста после 1 января 2016 г.

ВМедА размещает информацию с перечнем программ повышения квалификации и образовательным мероприятиям, сроками и формами их проведения на официальном сайте vmeda.org в разделе «Образовательный портал».

Для зачисления на цикл по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации военный специалист должен:

- 1) зарегистрироваться на Портале НМО sovetnmo.ru, rosminzdrav.ru;
- 2) создать индивидуальный цикл обучения по специальности (для допуска к аккредитации);
- 3) выбрать цикл по программе повышения квалификации;
- 4) сформировать, распечатать и подписать предварительную заявку на выбранный цикл;
- 5) согласовать предварительную заявку у командира (начальника) медицинской организации (учреждения);
- 6) направить согласованную заявку на цикл в ВМедА (Филиал ВМедА) – по почте, электронной почте, факсу или очно;
- 7) получить уведомление для прибытия на обучение из ВМедА (Филиала ВМедА).

ВМедА (Филиал ВМедА) вносит сведения на Портал НМО о зачислении и результатах обучения на всех военных специалистов, сформировавших заявку на обучение на циклах, информация о которых размещена на Портале НМО, не позднее 1 (одного) месяца со дня окончания цикла. По завершении обучения и прохождения итоговой аттестации военному специалисту выдается удостоверение о повышении квалификации.

9. Военные специалисты, прибывающие на учебу, обязаны иметь:
- документ, удостоверяющий личность (удостоверение личности офицера, паспорт);
 - один экземпляр командировочного удостоверения;
 - документы о высшем, дополнительном профессиональном образовании (подлинники и заверенные копии);
 - выписку из послужного списка (для военнослужащих), заверенную копию трудовой книжки (для гражданского персонала МО РФ);



ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

- две фотографии 3x4 для оформления учебного дела;
 - офицеры, прибывающие на учебу, должны иметь повседневную форму одежды по сезону.
10. Для оформления сертификата специалиста дополнительно необходимо иметь:
- заверенные копии документов о дополнительном профессиональном образовании: профессиональной переподготовке и повышении квалификации;
 - ранее выданный сертификат специалиста (подлинник и копия).
11. **Командировочные расходы (суточные деньги, компенсация за проезд и проживание) военным специалистам осуществляются направляющей стороной. ВМедА (Филиал ВМедА) общежитие не предоставляет.**

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

Санаторно-курортные учреждения *Министерства обороны Российской Федерации* признаны лучшими в стране по итогам проведения Всероссийского форума «Здравница-2018», который завершился накануне в г. **Кисловодске** Ставропольского края.

В мероприятии приняли участие более 600 представителей санаторно-курортных организаций из разных регионов России.

Военные здравницы МО РФ были представлены в 22 номинациях конкурса, в 15 из которых победили, еще в двух заняли призовые места.

Кроме этого, **Сакский военный клинический санаторий им. Н.И.Пирогова** и санаторий «**Волга**» завоевали золотые медали сразу в трех номинациях конкурса.

Военные санатории МО РФ были отмечены в лучшую сторону за достижения в развитии технологий восстановительной медицины, медицинской реабилитации, использовании природных лечебных факторов, а также за организацию детского лечебного отдыха и лечебно-профилактического применения минеральных вод.

Золотые медалисты форума в следующих номинациях:

1. СКК «Северокавказский» – лучшая бальнеолечебница.
2. СКК «Анапский» – лучшие технологии традиционной медицины.
3. Санаторий «Ессентукский» – лучшая здравница по использованию природных лечебных факторов.
4. Центральный военный детский санаторий (г. Пятигорск) – лучшая детская здравница.
5. Санаторий «Пятигорский» – лучший художественный коллектив самодеятельного творчества.
6. Клинический санаторий «Волга» – лучшая здравница по медицинской реабилитации, лучшие технологии восстановительной медицины, лучшие инновационные технологии в санаторно-курортной сфере.
7. Санаторий «Чемитоквадже» – лучшие физиотерапевтические технологии.
8. Военный санаторий «Крым» – лучшие технологии климатотерапии и климатофизиологии.

9. Сакский военный клинический санаторий им. Н.И.Пирогова – лучшая здравница по медицинской реабилитации, лучшие технологии лечебно-профилактического применения минеральных вод, а также – лучший руководитель здравницы.

10. Санаторий «Феодосийский» – лучшая грязелечебница.

11. Евпаторийский военный детский клинический санаторий им. Е.П.Глинки – лучшая детская специализированная здравница.

Серебряные медалисты форума:

1. СКК «Анапский» – лучшая здравница для семейного отдыха.
 2. Военный санаторий «Крым» – лучшие технологии санаторно-курортного лечения.
- МО РФ высоко оценивает достижения ведомственных здравниц как передовых медицинских организаций в санаторно-курортной сфере РФ.

**Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 30 мая 2018 г.**
https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12178294@egNews



В **Москве** под руководством главы военного ведомства генерала армии **Сергея Шойгу** состоялось внеплановое заседание *Коллегии Министерства обороны РФ*, на котором были рассмотрены предложения по реализации Указа Президента России «*О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года*».

Речь шла о мероприятиях, которые следует включить в План деятельности Министерства обороны Российской Федерации до 2025 г., чтобы, как подчеркнул министр обороны, «обеспечить безусловное выполнение задач, поставленных Верховным Главнокомандующим, определить, в каких национальных проектах принять участие».

«Важно сказать, что в соответствии с Планом деятельности до 2020 года уже реализуется ряд мероприятий, нацеленных на развитие здравоохранения, образования, науки и культуры, решение жилищных вопросов. И в этой работе у нас есть осязаемые результаты», — отметил Сергей Шойгу, приведя ряд конкретных примеров и фактов.

Особое внимание глава военного ведомства уделил вопросу совершенствования военного образования и науки, где также достигнуты высокие показатели.

Для поиска, развития и быстрой реализации передовых идей и прорывных технологий в интересах Минобороны создан Военный инновационный технополис «ЭРА». К его научной деятельности планируется привлекать ведущих экспертов страны.

«Немало сделано и в области медицинского обеспечения военнослужащих и членов их семей», — отметил Сергей Шойгу. Вот только несколько красноречивых цифр.

Стала более доступной высокотехнологичная медицинская помощь. В 2017 г. ее получили почти 15 тыс. человек. Это в 1,5 раза больше, чем в 2012 г. При этом увеличилось и количество видов такой помощи — с 74 до 111.

В практику внедрено более 20 инновационных направлений, которые не применялись ранее: пересадка донорских органов (почек, печени) и тканей лица, замена элементов скелета человека на созданные при помощи 3D-принтера и др.

С 2013 г. построено и реконструировано более 240 медицинских объектов и санаторно-курортных комплексов.

В июне прошлого года введена в эксплуатацию Многопрофильная высокотехнологичная клиника Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова, не имеющая аналогов в России. В ней могут лечиться до 35 тыс. стационарных больных в год, проводиться до 20 тыс. операций, в т. ч. 16 тыс. сложных и высокотехнологичных. Министр обороны подчеркнул, что «эти показатели сопоставимы с мировыми».

В 2013 г. сформирована система санитарно-авиационной эвакуации с применением медицинских модулей. Она позволила максимально снизить сроки эвакуации пациентов с тяжелыми травмами, а также транспортировать раненых и больных с оказанием им специализированной медицинской помощи.

Еще одним нововведением стало использование телемедицины, которая дает возможность консультировать специалистов медицинских подразделений вне зависимости от места их дислокации. К примеру, телемедицинскими комплексами обеспечены воинские части арктической зоны (на островах Котельный, Врангеля, Земля Александры, на мысе Шмидта и в поселке Алакуртти). Есть они и в медицинских отрядах специального назначения Западного и Южного военных округов.

В целях совершенствования охраны здоровья необходимо будет завершить ведущиеся строительные-монтажные работы в госпиталях Москвы, Красногорска, Санкт-Петербурга и Алушты, а также проектирование типовых госпиталей в Казани, Пензе, Владикавказе и Рязани.

Участники коллегии обсудили предложения по включению актуальных мероприятий в проект Плана деятельности МО РФ на 2019–2025 гг., а также в национальные проекты и программы для их реализации на федеральном уровне.

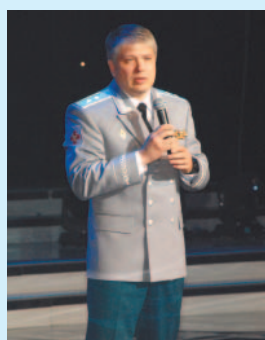
Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 27 июня 2018 г.
https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12183016@egNews

Профессиональный праздник в Центральном академическом театре Российской армии



Заместитель министра обороны РФ **Тимур Иванов** вручил нагрудный знак «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» начальнику организационно-планового управления — заместителю начальника ГВМУ МО РФ генерал-майору медицинской службы **Олегу Калачёву**

День медицинского работника военные медики отметили 15 июня в Центральном академическом театре Российской армии, одновременно с празднованием 50-летнего юбилея Центрального военного клинического госпиталя имени А.А.Вишневского. Заместитель



министра обороны Российской Федерации **Тимур Иванов** поздравил присутствовавших с профессиональным праздником и вручил ряду военных медиков государственные награды. Также прошла церемония награждения военно-медицинских специалистов общественной премией «За выдающийся вклад в военную медицину», учрежденной Национальной ассоциацией объединений офицеров запаса Вооруженных Сил «МЕГАПИР». После официальных поздравлений состоялся большой праздничный концерт.

С профессиональным праздником военных медиков поздравил начальник Главного военно-медицинского управления МО РФ **Дмитрий Тришкин**



На сцене — Академический ансамбль песни и пляски Российской Армии имени А.В.Александрова

Фото © Воен.-мед. журн.

Турнир по мини-футболу среди команд военно-медицинских организаций центрального подчинения

На спортивной базе ЦСКА 9 июня прошел турнир по мини-футболу с участием спортивных команд военно-медицинских организаций центрального подчинения и Главного военно-медицинского управления Минобороны России.

Помериться силами на поле вышли команды ГВМУ МО РФ, ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, Филиала ВМедА им. С.М.Кирова (г. Москва), ЦВКГ им. П.В.Мандрыка, ЦВКГ им. А.А.Вишневого, 736 ГЦ ГСЭН МО РФ, ЛРКЦ МО РФ.

Команды-участницы были разделены на 2 группы, в которых по круговой системе параллельно игрались отборочные матчи.

В финале турнира сыграли команды ЦВКГ им. П.В.Мандрыка и Филиала ВМедА им. С.М.Кирова. Победителем стала команда ЦВКГ им. П.В.Мандрыка со счетом 2:1.

Медицинское обеспечение турнира проводилось врачебно-сестринскими бригадами 52 КДЦ.



В игре – команды ГВМУ МО РФ и ЛРКЦ МО РФ



Финальный свисток: футболисты ЦВКГ им. П.В.Мандрыка празднуют победу



Команда Филиала ВМедА им. С.М.Кирова (г. Москва) – «серебряный» призер

Председатель спорткомитета ГВМУ МО РФ полковник медицинской службы **Сергей Яковлев** проводит награждение победителей турнира



Открытие грязелечебного отделения в Феодосийском военном санатории

Торжественное открытие грязелечебного отделения состоялось **23 мая** в Феодосийском военном санатории Минобороны России.

Еще в 1992 г. отпуск общих грязевых процедур здесь был приостановлен в связи с выходом из строя оборудования. В 2017 г. проведен полный комплекс работ по замене технологического оборудования, инженерных систем, ремонту внутренних помещений. Особой гордостью сана-



тория сегодня является система забора и подогрева лечебной грязи до рабочей температуры и ее подачи с последующей автоматической эвакуацией. Пропускная способность зала для общих грязевых процедур увеличилась и в среднем составит 16–17 тыс. процедур в год.

Церемония открытия грязелечебницы. Справа налево: начальник Феодосийского военного санатория **В.Н.Доля**, митрополит Феодосийский и Керченский **Платон**, глава администрации г. Феодосии **С.В.Фомич**



Интерьер нового отделения



Подготовка грязевых процедур



На всероссийском форуме «Здравница-2018» в Кисловодске (май 2018 г.) Феодосийский военный санаторий завоевал золотую медаль в номинации «Лучшая грязелечебница»



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК [61:355](98)

Опыт медицинского обеспечения учения межвидовой группировки сил (войск) в Арктике

ЗАКРЕВСКИЙ Ю.Н., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы (zakrev.sever@bk.ru)¹
ШЕВЧЕНКО А.Г., полковник медицинской службы²
КУЗНЕЦОВ С.А., подполковник медицинской службы¹
АРХАНГЕЛЬСКИЙ Д.А., подполковник медицинской службы²
СЕРДЮК В.И., подполковник медицинской службы²
ЖДАНОВ А.А., подполковник медицинской службы¹

¹Медицинская служба объединенного стратегического командования Северного флота, г. Североморск; ²ФГКУ «1469 Военно-морской клинический госпиталь» Минобороны России, г. Североморск

Медицинское обеспечение межвидовых группировок сил (войск), создаваемых для решения различных оперативно-тактических задач на задаваемых направлениях, является новой важной задачей медицинских служб округов (флотов) в условиях разрешения кризисных ситуаций и вооруженных конфликтов. Силы и средства медицинских групп наземной, морской и авиационной группировок, оснащенные современной медицинской подвижной техникой, мобильным оборудованием и средствами оказания первой медицинской помощи войскового звена, обеспечивают гарантированное оказание первой, доврачебной, квалифицированной и элементов специализированной медицинской помощи в условиях различной медико-тактической обстановки, включая отдаленные районы арктической зоны Российской Федерации.

К л ю ч е в ы е с л о в а: межвидовая группировка войск, медицинские группы усиления сил (войск), медицинское обеспечение войск в Арктике.

Zakrevskii Yu.N., Shevchenko A.G., Kuznetsov S.A., Arkhangel'skii D.A., Serdyuk V.I., Zhdanov A.A. — Experience of medical training for the interspecific grouping of forces (troops) in the Arctic. The medical support of the inter-specific groupings of forces (forces) created for solving various operational and tactical tasks in the given directions is a new important task of the medical services of the districts (fleets) in the conditions of resolving crisis situations and armed conflicts. The forces and means of medical groups of the ground, sea and air groupings equipped with modern medical mobile equipment, mobile equipment and first aid means of the military unit ensure guaranteed provision of the first, pre-medical, qualified and specialized medical assistance in conditions of various medical-and-tactical situation, including remote areas of the Arctic zone of the Russian Federation.

K e y w o r d s: interspecific grouping of troops, medical groups for strengthening forces (troops), medical support of troops in the Arctic.

Военно-политическая и стратегическая обстановка в арктическом океанском районе и на арктическом стратегическом направлении в течение последнего десятилетия отличается нарастающей напряженностью межгосударственных отношений. С точки зрения богатств природных ресурсов, геостратегического положения территорий, значения Северного морского пути как важнейшего транспортного сообщения в мировой логистической системе перевозки грузов, арктическая зона Российской Федерации является предметом притязаний некоторых мировых держав. В рамках учения Северного флота предполагался кризисный сценарий развития событий, когда «западные» будут оказывать давление на «северных» комплексным применением мер политического, экономического и военного характера.

По легенде учения, в Арктике под видом проведения акций международных экологических организаций «западные» могли попытаться осуществлять разведывательную деятельность и выполнить предварительную рекогносцировку районов размещения объектов военной инфраструктуры на островных территориях РФ, крупных промышленно-экономических объектов в районе морского порта и газоконденсатного предприятия. В Долгано-Ненецком (Таймырском) автономном округе и районе г. Норильска могла быть создана угроза нарушения функционирования критически важных объектов гражданской инфраструктуры (промышленных предприятий, аэродромов, портов).

Противник мог осуществить переброску на арктические острова подразделений специальных операций (ССО) и незаконных воору-

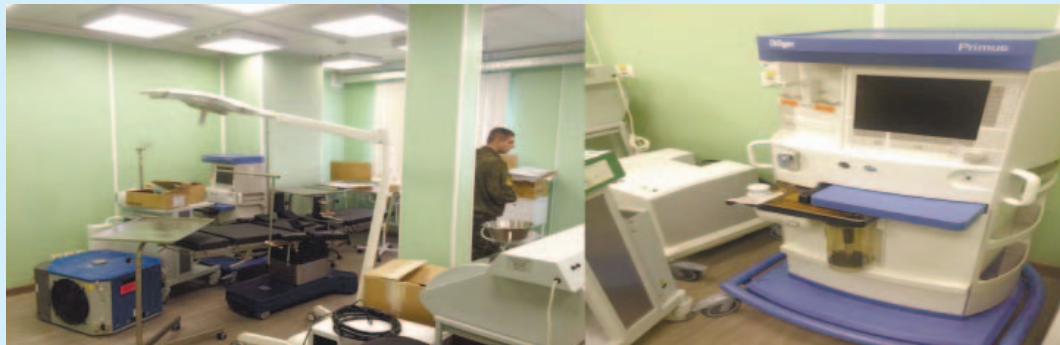
Медицинское обеспечение учения межвидовой группировки сил (войск) в Арктике



На о. Котельный архипелага Новосибирские острова отработано оказание медицинской помощи в ходе отражения нападения диверсионно-разведывательных групп противника



Развертывание новых образцов подвижной медицинской техники: автоперевозочная АП-2 на базе автомобиля «КамАЗ», автомобиль санитарный



Медицинское оборудование медицинского блока АЖК «Северный клевер» на о. Котельный архипелага Новосибирские острова



Медицинское оборудование системы телемедицинских консультаций, введенное в эксплуатацию на островах Земля Александры, Средний, Котельный арктической зоны Российской Федерации

Статья об опыте учения по медицинскому обеспечению межвидовой группировки сил (войск) в Арктике опубликована в рубрике «Хроника»



блоки с насыщением современной медицинской аппаратурой. Введены в эксплуатацию современные телемедицинские комплексы с передачей онлайн-изображения в ВМА им. С.М.Кирова и главным медицинским специалистам МО РФ.

В рамках учения, для совершенствования всестороннего обеспечения межвидовых группировок сил (войск) в арктической и морской зонах выполнено развертывание пункта маневренного обеспечения Северного флота на губе Грязная. Развертывался распределительный эвакуационный медицинский пост в современной палатке М-30 для приема 30 раненых с корабельных группировок, с использованием новой модели *автомобиля санитарного* (АС) на шасси автомобиля «Урал». Сформированный медицинский распределительный пост в составе: начальник (врач-хирург), медицинская сестра-регистратор – 2, санитары-носильщики – 4, начальник поста оказания неотложной помощи (врач-реаниматолог) – 1, фельдшер поста оказания неотложной помощи – 1, начальник поста временной госпитализации (врач общей практики) – 1, медицинская сестра – 2, санитар – 2, водитель-санитар – 4 (всего 19 человек). Данный этап отработывался для приема, сортировки, оказания первой врачебной, квалифицированной (с элементами специализированной) медицинской помощи, с дальнейшей эвакуацией в военно-лечебные учреждения (1469 ВМКГ, плечо эвакуации 3 км) и его филиал № 3 в Мурманске (плечо эвакуации 12 км).

Таким образом, организационные решения по медицинскому обеспечению межвидовых группировок войск (сил), сформированных для защиты арктических территорий и



Административно-жилой комплекс с медицинским блоком и зоной материально-технического обеспечения на о. Земля Александры архипелага Земля Франца-Иосифа

стратегически важных экономических объектов в Арктике должны основываться на выводах из оперативной, медико-тактической, климатогеографической обстановки с учетом применения современных видов подвижной медицинской техники, оборудования и индивидуальных средств первой помощи.

Силы и средства медицинских подразделений под руководством оперативных групп медицинских служб соединений должны соответствовать объему и характеру решаемых задач, обеспечивать комплекс лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в специфических условиях арктического региона во взаимодействии с имеющимися лечебными учреждениями гражданского здравоохранения, других ведомств и организаций.

Медицинское обеспечение контингента, размещенного на островах арктической зоны Российской Федерации, должно осуществляться на инновационной основе в медицинских блоках, насыщенных современной медицинской аппаратурой, комплектами телемедицины и др.

Перевод В.В.Федотовой

Макет и компьютерная верстка В.В.Матица

<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 19.06.18. Формат 70×108 ¹ / ₁₆ Усл. печ. л. 8,4. Заказ № 2381-2018	Печать офсетная. Усл. кр.-отт. 9,8. Тираж экз.	Подписано к печати 19.07.18. Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 8,6. Каталожная цена 75 р. 00 к.
<p>Отпечатано в АО «Красная Звезда» 123007, Москва, Хорошевское шоссе, д. 38, http://www.redstarprint.ru, redstar_print@mail.ru Тел.: (495) 941-21-12, 941-31-62, (916) 192-93-82. E-mail: kr_zvezda@mail.ru</p>		