



ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ
СССXXXVI

*Тод
вздунд
-193-й*



Учение «Очаг-2015»

Военно-медицинский журнал

2015 • № 8



8

АВГУСТ
2015

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ
И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

Издаётся 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*)
Н. А. Ефименко
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
В. К. Шамрей
А. М. Шелепов

 **РЕДАКЦИОННЫЙ
СОВЕТ:**

П. Г. Брюсов (Москва)
А. А. Будко (С.-Петербург)
И. Ю. Быков (Москва)
В. В. Валиевский (С.-Петербург)
С. Ф. Гончаров (Москва)
В. В. Добржанский (Москва)
А. В. Есипов (Красногорск)
Е. В. Ивченко (С.-Петербург)
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)

Адреса редакции:

119160, Москва,
ул. Знаменка, 19, редакция
«Военно-медицинского журнала»
Тел./факс (495) 656-33-41

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

Non scholae, sed vitae discimus!

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2015 * АВГУСТ
Т. 336 * № 8

- *Персональные электронные карты военнослужащих и военно-медицинская информационная система*
- *Пластика огнестрельных дефектов мягких тканей конечностей треугольными лоскутами*
- *Новые подходы к диагностике, лечению и реабилитации военнослужащих с артериальной гипертензией*
- *Перспективы автоматизированной оценки функционального состояния организма военнослужащих*
- *Уроки применения химического оружия в Первую мировую войну для современной военной медицины*
- *Главному военно-медицинскому управлению Минобороны России – 210 лет*

МОСКВА
АО «КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»


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

Калачёв О.В., Столяр В.П., Куандыков М.Г., Папков А.Ю. – **Персональные электронные карты военнослужащих и военно-медицинская информационная система**

4

Kalachev O.V., Stolyar V.P., Kuandykov M.G., Papkov A.Yu – **Personal e-cards for military personnel and military-medical information system**

Бельских А.Н., Башарин В.А., Чепур С.В., Халимов Ю.Ш., Маркизова Н.Ф. – **Уроки применения химического оружия в Первую мировую войну для современной военной медицины**

11

Belskikh A.N., Basharin V.A., Chepur S.V., Khalimov Yu.Sh., Markizova N.F. – **Consequences learned from the use of chemical weapons during the First World War for the modern military medicine**


Лечебно-профилактические вопросы
Prophylaxis and treatment

Хоминец В.В., Жигало А.В., Михайлов С.В., Шакун Д.А., Шчукин А.В., Фоос И.В., Почтенко В.В. – **Пластика огнестрельных дефектов мягких тканей конечностей треугольными лоскутами**

17

Khominets V.V., Zhigalo A.V., Mikhailov S.V., Shakun D.A., Shchukin A.V., Foos I.V., Pochtlenko V.V. – **Plastic reconstruction of soft tissue defects of extremities resulted from gunshot with the help of triangular flap**

Потехин Н.П., Саркисов К.А., Старовойтова И.М., Орлов Ф.А., Фурсов А.Н., Каракозов А.Г., Клопоцкий С.А., Алаторцева И.А. – **Новые подходы к диагностике, лечению и реабилитации военнослужащих, военных пенсионеров и членов их семей с артериальной гипертензией**

23

Potekhin N.P., Sarkisov K.A., Starovoitova I.M., Orlov F.A., Fursov A.N., Karakozov A.G., Klopotskii S.A., Alatorseva I.A. – **New approaches to the diagnosis, treatment and rehabilitation of military personnel, military pensioners and their family members with arterial hypertension**

Литвинцев Б.С., Одинак М.М., Литвиненко И.В., Гончаренко А.Ю., Петров А.Д., Коваленко А.П. – **Неврологический симптомокомплекс наркоманий**

31

Litvintsev B.S., Odinak M.M., Litvinenko I.V., Goncharenko A.Yu., Petrov A.D., Kovalenko A.P. – **The complex of neurological symptoms of substance abuse**

Пonomаренко Ю.Н., Власенко С.В., Ненько А.М. – **Новые технологии в диагностике и санаторно-курортном лечении двигательных расстройств у детей с церебральным параличом**

40

Ponomarenko Yu.N., Vlasenko S.V., Nenko A.M. – **New technologies in diagnostics and health-resort treatment of movement disorder in children with cerebral palsy**


Гигиена и физиология военного труда
Military physiology and hygiene

Благинин А.А., Ганapolский В.П., Гончаренко А.Ю., Емельянов Ю.А., Жильцова И.И., Синельников С.Н., Юсупов В.В. – **Перспективы автоматизированной оценки функционального состояния военнослужащих**

46

Blaginin A.A., Ganapolskii V.P., Goncharenko A.Yu., Emelyanov Yu.A., Zhiltsova I.I., Sinelnikov S.N., Yusupov V.V. – **Prospects of computer-assisted assessment of functional health status of military personnel**


Юридический всеобуч
Law education

Холиков И.В., Сазонова К.Л. – **Международно-правовые аспекты ответственности государств и международных организаций за распространение эпидемий, пандемий и массовых заболеваний**

51

Kholikov I.V., Sazonova K.L. – **International legal aspects of responsibility of states and international organizations for the spread of epidemics, pandemics and mass diseases**



**По страницам зарубежной
медицинской печати**

**From the foreign
medical publications**

Алейников С.И., Голота А.С., Крассий А.Б.,
Солдатов Е.А., Шалахин Р.А. – Меди-
цинская служба национальных воору-
женных сил Латвии

58

Aleinikov S.I., Golota A.S., Krassii A.B.,
Soldatov E.A., Shalakhin R.A. – **Medical
Service of the Latvian National Armed
Forces**



Краткие сообщения

63

Brief reports



**Из истории
военной медицины**

**From the history
of military medicine**

Фисун А.Я., Поддубный М.В. – Кто воз-
главлял Главное военно-санитарное
управление в 1917–1918 гг.

71

Fisun A.Ya., Poddubnyi M.V. – **Who was
the head of the General Military Medical
Department in 1917–1918**

Крючков О.А., Кульнев С.В., Таранов С.П.
– Главное военно-санитарное управление
в годы Великой Отечественной войны

79

Kryuchkov O.A., Kulnev S.V., Taranov S.P.
– **The General Military Medical Depart-
ment during the Great Patriotic War**

Исхаков Э.Р. – Правовое регулирование
кадровых вопросов военной медицины
в период правления императора Павла I

84

Iskhakov E.R. – **Legal regulation of the
personnel issues of military medicine
during the reign of Paul I**



Официальный отдел

89

Official communications



Лента новостей

50, 88,
91

News feed



Хроника

Chronicle

Чаплюк А.Л., Вовкодав В.С., Чурилов Ю.К.
– Научно-практическая конференция,
посвященная 65-летию Центральной
врачебно-летной комиссии

93

Chaplyuk A.L., Vovkodav V.S., Churilov Yu.K.
– **Research-to-practice conference, de-
dicated to the 65th anniversary of the
Central Flight Evaluation Board**

Варфоломеев В.А., Попов О.А. – В меж-
региональной общественной организа-
ции «Объединение ветеранов военно-
медицинской службы «Военмед»»

94

Varfolomeev V.A., Popov O.A. – **At the
transregional public organization «Associ-
ation of Veterans of military-medical
service «Voenmed»»**

CONTENTS



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 613.67:002

Персональные электронные карты военнослужащих и военно-медицинская информационная система

КАЛАЧЁВ О.В., полковник медицинской службы¹
СТОЛЯР В.П., профессор, полковник медицинской службы в отставке (bp100@mail.ru)²
КУАНДЫКОВ М.Г., полковник медицинской службы¹
ПАПКОВ А.Ю., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы¹

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

В статье представлены направления деятельности медицинской службы в части, касающейся внедрения персональных электронных карт военнослужащих, организации процесса автоматизации деятельности органов управления медицинской службой, военно-медицинских организаций и медицинских подразделений. Раскрывается проводимая работа по созданию военно-медицинской информационной системы, которая позволит объединить все медицинские подразделения, организации и органы управления в единое информационное пространство.

К л ю ч е в ы е с л о в а: персональная электронная карта, военно-медицинская информационная система, электронная медицинская книжка военнослужащего.

Kalachev O.V., Stolyar V.P., Kuandykov M.G., Papkov A.Yu – Personal e-cards for military personnel and military-medical information system. The article presents main directions of activities of the medical service, dealing with implementation of personal electronic cards for military personnel, organizing the process of automation of medical service management, military and medical organizations and health care departments. The given article reveals the on-going activity, concerning creation of the military-medical information system, which will unite all medical units, organizations, and governments into one information space.

К е у в о р д s: personal electronic card, military and medical information system, electronic military medical record.

В декабре 2014 г. завершена опытно-конструкторская работа «Автоматизирующая система изготовления, учета и применения персональных электронных карт военнослужащего (военно-обязанного)», шифр «Паспорт» (далее – ОКР «Паспорт») [1].

Предметом автоматизации в рамках этой работы были деятельность должностных лиц органов военного управления Вооруженных Сил РФ по сбору, обработке и использованию персональных данных военнослужащих, призывников, военно-обязанных и лиц гражданского персонала ВС РФ в части безопасного обращения этих данных на индивидуальных электронных носителях, а также централизованное ведение базы идентификационных персональных данных, информационное взаимодействие с базами данных персонализированного учета федеральных органов исполнительной власти.

Персональная электронная карта (ПЭК) имеет два варианта исполнения: в форме микропроцессорной карты и в форме электронного жетона военнослужащего (ЭЖВ).

Персональная электронная карта представляет собой именную пластиковую карту, которая предназначена для хранения электронных документов и служебной информации в защищенном виде и эксплуатации в условиях мирного времени. Она будет выполнять функции инструмента идентификации и аутентификации держателя карты и поддерживать различные приложения, связанные с контролем доступа к защищаемым объектам и информационным ресурсам. Кроме того, ПЭК обеспечит учет и подтверждение прав на получение социальных и иных услуг, а также персонализированный учет их фактического предоставления.



– поиск и быстрое нахождение медицинских сведений, необходимых для своевременной и объективной оценки состояния здоровья военнослужащих или военнообязанных;

– установление диагноза, назначение соответствующего лечения, оценка полноты, качества диагностики, лечения и вынесения экспертных решений.

В то же время ЦОД будет исполнять функции обработки, хранения и распространения медицинской и другой информации в интересах командования и должностных лиц ГВМУ МО РФ. Центр обработки данных ориентирован на решение медицинских, военно-медицинских, организационных и финансово-экономических задач путем предоставления информационных услуг соответствующим должностным лицам. Консолидация информационно-вычислительных ресурсов медицинской службы и организация их хранения в ЦОД позволят более эффективно использовать ресурсы медицинской службы.

В Ы В О Д Ы

1. Создание ПЭК и оснащение ими всех военнослужащих, установка, тиражирование и адаптация военно-медицинской информационной системы на конкретные объекты автоматизации в каждую ВМО приведет к комплексной автоматизации основных военно-медицинских процессов, создаст автоматизированную систему сбора медицинской информации (по раненым и больным) в центры обработки данных и ее использование

должностными лицами ГВМУ МО РФ и Национального центра управления обороной РФ.

2. Деятельность должностных лиц медицинской службы в условиях функционирования ВМИС и применения персональных электронных карт военнослужащих существенно меняется. Кардинально изменяется ситуация с регистрацией первичных медицинских данных и оформлением медицинской документации в ВМО, процедура считывания сведений, хранящихся на ПЭК, и оформление медицинской документации будет проводиться значительно быстрее.

3. Реализация возможностей внедряемой ВМИС повысит эффективность деятельности ВМО и позволит по-новому, на более современном уровне организовать лечебно-диагностический процесс, в частности обеспечит необходимыми сведениями руководителей и врачей-специалистов отдельных организаций, а также руководителей и главных специалистов ГВМУ МО РФ обобщенными аналитическими данными о медицинской службе в целом или об отдельных военно-медицинских организациях.

4. Военно-медицинская информационная система, реализованная во всех военно-медицинских организациях МО РФ, объединит их, несмотря на разный статус, оснащение, возможности, и обеспечит непрерывность лечебно-диагностического и медико-технологического процессов (обследование, лечение и реабилитация обслуживаемых контингентов) от момента заболевания и обращения – до выздоровления или иного исхода.

Литература

1. Аванпроект ПАКД. Пояснительная записка. – Кн. 1. – С. 1–465; Кн. 2. – С. 466–831; Кн. 3. – С. 832–1286. – М.: ОАО «Ангстрем», 2012.
2. Максимов И.Б., Столяр В.П. О проблемах и перспективах совершенствования управления современными госпитальными объединениями // Воен.-мед. журн. – 2011. – Т. 332, № 10. – С. 4–8.
3. Максимов И.Б., Столяр В.П., Богомолов А.В. Прикладная теория информаци-

онного обеспечения медико-биологических исследований. – М.: БИНОМ, 2013. – 312 с.

4. Максимов И.Б., Столяр В.П., Нефедов А.В. Об управлении лечебно-диагностическим процессом в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко // Воен.-мед. журн. – 2011. – Т. 332, № 8. – С. 4–11.

5. Столяр В.П., Иванов А.Ю., Иванов В.В. Система сбора первичной медицинской информации на основе индивидуальных носителей. – СПб: ВМедА, 2002. – 179 с.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК [61:355](091) «1914–1918»

Уроки применения химического оружия в Первую мировую войну для современной военной медицины

БЕЛЬСКИХ А.Н., профессор, генерал-майор медицинской службы
БАШАРИН В.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы (basharin I@mail.ru)
ЧЕПУР С.В., профессор, полковник медицинской службы
ХАЛИМОВ Ю.Ш., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы
МАРКИЗОВА Н.Ф., кандидат медицинских наук

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

В статье описаны проблемы, вставшие перед медицинской службой в Первую мировую войну (1914–1918) в результате применения химического оружия. Показано, что многие из них остаются нерешенными и до настоящего времени. Констатируется факт существования угрозы применения химического оружия в современных военных конфликтах, что расширяет сферу задач по медицинской противохимической защите. Обоснованы необходимость и алгоритм системной подготовки специалистов по медицинской защите при действии поражающих факторов химической природы.
К л ю ч е в ы е с л о в а: Первая мировая война (1914–1918), химическое оружие, военная токсикология.

Belskikh A.N., Basharin V.A., Chepur S.V., Khalimov Yu.Sh., Markizova N.F. — Consequences learned from the use of chemical weapons during the First World War for the modern military medicine. The article describes the way medical service dealt with problems resulted from the use of chemical weapons during the First World War (1914–1918). It was revealed that many of the abovementioned problems remain unsolved up to the present moment. It is stated the existence of the threat of use of chemical weapons in modern military conflicts, which expands the area of responsibility for medical chemical protection. The authors proved necessity and algorithm of the training system, considered as a part of medical protection in case of adverse factors of chemical nature.

K e y w o r d s: The First World War (1914–1918), chemical weapons, military toxicology.

В 2015 г. исполняется ровно сто лет первому, рассчитанному на реальное достижение военного превосходства, применению химических веществ с целью поражения противника.

22 апреля 1915 г. немцами впервые в большом масштабе была осуществлена газобаллонная атака хлором на реке Ипр в Бельгии. Всего лишь пятиминутный газопуск с использованием 168 т хлора привел к практически одномоментной потере 15 000 человек, из них 5000 смертельно пораженными. Так было положено начало систематическому применению нового вида оружия, которое позволяло достичь стратегического и тактического преимущества над противником. В ходе Первой мировой войны (1914–1918) было использовано в военных целях свыше 113 тыс. тонн *отравляющих веществ* (ОВ), а санитарные поте-

ри от химического оружия оцениваются в 1,3 млн человек, из которых свыше 100 тыс. — погибли. Таким образом, человечество познакомилось с понятием массовая боевая терапевтическая патология. Использование ОВ в Первую мировую войну и медицинский анализ последствий этого положили начало становлению военной токсикологии как науки.

Из истории известно, что химические соединения использовались в военных конфликтах и раньше. Так, в 1855 г. в Крымскую войну при осаде Севастополя англичанами под командованием адмирала сэра Томаса Кохрана для выведения личного состава из строя и захвата укрепленных позиций был использован диоксид серы, который получали при сжигании серы. Однако в среде британского руководства этот факт вызвал осуждение.



ботки системы оказания неотложной помощи и интенсивной терапии при поражении токсичными веществами, адекватной боевой обстановке. Главным итогом научных исследований экспериментальной и клинической токсикологии должна быть разработка средств, методов и схем антидотной (этиотропной) терапии поражений.

Снижение концентрации ядовитых веществ в органах и тканях пострадавших является залогом успешного лечения в последующем. Применение экстракорпоральных методов детоксикации уже на самых ранних этапах медицинской эвакуации — одна из самых сложных, но безотлагательных задач для военной токсикологии. Необходимы разработка технических, конструктивных элементов систем, поиск и апробация селективных и универсальных сорбентов, а также оптимальных схем их использования фактически в полевых условиях.

Для массовой химической травмы при действии отравляющих и высокотоксичных веществ характерно превалирование тяжелых и крайне тяжелых, т. е. требующих реанимационных мероприятий, поражений. В условиях применения ОВ именно осуществление мер по реанимации пораженных встречает наибольшие трудности. Даже просто работа в средствах защиты, а тем более выполнение сложных манипуляций физически очень затруднительны. Это инициирует еще одну задачу — совершенствование конструкции средств индивидуальной защиты с учетом физиолого-гигиенических требований.

В Военной доктрине Российской Федерации от 26 декабря 2014 г. среди приоритетных задач развития Вооруженных Сил отдельно выделен вопрос о совершенствовании системы радиационной, химической и биологической защиты войск (сил) и населения. Очевидно, что медицинское обеспечение противохимической защиты является одним из ключевых элементов этой системы и предполагает проведение комплекса мероприятий, направленных на сохранение жизни, здоровья, военно-профессиональной работоспособности личного состава ВС РФ в условиях действия на него факторов химической природы в военное и мирное время [2].

Исходя из задач медицинской службы по обеспечению противохимической защиты в современных условиях, повышаются профессиональные требования к военному врачу как специалисту. Таким образом, одним из ключевых вопросов, стоящих перед медицинской службой, как и 100 лет назад, является подготовка медицинских кадров, способных решать эти задачи в полном объеме и качественно. В связи с этим существует необходимость проводить подготовку медицинских специалистов по всем вопросам современной военной токсикологии. Полноценность подготовки военных врачей в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова обеспечивается преемственностью преподавания вопросов военной токсикологии на кафедрах теоретического, клинического, профилактического и организационного профиля.

Литература

1. Де-Лазари А.Н. Химическое оружие на фронтах мировой войны 1914–1918 гг. — М.: Государственное военное издательство, 1935. — 144 с.
2. Куценко С.А., Мурин М.Б., Гребенюк А.Н. Проблемы медицинского обеспечения радиационной и химической безопасности Вооруженных Сил в современных условиях // Воен.-мед. журн. — 2001. — Т. 322, № 1. — С. 4–10.
3. Мурин М.Б., Куценко С.А. Некоторые проблемы военной токсикологии как науки и учебной дисциплины // Воен.-мед. журн. — 1998. — Т. 319, № 12. — С. 11–18.
4. Пособие по санитарно-химической защите // Под ред. Л.Е.Васильковского, Б.И.Предтеченского и Б.А.Рейнера. — М.-Л.: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1936. — 434 с.
5. Фрайс А., Вест К. Химическая война. — М., 1924. — С. 421–422.
6. Ichman K., Revill J. Chemical and biological weapons in the «New Wars» // Sci. Eng. Ethics. — 2014. — Vol. 20, N 3. — P. 753–767.
7. Hasegawa G.R. Proposals for chemical weapons during the American Civil War // Mil. Med. — 2008. — N 173. — P. 499–606.
8. Pitschmann V. Overall view of chemical and biochemical weapons // Toxins. — 2014. — N 6. — P. 1761–1784.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.747/748-001.45-089.843

Пластика огнестрельных дефектов мягких тканей конечностей треугольными лоскутами

ХОМИНЕЦ В.В., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы (ytovmeda@mail.ru)
ЖИГАЛО А.В., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы
МИХАЙЛОВ С.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
ШАКУН Д.А., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
ШУКИН А.В., подполковник медицинской службы
ФООС И.В.
ПОЧТЕНКО В.В., лейтенант медицинской службы

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

Предложена оригинальная методика пластического закрытия огнестрельных дефектов мягких тканей круглой и овальной формы встречными треугольными лоскутами. Суть методики заключается в перемещении треугольных кожных лоскутов, при выкраивании которых образуются фигуры, напоминающие буквы «Я» и «И». За счет перемещения этих лоскутов, а также растяжения и смещения окружающих тканей происходит закрытие дефекта. Выполнено 32 операции на верхних и нижних конечностях у 21 раненого, размеры дефектов варьировали от 2×2 см до 18×12 см. Закрытие дефектов выполняли в сроки от 5 до 22 сут после ранения. В результате лечения достигнуто первичное заживление ран в 87,5% случаев. У 12,5% раненых наблюдали краевые некрозы, которые зажили вторичным натяжением и не требовали повторных пластических операций. Ни у одного пострадавшего после пластики не получили грубые стягивающие рубцы, препятствующие движениям в суставах. У всех больных достигнуты хорошие косметические и функциональные результаты. Предложенная методика имеет ряд преимуществ перед дерматомной пластикой, а также перед пересадкой островковых кожно-фациальных лоскутов в свободном и несвободном вариантах, т. к. она технически проще и не требует специального обеспечения и инструментария.

К л ю ч е в ы е с л о в а: огнестрельные ранения конечностей, закрытие огнестрельных дефектов кожи, пластика встречными треугольными лоскутами.

Khominets V.V., Zhigalo A.V., Mikhailov S.V., Shakun D.A., Shchukin A.V., Foos I.V., Pochtenko V.V. – Plastic reconstruction of soft tissue defects of extremities resulted from gunshot with the help of triangular flap. The authors suggested an original technique of plastic surgery of round and oval-shaped gunshot wounds of soft tissues with the use of triangular flap. The core of technique is to move triangular skin flap in the form of the letter «Ya» and «I». By moving this flap, as well as stretching and displacement of surrounding tissue it is possible to close the occurred defect. The authors describe 32 surgical interventions on the upper and lower limbs in 21 wounded, defect size ranged from 2×2 cm to 12×18 cm. Closure of defects was performed during the period from 5 to 22 days after injury. As a result of the treatment the primary wound healing was observed in 87,5% of cases. In 12,5% of the wounded was observed marginal necrosis that healed after the second intervention and didn't require repeated plastic reconstruction. Patients didn't get rough tightening scars affecting joint movement after the plastic reconstruction. All patients achieved good cosmetic and functional results. The proposed method has several advantages over dermatomal plastic reconstruction, and before transplanting islet skin-facial flap in free and non-free versions. It is technically easier and does not require special software and tools.

К е y w o r d s: firearm injuries of extremities, closing gunshot defects of the skin, plastic counter triangular flaps.

Совершенствование видов стрелкового оружия и боеприпасов взрывного действия, а также специфика ведения боевых действий в современных войнах и локальных конфликтах последних десятилетий подчеркивают актуальность проблемы лечения раненых с повреждениями опорно-двигательного аппарата.

Ранения конечностей превалируют в структуре санитарных потерь, составляя 67,7–74,2%, а в отдельных боевых операциях достигают 80% и более от общего их числа [1–5, 7, 8].

Применение в локальных конфликтах новых видов стрелкового оружия, противопехотных мин и других боеприпа-



Рис. 7. Раненый У., 39 лет. Огнестрельное ранение правой кисти из гладкоствольного оружия: а) внешний вид раны до операции; б) внешний вид раны на 20-е сутки после ПХО, сформировался дефект кожи тыльной поверхности кисти размером 4×3 см (пунктиром обозначена разметка формирования лоскутов для «Я-И»-пластики); в) внешний вид кисти на следующие сутки после операции; г) внешний вид кисти через 6 мес после операции



Рис. 8. Раненый К., 36 лет. Огнестрельное пулевое ранение правого плеча: а) внешний вид раны на 20-е сутки после ранения, дефект кожи 5×4 см; б) сформированы треугольные кожные лоскуты по типу «Я-И»-пластики; в) 10-е сутки после операции; г) 30-е сутки после операции

К статье: Хоминец В.В., Жигало А.В., Михайлов С.В., Шакун Д.А., Щужин А.В., Фоос И.В., Почтенко В.В.
— Пластика огнестрельных дефектов мягких тканей конечностей треугольными лоскутами



Рис. 9. Раненый В., 22 лет. Множественные осколочные ранения левой нижней конечности (12-е сутки после ранения): а) внешний вид раны левой голени, дефект кожи 18×12 см; б) внешний вид раны левого бедра, дефект кожи 8×7 см; в) внешний вид левой нижней конечности сразу после операции; г) внешний вид левой нижней конечности через 6 мес после операции



Рис. 10. Раненый М., 42 лет. Множественные осколочные ранения левой нижней конечности (9-е сутки после ранения): а) внешний вид трех ран на передней поверхности левой голени, дефекты кожи 5×2,5, 3×2 и 3×3 см; б–з) этапы закрытия кожных дефектов

К статье: Хоминец В.В., Жигало А.В., Михайлов С.В., Шакурн Д.А., Щукин А.В., Фоос И.В., Почтенко В.В.
 — Пластика огнестрельных дефектов мягких тканей конечностей треугольными лоскутами



Клиническое наблюдение 3. Раненый В., 22 лет, поступил в клинику по поводу минно-взрывного ранения, множественных осколочных ранений конечностей с дефектами мягких тканей заднелатеральной поверхности бедра 8×7 см; задней поверхности голени 18×12 см с осколчатым переломом диафиза левой бедренной кости, фиксированным аппаратом внешней фиксации. На этапе квалифицированной помощи выполнена ПХО раны, остеосинтез бедренной кости стержневым аппаратом КСТ. Через 14 дней после ранения выполнена «Я-И»-пластика дефекта кожи на заднелатеральной поверхности бедра и задней поверхности голени. Заживление первичное, что позволило выполнить внутренний остеосинтез интрамедуллярным стержнем через 4 нед с момента ранения (рис. 9, с. 3 обложки).

Следующим клиническим примером хотелось бы подчеркнуть сложности закрытия множественных дефектов на передней поверхности голени из-за упругости и плохой растяжимости кожи в этой анатомической области.

Клиническое наблюдение 4. Раненый М., 42 лет, поступил в клинику по поводу минно-взрывного ранения, множественных осколочных ранений мягких тканей конечностей с дефектами кожи 5×2,5, 3×2 и 3×3 см по передней поверхности левой голени. Первично в первые сутки после ранения выполнена ПХО ран на этапе квалифицированной медицинской помощи. Из-за излишне радикальной обработки ран сформировались дефекты кожи, т. н. «пятаяки». Через 12 дней после ранения выполнена

«Я-И»-пластика дефектов кожи на передней поверхности голени. Послеоперационное течение гладкое, раны зажили первичным натяжением (рис. 10, с. 3 обложки).

У всех раненых удалось полностью закрыть огнестрельные дефекты кожи. При этом в 87,5% случаев раны зажили первично. Однако в 12,5% наблюдений развились краевые некрозы перемещенных лоскутов, которые зажили самостоятельно вторичным натяжением. Во всех случаях не потребовалось повторное закрытие кожного дефекта. Следует отметить, что ни у одного из пострадавших после пластики не получили грубые рубцы, препятствующие движениям в суставах и ношению одежды. Кожный покров по своим свойствам был устойчив к механической нагрузке. У всех раненых получены положительные результаты (от 4 до 12 баллов) по манчестерской шкале оценки рубцов (Manchester Scar Scale, MSS, 1998).

Таким образом, раннее закрытие дефектов мягких тканей конечностей при огнестрельных ранениях является залогом успешного лечения раненых. Оно позволяет применить методику последовательного остеосинтеза при лечении огнестрельных переломов костей конечностей, сократить сроки стационарного лечения и, как следствие, добиться хороших анатомических и функциональных результатов практически в 90% случаев.

Литература

1. Грицюк А.А. Реконструктивная и пластическая хирургия боевых повреждений конечностей: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2006. — 347 с.
2. Дыскин Е.А., Озерцовский Л.Б., Попов В.Л., Тюрин М.В. Ранение современным стрелковым оружием и международное гуманитарное право // Воен.-мед. журн. — 1992. — № 1. — С. 4–9.
3. Елов Р.М. Современные подходы к диагностике и лечению огнестрельных ранений конечностей: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2010. — 97 с.
4. Ефименко Н.А., Васютык Б.М., Кострица А.Н. и др. Замещение огнестрельных дефектов нижних конечностей [Материалы научно-практической конференции «Пластическая и реконструктивная микрохирургия в травматологии и ортопедии» Санкт-Петербург, 21 октября 2005] // Травматология и ортопедия России. — 2005. — № 3. — С. 72.
5. Ефименко Н.А., Гуманенко Е.К., Шафалинов В.А. и др. Актуальные проблемы лечения минно-взрывных ранений // Всерос. конф.

с участием стран СНГ, посвященная 60-летию Победы советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.: Травмы мирного и военного времени. — Анапа, 2005. — С. 23–24.

6. Кузянов Д.И. Использование технологий реконструктивно-пластической микрохирургии в системе лечения больных с патологией крупных суставов и околоуставных конечностей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб, 2014. — 48 с.

7. Хоминец В.В. Первичная пластика дефектов мягких тканей при хирургической обработке огнестрельных и открытых переломов костей голени: клинико-экспериментальное исследование: Дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 1997. — 235 с.

8. Шаповалов В.М., Хоминец В.В., Аверкиев Д.В. и др. Особенности оказания специализированной ортопедотравматологической помощи раненым с огнестрельными переломами длинных костей конечностей по опыту боевых действий на Северном Кавказе // Гений ортопедии, 2011. — № 2. — С. 107–111.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.12-008.331.1-057.36

Новые подходы к диагностике, лечению и реабилитации военнослужащих, военных пенсионеров и членов их семей с артериальной гипертензией

ПОТЕХИН Н.П., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке¹
САРКИСОВ К.А., профессор²
СТАРОВОЙТОВА И.М., доцент²
ОРЛОВ Ф.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы запаса (esclar1@rambler.ru)¹
ФУРСОВ А.Н., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса¹
КАРАКОЗОВ А.Г., профессор, полковник медицинской службы запаса³
КЛОПОЦКИЙ С.А., профессор, полковник медицинской службы в отставке¹
АЛАТОРЦЕВА И.А.¹

¹Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва; ²Российская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ, Москва; ³Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова

Статья посвящена рассмотрению новых подходов к диагностике, лечению и реабилитации пациентов с артериальной гипертензией (АГ) применительно к контингентам Министерства обороны. Для медицинской службы Вооруженных Сил проблема актуальна, что связано со значительными трудовыми потерями, высокими показателями увольняемости, инвалидизации и смертности при данной патологии. При оценке ограничения жизнедеятельности больных необходимо учитывать вариант АГ, стадию, наличие и выраженность поражения органов-мишеней, тяжесть и обратимость осложнений, частоту и тяжесть гипертонических кризов, эффективность лечения, сопутствующие заболевания, образование, профессию, наличие противопоказанных видов и условий военной службы или труда. Военно-врачебная экспертиза военнослужащих с АГ использует классификацию степеней артериальной гипертензии 2010 г. и трехстадийную классификацию гипертонической болезни Всемирной организации здравоохранения 1996 г.

К л ю ч е в ы е с л о в а: артериальная гипертензия у военнослужащих, диагностика и лечение пациентов с артериальной гипертензией, военно-врачебная экспертиза военнослужащих с артериальной гипертензией.

Potekhin N.P., Sarkisov K.A., Starovoitova I.M., Orlov F.A., Fursov A.N., Karakozov A.G., Klopotskii S.A., Alatorseva I.A. – New approaches to the diagnosis, treatment and rehabilitation of military personnel, military pensioners and their family members with arterial hypertension. The article considers new approaches to diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with arterial hypertension (AH) applied to the Ministry of Defence contingent. For the medical service of the Armed Forces the problem is relevant because of the significant labor losses, high level of dismissal, morbidity and mortality of this disease. In the assessment of the patients limitation of life should be considered a variant AH, the stage, availability and severity of the organ damage, severity and reversibility of complications, the incidence and severity of hypertensive crises, the effectiveness of treatment, comorbidity, education, occupation, the presence of contra-types and conditions of military service or labor. Military medical expertise of soldiers with AH uses the classification of degrees of arterial hypertension of 2010 and a three-stage classification hypertonic disease created by the World Health Organization, 1996.

К е у w o r d s: arterial hypertension in military, diagnosis and treatment of patients with arterial hypertension, military medical expertise of soldiers with arterial hypertension.

Артериальную гипертензию (АГ) обоснованно называют «безмолвным убийцей», уносящим только в России ежегодно более миллиона жизней. Установ-

лено, что АГ страдают 20–30% взрослого населения. С возрастом распространенность болезни увеличивается и достигает у лиц старше 65 лет 50–65% [2, 3, 12].



Литература

1. Агаев А.А. Сравнительная характеристика технических ошибок при измерении артериального давления больными артериальной гипертензией // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. — 2014. — № 2 (46). — С. 73–76.
2. Барсуков А.В. Эссенциальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца: от клинической взаимосвязи к стратегии лечения // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. — 2013. — № 2 (42). — С. 195–201.
3. Диагностика и лечение артериальной гипертензии (в таблицах и схемах) Российские рекомендации III пересмотра, Российское медицинское общество по артериальной гипертензии, Всероссийское научное общество кардиологов. Москва, 2008 г.
4. Морозов С.Л., Смирнов С.В., Куликов А.Н. и др. Приверженность лечению — резерв для повышения эффективности терапии больных гипертонической болезнью // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. — 2010. — № 21 (30). — С. 42–46.
5. О состоянии здоровья военнослужащих Министерства обороны Российской Федерации и работе военно-медицинских частей и учреждений в 2011 г.: Информ. бюл. ГВМУ МО РФ. — М., 2012.
6. Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждения-

ми медико-социальной экспертизы. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 23.12.2009 г. № 1013.

7. Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе. Постановление Правительства РФ от 4 июля 2013 г. № 565.

8. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10). Письмо фонда социального страхования Российской Федерации от 1 сентября 2000 г. № 02-18/10-5766.

9. Положение о военно-врачебной экспертизе. — М.: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, 2003. — 202 с.

10. Рекомендации по лечению артериальной гипертензии европейского общества по гипертензии (ESH) и европейского общества кардиологов (ESC), 2013 год.

11. Старовойтова И.М., Саркисов К.А., Потехин Н.П. Медицинская экспертиза: экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная, военно-врачебная. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 608 с.

12. JNC 7 Express. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program. NIH Publication N. 03-5233. May 2003.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.89-008.441.33-092

Неврологический симптомокомплекс наркоманий

ЛИТВИНЦЕВ Б.С., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
(litvintsevs@yandex.ru)

ОДИНАК М.М., член-корреспондент РАН, профессор, полковник медицинской службы
в отставке

ЛИТВИНЕНКО И.В., профессор, полковник медицинской службы

ГОНЧАРЕНКО А.Ю., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы

ПЕТРОВ А.Д.

КОВАЛЕНКО А.П., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы

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

Неврологический осмотр по стандартной методике был выполнен 85 пациентам военнообязанного возраста (средний возраст составил $32,6 \pm 5,3$ года — от 19 до 44 лет) с подтвержденным диагнозом зависимости, вызванной употреблением наркотических средств и психотропных веществ: кокаина и амфетамина у 12 пациентов, опиоидов — у 73. Ряд симптомов поражения нервной системы имели статистически достоверные отличия для разных форм зависимости. Мидриаз, признаки двусторонней пирамидной недостаточности, гиперкинетические расстройства чаще сопутствовали зависимости от кокаина и амфетаминов. Опиоидная наркомания сопровождалась более выраженными симптомами поражения вегетативной нервной системы, рассеянной неврологической симптоматикой и полиневритическими расстройствами. У всех больных наркоманией наблюдали проявления неврастении и вегетососудистой дистонии, которые, как правило, сопровождалась симптомами органического поражения центральной и периферической нервной системы. Для обнаружения симптомов поражения нервной системы у лиц, призываемых на военную службу, требуется тщательный сбор наркологического анамнеза.

К л ю ч е в ы е с л о в а: призывник, наркомания, амфетамины, кокаин, героин, патология нервной системы, военно-врачебная экспертиза.



Litvintsev B.S., Odinak M.M., Litvinenko I.V., Goncharenko A.Yu., Petrov A.D., Kovalenko A.P. — The complex of neurological symptoms of substance abuse. Standard neurological examination was performed in 85 patients of military service age (the average age was $32,6 \pm 5,3$ years — from 19 to 44 years) with a confirmed diagnosis of substance abuse, caused by the use of narcotic drugs and psychotropic substances: cocaine and amphetamine in 12 patients, opioids — in 73 patients. Some symptoms of nervous system damage had statistically characteristic peculiarities for different forms of substance abuse. Mydriasis, signs of a bilateral pyramidal insufficiency, hyperkinetic disorder are often characteristic for cocaine and amphetamine abuse. Opioid abuse is characterised by more severe symptoms of nervous system damage, disseminated neurologic symptomatic and polyneurotic disorders. Symptoms of neurasthenia and vegetative-vascular dystonia, which are usually accompanied by the symptoms of organic lesions of the central and peripheral nervous system, were observed in all patients with substance abuse. In order to detect the symptoms of nervous system damage in patients, which are supposed to be conscribe, it is necessary to take medical history.

Key words: recruit, addiction, amphetamines, cocaine, heroin, the pathology of the nervous system, military medical examination.

Несмотря на активно проводимую в России борьбу с алкоголизмом и наркоманией, продолжают выявляться случаи аддиктивных расстройств среди лиц призывного возраста и военнослужащих [11]. По данным Росстата РФ, число зарегистрированных наркозависимых лиц в России с 2010 г. неизменно превышает 300 тыс. человек. Употребление наркотических средств и психотропных веществ (НСПВ), особенно так называемых «легких» наркотиков (амфетаминов, марихуаны, «спайсов» и пр.), является «модной» тенденцией среди значительного числа современной молодежи [9] с формированием особой субкультуры в молодежной среде, в которой считается «неприличным» не иметь опыта эпизодической наркотизации.

В конце сентября — начале октября 2014 г. по России прокатилась волна тяжелых отравлений курительными смесями с добавлением MDMB (N) BZ-F (3-диметилбутановой кислоты из каннабиноидной синтетической группы JWH), в результате которых пострадали не менее 700 человек и 30 случаев закончились летальным исходом. Масштабы распространения наркомании среди лиц призывного возраста угрожают физическому и моральному здоровью населения и в целом национальной безопасности страны [3]. Алкогольное и наркотическое опьянение военнослужащего во время исполнения служебных обязанностей может иметь самые неблагоприятные медико-социальные последствия [6].

Спектр соматических и неврологических нарушений при наркомании разнообразен, особенно при зависимости от инъекционных наркотиков [4, 8]. Употребление любых НСПВ, в т. ч. и марихуаны, способствует развитию острой сосудистой патологии головного и спинного мозга [12, 13], эпилепсии [7] и когнитивных расстройств [2]. Нередким осложнением наркозависимости является поражение периферических нервов, которое наиболее часто происходит в результате длительной компрессии нервных стволов («сонный паралич», сдавление постинъекционным абсцессом и пр.) [14]. Систематическое употребление кустарно приготовленных наркотических препаратов уже в течение 2–3 мес приводит к формированию токсической энцефалопатии с трудно поддающимися терапии экстрапирамидными нарушениями [10].

Диагностика заболеваний нервной системы в результате употребления НСПВ крайне затруднительна, т. к. многие их потребители склонны скрывать зависимость и, как правило, не связывают развивающиеся неврологические расстройства с наркотизацией. Симптомы рассеянного органического поражения нервной системы, выявляющиеся на фоне наркомании, в большинстве случаев незначительно выражены даже в ранний постабстинентный период [1], а их обнаружение у лиц призывного возраста может вызвать определенные трудности в работе неврологов военно-врачебных комиссий. Несмотря на высокую эффективность работы военно-врачебных комиссий, существует риск призыва на военную службу граждан, имеющих в анамнезе зависимость от употребления НСПВ, прошедших курсы анонимного лечения и не состоящих на учете в психоневрологическом диспансере.

Диагностика заболеваний нервной системы в результате употребления НСПВ крайне затруднительна, т. к. многие их потребители склонны скрывать зависимость и, как правило, не связывают развивающиеся неврологические расстройства с наркотизацией. Симптомы рассеянного органического поражения нервной системы, выявляющиеся на фоне наркомании, в большинстве случаев незначительно выражены даже в ранний постабстинентный период [1], а их обнаружение у лиц призывного возраста может вызвать определенные трудности в работе неврологов военно-врачебных комиссий. Несмотря на высокую эффективность работы военно-врачебных комиссий, существует риск призыва на военную службу граждан, имеющих в анамнезе зависимость от употребления НСПВ, прошедших курсы анонимного лечения и не состоящих на учете в психоневрологическом диспансере.



тенционный тремор, адиадохокинез, неустойчивость в позе Ромберга и экстрапиримидные расстройства.

3. Симптомы поражения периферической нервной системы: расстройства поверхностной чувствительности по полиневритическому типу, снижение вибрационной чувствительности, мозаичный вариант гипестезии, следы перенесенных нейротрофических язв.

ВЫВОДЫ

1. Наркомания сопровождается как субъективными, так и объективными признаками поражения нервной системы, причины появления которых, вероятно, имеют двойственный механизм: прямой — за счет токсического воздействия наркотического препарата и его компонентов и опосредованный — за счет сопутствующих наркомании заболеваний.

2. Астеноневротический синдром, синдром вегетативной дисфункции и рассеянные органические симптомы поражения нервной системы, выявляемые

при обследовании наркозависимых лиц призывного возраста, представляют собой комплекс неврологических нарушений, соответствующий клинической картине I стадии (умеренно выраженной) дисциркуляторной энцефалопатии.

3. Обнаружение неврологического симптомокомплекса, характерного для потребителей наркотических средств и психотропных веществ, не является доказательством наркомании у граждан, призываемых на военную службу, но требует более углубленной психоневрологической оценки состояния здоровья.

4. Неврологам военно-врачебных комиссий при оценке неврологического статуса призывного контингента следует уделять особое внимание выявлению сочетанных вегетативно-сосудистых нарушений с рассеянными органическими симптомами поражения нервной системы, при наличии которых целесообразно применять дополнительные электрофизиологические и нейровизуализационные методы диагностики и более тщательно уточнять наркологический анамнез.

Литература

1. Гехт А.Б., Гусев Е.И., Полунина А.Г., Брюн Е.А. Неврологические нарушения у больных героиновой наркоманией при острой абстиненции и в раннем постабстинентном периоде // Журн. неврол. и психиатр. — 2003. — Т. 103, № 2. — С. 9–15.

2. Илюк Р.Д., Громыко Д.И., Тархан А.У. и др. Нейрокогнитивные расстройства у больных с опиатной зависимостью и их нейропсихологическая коррекция: пособие для врачей. — СПб: Изд-во СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2008. — 48 с.

3. Медус А.И. Наркомания среди военнослужащих в Сибирском регионе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 2004. — 19 с.

4. Никифоров И.А. Соматоневрологические расстройства при злоупотреблении психоактивными веществами // Журн. неврол. и психиатр. — 2006. — Т. 106, № 8. — С. 65–73.

5. Одинак М.М., Работкин О.С., Бровкин С.Г. и др. Дисциркуляторная энцефалопатия: клиника, диагностика, военно-врачебная экспертиза. — М.: ГИУВ МО РФ, 2010. — 26 с.

6. Оноколов Ю.П. О наркопреступности в войсках в боевой обстановке // Воен.-юрид. журн. — 2011. — № 11. — С. 8–13.

7. Пылаева О.А., Воронкова К.В. Наркомания и эпилепсия (обзор литературы) // Вестн. эпилептологии. — 2008. — № 2. — С. 11–23.

8. Рохлина М.Л. Наркомании. Токсикомании: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. — М.: Литтера, 2010. — 256 с.

9. Ураков А.Л. Наркотики-амфетамины (эфедрины, метамфетамин, первитин, лед, хрусталь, винт): механизм действия // Успехи современного естествознания. — 2014. — № 5. — С. 43–48.

10. Федорова Н.В., Исмаилова Т.Ф., Амосова Н.А. и др. Токсическая энцефалопатия, вызванная употреблением суррогатных наркотиков, содержащих марганец: особенности клинической картины и диагностика // Неврол. журн. — 2005. — Т. 10, № 3. — С. 17–22.

11. Фисун А.Я., Шамрей В.К., Марченко А.А. и др. Пути профилактики аддиктивных расстройств в войсках // Воен.-мед. журн. — 2013. — Т. 334, № 9. — С. 4–11.

12. Behrouz R., Perchuk A., Malek A.R. Marijuana use and ischemic stroke // Practical neurology. — 2013. — P. 16–17. URL: http://bmctoday.net/practicalneurology/pdfs/PN1013_MarijuanaStroke.pdf.

13. Esse K., Fossati-Bellani M., Traylor A., Martin-Shild S. Epidemic of illicit drug use, mechanisms of action/addiction and stroke as a health hazard // Brain and Behavior. — 2011. — Vol. 1, N 1. — P. 44–45.

14. O'Connor J., McMahon G. Complications of heroin abuse // Eur. J. Emerg. Med. — 2008. — Vol. 15, N 2. — P. 104–106.



Новые технологии в диагностике и санаторно-курортном лечении двигательных расстройств у детей с церебральным параличом

ПОНОМАРЕНКО Ю.Н., заслуженный врач Республики Крым, полковник медицинской службы
(nachalnik@lekardefi.ru)

ВЛАСЕНКО С.В., кандидат медицинских наук

НЕНЬКО А.М., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке

Евпаторийский военный детский клинический санаторий, Республика Крым, г. Евпатория

Проведено исследование результатов терапии 196 больных детским церебральным параличом, проходивших курс санаторно-курортного лечения в условиях санатория. Изучен их анамнез на протяжении 10 лет. Установлено, что разработанная методика применения препарата Botulinum Toxin «А» (BT-A) «Dysport®» в комплексной реабилитации данного контингента больных значительно повышает эффективность лечения. Определены причины отсутствия эффектов снижения спастичности, что связано с перерождением мышц. Разработанная методика ультразвукового исследования мышц позволила объективно оценить степень мышечного перерождения.

К л ю ч е в ы е с л о в а: дети, церебральный паралич, реабилитация, токсин ботулизма, санаторно-курортное лечение.

Ponomarenko Yu.N., Vlasenko S.V., Nenko A.M. — New technologies in diagnostics and health-resort treatment of movement disorder in children with cerebral palsy. The study analyses results of treatment of 196 patients with cerebral palsy, which underwent a course of health-resort treatment is performed. Past medical history of patients for the last 10 years was also analysed. It was found that the use of botulin toxin «A» (BT-A) «Dysport®» as a part of complex rehabilitation of the patients significantly improved the effectiveness of the treatment. It was determined that the reasons of the lack of spasticity reduce are caused by degeneration of the muscles. The developed technique of ultrasound exam muscles allowed objectively evaluates the degree of muscle degeneration.

К е y w o r d s: children, cerebral palsy, rehabilitation, botulin toxin, health-resort treatment.

Термин *церебральный паралич* (ЦП) используется в практической медицине и представляет группу перманентных (постоянно присутствующих) расстройств развития движений и осанки, приводящих к ограничению функциональной активности, связанных с непрогрессирующими патологическими отклонениями в развивающемся мозге плода или новорожденного. Поражение головного мозга у детей вызывает аномальный мышечный тонус, утрату селективного контроля движения и нарушение равновесия.

Церебральный паралич — одно из социально значимых и тяжелых инвалидизирующих неврологических заболеваний детей, проявляющихся нарушением не только физической, но и умственной деятельности больных, с достаточно высокой распространенностью (2–4 случая на 1000 детей). В структуре детской неврологической инвалидности составляет 25–30%.

Гипертонус мышц у больных детей с ЦП приводит первоначально к развитию патологических тонических установок сегментов конечностей. По мере роста детского скелета и отставания мышечного роста формируются фиксированные контрактуры суставов, костные деформации, нестабильность суставов и перекос таза.

Наиболее распространенной причиной детской инвалидности (в 47–88% случаев) являются контрактуры и деформации. Лечение двигательных нарушений у детей с ЦП в основном направлено на устранение (снижение) гипертонуса мышц — спастичности и дистонии, которые являются распространенной проблемой неврологии детского возраста [2].

В практике лечения спастичности и дистонии у больных детей с ЦП традиционно применяются базовые и вспомогательные оральные медикаменты. Однако с позиции доказательной медицины



мулирует рост мышцы, улучшаются ее морфологические и функциональные возможности, поддерживается деятельность антагонистов, что приводит к положительным изменениям в двигательном развитии ребенка.

Накопленный в мировой практике опыт, а также результаты применения детям, больным ЦП, препаратов ВТ-А в санатории позволяют утверждать о высокой результативности ботулинотерапии в лечении мышечной спастичности у детей с точки зрения доказательной медицины и фармакоэкономической эффективности.

ВЫВОДЫ

1. Снижение спастичности мышц у больных со спастическими формами ЦП

является обязательным лечебным мероприятием, входящим в комплексы реабилитации.

2. Ботулинотерапия препаратом «Dysport®» позволяет дифференцированно снижать мышечную спастичность на длительный срок без выраженных побочных эффектов и имеет достаточную доказательную базу применения в детской неврологической практике. При лечении детей, больных ЦП, ВТ-А обязательным является ультразвуковое исследование мышц.

3. Регулярное применение ботулотоксина «Dysport®» позволяет получить у детей, больных ЦП, хорошие клинические показатели в двигательном развитии ребенка и профилактике развития контрактур в конечностях, адаптации в семье и обществе.

Литература

1. Ахмадов Т.З., Зыков В.П., Умханов Х.А. Шкалы и опросники в клинической практике ДЦП // Материалы Всерос. науч.-практ. конф. с международ. участием. — Грозный, 2012. — С. 30–34.
2. Батышева Т.Т. Поиск оптимальной модели комплексной реабилитации детей с церебральным параличом // Социальная педиатрия и реабилитология. — 2013. — № 2(5). — С. 27–29.
3. Ключкова О.А., Куренков А.Л., Намазова-Баранова Л.С., Мамедьяров А.М. Ближайшие результаты применения ботулинотерапии в комплексной реабилитации детей со спастическими формами детского церебрального паралича с поражением рук // Материалы Всерос. науч.-практ. конф. с международ. участием. — Грозный, 2012. — С. 131–135.
4. Мартинюк В.Ю., Назар О.В. Международные шкалы оценки эффективности реабилитации детей с церебральным параличом // Социальная педиатрия и реабилитология. — 2012. — № 2 (3). — С. 34–42.
5. Огородова И.И., Загороднева В.И., Огородов И.А., Белая Н.Н. Морфологические изменения мышечного аппарата детей, страдающих спастическими формами ДЦП // Материалы III Междисциплинарной науч.-практ. конф. с международ. участием, Москва. — М., 2013. — С. 67–68.
6. Петрова О.А., Чебаненко Н.В., Вдовенко И.Ю., Карпачева Н.Г. Ботулинотерапия у детей с детским церебральным параличом //

Материалы III Междисциплинарной науч.-практ. конф. с международ. участием, Москва. — М., 2013. — С. 69–70.

7. Ризванова А.Р., Шакинов М.Ж., Отаров Ж.И., Адилов Ш.А. Современные методы оценки двигательных функций у детей с церебральным параличом // Материалы III Междисциплинарной науч.-практ. конф. с международ. участием, Москва. — М., 2013. — С. 77–79.

8. Alter K.E. Overview of hypertonia medical manage in cerebral Palsy: what is the evidence? // Intervention in cerebral Palsy: evidence based principles for management in a global perspective. — Azov Sea Workshop, 2013. — P. 15–19.

9. Bang M.S. Comprehensive management of spasticity and clinical trials of botulinum toxin injection to control spasticity in patients with cerebral Palsy in SNUH, Korea // Intervention in cerebral Palsy: evidence based principles for management in a global perspective. — Azov Sea Workshop, 2013. — P. 21–26.

10. Boon A. Ultrasonography and electrodiagnosis: are they complement ary techniques? // P.M.R. — 2013. — Vol. 5, N 5. — Suppl. — P. 100–106.

11. Chung C.Y., Chen C.L., Wong A.M. Pharmacotherapy of spasticity in children with cerebral palsy // J. Formos. Med. Assoc. — 2011. — Vol. 110, N 4. — P. 215–222.

12. Narayanan U.G. Role of orthopaedic surgery in cerebral Palsy // Intervention in cerebral Palsy: evidence based principles for management in a global perspective. — Azov Sea Workshop, 2013. — P. 47–50.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 613.67

Перспективы автоматизированной оценки функционального состояния военнослужащих

БЛАГИНИН А.А., доктор медицинских наук, доктор психологических наук, профессор, полковник медицинской службы запаса (Akt.vmeda@mail.ru)
ГАНАПОЛЬСКИЙ В.П., доктор медицинских наук, подполковник медицинской службы
ГОНЧАРЕНКО А.Ю., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
ЕМЕЛЬЯНОВ Ю.А., кандидат медицинских наук, капитан медицинской службы
ЖИЛЬЦОВА И.И., доктор медицинских наук, доцент
СИНЕЛЬНИКОВ С.Н., кандидат медицинских наук, капитан медицинской службы
ЮСУПОВ В.В., доктор медицинских наук, подполковник медицинской службы

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

Статья посвящена разработке системы комплексной дистанционной оценки функционального состояния военнослужащих. Представлен обзор отечественной и зарубежной литературы по данной проблеме, предложен новый взгляд и подход к мониторингу боеспособности военнослужащего. Проведен анализ возможности использования накопленного опыта и применения высокотехнологичных средств по решению поставленной задачи на уровне звена «рота – батальон – бригада», приведен конкретный путь ее решения на современном этапе для повышения качества медицинской обеспечения и эффективности профессиональной деятельности военнослужащих.

К л ю ч е в ы е с л о в а: функциональное состояние военнослужащих, дистанционная оценка функционального состояния организма, мониторинг здоровья военнослужащих, психическое здоровье.

Blaginin A.A., Ganapolskii V.P., Goncharenko A.Yu., Emelyanov Yu.A., Zhiltsova I.I., Sinelnikov S.N., Yusupov V.V. – Prospects of computer-assisted assessment of functional health status of military personnel. The article is devoted to the development of an integrated system for remote assessment of the functional state of the military servicemen. A review of domestic and foreign literature concerning this problem is presented and proposed a new look and approach to monitoring the combat capability of the military servicemen. The authors carried out analysis of the possibility of using accumulated experience and the use of high-tech means to solve an assigned task at the level «troop – battalion – brigade» and gave a concrete way to solve this task at the current stage to improve the quality of health care and the efficiency of professional activity of servicemen.

К е у о р д s: functional state of the military servicemen, remote assessment of the functional state of the body, monitoring the health of servicemen, mental health.

Одним из основных направлений продолжающихся мероприятий по формированию нового облика ВС РФ является оптимизация системы управления войск, в т. ч. за счет внедрения инновационных автоматизированных систем управления. Оснащение ВС РФ современными образцами медицинской техники, особенно в звене «рота – батальон – бригада», является важнейшей задачей на ближайшее время и обязательным условием перехода к качественно новой системе вооружения Российской Федерации [8]. Однако на пути реализа-

ции этой задачи существует ряд еще нерешенных вопросов. Одним из них является разработка системы комплексной дистанционной оценки функционального состояния военнослужащих, под которым понимается совокупность имеющихся характеристик тех функций и качеств, обуславливающих успешность профессиональной деятельности [1, 7]. Такой подход необходим для проведения мероприятий экстренной медико-психологической помощи, оценки профессиональной надежности военнослужащих [6].



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.* Перспективные технологии медицинского обеспечения в Вооруженных Силах РФ по авиационной и космической медицине // Перспективные технологии медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации: Материалы науч.-практ. конф. — СПб: ВМедА, 2013. — С. 14.
3. *Гончаренко А.Ю.* Профилактика психических расстройств у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в Ленинградском военном округе (клинико-организационные аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2005. — 18 с.
4. Медико-психологическая коррекция специалистов «силовых» структур: Метод. пособие. — СПб: Айсинг, 2010. — 268 с.
5. *Синельников С.Н.* Функциональное состояние и работоспособность операторов при действии авиационного шума в зависимости от индивидуальных психофизиологических особенностей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2012. — 21 с.
6. *Тюрин М.В., Сохранов М.В., Ивченко Е.В.* Совершенствование оказания медицинской помощи при боевых действиях: мониторинг физиологического состояния военнослужащего // Воен.-мед. журн. — 2014. — Т. 335, № 1. — С. 45–47.
7. *Ушаков И.Б., Богомолов А.В., Кукушкин Ю.А.* Паттерны функциональных состояний оператора. — М.: Наука, 2010. — 390 с.
8. *Фисун А.Я.* Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации: состояние и пути совершенствования // Воен.-мед. журн. — 2014. — Т. 335, № 1. — С. 4–16.
9. *Чермянин С.В., Корзунин В.А., Юсупов В.В.* Методологические аспекты диагностики нервно-психической неустойчивости у специалистов экстремальных видов деятельности // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. — 2008. — № 4. — С. 49–53.
10. *Шамрей В.К., Костюк Г.П., Гончаренко А.Ю.* Мониторинг психического здоровья военнослужащих на различных этапах прохождения военной службы // Воен.-мед. журн. — 2011. — № 6. — С. 53–58.
11. *Юсупов В.В., Захарова Е.М.* Мероприятия профессионально-психологического сопровождения военнослужащих зарубежных армий и силовых структур России (обзор литературы) // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. — 2008. — № 4. — С. 54–62.
12. *Brix B., Pongratz H.* Postural Stability in Pilots Under Vestibular Stress — A Comparative Look at Pilot Candidates Versus Experienced Jet-Aircrews // Spatial Disorientation in Military Vehicles: Causes, Consequences and Cures: RTO HFM Symposium. — La Coruna, 2002. — P. 163–168.
13. *Friedl K.E., Grate S.J., Proctor S.P.* Army research needs for automated neuropsychological tests: monitoring soldier health and performance status // Arch. Clin. Neuropsychol. — 2007. — Vol. 22, Suppl 1. — S. 7–14.
14. *Kallus K., Gaisbachgrabner K., Hofer C., Huhne R.* Does Experience Change Perceptual Motion Illusions? // Spatial Disorientation and Night Vision Workshop. — Salzburg, 2012.
15. *Lu J.L., Horng R.Y., Chao C.J.* Design and test of a situation-augmented display for an unmanned aerial vehicle monitoring task // Percept Mot Skills. — 2013. — Vol. 7, N 1. — P. 1187–1207.
16. *Satava R.M.* Virtual reality and telepresence for military medicine // Ann. Acad. Med. Singapore. — 1997. — Vol. 26, N 1. — P. 118–120.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ



В окружные клинические госпитали Восточного военного округа в **Хабаровске, Чите** и на авиабазу армейской авиации, дислоцированную в Приморье, поступили современные *медицинские вертолетные модули (МВМ)*.

МВМ устанавливается в вертолет типа Ми-8 МТ. Модуль предназначен для эвакуации двух носилочных пострадавших и оказания им квалифицированной медицинской помощи непосредственно в полете. В его состав входит медицинская аппаратура, с помощью которой можно проводить искусственную вентиляцию легких, стимуляцию сердечной деятельности и иные первичные реанимационные мероприятия.

Особенность МВМ состоит в том, что медицинское оборудование при транспортировке пострадавшего из вертолета до военного госпиталя отключать не нужно, т. к. система может работать как от стационарных источников электропитания, бортового электроснабжения, так и в автономном режиме.

Пресс-служба Восточного военного округа, 20 июля 2015 г.
http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12027104@egNews



© И.В.ХОЛИКОВ, К.Л.САЗОНОВА, 2015
УДК 616.9-036.22:34

Международно-правовые аспекты ответственности государств и международных организаций за распространение эпидемий, пандемий и массовых заболеваний

ХОЛИКОВ И.В., профессор, полковник (iv_kholik@mail.ru)¹
САЗОНОВА К.Л., кандидат юридических наук, кандидат политических наук²

¹Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва; ²Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, Москва

В статье рассматриваются международно-правовые вопросы, возникающие в случае выхода различных массовых заболеваний за пределы национальной юрисдикции. Акцент сделан на проблематике международной ответственности, которую различные субъекты должны нести в подобных случаях. Авторы также рассматривают механизм имплементации подобной ответственности, связанный с определением соответствующего органа международного правосудия, правомочного устанавливать данную ответственность и определять конкретные формы ее реализации.

К л ю ч е в ы е с л о в а: безопасность, международное право, ответственность государства, международные организации, распространение заболеваний, эпидемии.

Kholikov I.V., Sazonova K.L. – International legal aspects of responsibility of states and international organizations for the spread of epidemics, pandemics and mass diseases. The present article deals with international legal issues that arise in case when various mass diseases go beyond any national jurisdiction. The emphasis is made on the problem of international responsibility, which different actors have to bear in such cases. The authors also examine the implementation of responsibility mechanism, including the indication of the relevant international court, authorized to establish such liability and identify the specific forms of its realization.

К е у о r d s: security, international law, responsibility of state, international organizations, spread of diseases, epidemics.

Проблематика ответственности государств и международных организаций относится к одной из самых молодых и динамично развивающихся отраслей международного права. Кодификация права международной ответственности завершилась совсем недавно. В 2001 г. по резолюции Генеральной ассамблеи (ГА) ООН 56/83 был принят проект статей об ответственности государств за международно-противоправные деяния, в 2011 г. по резолюции ГА ООН 66/100 – проект статей об ответственности международных организаций. Однако значительная часть вопросов, связанных с международной ответственностью, по-прежнему остается неурегулированной и решается в прецедентном порядке.

К числу подобных вопросов относится сфера международной ответственности за распространение эпидемий и массовых заболеваний.

Периодически вспыхивающие пандемии холеры, тифа, оспы, чумы, малярии, проказы, а также различных штаммов гриппа сопровождали человечество на протяжении всей его истории. После 1945 г., с развитием Ялтинско-Потсдамской системы международных отношений и созданием в 1948 г. Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), стало очевидно, что борьба с массовыми заболеваниями перестает быть сугубо внутригосударственной сферой.

Согласно Международным медико-санитарным правилам 2005 г., устанавли-



разом, важным условием реализации ответственности является добровольное признание ООН собственной вины. Например, после операции ООН в Конго в 1960-х гг. несколько государств выдвинули требования возместить им ущерб и ООН заключила соглашения о выплате компенсаций (с Конго в 1961 г., Бельгией в 1965 г.). Однако очевидно, что подобное добровольное признание ООН собственной ответственности происходит далеко не всегда.

Таким образом, можно заключить, что вопросы международной ответственности за распространение эпидемий, пандемий и массовых заболеваний в настоящее время регламентированы лишь в самом общем виде. Существующие проекты статей об ответственности указывают лишь на принцип необходимости компенсировать ущерб, однако практика свидетельствует о том, что в большинстве случаев государство вообще не несет никакой международной ответственности. Очевидно, что дальнейшая разработка данных вопросов относится к одной из приоритетных задач международного права.

сти за распространение эпидемий, пандемий и массовых заболеваний в настоящее время регламентированы лишь в самом общем виде. Существующие проекты статей об ответственности указывают лишь на принцип необходимости компенсировать ущерб, однако практика свидетельствует о том, что в большинстве случаев государство вообще не несет никакой международной ответственности. Очевидно, что дальнейшая разработка данных вопросов относится к одной из приоритетных задач международного права.

Литература

1. Бова А.А., Борисов В.М., Нагорнов И.В. Медицинские последствия использования обедненного урана в боеприпасах // Военная медицина (Беларусь). — 2010. — № 2. — С. 111–112.
2. Варфоломеев А.А. Негосударственные угрозы международной безопасности // Право и безопасность. — 2012. — № 3–4 (43).
3. Briner W. The Toxicity of Depleted Uranium // International Journal of Environmental Research and Public Health. — 2010. — Vol. 7. — N 1.
4. Criddle E.J., Fox-Decent E. A Fiduciary Theory of Jus Cogens // The Yale Journal of International Law. — 2009. — Vol. 34.
5. Hindin R., Brugge D., Panikkar B. Teratogenicity of Depleted Uranium Aerosols: A Review from an Epidemiological Perspective // Environmental Health. — 2005.

6. Hsiung J.C. Anarchy, Hierarchy, and Actio Popularis: An International Governance Perspective // The International Studies Association Annual Meeting. Montreal, Canada, April 19. — 2004.

7. Orakhelashvili A. Division of Reparation Between Responsible Entities // The Law of International Responsibility. J.Crawford, A.Pellet, S.Olleson (eds). — 2010.

8. Schaefer B.D. Haiti Cholera Lawsuit Against the U.N.: Recommendations for U.S. Policy. 12 November 2013. URL: http://www.heritage.org/research/reports/2013/11/haiti-cholera-lawsuit-against-the-un-recommendations-for-us-policy#_ftn13 (дата обращения: 14 марта 2015).

9. Schechinger J. Global health issues and shared state responsibility? The case of Ebola // SHARES Project. 2014. URL: <http://www.sharesproject.nl/global-health-issues-and-shared-state-responsibility-the-case-of-ebola/> (дата обращения: 14 марта 2015).



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 355.0:355.41(474.3)

Медицинская служба национальных вооруженных сил Латвии

*АЛЕЙНИКОВ С.И., полковник медицинской службы в отставке¹
ГОЛОТА А.С., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса²
КРАССИЙ А.Б., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
в отставке (ramzai2002@mail.ru)¹
СОЛДАТОВ Е.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы¹
ШАЛАХИН Р.А., кандидат педагогических наук, подполковник запаса¹*

¹Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ²Городская больница № 40, Санкт-Петербург

Настоящая статья представляет собой краткую характеристику современного состояния медицинской службы национальных вооруженных сил Латвии, подготовленную на основе изучения свободно доступных зарубежных источников. Вначале даются общие сведения о Латвии, ее вооруженных силах и их медицинской службе. Более детально описываются отдельные направления деятельности медицинской службы, такие как организация стационарного и амбулаторного лечения, медицинское снабжение, научно-исследовательская работа, медицинское обеспечение театра военных действий, подготовка медицинских кадров, кадровый состав и материальное положение военных медиков.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Латвия, военно-медицинская служба, военная медицина.

Aleinikov S.I., Golota A.S., Krassii A.B., Soldatov E.A., Shalakhin R.A. – Medical Service of the Latvian National Armed Forces. – The article is a brief description of the current state of the Latvian National Armed Forces medical service and is based on the study of the open access foreign sources. At the beginning, the general information about Latvia, its Armed Forces, and their medical service is presented. Then the medical service particular features are described with more detail, namely, the organization of inpatient and outpatient treatment, medical supply, scientific research, combat medicine, medical staff education and training, medical service personnel income.

К е у в о р д s: Latvia, medical service, military medicine.

Настоящая статья¹ дает краткую характеристику современного состояния медицинской службы вооруженных сил Латвии на основе изучения свободно доступных зарубежных источников. Закрывающий публикацию список использованных источников является существенным компонентом статьи. URL² каждого библиографического описания

обеспечивает немедленный доступ к источнику, что дает возможность в случае необходимости расширить, уточнить и детализировать те или иные сведения по данному вопросу. Оригинальные латышские³ и английские названия, приводимые в сносках при первом употреблении термина, существенно облегчают самостоятельный информационный поиск по ключевому слову.

¹ Четвертая статья цикла «Атлас Военно-медицинского журнала». Научные редакторы проекта: начальник ГВМУ МО РФ проф. А.Я.Фисун и секретарь комиссии медицинской географии Санкт-Петербургского отделения Русского географического общества д.м.н. Е.А.Солдатов. Опубликованные статьи данного проекта см.: Воен.-мед. журн. – 2014. – Т. 335, № 9; 2015. – Т. 336, № 1, 6.

² URL – аббревиатура английских слов «универсальный ресурсный указатель» (universal/uniform resource locator).

³ По техническим причинам в латышских терминах опущены характерные для данного языка диакритические знаки (разнообразные значки над и под отдельными буквами).



Литература

1. *Apinis P.* Par Haseka nemirstigo Sveiku, militaras medicinas macibas raugoties // Ir.lv. 11 junis 2015. URL: <http://www.ir.lv:889/2015/6/11/par-haseka-nemirstigo-sveiku-militaras-medicinas-macibas-raugoties> (дата обращения: 18.06.2015).
2. Centrala mediciniskas ekspertizes komisija // Nacionalie brunotie speki. URL: <http://www.mil.lv/lv/Vienibas/СМЕК.aspx> (дата обращения: 18.06.2015).
3. Health Systems in Transition (HiT) profile of Latvia. 3.7 Payment mechanisms. 3.7.2 Paying health care personnel // The Health Systems and Policy Monitor. URL: <http://www.hspm.org/countries/latvia08052014/livinghit.aspx?Section=3.7%20Payment%20mechanisms&Type=Section> (дата обращения: 21.06.2015).
4. Health Systems in Transition (HiT) profile of Latvia. 4.1 Physical resources. 4.1.1 Capital stock and investments // The Health Systems and Policy Monitor. URL: <http://www.hspm.org/countries/latvia08052014/livinghit.aspx?Section=4.1%20Physical%20resources&Type=Section> (дата обращения: 18.06.2015).
5. Kardiopulmonalas palidzibas simulacijas armacibu manekena un traumu mulzas komplekta iegade // Aizsardzibas ministrija. URL: <http://www.mod.gov.lv/Papildriki/Iepirkumi/Procurements.aspx?do=uzaitm=3389> (дата обращения: 19.06.2015).
6. Komandejosa sastava virsnieka programma // Nacionala aizsardzibas akademija. URL: <http://www.naa.mil.lv/Studijas.aspx> (дата обращения: 20.06.2015).
7. Latvian Air Force // Wikipedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Latvian_Air_Force (дата обращения: 12.06.2015).
8. Latvian Land Forces // Wikipedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Latvian_Land_Forces (дата обращения: 22.06.2015).
9. Latvian Naval Forces // Wikipedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Latvian_Naval_Forces (дата обращения: 12.06.2015).
10. Latvija // Wikipedia. <https://lv.wikipedia.org/wiki/Latvija> (дата обращения: 12.06.2015).
11. Latvijas Nacionalie brunotie speki // Wikipedia. URL: http://lv.wikipedia.org/wiki/Latvijas_Nacion%C4%81lie_bru%C5%86otie_sp%C4%93ki (дата обращения: 12.06.2015).
12. Magistra studiju programma // Nacionala aizsardzibas akademija. URL: <http://www.naa.mil.lv/Studijas/Ma%C4%A3istra%20studiju>
13. Medicinas nodrosinajuma centrs // Nacionalie brunotie speki. URL: http://www.mil.lv/Vienibas/Nodrosinajuma_pavelnieciba/NP_Centri/MNC.aspx (дата обращения: 18.06.2015).
14. Military of Latvia // Wikipedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Military_of_Latvia (дата обращения: 12.06.2015).
15. NATO Survey of Mental Health Training in Army Recruits / Adler A.B. et al. // Mil. Med. 2013. – Vol. 178, No 7. – P. 760–766. URL: <http://publications.amsus.org/doi/pdf/10.7205/MILMED-D-12-00549> (дата обращения: 20.06.2015).
16. NBS Amatpersonam izmaksatais atalgojums 2015. gada maija menesi // Aizsardzibas ministrija. URL: <http://doc.mod.gov.lv/LV/atalgojums/nbs/> (дата обращения: 21.05.2015).
17. NBS Arvienotais stabs // Nacionalie brunotie speki. URL: http://www.mil.lv/Vienibas/NBS_Arvienotais_stabs.aspx (дата обращения: 18.06.2015).
18. NBS Arvienotais stabs. Departamenti // Nacionalie brunotie speki. URL: http://www.mil.lv/~media/NBS/PDF/2013/NBS_struktura_300713.ashx (дата обращения: 19.06.2015).
19. Operacijas // Nacionalie brunotie speki. URL: <http://www.mil.lv/lv/Operacijas.aspx> (дата обращения: 20.06.2015).
20. Pauls Stradins Clinical University Hospital. URL: <http://www.stradini.lv/page/599> (дата обращения: 18.06.2015).
21. *Plavina L.* Characteristics of the anthropometric parameters for the military personnel with musculoskeletal pathology // Paper Anthropol. 2014. Vol. 23, No 2. 7 p. PDF. URL: <http://ojs.utlib.ee/index.php/PoA/article/view/poa.2014.23.2.06/1352> (дата обращения: 20.06.2015).
22. Republic of Latvia // Almanac of Medical Corps Worldwide. 2013. P. 85–86.
23. Rikojums. 24.02.2015. Nr. 28 // Latvijas Republikas Veselibas Ministerija URL: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/Sabiedribas%20lidzdaliba/vm_rik_28.pdf (дата обращения: 15.06.2015).
24. SIA Latvijas Aptieka pasniedz Sudraba kartes starptautisko operaciju veteraniem // Sargs.lv. URL: <http://www.sargs.lv/lv/zinas/latvija/2014/01/16-01.aspx#lastcomment> (дата обращения: 19.06.2015).
25. Virsnieka specialista pamatkurs // Nacionala aizsardzibas akademija. URL: http://www.naa.mil.lv/Studijas/Virsnieka_specialista_kurs.aspx (дата обращения: 20.06.2015).



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 614.27:355

Мирошниченко Ю.В. (*miryv61@gmail.com*)¹, **Горячев А.Б.**¹, **Красавин К.Д.**², **Клочкова И.В.**¹ — Организационные основы обеспечения современными аптечками первой помощи и сумками экстренной и неотложной медицинской помощи воинских транспортов.

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

Miroshnichenko Yu.V., Goryachev A.B., Krasavin K.D., Klochkova I.V. — Organisational basis of provision with modern first-aid kits, emergency bags and emergency care for military transport. The article is devoted to the analysis of organizational basis of provision with modern first-aid kits, emergency bags and delivery of emergency care intended to equip the military transports, which are described in the «Instructions on the content and the use of first-aid kits, emergency bags and delivery of emergency care for military transportation in the Armed Forces of the Russian Federation», which was approved on 9th of February, 2015 by the Chief of the Main Army Medical Department of the Ministry of Defence of the Russian Federation.

К е y w o r d s: first-aid kit, military transportation, bags, first aid, emergency and urgent medical care.

Воинские перевозки являются неотъемлемой компонентой боевой подготовки и повседневной деятельности *Вооруженных Сил Российской Федерации* (ВС РФ). При этом воинские контингенты зачастую перемещаются на огромные расстояния различными видами транспорта, пересекая разнообразные климатические зоны. Еще одна из существенных особенностей таких перевозок заключается в следовании воинских транспортов через малонаселенные регионы страны и районы с неразвитой социальной инфраструктурой. В таких условиях организация и оказание первой помощи и медицинской помощи в экстренной и неотложной формах имеют важное значение для сохранения здоровья перевозимых военнослужащих, призывников и т. д.

Действовавший в ВС РФ с 2002 г. порядок формирования и содержания аптечек для оснащения различных видов воинских транспортов в настоящее время вошел в противоречие с законодательством *Российской Федерации* (РФ) в сфере охраны здоровья граждан, регламентирующим организацию первой помощи, экстренной и неотложной медицинской помощи, а также нормативными правовыми актами и служебными документами *Министерства обороны Российской Федерации* (МО РФ). Сложившаяся ситуация обусловила цель настоящего исследования.

Цель исследования

Обосновать организационные основы обеспечения аптечками первой помощи (АПП), сумками экстренной и неотложной медицинской помощи (СНП) воинских транспортов, а также разработать их описи.

Материал и методы

В ходе исследования применялись контент-анализ законодательных и нормативных правовых актов РФ, нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти, нормативных правовых актов и служебных документов МО РФ, метод экспертных оценок для обоснования номенклатуры и состава АПП и СНП для обеспечения воинских перевозок (экспертами выступали главные медицинские специалисты МО РФ, специалисты Главного военно-медицинского управления МО РФ и Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова).

Результаты и обсуждение

Организация обеспечения воинских транспортов АПП и СНП осуществляется на основании «Инструкции по содержанию и использованию аптечек первой помощи, сумок экстренной и неотложной медицинской помощи для обеспечения воинских перевозок в ВС РФ» (утверждена начальником Главного военно-медицинского управления МО РФ 9 февраля 2015 г.). В соответствии с ее требованиями:

– обеспечение АПП и СНП воинских транспортов осуществляется воинскими частями, на которые возлагается выделение медицинских работников для сопровождения личного состава и караулов для охраны воинских грузов в пути следования. Начальники медицинской службы воинских частей несут ответственность за обеспеченность АПП и СНП воинских транспортов, а также за их формирование, учет, качественное состояние и использование по назначению входящего в них медицинского имущества;



– формирование АПП и СНП проводится в медицинском подразделении воинской части заблаговременно по указанию соответствующих должностных лиц, организующих воинские перевозки;

– АПП выдаются установленным порядком командирам перевозимых воинских подразделений (начальникам воинских команд) и начальникам караулов, СНП – медицинским работникам, сопровождающим личный состав, которые несут личную ответственность за сохранность, наличие и качественное состояние медицинского имущества, входящего в состав АПП и СНП;

– в пути следования АПП размещаются в купе (судовом помещении) командира перевозимого воинского подразделения, караульном помещении (специальном вагоне сопровождения, судовом помещении), а СНП – в купе (судовом помещении) медицинского работника (врача, фельдшера);

– использовать не по назначению медицинское имущество, входящее в состав АПП и СНП, запрещается.

Наименования и предназначение АПП и СНП для обеспечения воинских перевозок в ВС РФ представлены в табл. 1.

В ходе работы над составом АПП и СНП была актуализирована номенклатура подде-

жащих включению в них лекарственных средств (ЛС) и медицинских изделий (МИ). Приоритет отдавался образцам, производство которых локализовано на территории России, а также включенным в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов», «Минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи», стандарты первичной медико-санитарной помощи, «Нормы снабжения медицинским имуществом соединений, воинских частей и организаций ВС РФ на мирное время» и «Формуляр ЛС медицинской службы ВС РФ». Кроме этого, была учтена специфика воинских перевозок и потенциальные возможности возникновения острых патологических состояний и внезапных заболеваний, характерных для различных видов воинских перевозок (повышенный риск механических травм, термических ожогов, переохлаждения, острых химических отравлений, утопления и др.).

В результате общее количество наименований медицинского имущества в новых АПП и СНП (2015 г. изд.) уменьшилось по сравнению с аналогичным перечнем 2002 г. изд. с 56 до 21, при этом номенклатура ЛС сократилась с 26 до 3 наименований, а МИ – с 27 до 13.

Таблица 1

Наименования и предназначение АПП и СНП для обеспечения воинских перевозок в ВС РФ

Наименование	Шифр	Предназначение
<i>Аптечки первой помощи</i>		
Аптечка первой помощи транспортная	АПП-Т	Для оказания первой помощи личному составу, перевозимому воинским транспортом (железнодорожным эшеленом, воздушным судном, морским или речным судном)
Аптечка первой помощи транспортная караульная	АПП-ТК	Для оказания первой помощи личному составу караула, охраняющему воинские грузы при воинских перевозках
<i>Сумки для экстренной и неотложной медицинской помощи</i>		
Сумка экстренной и неотложной медицинской помощи врачебная для обеспечения воинских перевозок	СНП-В-ВП	Для оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной формах личному составу, перевозимому воинским транспортом (железнодорожным эшеленом, воздушным судном, морским или речным судном)
Сумка экстренной и неотложной медицинской помощи фельдшерская для обеспечения воинских перевозок	СНП-Ф-ВП	Для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной формах личному составу, перевозимому воинским транспортом (железнодорожным эшеленом, воздушным судном, морским или речным судном)



Таблица 2

Характеристика ЛС и МИ, включенных в состав новых АПП и СНП

Наименование группы	Количество наименований ЛС и МИ в АПП и СНП, ед.			
	АПП-Т	АПП-ТК	СНП-В-ВП	СНП-Ф-ВП
Индивидуальные средства медицинской защиты	1	1	1	1
Лекарственные средства	3	5	28	21
Медицинские изделия расходные	10	10	19	19
Медицинские изделия инвентарные	3	3	10	10
Прочие изделия	4	4	4	4
В с е г о . . .	21	23	62	55

Качественная и количественная сравнительная характеристика ЛС и МИ, включенных в состав новых АПП и СНП, представлена в табл. 2.

Внедренные в практическую деятельность медицинской службы ВС РФ новые подходы к содержанию и использованию АПП и СНП для воинских транспортов позволяют существенно повысить эффектив-

ность медицинского обеспечения воинских контингентов при их перевозках и в полной мере обеспечивают выполнение необходимых мероприятий по охране здоровья военнослужащих и гражданского персонала ВС РФ в случаях возникновения в пути следования острых патологических состояний и внезапных заболеваний, угрожающих жизни.

© П.В.ПИНЧУК, И.А.ЛЕВАНДРОВСКАЯ, 2015
УДК 616.411-001-07

Пинчук П.В. (pinchuk1967@mail.ru), Левандровская И.А. – Определение давности двухэтапной травмы селезенки.

111-й Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ, Москва

Pinchuk P.V., Levandrovskaya I.A. – Age estimation of two-stage splenic injury. The authors considered in the article the actual task of forensic medical examination service – age estimation of two-stage splenic injury. The authors presented data on two-stage splenic rupture and methods for age estimation of the injury of the given organ, which are currently used in forensic medical examination practice.

К е у в о р д s: injury spleen, two-stage splenic rupture, age of splenic injury, forensic examination of splenic injury.

Определение давности травмы является неотъемлемой составляющей судебно-медицинской экспертизы и имеет большое значение для решения вопроса о времени совершения преступления.

Травма селезенки занимает одно из ведущих мест в судебно-медицинской экспертной практике. Высокая частота повреждений этого органа связана с его анатомо-топографическими особенностями: селезенка имеет нежную капсулу и легко рвущуюся паренхиму, наполненную кровью, что обуславливает значительное кровотечение даже при небольших ее повреждениях.

Для травмы селезенки характерно развитие «двухмоментных» (двухэтапных, отсро-

ченных) разрывов, когда в результате травмирующего воздействия вначале образуется повреждение паренхимы селезенки и возникающее кровотечение из поврежденной ткани приводит к отслоению капсулы и образованию подкапсульной гематомы. По прошествии некоторого времени происходит разрыв капсулы селезенки над гематомой и, как следствие, кровотечение в брюшную полость. Разрыв капсулы может произойти самопроизвольно либо в результате повышения внутрибрюшного давления или повторного травмирующего воздействия в область проекции селезенки. По данным литературы, частота подобных разрывов селезенки составляет 10–30% всех ее повреждений.



Отсроченные повреждения селезенки всегда информативны в плане определения давности травмы. Это связано с тем, что подобные повреждения могут сохраняться в течение длительного времени без разрыва капсулы и могут являться находкой при исследовании трупов лиц, погибших в результате каких-либо других причин. Разрывы капсулы селезенки после первичной травмы могут наступить в сроки от нескольких часов до одного года.

При подобном течении травматического процесса в селезенке (отсроченном во времени разрыве капсулы над гематомой) клиническая картина повреждения органа, обус-

ловленная появлением признаков острого живота из-за внутреннего кровотечения, может сориентировать эксперта только по давности развития второго этапа травмы. Ориентироваться на клиническую картину для определения давности образования повреждений селезенки на первом этапе затруднительно, т. к. клинические проявления подкапсульных гематом отличаются малосимптомностью.

В настоящее время предложен ряд методов определения давности травмы селезенки. Часть из них активно используется в судебно-медицинской экспертной практике, другие не нашли широкого применения.

Критерии давности образования повреждений селезенки

Давность повреждения	Критерии давности повреждений
От 3 до 6 ч	Гомогенный характер, темно-красный цвет и легкое отслоение подкапсульной гематомы от подлежащей пульпы. Отсутствие внутрипульпарных кровоизлияний.
Свыше 6 до 12 ч	Слоистый характер, красно-коричневый и буровато-коричневый цвет, легкое отслоение подкапсульной гематомы от подлежащей пульпы. Наличие единичных внутрипульпарных кровоизлияний диаметром 0,1–0,5 см.
Свыше 12 до 24 ч	Слоистый характер, красно-коричневый и буровато-коричневый цвет и преимущественно легкое отслоение подкапсульной гематомы от подлежащей пульпы. Наличие единичных внутрипульпарных кровоизлияний диаметром 0,3–0,7 см и 0,5–1 см.
Свыше 24 до 48 ч	Слоистый характер, красно-коричневый и буровато-коричневый с присоединением желтоватого цвета подкапсульной гематомы и неплотная припаянность ее к подлежащей пульпе. Наличие множественных внутрипульпарных кровоизлияний диаметром 0,3–0,7 см и 0,5–1 см.
Свыше 48 до 72 ч	Слоистый характер, красно-коричневый и буровато-коричневый с присоединением желтоватого цвета подкапсульной гематомы, отслоение гематомы от подлежащей пульпы с трудом. Наличие множественных внутрипульпарных кровоизлияний диаметром 0,5–1 см.
Свыше 72 ч	Слоистый характер, красно-коричневый и буровато-коричневый с присоединением желтоватого цвета подкапсульной гематомы, отслоение гематомы от подлежащей пульпы с трудом и спаянность гематомы с паренхимой по краям. Наличие множественных внутрипульпарных кровоизлияний диаметром 0,7–1,5 см.



1. Установление давности травмы селезенки на основании изучения сведений из медицинской документации.

На ориентировочные сроки образования подкапсульной гематомы (первый этап) могут указывать данные компьютерной томографии (КТ) в случае ее проведения пострадавшему при поступлении в стационар. Плотность гематомы в первые часы составляет до 15Н за счет жидкостного компонента, затем эти значения повышаются до 50–70Н, которые соответствуют недельной давности гематомы. Далее, в течение 6–12 мес гематома уменьшается и паренхима принимает обычный вид. Главным недостатком данного метода является его «непроведение». В настоящее время КТ – это довольно дорогостоящий метод обследования пациентов, поэтому проводится только по показаниям и в случае невозможности проведения других диагностических исследований. В большинстве случаев для диагностики повреждения селезенки и установления правильного диагноза врачам клинического профиля достаточно данных ультразвукового исследования органов брюшной полости, которое и является ведущим диагностическим методом.

В качестве критерия давности травмы селезенки было предложено ориентироваться на факт *реинфузии аутокрови*, излившейся в брюшную полость. Переливание крови из брюшной полости и отсутствие осложнений после реинфузии может свидетельствовать о том, что с момента травмы селезенки (с кровоизлиянием в брюшную полость) до оперативного вмешательства прошло не более 12 ч.

2. *Макроскопическое исследование макрорепарата селезенки.*

Нами был предложен метод определения давности двухэтапной травмы селезенки, основанный на макроскопическом определении изменений ткани органа и наличии подкапсульной гематомы (см. таблицу).

3. *Лабораторная диагностика.*

Для установления давности травмы селезенки М.В.Чернова (2005) предложила определять *количественное соотношение* неизмененных и дегенеративно измененных эритроцитов в зоне кровоизлияния, наличие в нем гемосидерофагов и гемосидерина, появление фибробластов, а также проводить оценку реакции сосудов микроциркуляторного русла органа в сочетании с изменениями состояния фибрина (в виде отдельных нитей, густой сети, сформировавшихся тромбов, зерен). Отмечено, что в различные временные интервалы посттравматического периода происходит увеличение численности

и количественное перераспределение соотношения неизмененных и дегенеративно измененных форм полинуклеарных лейкоцитов, как в области кровоизлияния, так и в перифокальной зоне:

а) в первые сутки после травмы преобладают неизмененные лейкоциты;

б) на 2–3-е и 4–7-е сутки соотношение клеточных форм становится равным;

в) при сроке травмы, превышающем 7 сут, большая часть лейкоцитов ($2/3$) дегенеративно изменена.

Данный метод не нашел широкого применения в экспертной практике.

В основном вопросы давности образования повреждений селезенки (как первого, так и на второго этапа травмы) решаются после *гистологического исследования*.

Для повышения точности и достоверности определения давности образования повреждений и исключения субъективности Т.И.Русакова (2007) предложила оценочную таблицу признаков воспалительно-репаративного процесса, которые в зависимости от степени выраженности приведены в баллах от 0 до 4. Этот метод позволяет также проводить дифференцировку травматических процессов по временным параметрам и таким образом разграничивать различные по давности повреждения, находящиеся в одном органе. Данный факт является немаловажным при двухэтапной травме селезенки, т. к. наряду с первичной травмой в ней имеются вторичные (связанные с возникающим воспалением) и «ятрогенные» (возникающие в процессе иссечения и извлечения селезенки при проведении оперативного вмешательства) повреждения.

Микроскопическое исследование имеет ряд неоспоримых преимуществ перед другими способами определения давности травмы. Данный метод дает узкий временной коридор давности образования повреждений селезенки, особенно в ранние сроки травмы, и позволяет дифференцировать изменения, возникшие во время разных периодов травмы. К недостаткам этого вида судебно-медицинских исследований можно отнести длительность их проведения, которая в основном обусловлена техническими причинами (изготовлением микропрепаратов).

Все полученные при производстве судебно-медицинских экспертиз клинические сведения, данные макро- и микроскопического исследований для определения давности двухэтапной травмы селезенки должны оцениваться в совокупности, что позволит объективизировать судебно-медицинских заключения и повысить их доказательность.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 613.67.092.19:615.832

Мосягин И.Г. (*mosyagin-igor@mail.ru*)¹, **Лобозова О.В.**², **Иванов А.О.**³, **Анистратенко Л.Г.**⁴, **Безкишкий Э.Н.**⁵ — Оптимизация психофизиологической адаптации студентов и курсантов в начальный период обучения с использованием криотермических тренировок.

¹Главное командование Военно-морского флота, Санкт-Петербург; ²Ставропольский государственный медицинский университет; ³НИИ кораблестроения и вооружения ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия им. Н.Г.Кузнецова», Санкт-Петербург; ⁴Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону; ⁵Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова

Mosyagin I.G., Lobozova O.V., Ivanov A.O., Anistratenko L.G., Bezkishkii E.N. — The use of the cryothermic training for optimization of coping of students and cadets during initial period of training. A mode of cyclic cryothermic effects on the body to increase its functionality is designed. The effectiveness of such effects when used in a group of students and freshmen that have difficulties of adaptation and acclimatization is showed. The result of the method is to increase the maximum amount of physical work performed, optimizing autonomic provision of physical activity, acceleration of regenerative processes in the body. The data obtained allow recommending widespread use of the method in the system of measures of physiological adaptation process optimization of various categories of persons with strained business conditions.

К е у в о р д s: coping students and cadets, cryothermic training, functional capacity of the organism, physical performance.

Поиск инновационных средств, направленных на оптимизацию процесса психофизиологической адаптации лиц с напряженными условиями труда, имеющих дефицит функциональных возможностей организма и в связи с этим испытывающих трудности адекватного приспособления к новым условиям учебно-профессиональной деятельности, является одной из актуальных проблем психофизиологии, военной и экстремальной медицины. Использование для решения подобных задач фармакологических препаратов зачастую невозможно в связи с многочисленными их побочными эффектами, которые не позволяют сохранять достаточный уровень эффективности и надежности учебно-профессиональной деятельности.

Альтернативой в данном случае является рациональное применение немедикаментозных средств, физиологичных для организма, стимулирующих собственные функциональные его ресурсы и практически не обладающих повреждающим воздействием на клетки и ткани. Одним из таких средств является воздействие на организм повышенной или пониженной температуры окружающей среды. Если применение тепловых процедур для коррекции функционального состояния и реабилитации известно давно, то возможности использования циклических воздействий низких и крайне низких температур (криотермии) в профилактических, восстановительных и лечебных целях в настоящее время лишь обосновываются и дискутируются.

Отечественными исследователями показано существенное повышение холодовой устойчивости, физической выносливости, радиорезистентности лабораторных животных после кратковременных циклов криотермических воздействий. Исследования по апробации метода криотермии (криотерапии) у человека с использованием криосаун (температура от -120 до -180 °С в течение 2–3 мин) показали его хорошую переносимость большинством обследованных. Доказана высокая эффективность криотерапии в отношении коррекции обмена веществ, избыточного веса, лечения хронических заболеваний и др.

Эти данные свидетельствуют о наличии перспектив использования метода криотермии в системе физиологических мероприятий оптимизации процесса учебно-профессиональной адаптации и акклиматизации различных категорий лиц с напряженным или тяжелым характером труда.

Целью настоящего исследования явилось обоснование возможности использования циклических криотермических воздействий для расширения функциональных возможностей организма студентов-первокурсников, имеющих затруднения в процессе учебно-профессиональной адаптации.

Материал и методы

В исследованиях приняли участие 16 студентов и 20 курсантов мужского пола в возрасте 18–19 лет, обучающихся на первых курсах медицинских вузов городов Ставрополь, С.-Петербург и Ростов-на-Дону. У всех обследованных были зарегистрированы признаки затруднения процесса адаптации к напряжен-



ным условиям учебной (военно-учебной) деятельности, заключающиеся в повышенной простудной заболеваемости, низкой успеваемости, астенизации, лабильности психоэмоционального фона и др. Кроме этого, критерием включения студента (курсанта) в исследование являлся пониженный по сравнению с референтными значениями уровень максимальной аэробной производительности, определяемый при контрольном тестировании.

У 24 из них (10 студентов и 14 курсантов) — *основная группа* (ОГ) — без отрыва от учебной деятельности проведены курсы *циклических криотермических воздействий* (ЦКрВ) в разработанном нами режиме (3–5-минутное пребывание в криокамере с «рабочей» температурой от -140 до -160 °С 1 раз в день, через день, общее количество сеансов 10). Остальные 12 человек (6 студентов и 6 курсантов) были обследованы в качестве *контрольной группы* (КГ), в которой не проводили специальных мероприятий по оптимизации адаптационного процесса.

Криотермические воздействия проводили в сертифицированных криокамерах, выполненных в виде теплоизолированного бассейна, в верхнем сечении свободно сообщавшегося с атмосферой. На помещенного в камеру обследуемого, находящегося в нижнем белье, в течение сеанса воздействовали подаваемыми под давлением парами теплоносителя на основе жидкого азота. Нагретый газ с помощью вытяжки удалялся, поддерживая постоянную «рабочую» температуру внутри камеры.

Уровень функциональных возможностей организма (УФВО) обследованных лиц оценивали с использованием велоэргометрической пробы с нагрузкой до достижения *порога анаэробного обмена* (ПАНО). У лиц ОГ пробу проводили за 2–3 дня до начала курса ЦрКВ (1-й этап), через 2–3 дня после его окончания (2-й этап) и затем через 6 мес (3-й этап). В КГ те же пробы были проведены через аналогичные промежутки времени после первичного исследования физической выносливости.

Пробы выполняли на велоэргометрах *эргоспирометрических комплексов* (ЭСК) Schiller CS-200 (Швейцария), или «Erich Yeeger» (Германия) по следующему протоколу: мощность 1-й «ступени» — 50 Вт, прирост каждой «ступени» — 25 Вт, длительность каждой «ступени» — 1 мин, кроме 3-й «ступени» (100 Вт), время выполнения которой составляло 2 мин. Нагрузка прекращалась через 30 с после достижения испытуемым ПАНО, фиксируемого по показателям газообмена. Считается, что о достижении ПАНО свидетельствует наличие «анаэробного перекреста», когда значения дыхательного коэффициента (соотношения выделения CO_2 и потребления O_2) превышают единицу. Фиксировали мощность нагрузки, при

которой достигался ПАНО, а также общее время выполнения работы до ПАНО. Показатели газообмена (потребление кислорода — VO_2 , выделение диоксида углерода — VCO_2) регистрировали непрерывно в процессе пробы (включая 5 мин до начала работы и 5 мин после ее окончания) с использованием спирографических блоков ЭСК. Параллельно производили запись ЭКГ с расчетом мгновенных значений *частоты сердечных сокращений* (ЧСС), в автоматическом режиме с дискретностью 1 раз в мин измеряли *систолическое и диастолическое артериальное давление* (САД, ДАД).

Статистический анализ и обработку данных проводили с использованием пакетов прикладных программ «STATISTICA» v. 10.0, «Microsoft Excel». Для каждого показателя в группах сравнения вычислялись медиана (Me), нижний и верхний квартили (Q25, Q75); уровень значимости различий оценивали с использованием непараметрических критериев (Т-критерия Вилкоксона и U-критерия Манна–Уитни для парных связанных и несвязанных выборок).

Результаты и обсуждение

Как показали результаты фоновых исследований УФВО, у всех обследованных лиц имели место пониженные значения прямых критериев максимальной аэробной производительности по сравнению со среднестатистической нормой, что, как указывалось выше, являлось одним из критериев включения в исследование. В частности, лишь 5 ступеней предложенной нагрузки (максимальная мощность 150 Вт) выполнили 10 человек из ОГ (56%) и 6 человек из КГ (50%); остальные 8 человек из ОГ (44%) и 6 — из КГ (50%) завершили работу на 6-й ступени (175 Вт). Медиана общего времени нагрузки до достижения ПАНО в ОГ составила 340 с, в КГ — 348 с, межгрупповых различий не выявлялось (см. таблицу).

О понижении УФВО у обследованных студентов и курсантов обеих групп свидетельствовали также значения косвенных критериев физической работоспособности. В частности, при достижении ПАНО во время выполнения пробы в среднем по обеим группам были зафиксированы относительно пониженные значения показателей газообмена (VO_2 — около 1,9 л/мин, VCO_2 — около 1,95 л/мин) при близких к предельным значениям параметров гемодинамики (ЧСС — 178–184 уд/мин, САД — около 180 мм рт. ст., ДАД — около 98 мм рт. ст.). Кроме этого, у всех обследованных лиц при первичном тестировании выявлена низкая скорость восстановительных процессов после окончания пробы: на 5-й минуте восстановления медиана ЧСС составляла 88–92 уд./мин при исходных (до начала нагрузки) значениях показателя 74–76 уд./мин.

После проведенных криотермических тренировок у всех лиц ОГ отмечено либо



Параметры, регистрируемые при достижении порога анаэробного обмена у обследованных лиц основной (ОГ, n=24) и контрольной (КГ, n=12) групп на этапах наблюдения [Me, (Q25; Q75)]

Показатель	1-й этап		2-й этап		3-й этап	
	ОГ	КГ	ОГ	КГ	ОГ	КГ
VO ₂ , л/мин	1,896 (1,770; 2,114)	1,940 (1,804; 2,104)	2,160 (1,993; 2,304) <i>p_{0,05}KG=0,013</i>	1,953 (1,795; 2,100) <i>p_{0,05}KG=0,048</i>	2,204 (2,047; 2,406) <i>p_{1,3}=0,002</i>	1,963 (1,905; 2,100) <i>p_{0,05}KG=0,049</i>
VCO ₂ , л/мин	1,914 (1,894; 2,228)	1,947 (1,784; 2,108)	2,174 (2,082; 2,326) <i>p_{1,2}=0,018</i>	1,947 (1,812; 2,111) <i>p_{0,05}KG=0,051</i>	2,241 (2,180; 2,452) <i>p_{1,3}=0,002</i>	1,979 (1,886; 2,164) <i>p_{0,05}KG=0,035</i>
ЧСС, уд./мин	184 (162; 184)	178 (158; 180)	165 (152; 170) <i>p_{1,2}=0,014</i>	174 (161; 179) <i>p_{0,05}KG=0,001</i>	158 (145; 168) <i>p_{1,3}=0,001</i>	170 (158; 181) <i>p_{0,05}KG=0,047</i>
Мощность нагрузки, Вт	163 (150; 175)	163 (150; 175)	175 (175; 175) <i>p_{1,2}=0,035</i>	163 (150; 175) <i>p_{0,05}KG=0,054</i>	175 (175; 200) <i>p_{1,3}=0,013</i>	163 (150; 175) <i>p_{0,05}KG=0,041</i>
САД, мм рт. ст.	181 (161; 205)	180 (165; 204)	163 (141; 184) <i>p_{1,2}=0,022</i>	176 (158; 199) <i>p_{0,05}KG=0,041</i>	160 (139; 175) <i>p_{1,3}<0,001, p_{2,3}=0,050</i>	174 (160; 195) <i>p_{0,05}KG=0,039</i>
ДАД, мм рт. ст.	98 (91; 100)	97 (90; 99)	96 (90; 99)	98 (91; 100)	90 (90; 94) <i>p_{1,3}=0,024, p_{2,3}=0,046</i>	98 (91; 100) <i>p_{0,05}KG=0,048</i>
Время, с	340 (320; 380)	348 (331; 385)	385 (360; 400) <i>p_{1,2}=0,018</i>	348 (331; 385) <i>p_{0,05}KG=0,038</i>	398 (376; 420) <i>p_{1,3}<0,001, p_{2,3}=0,039</i>	350 (335; 390) <i>p_{0,05}KG=0,011</i>

Примечание. Уровень значимости различий: P_{1,2}; P_{1,3}; P_{2,3} — между соответствующими этапами наблюдения; P_{0,05}KG — между группами обследованных.

повышение на I ступень мощности нагрузки, при которой достигался ПАНО, либо удлинение времени работы, что проявилось в достоверном увеличении величин максимального объема (в среднем на 7% по сравнению с первичным обследованием, $p=0,035$) и длительности выполненной работы (в среднем на 13%, $p=0,018$). В КГ за идентичный период (20 дней) изменения прямых критериев физической работоспособности практически отсутствовали, что привело к появлению значимых (или близких к таковым) межгрупповых различий по объему ($p=0,052$) и длительности ($p=0,038$) максимальной аэробной работы.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в результате тренировок к ЦКрВ имела место оптимизация восстановительных процессов ликвидации кислородного долга в организме, а перечисленные феномены явились следствием адаптивных перестроек в организме.

Важно отметить, что в ОГ на протяжении последующего полугодичного периода отмечались выраженные тенденции к увеличению показателей максимальной аэробной производительности при параллельном снижении косвенных критериев, характеризующих физиологическую стоимость деятельности. Мы рассматривали выявленные факты как свидетельство нормализации течения адаптационного процесса первокурсников, у которых были проведены тренировки к ЦКрВ. При этом аналогичные тенденции у параллельной группы первокурсников были существенно менее выраженными, что привело к повышению уровня значимости межгрупповых различий по всем исследованным прямым и косвенным критериям физической работоспособности по сравнению с предыдущим этапом обследования. Это, на наш взгляд, позволяет считать, что тренировки к ЦКрВ стимулируют преимущественно активные, адаптирующие механизмы организма, что проявляется в повышении его возможностей к использованию собственных функциональных резервов.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о выраженном и длительном положительном влиянии ЦрКВ на состояние физической работоспособности лиц, имевших признаки ее снижения в связи с трудностями адаптации к новым условиям деятельности. Следовательно, использование циклических криотермических воздействий в разработанном режиме может рассматриваться как перспективное немедикаментозное средство экстренного и долговременного расширения УФВО лиц с признаками их снижения. Это позволяет рекомендовать широкое применение метода в системе мероприятий физиологической оптимизации процесса учебно-профессиональной адаптации.



© А.Я.ФИСУН, М.В.ПОДДУБНЫЙ, 2015
УДК 61:355(091)

Кто возглавлял Главное военно-санитарное управление в 1917–1918 гг.

ФИСУН А.Я., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы¹
ПОДДУБНЫЙ М.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса
(voen-med-journal@mtu-net.ru)²

¹Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва; ²Редакция «Военно-медицинского журнала», Москва

Статья посвящена истории центрального органа управления военной медициной России – Главного военно-санитарного управления (ГВСУ) – в наиболее сложный период его истории – 1917–1918 гг. В исторической литературе до сих пор нет ясности даже по поводу начальников ГВСУ указанного времени. В статье на основе первичных документов центральных военных архивов воссоздана история ГВСУ в революционный период, приведен перечень начальников управления в хронологическом порядке. Впервые приводятся некоторые биографические сведения о профессорах Н.Н.Бурденко и В.А.Юревиче, также возглавлявших ГВСУ А.Я.Евдокимове, А.А.Цветяеве и др.

К л ю ч е в ы е с л о в а: история военной медицины, Главное военно-санитарное управление, Николай Бурденко, медицинская служба Красной армии в 1918 г.

Fisun A.Ya., Poddubnyi M.V. – Who was the head of the General Military Medical Department in 1917–1918. The article describes the history of the central governing body of the Russian military medicine – the General Military Medical Department (GMMMD) – during the most difficult period of its history – 1917–1918. There is still no clear evidence about the head of GMMMD of those times in historical literature. The authors tried to reconstruct the history of GMMMD during the revolution, gave the list of chiefs in chronological order on the basis of primary documents of the central military archives. The authors provide some biographical information about professors V.A.Yurevich and N.N.Burdenko, and also about A.Ya.Evdokimov, A.A.Tsvetaev and others, who headed GMMMD, etc. for the first time.

К е у в о р д s: history of military medicine, the Main Military Medical Administration, Nikolay Burdenko, the medical service of the Red Army in 1918.

Внесенный в заголовок вопрос неминуемо возникает при обращении к истории главного органа управления военной медициной, и, надо сказать, имеющаяся литература не вносит в него ясности. Например, в буклете к 200-летию Главного военно-медицинского управления (2005) за весь 1917 год указан только один начальник Главного военно-санитарного управления (ГВСУ)¹ – А.Я.Евдокимов [10],

а в вышедшем в 2004 г. под эгидой Федерального архивного агентства справочнике по государственным учреждениям до-революционной России – шесть [11].

При знакомстве с частью литературы у читателя может сложиться впечатление, что в первые революционные годы ГВСУ существовало «время от времени». Между тем это ровно наоборот: как раз тогда события вокруг и внутри управления отличались насыщенностью, динамизмом и драматизмом. Ниже мы попытались осветить эту тему, основываясь на первичных документах центральных военных архивов.

¹ В 1909 г. Главное военно-медицинское управление Русской армии было переименовано в Главное военно-санитарное управление, в июле 1918 г. ГВСУ вошло в состав Наркомздрава РСФСР.



Главному военно-медицинскому управлению – 210 лет



Санкт-Петербург, ул. Зодчего Росси, 1–3. Ансамбль бывшей Театральной улицы, архитектор Карл Росси, 1828–1834 гг. Медицинский департамент Военного министерства Российской империи размещался здесь до 1867 г.

Главному военно-медицинскому управлению Министерства обороны Российской Федерации исполнилось 210 лет. Созданное в августе 1805 г. под названием Медицинской экспедиции Военного министерства, оно впоследствии сменило не менее 13 наименований и 15 адресов дислокации в двух столицах. Неизменной оставалась лишь его руководящая роль в координации развития военного здравоохранения великой страны. Ныне славные традиции, прошедшие проверку в тяжелых испытаниях войн и военных конфликтов, хранятся и приумножаются российскими военными медиками в их благородном труде по оказанию помощи страждущим во время мира и войны под руководством Главного военно-медицинского управления.



Москва, ул. Знаменка, 19. Центральный корпус Министерства обороны РФ, архитекторы М.В.Посохин и А.А.Мндоянц, 1944–1946 гг. Здесь сегодня размещается Главное военно-медицинское управление Минобороны России

Фото М.Поддубного



Список в основном совпадает с перечнем начальников ГВСУ, приведенном в справочнике Федерального архивного агентства [11]. Исключение составляют данные по Н.Н.Бурденко и А.А.Цветаеву. Последнему срок пребывания в должности мы удлинили почти на месяц, основываясь на реальных датах документов фонда ГВСУ в РГВА.

Названный справочник является наиболее заслуживающим доверия, чего нельзя сказать об иных изданиях. Например, в списке начальников ГВСУ, перепечатанном из него в энциклопедии «Россия в Первой мировой войне» А.А.Цветаев превратился в А.А.Цветкова [12]. «Не повезло» Аполлону Андреевичу и в комментариях к вышедшим недавно мемуарам военного врача В.П.Кравкова, где его почему-то называют Александром Алексеевичем [14].

Мы намеренно сосредоточили внимание на обозначенной в заголовке статьи теме и почти не касались собственно истории главного органа управления военной медициной¹⁹. А ведь для ГВСУ

1917–1918 гг. были, вероятно, самыми тяжелыми за всю 210-летнюю историю. Двухлетний период вместил конец Первой мировой и начало Гражданской войн, конец императорской России и неоднократную смену власти, появление Красной армии и ее первые военные успехи, борьбу с захлестнувшими страну и фронт эпидемиями, переезд в Москву и переход в подчинение гражданского ведомства.

Главное военно-санитарное управление не только выстояло, но в ходе революционных перипетий укрепило свой высокий статус авторитетной инстанции, ответственной за состояние и развитие военной медицины в стране. Результат определялся тяжелым трудом людей – от рядовых военных фельдшеров и врачей до сотрудников управления, и в первую очередь тех, кому выпало возглавлять ГВСУ в этот самый сложный период.

¹⁹ Деятельность ГВСУ в описываемый период достаточно полно охарактеризована в ряде публикаций [1, 5–9, 15, 20, 23–24].

Литература

1. Багдасарьян С.М. Материалы к биографии Н.Н.Бурденко. – М.: АМН СССР, 1950. – С. 149–151.
2. Багдасарьян С.М. Николай Нилович Бурденко. – М.: Медгиз, 1954. – С. 69.
3. Багдасарьян С.М. Николай Нилович Бурденко: жизнь и деятельность – М.: АМН СССР, 1948. – С. 144.
4. Барсуков М.И. // Большая медицинская энциклопедия. Изд. 2-е. – Т. 3. – М.: Госмедиздат, 1957. – Стб. 457.
5. Барсуков М.И. Великая Октябрьская социалистическая революция и организация советского здравоохранения (октябрь 1917 г. – июль 1918 г.). – М.: Медгиз, 1951. – С. 124–134.
6. Барсуков М. Военно-санитарная организация в первые месяцы советской власти // Военно-санитарный сборник. – 1928. – № 5. – С. 27–28.
7. Барсуков М. Гражданская война и организация медицинского обеспечения Красной Армии / Энциклопедический словарь военной медицины. – Т. 2. – М.: Госмедиздат, 1947. – Стб. 195–232.
8. Барсуков М.И. В.И.Ленин и военная медицина // Воен.-мед. журн. – 1963. – № 4. – С. 8–11.
9. Бурденко Н.Н. К вопросу об устройстве Управления в военно-санитарном ведомстве. – Пг, 1917. – 32 с.

10. Военно-медицинская служба Вооруженных Сил Российской Федерации. – М.: Агентство «Военинформ» МО РФ, 2005. – 32 с.
11. Высшие и центральные государственные учреждения России. 1801–1917: В 4 тт. – Т. 4. – СПб, 2004. – С. 134.
12. Главное военно-санитарное управление / Россия в Первой мировой войне. 1914–1918. Энциклопедия в 3-х тт. – М.: Политическая энциклопедия, 2014. – Т. 1. – С. 492.
13. Идельчик Х.И. Михаил Иванович Барсуков / Врачи-большевики – строители советского здравоохранения. – М.: Медицина, 1970. – С. 350–359.
14. Кравков В.П. Великая война без ретуши. Записки корпусного врача. – М.: Вече, 2014. – С. 350, 414.
15. Крутов В.С., Шабунин А.В. Аполлон Андреевич Цветаев (К 125-летию со дня рождения) // Воен.-мед. журн. – 1997. – Т. 318, № 10. – С. 65–68.
16. Лукомский А.С. Очерки моей жизни // Вопросы истории. – 2001. – № 8. – С. 101–102.
17. Мирский М.Б. Главный хирург Н.Н.Бурденко. – М.: Воениздат, 1973. – С. 28.
18. Мирский М.Б. М.И.Барсуков. – М.: Медицина, 1978. – 69 с.
19. Опель В.А. Дневники хирурга Первой мировой войны. Год 1917. – СПб: ВМА, 2009. – С. 19.



20. *Потулов Б.М.* В.И. Ленин и охрана здоровья советского народа. Изд. 3-е, дополн. и перераб. — Л.: Медицина, 1969. — 539 с.

21. *Сенин А.С.* Александр Иванович Гучков. — М., 1996. — С. 89.

22. *Сенин А.С.* Военное министерство Временного правительства. — М., 1995. — С. 126.

23. *Чижев И.М., Галин Л.Л., Поддубный М.В.* Николай Нилович Бурденко — главный военно-санитарный инспектор Русской армии (К 125-летию со дня рождения) //

Воен.-мед. журн. — 2001. — Т. 322, № 9. — С. 71–75.

24. *Шабунин А.В., Стасевич В.С.* Судьба профессора В.А.Юревича // Воен.-мед. журн. — 1999. — Т. 320, № 1. — С. 82–85.

25. https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AE%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%B8%D1%87_%D0%92%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BC_%D0%90%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 61:355(091) «1941–1945»

Главное военно-санитарное управление в годы Великой Отечественной войны

КРЮЧКОВ О.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
(ulig@yandex.ru)
КУЛЬНЕВ С.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
ТАРАНОВ С.П., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

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

Статья посвящена вкладу Главного военно-санитарного управления Красной армии (ГВСУ) в организацию медицинского обеспечения в период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. В краткой форме прослеживаются основные направления работы центрального органа управления медицинской (санитарной) службы Красной армии. Главный акцент в статье сделан на условия, в которых ГВСУ пришлось организовывать медицинское обеспечение Красной армии в начальный период войны, являвшийся самым сложным. Уделено внимание формам и методам работы как начальника ГВСУ, так и подчиненных ему управлений в условиях быстро меняющейся боевой и тыловой обстановки, а также взаимодействию ГВСУ с Народным комиссариатом здравоохранения СССР. Авторы постарались осветить менее известные, но не менее важные моменты в деятельности ГВСУ РККА.

К л ю ч е в ы е с л о в а: история военной медицины, Главное военно-санитарное управление, лечебно-эвакуационные мероприятия, медицинская служба Красной армии в 1941–1945 гг.

Kryuchkov O.A., Kulnev S.V., Taranov S.P. — The General Military Medical Department during the Great Patriotic War. The article is devoted to the contribution of the General Military Medical Department of the Red Army (GMMMD) to organisation of health care support during the Great Patriotic War of 1941–1945. In the summary you may follow the main ways of activity of the central governing body of medical (health) services of the Red Army. The main focus of the article is made on conditions under which GMMMD had to organize medical support of the Red Army at the beginning of the war, the most difficult period of the Great Patriotic War. The authors payed attention to the forms and methods of the work of the head of GMMMD and its subordinate departments under the conditions of rapidly changing environment of combat and rear situation, as well as interaction with GMMMD People's Commissariat of Health. The authors tried to highlight not well known but not less important moments in the activities of the Red Army GMMMD.

К e y w o r d s: history of military medicine, the Main Military Medical Administration, Medical evacuation available to the larger, the medical service of the Red Army in 1941–1945.

Незадолго до начала войны, в мае 1939 г., в возрасте неполных 35 лет начальником Санитарного управления (СУ) РККА был назначен Е.И.Смирнов. Медицинская служба РККА переживала тогда не лучший период. В 1937 г. был репрессирован начальник СУ РККА М.И.Баранов, в 1938 г. ему на смену при-

ходит Ф.В.Рыбин, который продвигался по служебной лестнице по партийной линии [6].

В 1937 г. все функции по мобилизационному планированию медицинской службы были изъяты из ведения СУ РККА и переданы Генеральному штабу, что не замедлило негативно ска-



Литература

1. Архив Военно-медицинского музея (ВММ), ф. 1, оп. 35 482, д. 19, л. 100–112.
2. Архив ВММ, ф. 1, оп. 35 482, д. 9, л. 15–17.
3. Архив ВММ, ф. 1, оп. 62 967, д. 1, л. 51–64.
4. Архив ВММ, ф. 1, оп. 69 868, д. 2989, л. 30–52.
5. Быков И.Ю., Гладких П.Ф. Главное военно-санитарное управление Красной Армии в период Великой Отечественной войны // Воен.-мед. журн. – 2005. – Т. 326, № 4. – С. 62–70.
6. Гладких П.Ф., Перелыгин В.В. Очерки истории отечественной военной медицины. Главное военно-медицинское управление МО РФ. 1805–1998 гг. – СПб., 2003. – 130 с.
7. Иваськович Ф.А., Селиванов Е.Ф. Главное военно-санитарное управление Красной Армии в первые месяцы войны // Материалы науч. конф. «Из истории военной медицины накануне и в начале Великой Отечественной войны». – Л.: ВММ МО РФ, 1991. – С. 22–23.
8. Комаров Н.Я. Государственный комитет обороны постановляет... – М.: Воениздат, 1990. – 430 с.
9. Крючков О.А. К вопросу о разработке единой полевой военно-медицинской доктрины Материалы VII Всерос. конф. «Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.». – М.: МГМСУ, 2011. – С. 95–97.
10. Смирнов Е.И. Война и военная медицина. 1939–1945 (Мысли и воспоминания). – М., 1976. – 463 с.
11. Ходорков Л.А. Лечебно-эвакуационное обеспечение Красной Армии в Великую Отечественную войну // Воен.-мед. журн. – 1970. – № 5. – С. 15–19.
12. Центральный архив Министерства обороны (ЦАМО), ф. 2, оп. 795 437, д. 6, л. 238.
13. ЦАМО, ф. 67, оп. 12 020, д. 5, л. 3, 9, 13.
14. Чиж И.М. Вклад медицинской службы в Победу в Великой Отечественной войне // Воен.-мед. журн. – 1995. – № 5. – С. 8.
15. Шелепов А.М., Крючков О.А. Л.А.Ходорков – видный организатор военного здравоохранения (К 110-летию со дня рождения) // Воен.-мед. журн. – 2012. – Т. 333, № 12. – С. 44–52.
16. Шелепов А.М., Крючков О.А. Уроки организации медицинского обеспечения в ходе Московской битвы // Воен.-мед. журн. – 2011. – Т. 332, № 12. – С. 57–63.

© Э.Р.ИСКХАКОВ, 2015
УДК [61:355]:614.25(091)

Правовое регулирование кадровых вопросов военной медицины в период правления императора Павла I

ИСКХАКОВ Э.Р., доктор медицинских наук, профессор, полковник полиции
(iskhakov1964@mail.ru)

Уфимский юридический институт МВД России

В статье раскрываются нормативно-правовые акты, касающиеся российской армии и флота и соответственно их медицинской службы, принятые в период правления Павла I. Были изданы указы с целью организации отбора учеников для обучения в медико-хирургических училищах, реорганизации деятельности образовательных медицинских учреждений, улучшения профессионального уровня при подготовке медицинских работников и т. д. Изданы указы о направлении лучших учеников костоправных школ в полки вместо подлекарей, расширении штатов и их дополнительном финансировании, противодействии снижению социального благополучия медиков в связи с негуманным отношением начальства, регламентировался порядок перемещения военных медиков по службе, а также оценка их профессиональных и морально-психологических качеств.

К л ю ч е в ы е с л о в а: военная медицина, медицинское обеспечение войск Российской империи в XVIII веке.

Iskhakov E.R. – Legal regulation of the personnel issues of military medicine during the reign of Paul I. The article describes laws and regulations concerning the Russian army and navy, and accordingly its medical services accepted during the reign of Paul I. During this period different decrees aimed to improve medical personnel training in order to admit students to medical and surgical schools, reorganization of educational medical institutions, improving of professional skills of medical workers. Other decrees aimed to improvement of recruitment of medical personnel of troops: the best students of «bonesetter's schools» had to be sent to troops instead physician assistant, medical staff increase and additional funding, countering the reduce of physicians' social welfare due to the inhumane attitude of the authorities, to regulate of the military medical service rotation order as well as assessment of their professional, moral, and psychological qualities.

К e y w o r d s: military medicine, medical support of troops of the Russian Empire in the XVIII century.



ского драгунского полка от 16 августа 1798 г. в Оренбургскую врачебную управу) имеется упоминание об инструкции Медицинской коллегии от 16 января 1797 г., по которой предписывалось получать с прежнего места службы характеристику — «письменные свидетельства о поведении и привязанностях», а также представлять ее по новому месту службы [17].

Как пример документирования кадровых перестановок в среде военных медиков можно привести указ от 10 апреля 1798 г. о переводе подлекаря Ганса Фридриха Берха из Рыльского мушкетерского полка в Херсонский гренадерский полк [12].

Таким образом, в нормативно-правовых актах периода правления Павла I было установлено регулирование обеспечения медиками российских войск, касавшееся подготовки медицинских работников в образовательных учреждениях для службы в армии и флоте, порядка комплектования медицинскими штатами войсковых подразделений, перемещения медиков по службе и др. В результате была создана кадровая база подготовки медиков для армии, заложены основы организации их обучения в медико-хирургических академиях, а также прохождения ими службы в войсках.

Литература

1. *Алелеков А.Н.* История Московского военного госпиталя в связи с историей медицины в России к 200-летию его юбилею 1707–1907 гг. — М.: Типография Штаба Московского военного округа, 1907. — С. 545, 565.
2. *Костюк А.В.* Противоэпидемическое обеспечение Российского флота в XVIII веке // *Воен.-мед. журн.* — 2009. — Т. 330, № 9. — С. 48–54.
3. Полное собрание законов Российской империи. Собрание первое. — СПб, 1830. — Т. 24. — С. 303 (№ 17 763).
4. Там же. — С. 516 (№ 17 891).

5. Там же. — С. 624 (№ 17 999).
6. Там же. — С. 746–748 (№ 18 161).
7. Там же. — Т. 25. — С. 257 (№ 18 536).
8. Там же. — С. 484 (№ 18 783).
9. Там же. — С. 555–562 (№ 18 854).
10. Там же. — С. 721–727 (№ 19 036).
11. Там же. — Т. 26. — С. 390–391 (№ 19 652).
12. Центральный государственный исторический архив Республики Башкортостан, ф. И-146, оп. 1, д. 4, л. 35.
13. Там же, л. 99.
14. Там же, л. 100.
15. Там же, л. 204.
16. Там же, д. 5, л. 203.
17. Там же, л. 266–267.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

Военнослужащие российской военной базы в **Республике Армения** переодеты в летнюю облегченную форму бежевого цвета. Она обладает повышенной износостойчивостью, улучшенной вентиляцией, термо- и влагорегуляцией.

В целях предупреждения перегрева военнослужащих в ходе полевых занятий по боевой подготовке на высокогорных полигонах **Камхуд** и **Алагяз** установлены специальные навесы, которые защищают от прямого попадания солнца, оборудованы места для отдыха и оказания первой медицинской помощи.

Медицинские специалисты базы ежедневно проводят выявление военнослужащих с признаками перегрева, а перед началом занятий инструктируют личный состав по мерам оказания первой помощи.

Пресс-служба Южного военного округа, 15 июля 2015 г.
http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12045396@egNews



ЮБИЛЕИ

© А.А.ФИСУН, А.Ю.ВЛАСОВ, 2015
УДК 929+614.2:355 (092 Комаров Ф.И.)



26 августа 2015 г. исполняется 95 лет бывшему начальнику Центрального военно-медицинского управления МО СССР, выдающемуся терапевту и организатору, Герою Социалистического Труда, лауреату Государственной премии СССР, академику Российской академии наук, заслуженному деятелю науки РФ, профессору генерал-полковнику медицинской службы в отставке **Фёдору Ивановичу Комарову**.

Ф.И.Комаров родился в г. Смоленске. После окончания средней школы поступил в Московский инженерно-строительный институт, но вскоре был призван на действительную военную службу. С первых дней Великой Отечественной войны (1941–1945) Фёдор Иванович участвовал в боевых действиях и в июле 1941 г. был тяжело ранен. В июне 1942 г. вновь призван на военную службу и по разнарядке направлен на учебу в Военно-морскую медицинскую академию.

По окончании академии в 1947 г. Фёдор Иванович Комаров был зачислен в адъюнктуру при кафедре госпитальной терапии Военно-морской медицинской академии. Большое влияние на формирование Ф.И.Комарова как врача, педагога и ученого оказали профессора академии: К.М.Быков, С.С.Вайль, В.М.Васюточкин, В.С.Галкин, Ю.Ю.Джанелидзе, В.Н.Черниговский и др. В 1964 г. Ф.И.Комаров был утвержден в звании профессора.

Главный терапевт Министерства обороны СССР (1972–1977), начальник Центрального военно-медицинского управления МО СССР (1977–1989), вице-президент РАМН (1990–1995) – таковы последующие этапы плодотворной деятельности Ф.И.Комарова. С 1995 г. он являлся советником Президиума РАМН.

В 1974 г. Фёдор Иванович был избран членом-корреспондентом, а в 1978 г. – академиком Академии медицинских наук СССР. В 1980 г. ему присвоено звание Героя Социалистического Труда.

Плодом его творческой деятельности является создание при АМН СССР в 1981 г. проблемной комиссии «Хронобиология и хрономедицина». Полученные многочисленные данные были обобщены в руководстве для врачей «Хронобиология и хрономедицина» (1989, 2000), изданном под редакцией Ф.И.Комарова.

Под непосредственным руководством Ф.И.Комарова оказывалась медицинская помощь раненым и больным в Афганистане (1979–1989). Он стоял у истоков создания медицины катастроф, принимая участие в организации оказания помощи пострадавшим во время аварии на Чернобыльской АЭС (1986) и землетрясения в Армении (1988). Уникальный опыт по оказанию экстренной медицинской помощи в районе бедствий обобщен Ф.И.Комаровым в монографиях «Реабилитация лиц, подвергшихся радиационному облучению в результате чернобыльской аварии» (1992) и «Терапевтическая помощь пострадавшим при землетрясениях» (1998).

Фёдор Иванович много внимания уделял написанию учебных пособий и учебников для студентов и врачей. Под его редакцией издано 3-томное руководство для врачей «Диагностика и лечение внутренних болезней», учебники для студентов «Внутренние болезни», «Военно-полевая терапия», «Справочник терапевта» и другие, выдержавшие не одно издание.

Научное наследие Фёдора Ивановича Комарова огромно. Им лично и в соавторстве опубликовано более 600 научных работ, в т. ч. 33 – монографий, руководств, учебников и справочников. Под его руководством подготовлено 86 кандидатов и докторов наук. Он неоднократно избирался председателем Всесоюзного научного общества терапевтов, членом Комитета по Ленинским и Государственным премиям при Совете Министров СССР, пред-



седателем экспертных советов Высшей аттестационной комиссии страны по терапевтическим специальностям и медицинским наукам, членом международной ассоциации интернистов, является академиком Международной академии наук, почетным доктором Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Грейфсвальдского университета Германии, Военно-медицинской академии Польши, Высшего военно-медицинского института Болгарии, медицинских учреждений Югославии и Венгрии, был членом редколлегий ряда международных и отечественных медицинских журналов, главным редактором журнала «Клиническая медицина».

Международным биографическим центром в Кембридже в 1993 г. он удостоен звания «Человек XX столетия» и награжден серебряной медалью. Фёдор Иванович — лауреат четырех именных премий (М.П.Кончаловского, 1979; С.П.Боткина, 1985; Н.И.Лепорского, 1993; В.Х.Василенко, 2001), почетный гражданин города-героя Смоленска.

Выдающийся вклад Ф.И.Комарова в развитие отечественной военной и клинической медицины отмечен 45 орденами и медалями, в т. ч. двумя орденами Ленина, двумя орденами Отечественной войны I степени, орденами Октябрьской Революции, Трудового Красного Знамени, Красной Звезды, «За заслуги перед Отечеством» III степени.

Во всех сферах многогранной деятельности Фёдор Иванович проявил себя Человеком с большой буквы: принципиальным и доброжелательным, строгим и обязательным, обаятельным, душевным и доступным.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», совет Объединения ветеранов военно-медицинской службы, многочисленные ученики сердечно поздравляют Фёдора Ивановича Комарова с 95-летием и желают ему доброго здоровья, счастья и долголетия.

© О.И.ПЕТРОВ, В.С.СУХОРУКОВ, 2015
УДК 616:355 (092 Саленко Ю.А.)



29 июля 2015 г. исполнилось 50 лет бывшему главному токсикологу-радиологу медицинской службы Военно-морского флота, кандидату медицинских наук полковнику медицинской службы запаса **Юрию Анатольевичу Саленко.**

Ю.А.Саленко родился в г. Артемовске Донецкой области, Украинской ССР. В 1988 г. окончил факультет подготовки врачей для ВМФ ВМедА им. С.М.Кирова. В течение 1988–1994 гг. проходил службу на Тихоокеанском флоте на надводных кораблях в должности начальника медицинской службы. Неоднократно участвовал в медицинском обеспечении длительных походов кораблей.

В 1997 г. с отличием окончил факультет руководящего медицинского состава ВМедА по специальности «токсикология-радиология» и продолжил службу начальником научно-исследовательской лаборатории 1-го Центрального научно-исследовательского института МО РФ.

В 2003 г. был назначен главным токсикологом, а в 2004 г. — главным токсикологом-радиологом медицинской службы ВМФ. Разработал ряд нормативно-методических документов по профилактике отравлений, организации оказания медицинской помощи пострадавшим при радиационных и химических авариях на объектах Военно-морского флота.

В 2004–2007 гг. возглавлял работу экспертных комиссий по обитаемости кораблей ВМФ. С 2008 по 2010 г. — главный государственный санитарный врач медицинской службы Главного командования Военно-морского флота.

Награжден орденом Почета и многими медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Отдел государственного санитарно-эпидемиологического надзора за объектами Военно-морского флота 988-го центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора Минобороны России, Совет ветеранов медицинской службы ВМФ, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», сердечно поздравляют Юрия Анатольевича Саленко с юбилеем, желают крепкого здоровья, благополучия и дальнейших успехов.



Министр обороны Российской Федерации генерал армии **Сергей Шойгу** посетил 3-й Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневецкого, где навещал десантников, пострадавших при обрушении казармы в п. Светлый под Омском.

По словам лечащих врачей, все госпитализированные солдаты идут на поправку и с ними проводятся все необходимые лечебные процедуры. Как доложил начальник госпиталя полковник медицинской службы **Александр Есипов**, у большинства пострадавших диагностированы множественные ушибы мягких тканей, травмы конечностей, ссадины и сотрясение головного мозга.



«Все военнослужащие прошли полное обследование, им назначена достаточная терапия, после которой они в обязательном порядке пройдут курс медицинской реабилитации. Все необходимые препараты для этого имеются», — пояснил Александр Есипов.

Сейчас в центральных госпиталях Минобороны России на лечении находится 21 десантник. Все пострадавшие при обрушении казармы были доставлены в Москву самолетами военно-транспортной авиации, оборудованными модулями авиамедицинской эвакуации.

Состояние здоровья всех госпитализированных имеет положительную динамику, в палаты к десантникам организован доступ их родственников. По поручению министра обороны военное ведомство полностью взяло на себя расходы по доставке и размещению членов семей пострадавших военнослужащих, которые пожелали быть рядом со своими сыновьями.

Возбуждено уголовное дело о халатности, нарушении правил безопасности при ведении строительных работ и превышении должностных полномочий.

Управление пресс-службы и информации

Министерства обороны Российской Федерации, 17 июля 2015 г.

http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12045569@egNews

В Ситуационном центре Вооруженных Сил Российской Федерации **15 июля** прошло очередное селекторное совещание под руководством начальника Главного военно-медицинского управления Минобороны России генерал-майора медицинской службы **Александра Фисуна**, посвященное вопросам деятельности медицинской службы ВС РФ.

В совещании приняли участие начальники медицинских служб военных округов и флотов, руководители центральных военно-медицинских учреждений.

Участники мероприятия обсудили ряд значимых вопросов, касающихся организации медицинского обеспечения вузов в системе МО РФ, анализу дефектов при оформлении медицинской документации, выдаваемой военнослужащим и пенсионерам МО РФ для получения санаторно-курортного лечения. Отдельные доклады были посвящены недостаткам в работе военно-медицинских организаций и медицинских служб военных округов при определении потребности в лекарственных препаратах и расходном имуществе, а также итогам проводимой в Военно-воздушных силах доработки воздушных судов для использования медицинских модулей.

Подробно доложены итоги работы медицинских служб военных округов и Северного флота во втором квартале 2015 г.

Управление пресс-службы и информации

Министерства обороны Российской Федерации, 15 июля 2015 г.

http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12045427@egNews

Учение «Очаг-2015» на военном полигоне под Красным Селом

Свыше 1000 военнослужащих медицинских подразделений Западного военного округа и курсантов Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова приняли участие в учении «Очаг-2015» в июне 2015 г. на военном полигоне под Красным Селом в Ленинградской области.

В течение недели военные медики отрабатывали широкий спектр задач по предназначению, а также на практике осваивали новые формы и методы медицинского обеспечения войск (сил) в условиях современного общевойскового боя. Особенностью учения стало широкое применение новейших полевых медицинских комплексов и систем, поступающих



сегодня на вооружение войск ЗВО. Среди них – беспилотные летательные аппараты, переносные комплекты медицинской телекоммуникации и электронные идентификаторы личного состава, перспективные образцы полевой лечебно-диагностической аппаратуры отечественного производства. Одним из этапов учения стала отработка вопросов авиационной эвакуации пациентов в тяжелом состоянии с использованием вертолетных реанимационных модулей на базе боевых вертолетов Ми-8 МТ и Ми-24.

Разбор этапа учения. Начальник Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова генерал-майор медицинской службы **А.Н.Бельских** (в центре) и заместитель начальника ВМедА по учебной и научной работе генерал-майор медицинской службы **Б.Н.Котив**

В медицинской роте бригады: демонстрационную операцию лапаротомии экспериментальному животному выполняют сотрудники кафедры военно-полевой хирургии



Подготовка статистов в «симуляционной» палатке перед началом основного этапа учений

Фото О.Синегубова

Учение «Очаг-2015» на военном полигоне под Красным Селом



Фото О.Синегубова



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК [61:355](082)

Научно-практическая конференция, посвященная 65-летию Центральной врачебно-лётной комиссии

*ЧАПЛЮК А.Л., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы (escular1@rambler.ru)
ВОВКОДАВ В.С., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
ЧУРИЛОВ Ю.К., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке*

Главный центр военно-врачебной экспертизы МО РФ, Москва

В Москве на базе Филиала № 1 (7 ЦВКАГ) Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко **18–20 марта 2015 г.** состоялась научно-практическая конференция, посвященная 65-летию Центральной врачебно-лётной комиссии. В ее работе приняли участие представители Научно-исследовательского испытательного центра авиационной медицины и военной эргономики, сотрудники кафедры авиационной и космической медицины Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, специалисты отделов врачебно-лётной экспертизы Главного центра военно-врачебной экспертизы Минобороны России, медицинской службы Военно-воздушных сил, врачи лабораторий авиационной медицины, ряда госпиталей и других медицинских организаций. Среди участников были академики, профессора и доценты, доктора и кандидаты наук, практикующие врачи из разных медицинских учреждений и организаций.

Основной темой конференции явилось рассмотрение исторических этапов становления и развития врачебно-лётной экспертизы в Вооруженных Силах России, роли *Центральной врачебно-лётной комиссии* (ЦВЛК), отметившей 18 марта 2015 г. 65-летие, в организации и методическом руководстве работой органов врачебно-лётной экспертизы в государственной авиации.

В адрес конференции поступило обращение от начальника 1 управления – заместителя начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ полковника медицинской службы **К.Э.Кувшинова**, в котором подчеркивалась значимость мероприятия на путях дальнейшего совершенствования врачебно-лётной экспертизы в государственной авиации, важность профессионального обще-

ния участников, обмена опытом с коллегами, ознакомления с научными и практическими достижениями в области авиационной медицины и врачебно-лётной экспертизы.

С приветственными обращениями выступили начальник Службы безопасности полетов генерал-майор **А.Я.Берзан**, заместитель начальника Центральной квалификационной комиссии полковник **В.Н.Франчук**, заместитель командующего дальней авиации генерал-майор **А.С.Коновалов**, начальник штаба военно-транспортной авиации генерал-майор **Т.Султанов**, начальник *Научно-исследовательского испытательного центра авиационной медицины и военной эргономики* (НИИЦ АКМ и ВЭ) полковник медицинской службы **И.М.Жданыко**, заслуженный деятель науки генерал-майор медицинской службы в отставке **В.А.Пономаренко** и др.

Открыл конференцию начальник Главного центра военно-врачебной экспертизы МО РФ полковник медицинской службы **А.Л.Чаплюк**, обративший особое внимание на дальнейшее развитие системы врачебно-лётной экспертизы в государственной авиации, улучшение качества медицинского освидетельствования лётного состава, внедрение высокоинформативных методов контроля за здоровьем лётного состава, развитие системы донозологической диагностики заболеваний и восстановительно-реабилитационных мероприятий в целях продления лётного долголетия.

Далее начальник отдела врачебно-лётной экспертизы Главного центра военно-врачебной экспертизы МО РФ полковник медицинской службы **В.С.Вовкодав** осветил основные этапы развития врачебно-лётной экспертизы, отметил роль ЦВЛК в организации и мето-



дическом руководстве всеми органами врачебно-лётной экспертизы в Вооружённых Силах России. В докладе отмечено тесное взаимодействие ЦВЛК с научными и клиническими учреждениями и организациями Министерства обороны при решении сложных проблем медицинского освидетельствования лётного состава, разработке требований к состоянию здоровья при освоении авиационной техники, подготовке и усовершенствовании врачебных специалистов по вопросам врачебно-лётной экспертизы. На всех этапах деятельности ЦВЛК особая роль по указанным проблемам отводилась НИИЦ АКМ и ВЭ, ЦВВК МО РФ, 7 ЦВКАГ МО РФ.

В выступлениях научных сотрудников НИИЦ АКМ и ВЭ (**М.Н.Хоменко, М.В.Дворников, Ю.Б.Моисеев, Р.А.Вартбаронов** и др.) обсуждались основные направления научно-практических исследований в области авиационной медицины, вопросы медицинского обеспечения безопасности полетов, особенно при освоении новой авиационной техники, профилактики и лечения заболеваний у лётного состава.

Второй день работы конференции был посвящён вопросам авиационной клинической медицины, донозологической диагностики заболеваний у лётного состава, лечебно-

восстановительным и реабилитационным мероприятиям в системе врачебно-лётной экспертизы. В докладах начальника 300 ЛАМ ВВС полковника медицинской службы **С.Г.Власко**, начальника отдела врачебно-лётной экспертизы Филиала № 1 ГЦ ВВЭ подполковника медицинской службы **А.И.Переясливецва**, а также врачей ГВКГ им. Н.Н.Бурденко были освещены особенности стационарного и амбулаторного медицинского освидетельствования лётного состава.

Программа конференции включала свыше 35 докладов по актуальным вопросам авиационной и клинической медицины, 85 участников представили научные статьи и тезисы, изданные в виде отдельного сборника.

По итогам конференции принят проект резолюции, в котором отражены актуальные проблемы медицинского освидетельствования лётного состава на современном этапе, включающие улучшение качества отбора абитуриентов, поступающих в лётные училища, повышение качества диагностики и профилактики заболеваний у лётного состава, модернизацию стендовых испытаний на переносимость факторов полета, повышение качества подготовки врачей, участвующих в работе врачебно-лётных комиссий по вопросам авиационной медицины и психофизиологии лётного труда.

© **В.А.ВАРФОЛОМЕЕВ, О.А.ПОПОВ, 2015**
УДК [61:355](091)

В межрегиональной общественной организации «Объединение ветеранов военно-медицинской службы “Военмед”»

*ВАРФОЛОМЕЕВ В.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке (varfol.va@mail.ru)¹
ПОПОВ О.А., полковник медицинской службы в отставке²*

¹Редакция «Военно-медицинского журнала», Москва; ²Межрегиональная общественная организация «Объединение ветеранов военно-медицинской службы “Военмед”», Москва

В начале марта 2015 г. в Москве на базе Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» прошла VI отчетно-выборная конференция межрегиональной общественной организации «Объединение ветеранов военно-медицинской службы “Военмед”» (далее — Объединение).

В отчетном докладе президент Объединения генерал-лейтенант медицинской службы в отставке **Ю.И.Погодин** рассказал о проведенной работе, отметив, что президиум полностью выполнил поручения предыдущей отчетно-выборной конференции: разработан

и изготовлен нагрудный знак и удостоверение члена Объединения, анкета, действует программа сохранения информации и др.

Совет и президиум строили работу в строгом соответствии с целями и задачами. В центре внимания были ветераны и члены их семей, их социальная защищенность. Ежеквартально проводились заседания президиума и совета, на которых обсуждались наиболее значимые вопросы работы Объединения. В связи с тем, что были внесены изменения в законодательную базу РФ по деятельности общественных объединений, создана рабочая груп-



Отмечено, что культурно-массовая работа проходила недостаточно активно. Как правило, она сводилась к участию в торжественных мероприятиях, посвященных памятным дням и поздравлениям ветеранов с государственными праздниками и личными юбилейными датами.

Предлагаемые выездные экскурсии по историческим местам, невзирая на то, что были хорошо организованы, посещались не всегда активно.

Докладчик отметил, что руководством страны, Министерства обороны и ГВМУ деятельность членов Объединения оценивается высоко. Так, орденом Дружбы награжден генерал-лейтенант медицинской службы И.В.Синопальников. В 2013 г. группа ветеранов во главе с генеральным директором Объединения полковником медицинской службы О.А.Поповым была удостоена национальной премии России «Призвание». В 2014 г. было проведено награждение членов Объединения в связи с 25-летием вывода войск из ДРА и 110-й годовщиной со дня рождения Ефима Ивановича Смирнова.

В заключение президент пожелал вновь избранному совету Объединения успехов в работе.

Выступивший далее председатель ревизионной комиссии полковник в отставке **В.А.Сидоров** отметил, что комиссия работала в соответствии с уставом. Как показала проверка, расходы подтверждены документами, неучтенных денежных средств не выявлено. Был сделан вывод о том, что учет денежных средств ведется в соответствии с законодательством.

Затем выступил председатель Совета ветеранов Вооруженных Сил РФ генерал армии **В.Ф.Ермаков**. Он положительно оценил отчетный доклад, поделился опытом работы его организации и пожелал всем здоровья и успехов.

Генерал-майор медицинской службы в отставке **В.В.Жеглов** в своем выступлении высказал мнение о необходимости укрепления связей Объединения с руководителями гражданского здравоохранения – главврачами больниц, начальниками поликлиник, директорами санаториев и пансионатов.

Резолюция конференции содержала ряд следующих пунктов.

1. Работу совета Объединения за отчетный период признать удовлетворительной.

2. Важнейшим направлением деятельности ветеранской организации следует считать подготовку к празднованию 70-летия Победы в Великой Отечественной войне (в соответствии с планом).

3. Продолжить работу по решению проблем социальной защиты ветеранов и членов их семей, улучшению их материального положения.

4. Настойчиво и систематически привлекать членов Объединения к патриотическому воспитанию молодежи, пропаганде здорового образа жизни, изучению истории Отечества и его славных Вооруженных Сил.

5. Активнее использовать знания и практический опыт членов Объединения для оказания помощи военно-медицинским организациям и организациям здравоохранения страны.

6. Целенаправленно вести работу по созданию региональных отделений Объединения.

7. Применять новые, современные методы по освещению деятельности Объединения, популяризации его работы.

Далее состоялось открытое голосование по выбору руководства Объединения, членов его совета, ревизионной комиссии. Президентом Объединения единогласно избран **Ю.И.Погодин**, генеральным директором – **О.А.Попов**.

Перевод В.В.Федотовой
Макет и компьютерная верстка В.В.Матишва

<input type="checkbox"/>	За содержание и достоверность сведений в рекламном объявлении ответственность несет рекламоделец.	
<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 17.07.15. Формат 70×108 ¹ / ₁₆ . Усл. печ. л. 8,4. Заказ № 3448-2015.	Печать офсетная. Усл. кр.-отт. 9,8. Тираж 4223 экз.	Подписано к печати 07.08.15. Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 8,6. Каталожная цена 64 р. 00 к.
<p>Отпечатано в АО «Красная Звезда» 123007, Москва, Хорошевское шоссе, д. 38, http://www.redstarph.ru Тел.: (495) 941-28-62, 941-34-72, 941-31-62, E-mail: kr_zvezda@mail.ru</p>		