

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ
СССХХVІІ

*Тот
издавался
-194-й*



321 ВКГ ВВ0 (с. 75–79)

Военно-медицинский журнал

2016 ● № 8



8

АВГУСТ
2016

3-й Азиатско-Тихоокеанский конгресс по военной медицине

В Санкт-Петербурге завершил работу 3-й Азиатско-Тихоокеанский конгресс по военной медицине (8–12 августа 2016 г.), в котором приняли участие свыше 200 военных медиков из Бахрейна, Бельгии, Японии, Таиланда, Индии, Греции, КНР, ОАЭ, Лаоса, Казахстана, Белоруссии и др. Участники конгресса также посетили финальные соревнования и церемонию закрытия международного конкурса «Военно-медицинская эстафета».



Фото О. Синегубова

Международный конкурс «Военно-медицинская эстафета» в учебном центре Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова (август 2016 г.)



Фото Анны Горбань

Международный конкурс «Военно-медицинская эстафета» в учебном центре Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова (август 2016 г.)



Фото Анны Горбань

Женская и мужская команды военных медиков, представляющие Вооруженные Силы Российской Федерации, заняли первые места в общекомандном зачете конкурса

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ
И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

Издается с 1823 года

 **РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ:**

М. В. Поддубный (*главный редактор*)
И. И. Азаров
А. Н. Бельских
А. Ю. Власов
Л. Л. Галин (*заместитель главного редактора*)
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. Валевский (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)

Почтовый адрес редакции:

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

Тел. в Санкт-Петербурге
(812) 292-33-46

Non scholae, sed vitae discimus!

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2016 * АВГУСТ
Т. 337 * № 8

- *Организация медико-психологической реабилитации военнослужащих – современное состояние и перспективы*
- *Диагностика, лечение и эвакуация военнослужащих с внегоспитальной пневмонией в условиях Крайнего Севера*
- *Оказание хирургической помощи в условиях дневного хирургического стационара*
- *Новые способы определения длины конечности и офсета при эндопротезировании тазобедренного сустава*
- *Первый опыт применения бесшовного протеза аортального клапана Perceval S*
- *Клинико-эпидемиологические особенности и профилактика парвовирусной инфекции*
- *Проблема девиантного поведения военнослужащих (по материалам судебно-психиатрических экспертиз)*

МОСКВА
АО «КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»



Организация медицинского обеспечения Вооруженных Сил

Organization of medical support of the Armed Forces

Тришкин Д.В., Пономаренко Г.Н., Мерзлинкин А.В., Ковлен Д.В., Ищук В.Н. — Организация медико-психологической реабилитации военнослужащих: современное состояние и перспективы развития

4

Trishkin D.V., Ponomarenko G.N., Merzlikin A.V., Kovlen D.V., Ishchuk V.N. — Organization of medical and psychological rehabilitation of military personnel: modern state and development prospects

Воробьев В.В., Давыдов Д.В. — Организация оказания хирургической помощи в условиях дневного хирургического стационара

11

Vorobev V.V., Davydov D.V. — Organisation of surgical aid delivery under condition of the day surgery



Медицина экстремальных ситуаций

Medicine of extreme situations

Гайдаш А.А., Ивченко Е.В., Юдин А.В., Шперлинг И.А., Мавренков Э.М. — Структура и физико-механические свойства обонятельных лукович при черепно-мозговой травме, нанесенной огнестрельным оружием ограниченного поражения

16

Gaydash A.A., Ivchenko E.V., Yudin A.V., Shperling I.A., Mavrenkov E.M. — Structure and physico-mechanical properties of the olfactory bulb while traumatic brain injury inflicted by firearms of limited destruction



Лечебно-профилактические вопросы

Prophylaxis and treatment

Брижан Л.К., Буряченко Б.П., Варфоломеев Д.И. — Новые способы определения длины конечности и офсета при эндопротезировании тазобедренного сустава

23

Brizhan L.K., Buryachenko B.P., Varfolomeev D.I. — New methods for limb length determination and offset for hip replacement

Крайнюков П.Е., Далинин В.В., Борисов И.А., Афонасков О.В. — Первый опыт применения бесшовного протеза аортального клапана Perceval S

28

Kraynyukov P.E., Dalinin V.V., Borisov I.A., Afonaskov O.V. — First experience of seamless prosthetic aortic valve Perceval S

Архангельский Д.А., Панина Т.В., Закревский Ю.Н., Овчинников Ю.В., Барачевский Ю.Е. — Диагностика, лечение и эвакуация военнослужащих с внегоспитальной пневмонией тяжелого течения в условиях Крайнего Севера

34

Arkhangelskii D.A., Panina T.V., Zakrevskii Yu.N., Ovchinnikov Yu.V., Barachevskii Yu.E. — Diagnosis, treatment, and evacuation of the military personnel with severe out-of-hospital pneumonia under condition of the Far North

Авершин В.А., Бицадзе А.Н., Кузнецов В.М. — Метод биоуправления с обратной связью по реэнцефалограмме в санаторной реабилитации больных с цереброваскулярной патологией

40

Avershin V.A., Bitsadze A.N., Kuznetsov V.M. — Biocontrol method with feedback on rheoencephalogram during sanitarium rehabilitation of patients with cerebrovascular pathology



Эпидемиология и инфекционные болезни

Epidemiology and infectious diseases

Никишов О.Н., Кузин А.А., Антипова А.Ю., Лаврентьева И.Н. — Клинико-эпидемиологические особенности и профилактика парвовирусной инфекции

45

Nikishov O.N., Kuzin A.A., Antipova A.Yu., Lavrenteva I.N. — Clinical and epidemiological peculiarities and prophylaxis of parvoviral infection



**Авиационная
и военно-морская медицина**

Air and navy medicine

Благинин А.А., Котов О.В., Жильцова И.И.,
Анненков О.А., Сыроежкин Ф.А. – **Воз-**
можности компьютерной стабילו-
графии в оценке функционального
состояния организма оператора авиа-
космического профиля

51

Blaginin A.A., Kotov O.V., Zhiltsova I.I.,
Annenkov O.A., Syroezhkin F.A. – **Possibi-**
lities of computer stabilography as a part
of evaluation of functional state of aero-
space operator's organism



Юридический всеобуч

Law education

Логинов Ю.Е., Пинчук П.В., Перстнев С.В.
– **Проблема девиантного поведения**
военнослужащих (по материалам су-
дебно-психиатрических экспертиз)

58

Loginov Yu.E., Pinchuk P.V., Perstnev S.V.
– **Problem of deviant behaviour among**
military personnel (on materials of forensic
psychiatric examination)



**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 вооруженных сил Ки-
тайской Народной Республики

62

Aleinikov S.I., Golota A.S., Krassii A.B., Sol-
datov E.A., Shalakhin R.A. – **Medical**
Service of the People's Republic of China
Armed Forces



Краткие сообщения

68

Brief reports



**Из истории
военной медицины**

**From the history
of military medicine**

Леонидов А.Б., Лим В.С., Куницкий Н.Т.,
Хажиханова Е.В. – **321-му Военному**
клиническому госпиталю Минобороны
России – 165 лет

75

Leonidov A.B., Lim V.S., Kunitskii N.T.,
Khazhikhanova E.V. – **321st Military clinical**
hospital of the Ministry of defence of
the Russia celebrates the 165th anniversary

Крюков Е.В., Горячев И.А. – **Филиалу**
№ 5 Главного военного клинического
госпиталя им. Н.Н.Бурденко – 65 лет

80

Kryukov E.V., Goryachev I.A. – **Branch N 5**
of the N.N.Burdenko main military clinical
hospital celebrates the 65th anniversary

Валевский В.В., Соболев А.А., Дорофе-
ев Д.А., Казанцев А.Ю. – **К юбилею**
988-го Центра государственного сани-
тарно-эпидемиологического надзора
МО РФ

84

Valevskii V.V., Sobolev A.A., Dorofeev D.A.,
Kazantsev A.Yu. – **To the anniversary of**
the 988th State sanitary-epidemiological
expertise centre of the Ministry of De-
fence of the Russian Federation

Шараевский Г.Ю., Петров О.И., Дави-
дов М.М. – **Видный организатор меди-**
цинского обеспечения сил флота (К 80-ле-
тию со дня рождения В.М.Строганова)

87

Sharaevskii G.Yu., Petrov O.I., Davidov M.M.
– **Outstanding organizer of the Navy**
medical support (To the 80th anniversary
from the birth of V.M.Strogranov)



Официальный отдел

89

Official communications



Лента новостей

44,
57, 67

News feed



Хроника

91

Chronicle



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 616-036.86-057.36

Организация медико-психологической реабилитации военнослужащих: современное состояние и перспективы развития

ТРИШКИН Д.В., кандидат медицинских наук¹
ПОНОМАРЕНКО Г.Н., заслуженный деятель науки РФ, профессор,
полковник медицинской службы запаса²
МЕРЗЛИКИН А.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
(bundeswer@mail.ru)²
КОВЛЕН Д.В., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы²
ИЩУК В.Н., кандидат медицинских наук²

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

Представлено современное состояние системы медико-психологической реабилитации военнослужащих Вооруженных Сил. Изложены результаты анализа работы военных здравниц по проведению медико-психологической реабилитации военнослужащих. Изучены ее проблемные вопросы, определены основные направления совершенствования.

К л ю ч е в ы е с л о в а: военнослужащие, военные санаторно-курортные организации, медико-психологическая реабилитация.

Trishkin D.V., Ponomarenko G.N., Merzlikin A.V., Kovlen D.V., Ishchuk V.N. — Organisation of medical and psychological rehabilitation of military personnel: modern state and development prospects. Presented the current state of the system of medical and psychological rehabilitation in the Armed Forces. The results of analysis of military health centres performing medical and psychological rehabilitation of servicemen are presented. Studied its problematic issues, the basic directions of development.

К е y o r d s: military, military sanatorium organizations, medical and psychological rehabilitation.

В соответствии с п. 2.1 Федерального закона от 27.05.1998 г. № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих» военнослужащие после выполнения ими задач, неблагоприятно отражающихся на состоянии здоровья, и при наличии показаний подлежат *медико-психологической реабилитации* (МПР) продолжительностью до 30 сут. МПР военнослужащих проводится бесплатно. Перечень показаний к МПР и соответствующая им ее продолжительность, перечень категорий военнослужащих, подлежащих при наличии показаний МПР, порядок и места ее проведения определяет *Министерство обороны* (МО) РФ (иной федеральный орган исполнительной власти, в котором федеральным законом предусмотрена военная служба) [9]. В *Вооруженных Силах* (ВС) РФ МПР в настоящее время проводится в соответ-

ствии с приказом министра обороны РФ от 10.09.2012 г. № 2550 «О медико-психологической реабилитации военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации». МПР — комплекс медицинских, психологических и общих оздоровительных мероприятий, направленных на коррекцию возникших психофизиологических нарушений и восстановление боеспособности (работоспособности) военнослужащих [7]. Основные задачи МПР заключаются в ускоренном восстановлении функционального состояния и работоспособности военнослужащих, повышении резервных возможностей их организма, снижении влияния на организм военнослужащих факторов риска различных заболеваний, проведении вторичной профилактики у лиц с заболеваниями внутренних органов и нервной



структурных подразделений; рекомендуемые штатные нормативы военно-медицинской организации, ее структурных подразделений; иные положения, исходя из особенностей организации МПР).

В заключение следует отметить, что психологи, психофизиологи, неврологи, психиатры и другие врачи-специалисты в многочисленных научных публикациях уже высказали свое мнение по вопросу содержания МПР военнослужащих и ее результативности. Теперь слово за организаторами военного здравоохранения, которые на основе полуденных исследователями данных должны выстроить стройную систему организации МПР военнослужащих.

В Ы В О Д Ы

1. МПР военнослужащих как неотъемлемая часть лечебно-профилактических мероприятий, проводимых в ВС РФ, играет значительную роль в укреплении и сохранении здоровья личного состава, продлении активного профессионального долголетия у военнослужащих.

2. В ВС РФ внедрена и функционирует эффективная система МПР военно-

служащих, позволяющая ежегодно оказывать реабилитационную помощь более чем 40 тыс. военнослужащих.

3. Увеличение интенсивности и напряженности повседневной военно-профессиональной деятельности личного состава ВС РФ предъявляет все более высокие требования к организации лечебно-профилактических мероприятий, проводимых медицинской службой, в т. ч. и к МПР военнослужащих.

4. Основные усилия по совершенствованию системы МПР военнослужащих ВС РФ следует сосредоточить на совершенствовании нормативно-правовой базы организации МПР (как в части внесения изменений в действующие нормативные документы, так и в разработке новых), оптимизации структуры системы МПР военнослужащих с перераспределением полномочий в пользу объединенных стратегических командований военных округов, унификации методов и процедур отбора и направления военнослужащих на МПР, контроле ее качества, разработке стандартов МПР, а также на внедрении инновационных медицинских технологий в процесс медико-психологической реабилитации военнослужащих.

Литература

1. Горшколов О.И. Санаторно-курортное дело в Вооруженных Силах Российской Федерации. Избранные страницы истории. — М., 2002. — 158 с.

2. Гребенюк С.А., Поляков С.А., Нечипорук С.А., Калугин В.П. и др. Медико-психологическая реабилитация военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации в военных санаториях (домах отдыха): Временные методические рекомендации. — М.: ГВМУ МО РФ, 2009. — 68 с.

3. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 28.11.2011 г., № 48, ст. 6724.

4. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам медико-психологической реабилитации военнослужащих: Федеральный закон от 8.11.2008 г. № 203-ФЗ // Российская газета, № 232, 11.11.2008 г.

5. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации: Федеральный закон от 4.11.2014 г. № 342-ФЗ // Российская газета, № 254, 7.11.2014 г.

6. О медико-психологической реабилитации военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации: Приказ министра обо-

роны РФ от 8.05.2009 г. № 385 // Российская газета, № 126, 10.07.2009 г.

7. О медико-психологической реабилитации военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации: Приказ министра обороны РФ от 10.09.2012 г. № 2550 // Российская газета, № 292, 19.12.2012 г.

8. О порядке санаторно-курортного обеспечения в Вооруженных Силах Российской Федерации: Приказ министра обороны РФ от 15.03.2011 г. № 333 // Российская газета, № 135, 24.06.2011 г.

9. О статусе военнослужащих: Федеральный закон от 27.05.1998 г. № 76-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 1.06.1998 г., № 22, ст. 2331.

10. Санаторно-курортное лечение и отдых в санаториях и домах отдыха Вооруженных Сил Российской Федерации. — М.: ГВМУ МО РФ, 2006. — 75 с.

11. Тришкин Д.В., Титов И.Г., Нечипорук С.А. и др. Методические рекомендации по медико-психологической реабилитации военнослужащих специальных подразделений Вооруженных Сил Российской Федерации в санаторно-курортных учреждениях Минобороны России. — М.: ГВМУ МО РФ, 2013. — 84 с.

12. Тришкин Д.В. Организация санаторно-курортного лечения в Вооруженных Силах Российской Федерации в мирное время // Воен.-мед. журн. — 2015. — Т. 336, № 11. — С. 4—11.



© В.В.ВОРОБЬЁВ, Д.В.ДАВЫДОВ, 2016
УДК 616-089:614.2

Организация оказания хирургической помощи в условиях дневного хирургического стационара

ВОРОБЬЁВ В.В., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы
в отставке
ДАВЫДОВ Д.В., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы
(ddvyma@rambler.ru)

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

В статье изложены принципы работы и задачи дневного хирургического стационара. Показаны особенности выполнения оперативных вмешательств. Приведены основные показатели работы дневных стационаров клиники амбулаторной хирургии Военно-медицинской академии за 5 лет, подтверждающие их клиническую и экономическую эффективность.

К л ю ч е в ы е с л о в а: дневной хирургический стационар, стационарозаменяющие технологии, эффективность.

Vorobev V.V., Davydov D.V. — Organisation of surgical aid delivery under condition of the day surgery. The article describes the principles and objectives of a day surgery hospital. The peculiarities of surgical intervention are presented. The basic work indexes of the day-care hospital outpatient surgery of the S.M.Kirov Military Medical Academy for 5 years, confirming their clinical and cost-effectiveness are given.
К е у w o r d s: surgical hospital day, inpatient technology, and efficiency.

Одной из основных тенденций развития хирургии в современных условиях является смещение акцентов в оказании медицинской помощи со стационарного звена на амбулаторное [1, 3, 6, 10]. Постоянное увеличение объема оперативных вмешательств, выполняемых в амбулаторно-поликлинических учреждениях, расширение перечня заболеваний, адекватная помощь при которых оказывается вне госпитальных стационаров, позволяют говорить о развитии отдельного направления медицинской помощи — стационарозаменяющих технологий [2, 4, 5]. Данная тенденция обусловлена необходимостью получения максимально возможного эффекта при ограниченности материальных ресурсов, выделяемых на здравоохранение, при сохранении качества оказываемой медицинской помощи и характерна для любой страны [2, 8, 9].

В «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года» особая роль отводится разворачиванию в лечебных учреждениях дневных стационаров, и эта задача рассматривается как приоритетное направление деятельности здравоохранения.

Идея развития системы дневных стационаров базируется на опыте отечественного и мирового практического здравоохранения. Правовой поддержкой этой идеи явился приказ Министерства здравоохранения СССР от 16.12.1987 г. № 1278 «Об организации стационара (отделения, палат) дневного пребывания в поликлиниках и стационара на дому». В настоящее время работа *дневного хирургического стационара* (ДХС) регламентируется приказами МЗ РФ от 9.12.1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебных учреждениях» и от 15.11.2012 г. № 922н «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “хирургия”». Необходимость оказания помощи в дневных стационарах закреплена и в федеральном законодательстве [7].

20-летний опыт работы клиники амбулаторной хирургии *Военно-медицинской академии* (ВМедА) им. С.М.Кирова, центров амбулаторной хирургии Москвы, Санкт-Петербурга, Ставрополя и других городов убедительно показал, что значительное количество хирургических больных может быть успешно санировано



– значительного сокращения расходов на коммунальные услуги и эксплуатацию инфраструктуры клинических подразделений (работа в ДХС длится 8–10 ч в сут вместо 24 в стационаре);

– отсутствия необходимости повышения оплаты труда персонала, работающего в ночное время суток.

Косвенная (непрямая) экономия средств достигается путем:

– высвобождения дорогостоящих коек госпитальных стационаров для лечения более тяжелых больных;

– сокращения очереди на выполнение плановых операций;

– осуществления принципа превентивности лечения в ДХС, способствующего оказанию помощи на более ранних стадиях заболеваний, что предотвращает развитие тяжелых форм заболеваний и их осложнений;

– сохранения привычного образа жизни пациентов в послеоперационный период (пребывание в домашних условиях, общение с родственниками и др.), что способствует сокращению сроков реабилитации и возвращения к исполнению своих обязанностей;

– снижения по сравнению с круглосуточным стационаром числа осложнений после операций, выполненных в ДХС и не превышающих 1% (вследствие активного двигательного режима больных в ранний послеоперационный период, практически полного отсутствия госпитальной инфекции и других факторов).

Затраты на лечение в ДХС, к примеру варикозной болезни вен нижних конечностей, составляют 16 770 руб., а в круглосуточном стационаре – 28 761, что меньше на 41,7%. Только в 2012 г. экономия финансовых средств при этой патологии составила 1 223 082 руб.

Таким образом, использование ДХС для лечения хирургических больных подтверждает свою экономическую и клиническую эффективность за счет активного использования койки дневного стационара, улучшения результатов хирургического лечения целого ряда заболеваний, уменьшения периода нетрудоспособности. Все это вызывает заслуженное признание стационарозамещающих технологий как у медицинских работников, так и у пациентов.

Литература

1. *Быков И.Ю.* Актуальные вопросы совершенствования работы амбулаторно-поликлинических учреждений Вооруженных Сил Российской Федерации // *Воен.-мед. журн.* – 2006. – Т. 327, № 11. – С. 4–6.

2. *Воробьев В.В.* Стационарозамещающая помощь в хирургии: Матер. III съезда амбулаторных хирургов Рос. Фед. – СПб, 2009. – С. 6–8.

3. *Елов М.С., Клипак В.М.* Опыт, проблемы и перспективы развития многопрофильного амбулаторно-поликлинического учреждения в территориальной системе медицинского обеспечения в Московском регионе // *Воен.-мед. журн.* – 2013. – Т. 334, № 1. – С. 9–18.

4. *Ефименко Н.А., Воробьев В.В.* Перспективы развития и совершенствования амбулаторной хирургической помощи: Матер. I съезда амбулаторных хирургов Рос. Фед. – СПб, 2004. – С. 76–78.

5. *Лебедев Н.Н., Шихметов А.Н., Воротницкий С.И.* и др. Стационарозамещающие техно-

логии в поликлинических условиях – реальность и перспективы // *Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия.* – 2007. – № 2. – С. 3–4.

6. *Малых А.Б., Иванцов В.А., Багненко С.М., Кутузова Е.А., Антипова Е.В., Скляр В.Н.* Анализ и показатели работы дневного стационара консультативно-диагностической поликлиники // *Воен.-мед. журн.* – 2013. – Т. 334, № 2. – С. 4–8.

7. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.

8. *Поликлиническая хирургия: Учебное пособие / Под ред. В.Я.Горбункова.* – Ставрополь: Изд-е Ставроп. гос. мед. акад., 2011. – 412 с.

9. *Howatson-Jons L., Ellis P.* Outpatient, day surgery and ambulatory care // Wiley. – 2008. – P. 248.

10. *Lemos P., Jarrett P., Philip B.* Day surgery: development and practice // *International association for ambulatory surgery, British association of day surgery.* – 2006. – P. 346.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 614.88.08

Структура и физико-механические свойства обонятельных луковиц при черепно-мозговой травме, нанесенной огнестрельным оружием ограниченного поражения

ГАЙДАШ А.А., доктор медицинских наук (jack200@ngs.ru)
ИВЧЕНКО Е.В., доцент, полковник медицинской службы
ЮДИН А.В., доктор медицинских наук
ШПЕРЛИНГ И.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы
МАВРЕНКОВ Э.М., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы

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

В экспериментах на животных (бараны) изучены с использованием методов гистостереометрии структура и физико-механические свойства обонятельных луковиц в ранний период черепно-мозговой травмы, нанесенной огнестрельным оружием ограниченного поражения. В острой фазе повреждения ключевым фактором в патогенезе обонятельных дисфункций являются разнонаправленные физико-механические преобразования: в нейронах уменьшается, а в интерстициальной жидкости увеличивается поверхностное натяжение, что ведет к сжатию нейронов и усилению распада мембранных липопротеидов. В межклеточном веществе концентрируются липиды и ускоряются гидродинамические потоки. В краткосрочный период это создает риски, обусловленные деструкцией нейронов и прогрессирующим интерстициальным отеком. В среднесрочный период возникают риски, обусловленные aberrантным нейрогенезом. В долгосрочный период возрастают риски аффективного поведения.

К л ю ч е в ы е с л о в а: огнестрельное оружие ограниченного поражения, черепно-мозговая травма, обонятельные луковицы, гистостереометрия, структура и физико-механические свойства обонятельных луковиц.

Gaydash A.A., Ivchenko E.V., Yudin A.V., Shperling I.A., Mavrenkov E.M. — Structure and physico-mechanical properties of the olfactory bulb while traumatic brain injury inflicted by firearms of limited destruction. In experiments on animals (sheep) have been studied structure and physico-mechanical properties of the olfactory bulb during the early period of craniocerebral trauma caused by firearm of limited destruction, using a method of histostereometry. A key factor for pathogenesis of the olfactory dysfunction in the acute phase of injury are diverse physico-mechanical changes: it was determined a neuronal surface strain decrease and increase of interstitial fluid surface strain, which leads to neuron compression and enhance the membrane lipoprotein decay. Lipids concentrate in intercellular substance, and hydrodynamic flows accelerate. In a short term this creates risks associated with the destruction of neurons and progressive interstitial edema. Over the medium term there are risks associated with aberrant neurogenesis. In the long term increases the risk of affective behaviour.

К е у w o r d s: firearm of limited destruction, traumatic brain injury, olfactory bulb, histostereometry, structure and physico-mechanical properties of olfactory bulbs.

Обонятельные дисфункции при черепно-мозговой травме (ЧМТ) диагностируются в 25–65% случаев повреждений. Распространение и степень посттравматической аносмии коррелируют с характером ранения костей черепа и мозговых структур, а также с длительностью комы [10, 16]. Данные литературы

свидетельствуют о неравнозначном вовлечении в ЧМТ-процесс ольфакторных структур всех иерархических уровней. Это обусловлено неоднородностью этиологической и патогенетической природы ЧМТ, прежде всего различиями в механо- и патогенезе высоко- и низкоэнергетических травмирующих воздействий [7].



Таким образом, под воздействием ударных волн клеточные мембраны и интерстициальная жидкость проявляют разнонаправленные тенденции. Мембраны расходуют поверхностную энергию на взаимодействие с интерстициальной жидкостью и частично в ней растворяются. С точки зрения общей патологии это фанероз – распад цитоплазматических мембран по линиям связей липопротеидных комплексов. Межклеточная жидкость, наоборот, кумулирует энергию, избыток которой приводит структуры интерстиция в метастабильное, неустойчивое состояние. Насыщенная жирами тканевая жидкость в соответствии с принципом Ле Шателье способна погасить турбулирующие поверхностные волны, неизбежно возникающие при ускорении гидродинамических течений в сверхсложных сетях интерстициальных каналов.

Литература

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. – М.: Медицина, 1990. – 384 с.
2. Гайдаш А.А. Тонкая структура кости и разрушение костной ткани при импульсном нагружении (к проблеме ударно-волнового остеопороза) / Матер. Всерос. науч. конф. «Современная баллистика и смежные вопросы механики». – Томск. – 2010. – С. 11–14.
3. Гайдаш А.А., Ивченко Е.В., Левичев В.В., Денисов А.В. Структура мембран и физико-механические свойства эритроцитов в ранний период черепно-мозговой травмы, вызванной огнестрельным оружием ограниченного поражения // Воен.-мед. журн. – 2014. – Т. 335, № 4. – С. 14–21.
4. Гайдаш А.А., Ивченко Е.В., Левичев В.В., Денисов А.В. Структура и микромеханические свойства гиппокампа в динамике раннего периода черепно-мозговой травмы, нанесенной огнестрельным оружием ограниченного поражения // Вестник Рос. воен.-мед. академии. – 2014. – № 3 (47) – С. 128–135.
5. Ивченко Е.В. Патогенез боевой и спортивной черепно-мозговой травмы. Современное состояние проблемы. Обзор зарубежных научно-медицинских публикаций за 2011–2012 гг. // Высокотехнологичные методы лечения и реабилитации. Теория и практика: Ежегодник 2013. – Сестрорецк; СПб: Реноме, 2013. – С. 195–219.
6. Пантелеев В.Г., Егорова О.В., Клыкова Е.И. Компьютерная микроскопия. – М.: Техносфера, 2005. – 303 с.
7. Ранения нелетальным кинетическим оружием: Руководство для врачей / Под ред. В.Е.Парфенова и И.М.Самохвалова. – СПб: ЭЛБИ – СПб, 2013. – 224 с.

В Ы В О Д

В острой фазе черепно-мозговой травмы, нанесенной огнестрельным оружием ограниченного поражения, ключевыми факторами в механо- и патогенезе обонятельных дисфункций являются структурные и физико-механические преобразования паренхимы мозга, обусловленные диссипативными переходами энергии ударных волн в энергию дезорганизации тканевых структур. В краткосрочный период это создает риски, обусловленные сжатием и десинаптизацией нейронов, дезинтеграцией проводников и прогрессирующим интерстициальным отеком. В средне- и долгосрочный периоды возникают риски, обусловленные аберрантным восстановлением проекционных сетей, что осложнит реализацию поведенческих актов, ассоциированных с обонянием.

8. Тюрин М.В., Родионов Г.Г., Селезнев А.Б. Экспериментальное моделирование и биохимическая оценка степени тяжести закрытой черепно-мозговой травмы при ранениях из нелетального кинетического оружия // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2011. – № 1. – С. 84–87.
9. Gao X., Deng P., Xu ZC, Chen J. Moderate traumatic brain injury causes acute dendritic and synaptic degeneration in the hippocampal dentate gyrus // PLoS One. – 2011. – Vol. 6. – P. 24566.
10. Callahan C.D., Hinkebein J. Neuropsychological significance of anosmia following traumatic brain injury // J. Head Trauma Rehabil. – 1999. – Vol. 14. – N 6. – P. 581–587.
11. Glaser J., Greene G., Hendricks S. Stereology for biological research with a focus on neuroscience. – Williston: MBF Press, 2007. – P. 104.
12. Goertz M.P. Hydrophilicity and the viscosity of interfacial water // Langmuir. – 2007. – N 23. – P. 5491–5497.
13. Robinson A.M. Apoptosis in the aging olfactory epithelium // Laryngoscope. – 2002. – Vol. 112. – P. 1431.
14. Rombaux P. Retronasal and orthonasal olfactory function in relation to olfactory bulb volume in patients with posttraumatic loss of smell // Laryngoscope. – 2006. – Vol. 116. – P. 901–905.
15. Shipley M.T., Ennis M. Functional Organization of the Olfactory System // Journal of Neurobiology. – 1996. – Vol. 30. – N 1. – P. 123–176.
16. Schofield P.W. Traumatic brain injury and olfaction: a systematic review // Front Neurol. – 2014. – Vol. 22. – N 5. – P. 5–25.
17. Wermer M.J. Anosmia after aneurysmal subarachnoid hemorrhage // Neurosurgery. – 2007. – Vol. 61. – N 5. – P. 918–935.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.728.2-089.844

Новые способы определения длины конечности и офсета при эндопротезировании тазобедренного сустава

БРИЖАНЬ Л.К., профессор, полковник медицинской службы
БУРЯЧЕНКО Б.П., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса
ВАРФОЛОМЕЕВ Д.И. (dgvarf@yandex.ru)

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

Представлены результаты оценки точности двух авторских способов — определения длины конечности и определения офсета при эндопротезировании тазобедренного сустава, апробированных на 30 больных. Погрешность оценки длины конечности составила $1,06 \pm 0,83$ мм, офсета — $1,36 \pm 0,72$ мм. Предложенные способы позволяют быстро и с достаточно высокой точностью определять длину конечности и офсет во время операции. Их преимуществами являются неинвазивность, простота использования и отсутствие лучевой нагрузки на пациента во время операции. Применение данных способов улучшает результаты лечения и повышает качество жизни больных с патологией тазобедренного сустава.

К л ю ч е в ы е с л о в а: тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, длина конечности, офсет, лазер.

Brizhan L.K., Buryachenko B.P., Varfolomeev D.I. — New methods for limb length determination and offset for hip replacement. The results of evaluation of the accuracy of two methods of authorship — the of limb length and offset when hip replacement, tested on 30 patients. Accuracy of evaluation of limb length was $1,06 \pm 0,83$ mm, offset — $1,36 \pm 0,72$ mm. The proposed methods allow determining quickly and with sufficient accuracy to limb length and offset during operation. Their advantages are non-invasive, easy to use and no radiation exposure to a patient during surgery. Application of these methods helps to improve the results of treatment and improve the quality of life of patients with hip joint pathology.

К е у о р д с: total hip replacement, limb length, offset, laser.

В настоящее время операция тотального эндопротезирования сустава является одной из наиболее эффективных в лечении заболеваний и травм тазобедренного сустава. В ходе операции требуется восстановление различных параметров, наиболее важные из которых — длина конечности и бедренный офсет. Разная длина ног после хирургического вмешательства, по мнению многих авторов, является причиной нарушения движений в суставе и неудовлетворенности пациентов результатами лечения [2, 7, 10, 15]. Разница в длине нижних конечностей приводит к компенсаторно-приспособительным изменениям со стороны позвоночника и может служить причиной бо-

лей не только в области оперированного сустава, но и в области позвоночника. Нельзя не сказать и о возможных тракционных повреждениях нервов (особенно седалищного), которые возникают при избыточном удлинении конечности [13, 14]. В свою очередь, укорочение может привести к нестабильности в суставе.

Изменение офсета после замены сустава также приводит к нарушению движений в суставе: уменьшение по сравнению с исходным способствует развитию импинджмента и вывихам, а увеличение — приводит к избыточному натяжению пельвиотрохантерных мышц, боли и уменьшению амплитуды движений в суставе. По некоторым данным,



рации с использованием традиционных способов определения длины конечности и офсета (с применением стержней, вводимых в крыло подвздошной кости или наацетабулярную область).

Заключение

До настоящего времени, несмотря на наличие большого количества методик, не существует золотого стандарта определения длины оперируемой конечности и офсета. Восстановление их значений до «идеальных» при выполнении хирургического вмешательства не всегда возможно по различным причинам. К ним относятся: выраженное укорочение бедренной кости, ее деформации, ригидность мягких тканей, контрактуры суставов. Однако во время операции необходимо точно знать, как расположена бедренная кость. Предложенные способы позволя-

ют быстро и с достаточно высокой точностью определять изменение длины конечности и офсета во время операции относительно их первоначальных величин. Устройства, с помощью которых они реализованы, изготовлены из недорогих, широко распространенных компонентов. Преимуществами данных способов являются их неинвазивность и простота использования. Также необходимо отметить и отсутствие лучевой нагрузки на пациента во время операции.

Таким образом, предложенные способы являются дополнительными инструментами ортопедов, позволяющими с высокой точностью восстанавливать необходимую длину конечности и офсет в процессе операции, тем самым улучшая результаты лечения, и обеспечить качество жизни больных с патологией тазобедренного сустава.

Литература

1. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Основы и практика: Руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — С. 460–466.
2. Николенко В.К., Буряченко Б.П., Давыдов Д.В., Николенко М.В. Эндопротезирование при ранениях, повреждениях и заболеваниях тазобедренного сустава: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2009. — С. 134–136.
3. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава / Под ред. П.М.Тихилова, В.М.Шаповалова. — СПб: РНИИТО им. Р.Р.Вредена, 2008. — С. 193–194.
4. Способ определения длины конечности при эндопротезировании тазобедренного сустава: пат. 2562876 Российская Федерация. № 2014140444/14; заявл. 07.10.2014, опубл. 10.09.2015.
5. Способ профилактики послеоперационных осложнений эндопротезирования тазобедренного сустава: пат. 2367372 Российская Федерация. № 2006116676/14; заявл. 10.12.2007, опубл. 20.09.2009.
6. Bhavs A., Mont M., Tennis S. et al. Functional problems and treatment solutions after total hip and knee joint arthroplasty // J. Bone Joint Surg. Am. — 2005. — N 87. — Suppl. 2. — P. 9–21.
7. Bjordal F., Bjorgul K. The role of femoral offset and abductor lever arm in total hip arthroplasty // J. Orthopaed Traumatol. — 2015. — N 16. — P. 325–330.

8. Cuckler J.M. Limb length and stability in total hip replacement // Orthopedics. — 2005. — Vol. 28. — P. 951–953.
9. Joseph D.Maratt, Alexander E.Weber, Michael Knesek et al. Novel method for ensuring leg length in total hip arthroplasty // Orthopedics. — 2013. — Vol. 36. — P. 401–403.
10. Konyves A., Bannister G.C. The importance of leg length discrepancy after total hip arthroplasty // J. Bone Joint Surg. Br. — 2005. — N 87. — P. 155–157.
11. Matsuda K., Nakamura S., Matsushita T. A simple method to minimize limb-length discrepancy after hip arthroplasty // Acta Orthop. — 2006. — N 77. — P. 375–379.
12. McMurray D., O'Connor P., Grainger A. et al. Revision Surgery for Leg Length Inequality After Primary Hip Replacement British Hip Society. — Manchester, 2012.
13. Plaass C., Clauss M., Ochsner P.E., Ilchmann T. Influence of leg length discrepancy on clinical results after total hip arthroplasty. A prospective clinical trial // Hip Int. — 2011. — N 21 (4). — P. 441–449.
14. Pritchett J.W. Nerve injury and limb lengthening after hip replacement: treatment by shortening // Clin. Orthop. Relat. Res. — 2004. — N 418. — P. 168–171.
15. Sarin V.K., Pratt W.R., Bradley G.W. Accurate femur repositioning is critical during intraoperative total hip arthroplasty length and offset assessment // J. Arthroplasty. — 2005. — N 20. — P. 887–891.



Первый опыт применения бесшовного протеза аортального клапана Perceval S

*КРАЙНЮКОВ П.Е., доктор медицинских наук, генерал-майор медицинской службы
ДАЛИНИН В.В., кандидат медицинских наук (dalinin@sokolniki-cardio.ru)
БОРИСОВ И.А., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы
в отставке (borisov@sokolniki-cardio.ru)
АФОНАСКОВ О.В., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы*

Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка, Москва

Представлен первый опыт применения бесшовного биологического протеза у пациентов с поражением аортального клапана. Все 16 пациентов исследуемой группы были старше 65 лет. Патология аортального клапана — в основном атеросклеротический стеноз с кальцинозом разной степени. Кроме того, 80% пациентов имели сопутствующее многососудистое поражение коронарного русла. Протезирование аортального клапана всем пациентам было выполнено в условиях искусственного кровообращения. Определено, что применение бесшовного биологического протеза позволяет максимально уменьшить время искусственного кровообращения, особенно при комбинации протезирования с аортокоронарным шунтированием, а также минимизировать, а чаще — избежать осложнения, присущие стандартному аортальному протезированию в ближайший послеоперационный период, добиться максимального эффекта в отдаленный период.

К л ю ч е в ы е с л о в а: аортальный стеноз, протезирование аортального клапана, бесшовные клапаны, Perceval.

Krainyukov P.E., Borisov I.A., Dalinin V.V., Afonaskov O.V. — First experience of seamless prosthetic aortic valve Perceval S. The first experience of the application of seamless biological prosthesis in patients with aortic valve. All 16 patients of the study group were 65 years. The pathology of the aortic valve — primarily atherosclerotic stenosis with varying degrees of calcification. In addition, 80% of patients had concomitant multivessel coronary disease. Aortic valve replacement was performed in all patients with cardiopulmonary bypass. It has been determined that the use of seamless biological prosthesis allows to minimize time of temptation-governmental circulation, especially in combination prosthesis with coronary artery bypass grafting, as well as to minimize and often avoid the complications inherent to the standard aortic valve replacement in near-term postoperative period, to achieve the maximum in effect, divided by the period.

К е у в о р д с: aortic stenosis, aortic valve replacement, seamless valves, Perceval.

Протезирование аортального клапана (ПАК) уже многие годы является признанным «золотым стандартом» в лечении тяжелого стеноза аортального клапана. Вследствие всеобщего старения населения в мире в последние годы значительно увеличилось использование биологических клапанов. В то же время все большее число пациентов нуждается в сочетанных хирургических вмешательствах в дополнение к ПАК [1].

Малоинвазивная и/или интервенционная имплантация аортального клапана также все шире используется в клинической практике. Считается, что этот вид вмешательства особенно подходит для пожилых пациентов группы высокого риска, кому по тем или иным причинам обычная операция протезирования аортального клапана не выполнима [3–5, 7–9].

Три последних европейских многоцентровых проспективных нерандомизированных клинических исследований (Pilot, Pivotal and CAVALIER) были направлены на оценку эффективности применения бесшовного протеза аортального клапана Perceval S у пациентов пожилого возраста. В этих исследованиях приняли участие 25 центров в восьми европейских странах в период 2007–2012 гг. По их результатам клапан Perceval S подтвердил свою безопасность и эффективность.

Клапан Perceval S — это биологический клапан, выполненный из бычьего перикарда, созданный для обеспечения быстрой имплантации с помощью бесшовной техники. В конце 2013 г. клапан был сертифицирован к использованию на территории РФ и с 2014 г. успешно применяется в нашем стационаре.



коронарных артерий. Также не было зафиксировано ни одного случая параклапанных фистул, что подтверждалось интраоперационной чреспищеводной ЭхоКГ.

К тому же 9 пациентам дополнительно, без особых затруднений, было выполнено аортокоронарное шунтирование в необходимом объеме.

Отмечено достоверное укорочение времени пережатия аорты и времени искусственного кровообращения.

Количество пациентов старше 75 лет возросло за последние 20 лет с 12 до 24%, а число больных, которым требуется дополнительно выполнение АКШ, за тот же период времени с 5 до 25%. У этих пациентов риск развития периоперационного инсульта или почечной недостаточности, требующей диализа, резко возрастает. Отсюда следует, что концепция протезирования аортального клапана с меньшим временем пережатия аорты и, как следствие, меньшим временем искусственного кровообращения будет с энтузиазмом воспринята хирургическим сообществом.

С другой стороны, имеющиеся данные показывают, что некоторого снижения периоперационных осложнений можно добиться, используя улучшенные хирургические техники и/или путем оптимизации защиты миокарда. Те же исследования показывают, что у данной группы пациентов особенно актуально использование системы EuroSCORE для определения периоперационного риска.

Тем не менее новейшие достижения в области аортального протезирования необходимо критически и осторожно оценивать и сравнивать с данными, собранными по результатам стандартных хирургических методов коррекции аортального порока в этой группе пациентов [2].

Некоторые авторы позиционируют чрескожную имплантацию аортального клапана как альтернативу обычному методу. Но она не лишена периоперационных и послеоперационных осложнений,

таких как эмболия, связанная с баллонной дилатацией нативного клапана, неправильное расположение клапана и развитие блокады проведения, требующей установки кардиостимулятора.

Кроме того, эти методы имплантации невозможны у пациентов с сопутствующей патологией, такой как многососудистое поражение коронарных артерий (ИБС), стеноз ствола левой коронарной артерии, и ограничиваются изолированной патологией аортального клапана [6].

Так как интервенционное лечение ИБС невыполнимо у всех пациентов с данной патологией, то одним из положительных моментов описываемой техники является возможность совместить АКШ с ПАК при помощи бесшовных протезов. Кроме того, в будущем возможно сочетание ПАК с АКШ на работающем сердце.

Заключение

Имеющиеся данные указывают на неоспоримую пользу применения бесшовных протезов аортального клапана Perceval S у пациентов высокого риска и пожилого возраста. По эффективности применение бесшовных протезов вполне сравнимо с результатами стандартных техник протезирования, а также превосходят вмешательства с трансфеморальным и трансапикальным доступами.

Возможность выполнения сопутствующего АКШ значительно расширяет область применения бесшовных протезов, не уступая при этом интервенционным методикам.

Тем не менее необходимо дальнейшее накопление клинического опыта, чтобы определить потенциальные клинические преимущества бесшовного клапана Perceval для открытого или минимально инвазивного доступа. Этот клапан очевидно, идеально подходит для пациентов с тяжелым кальцинозом корня аорты и/или тем, которые требуют дополнительных вмешательств на сердце.

Литература

1. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. и др. Сердечно-сосудистая хирургия / Под ред. В.И.Бураковского, Л.А.Бокерия. – М.: Медицина, 1996. – С. 384.

2. Aymard T., Eckstein F., Englberger L., Stalder M., Kadner A., Carrel T. The Sorin Freedom SoloTM Stentless Aortic Valve: Technique of Implantation and Operative Results in 109 Patients // J. Thorac. Cardiovasc. Surgery. – 2010. – Vol. 139. – P. 775–777.



3. Grube E., Laborde J.C., Zickmann B. et al. First report on a human percutaneous transluminal implantation of a self-expanding valve prosthesis for interventional treatment of aortic valve stenosis. // *Catheter Cardiovasc. Interv.* – 2005. – Vol. 66. – P. 465–469.

4. Hanzel G.S., Harrity P.J., Schreiber T.L., O'Neill W.W. Retrograde percutaneous aortic valve implantation for critical aortic stenosis // *Catheter Cardiovasc. Interv.* – 2005. – Vol. 64. – P. 322–326.

5. Lichtenstein S.V., Cheung A., Ye J. et al. Transapical transcatheter aortic valve implantation in humans: Initial clinical experience // *Circulation.* – 2006. – Vol. 114. – P. 591–596.

6. Mehta R.H., Grab J.D., O'Brien S.M. et al. Bedside tool for predicting the risk of postoperative dialysis in patients undergoing cardiac surgery // *Circulation.* – 2006. – Vol. 114. – P. 2208–2216.

7. Walther T., Falk V., Borger M.A. et al. Minimally invasive transapical beating heart aortic valve implantation: Proof of concept // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* – 2007. – Vol. 31. – P. 9–15.

8. Walther T., Simon P., Dewey T. et al. Transapical minimally invasive aortic valve implantation: multicenter experience // *Circulation.* – 2007. – Vol. 116. – P. 240–245.

9. Webb J.G., Chandavimol M., Thompson C.R. et al. Percutaneous aortic valve implantation retrograde from the femoral artery // *Circulation.* – 2006. – Vol. 113. – P. 842–850.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.24-002-036.17-057.36(470.1)

Диагностика, лечение и эвакуация военнослужащих с внегоспитальной пневмонией тяжелого течения в условиях Крайнего Севера

АРХАНГЕЛЬСКИЙ Д.А., подполковник медицинской службы (arhdima@yandex.ru)¹

ПАНИНА Т.В., подполковник медицинской службы (tafjanadok@bk.ru)¹

ЗАКРЕВСКИЙ Ю.Н., доктор медицинских наук, полковник медицинских служб (zakrev.sever@bk.ru)²

ОВЧИННИКОВ Ю.В., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы (ovchinnikov.munjc@mail.ru)³

БАРАЧЕВСКИЙ Ю.Е., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке (barje1@yandex.ru)⁴

¹1469-й Военно-морской клинический госпиталь, г. Североморск, Мурманская область; ²Медицинская служба Северного флота, г. Североморск, Мурманская область; ³Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва; ⁴Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

В статье показаны особенности системы лечебно-эвакуационных мероприятий на Северном флоте. На основе ретроспективного анализа историй болезни 42 больных внегоспитальными пневмониями со среднетяжелым и тяжелым течением изучены изменения основных клинических показателей до и после завершения эвакуации в специализированный стационар. Показано, что при адекватной кислородной поддержке и медикаментозной терапии транспортировка в головное лечебное учреждение не оказывает отрицательного влияния на состояние таких больных. Определены показания к эвакуации военнослужащих с внегоспитальными пневмониями тяжелого течения из гарнизонных госпиталей в специализированный стационар.

К л ю ч е в ы е с л о в а: военнослужащие, внегоспитальная пневмония, медицинская эвакуация.

Arkhangelskii D.A., Panina T.V., Zakrevskii Yu.N., Ovchinnikov Yu.V., Barachevskii Yu.E. – Diagnosis, treatment, and evacuation of the military personnel with severe out-of-hospital pneumonia under condition of the Far North. The article presents some peculiarities of the system of medical-evacuation activities in the Northern Fleet. Based on a retrospective analysis of medical records of 42 patients with moderate and severe out-of-hospital pneumonia; studied clinical parameters of changes before and after evacuation to a specialized hospital. It is shown that with adequate oxygen support and medication transportation to the main medical institution has no negative impact on the status of such patients. Indications for evacuation of military personnel with severe out-of-hospital pneumonia from a garrison hospital into a specialized hospital are identified.

К е y w o r d s: military, out-of-hospital pneumonia, medical evacuation.

В связи с высоким уровнем заболеваемости военнослужащих, проходящих службу в районах Крайнего Севера, болезнями органов дыхания (по данным

отчета по ф. 4 мед СФ за 2015 г., у военнослужащих по призыву уровень заболеваемости острыми респираторными заболеваниями составил 918%, внегоспи-



чебное учреждение являются установленное среднетяжелое и тяжелое состояние, затянувшиеся сроки госпитализации (догоспитальный дефект оказания медицинской помощи – позднее обращение) и наличие рентгенологических признаков поражения трех и более сегментов легочной ткани.

3. Во время эвакуации необходим постоянный мониторинг показателей

гемодинамики и дыхательной системы (АД, пульс, ЧДД, сатурация крови кислородом) с целью своевременного применения вазопрессоров.

4. Для качественного проведения медицинской эвакуации больных из отделенных гарнизонов целесообразно в штате 1469-го госпиталя произвести замену санитарных автомобилей УАЗ на реанимобили класса С.

Литература

1. Авдеев С.Н. Ургентная кислородотерапия // Вестник анестезии и реанимат. – 2011. – Т. 8, № 3. – С. 42–51.
2. Барсукова И.М., Мирошниченко А.Г., Кисельгоф О.Г. Автопарк скорой медицинской помощи в Российской Федерации // Скорая мед. помощь. – 2014. – № 1. – С. 20–28.
3. Братищев И.В. Принципы транспортировки пациентов в критическом состоянии // Рос. мед. журн. – 2008. – № 3. – С. 6–10.
4. Власов А.Ю., Щёголев А.В., Курмансеитов М.М., Люшин Ю.В., Шелухин Д.А. и др. Первый опыт транспортировки больного с тяжелой дыхательной недостаточностью в условиях экстракорпоральной мембранной оксигенации // Воен.-мед. журн. – 2015. – Т. 336, № 4. – С. 10–15.
5. Диагностика, лечение и профилактика внебольничных пневмоний тяжелого течения у военнослужащих: Методические рекомендации / Под ред. А.Н.Бельских. – СПб: ВМедА, 2014. – 60 с.
6. Ершов А.Л., Шуруп А.Ю. Анализ применения ИВЛ при оказании специализированной скорой медицинской помощи // Врач скорой помощи. – 2014. – № 7. – С. 23–31.
7. Зайцев А.А., Овчинников Ю.В., Чернов С.А., Кондратьева Т.В. Применение шкал оценки тяжести состояния больных внебольничной пневмонией у пациентов молодого возраста // Воен.-мед. журн. – 2014. – Т. 335, № 3. – С. 31–38.
8. Иванов В.В., Харитонов М.А., Грозовский Ю.Р., Щёголев А.В., Садыков Р.Р. и др. Тяжелая вирус-ассоциированная пневмония у военнослужащих // Вестник Рос. воен.-мед. акад. – 2015. – № 1 (49). – С. 146–152.
9. Мызников И.Л., Аскерко Н.В., Ханкевич Ю.Р., Устименко Л.И., Буцков Н.Н. и др. Состояние здоровья военнослужащих, проходящих службу по призыву на Северном флоте // Воен.-мед. журн. – 2014. – Т. 335, № 6. – С. 44–52.
10. Попов А.В., Гармаш О.А., Громут А.А. О создании системы авиамедицинской эвакуации и экстренной медицинской помощи населению Российской Федерации // Медицина катастроф. – 2009. – № 3 (67). – С. 45–49.
11. Сердюков Д.Ю., Гордиенко А.В., Козлов М.С., Михайлов А.А., Давыдов П.А. и др. Особенности

заболеваемости внебольничной пневмонией среди молодого поколения // Воен.-мед. журн. – 2015. – Т. 336, № 10. – С. 11–14.

12. Фисун А.Я. Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации: состояние и пути совершенствования // Воен.-мед. журн. – 2014. – Т. 335, № 1. – С. 4–16.

13. Шелухин Д.А., Павлов А.И., Ершов А.Л. Экстракорпоральная мембранная оксигенация у пациентов с тяжелой дыхательной недостаточностью и первый опыт ее применения во время авиационной медицинской эвакуации в России // Мед.-биол. и соц.-психол. проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2015. – № 3. – С. 24–34.

14. Bartlett J.G., Dowell S.F., Mandell L.A. Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults // Clin. Infect. Dis. – 2000. – Vol. 31. – P. 347–382.

15. Charles P.G. SMART-COP: a tool for predicting the need for intensive respiratory or vasopressor support in community-acquired pneumonia // Clin. Infect. Dis. – 2008. – Vol. 47. – P. 375–384.

16. Ewig S., Roux A., Bauer T. et al. Validation of predictive rules and indices of severity for community-acquired pneumonia // Thorax. – 2004. – Vol. 59. – P. 421–427.

17. File T.M.Jr. Etiology and incidence of community-acquired pneumonia // Infect. Dis. Clin. Pract. – 1996. – Vol. 5. – P. 127–135.

18. Jain S., Self W.H., Wunderink R.G. et al. Community-Acquired Pneumonia Requiring Hospitalization among U.S. Adults // N. Engl. J. Med. – 2015. – Vol. 373. – P. 415–427.

19. Kim S.J., Jeon Y.B., Seo Y.H. et al. Successful treatment in fatal adenovirus pneumonia with the use of extracorporeal membrane oxygenation // Soonch. Med. Science. – 2014. – Vol. 20 (1). – P. 52–55.

20. Lim W.S., van der Eerden M.M., Laing R. et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study // Thorax. – 2003. – Vol. 58. – P. 377–382.

21. Richard R.W., Tracy L.L. Diagnosis and management of community-acquired pneumonia in adults // Am. Fam. Physician. – 2011. – Vol. 83 (11). – P. 1299–1306.



Метод биоуправления с обратной связью по реоэнцефалограмме в санаторной реабилитации больных с цереброваскулярной патологией

АВЕРШИН В.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса
БИЦАДЗЕ А.Н., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы запаса
(Skksochi-mok@mail.ru)
КУЗНЕЦОВ В.М., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса

Санаторно-курортный комплекс «Сочинский» МО РФ, г. Сочи

Представлен анализ эффективности метода биоуправления с обратной связью по реоэнцефалограмме в реабилитации 50 больных сосудистой дисциркуляторной энцефалопатией в санатории. Включение в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий данного метода способствует более выраженной активизации мозгового кровотока, значительному снижению ишемии головного мозга и эффективной коррекции клинических проявлений у больных с сосудистой дисциркуляторной энцефалопатией.

К л ю ч е в ы е с л о в а: цереброваскулярные заболевания, сосудистая дисциркуляторная энцефалопатия, биоуправление с обратной связью, реоэнцефалограмма, реабилитация, санаторно-курортное лечение.

Avershin V.A., Bitsadze A.N., Kuznetsov V.M. — Biocontrol method with feedback on rheoencephalogram during sanitarium rehabilitation of patients with cerebrovascular pathology. An analysis of the effectiveness of biocontrol method with feedback on rheoencephalogram in the rehabilitation of 50 patients with vascular circulatory encephalopathy in a sanitarium is presented. Inclusion in the complex treatment and rehabilitation of this method contributes to a more pronounced activation of cerebral blood flow, a significant reduction in cerebral ischemia and effective correction of clinical manifestations in patients with vascular circulatory encephalopathy.

К е у w o r d s: cerebrovascular disease, vascular encephalopathy, biocontrol with feedback reoentsefalogramma, rehabilitation, spa treatment.

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) — актуальная медицинская проблема, обусловленная значительной распространенностью патологии, высокими показателями заболеваемости и смертности. Одним из наиболее частых проявлений цереброваскулярной недостаточности является *сосудистая дисциркуляторная энцефалопатия* (СДЭ), которая определяется как медленно развивающаяся недостаточность кровоснабжения головного мозга с формированием диффузных мелкоочаговых изменений мозговой ткани [6].

Прогрессирующая ишемия мозга может вызывать значительные изменения в функционировании нервной системы на фоне нарастающих очаговых неврологических и общемозговых расстройств. Такие клинические проявления СДЭ, как нарушение двигательных функций конечностей, речевые, координаторные нарушения, изменения в когнитивной и эмоцио-

нально-волевой сферах, существенно снижают качество жизни и могут приводить к инвалидизации больных.

Общепризнано, что для эффективного восстановления нарушенных функций при различных цереброваскулярных заболеваниях, в т. ч. СДЭ, кроме медикаментозного лечения особое значение приобретает проведение реабилитационных мероприятий в санаторно-курортных условиях [1, 2, 7, 9]. Обычно в программы реабилитации больных СДЭ включают методы аппаратной физиотерапии, лечебную физкультуру, механотерапию, климатотерапию и др. Однако эти методы реабилитации практически не влияют на основное патогенетическое звено СДЭ — ишемию мозга. В связи с этим заслуживает внимания современный метод реабилитации — функционального управления с использованием *биологической обратной связи* (БОС), или биоуправления



ных на коррекцию показателей РЭГ, что позволяет эффективно повышать мозговой кровоток, снижать ишемию головного мозга и достигать эффективной коррекции клинических проявлений у больных СДЭ. Таким образом, метод биоуправления с обратной связью по РЭГ мо-

жет успешно применяться на санаторно-курортном этапе реабилитации больных сосудистой дисциркуляторной энцефалопатией и другими цереброваскулярными заболеваниями, основным патогенетическим звеном которых является ишемия головного мозга.

Литература

1. *Агасиев А.Р., Агаева К.Ф., Мамедбеги А.К.* Об эффективности санаторно-курортной помощи больным с последствиями цереброваскулярных болезней // Журн. неврологии и психиатрии. — 2015. — Т. 115, № 1. — С. 35–39.
2. *Волошин П.В.* Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. — М., 2012. — 687 с.
3. *Зенков Л.Р., Ронкин М.А.* Функциональная диагностика нервных болезней. — М., 2013. — 433 с.
4. *Клемешев Ю.Н., Воскресенская О.Н.* Реабилитация больных инсультом в России // Неврол. журн. — 2008. — Т. 13, № 4. — С. 39–44.
5. *Кунельская Н.Л., Резакова Н.В., Гудкова А.А., Гехт А.Б.* Метод биологической обратной связи в клинической практике // Журн. невро-

логии и психиатрии. — 2014. — Т. 114, № 8. — С. 46–50.

6. Нервные болезни: Учебник / Под ред. *М.М.Одинака*. — СПб, 2014. — 526 с.

7. *Парфенов В.А., Вербицкая В.Е.* Вторичная профилактика ишемического инсульта: международные рекомендации и клиническая практика // Неврол. журн. — 2014. — Т. 19, № 2. — С. 4–10.

8. *Сорокина Н.Д., Селицкий Г.В., Теремцева Е.С.* Эффективность терапии различных типов головной боли напряжения методом биологической обратной связи // Журн. неврологии и психиатрии. — 2014. — Т. 114, № 3. — С. 29–33.

9. *Фисун А.Я., Шегольков А.М., Юдин В.Е., Пономаренко Г.Н.* Медицинская реабилитация в Вооруженных Силах: истоки, современное состояние и перспективы // Воен.-мед. журн. — 2014. — Т. 335, № 8. — С. 4–15.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В соответствии с решением заместителя министра обороны РФ **Тимура Иванова** с 3 по 6 июля комиссия под руководством начальника 3-го отдела управления санаторно-курортного лечения и организации активного отдыха *Главного военно-медицинского управления МО РФ* провела проверку детских санаторно-курортных учреждений военного ведомства по организации летней оздоровительной кампании 2016 года.

Проверялись ФГБУ «*Евпаторийский военный детский клинический санаторий*», филиал «*Центральный военный детский санаторий*» ФГБУ *Санаторно-курортный комплекс «Северокавказский»*.

В ходе работы оценивалось состояние территорий, в т. ч. пляжей, санитарно-эпидемиологическое благополучие объектов, организация питания, работа отделов реализации и использования путевок, состояние зданий и сооружений, вопросы противодействия терроризму.

Особое внимание уделялось организации санаторно-курортного лечения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, обучающихся в довузовских детских образовательных учреждениях МО РФ. В текущем году санаторно-курортное лечение в детских санаторно-курортных организациях МО РФ должны пройти 420 детей указанной категории. В настоящее время получили санаторно-курортное лечение 114 детей.

Официальный сайт Министерства обороны Российской Федерации, 7 июля 2016 г.
http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12089308@egNews

Делегация *Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации* во главе с начальником управления генерал-майором медицинской службы **Александром Фисуном** посетила цеха ведущего российского производителя средств профессиональной дезинфекции и очистки, расположенного в Ногинском районе Подмосковья.

По итогам рабочей встречи с руководством предприятия специалисты ГВМУ МО РФ озвучили требования к качеству и свойствам средств дезинфекции, используемых в военной медицине, а также обсудили пути сотрудничества и применения собственных разработок производителя в практике медицинской службы Российской армии.

Управление пресс-службы и информации Министерства обороны РФ, 22 июля 2016 г.
http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12090323@egNews



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК [616.98:578.822.2]-036.22

Клинико-эпидемиологические особенности и профилактика парвовирусной инфекции

НИКИШОВ О.Н., подполковник медицинской службы (Mikhailjio@yandex.ru)¹
КУЗИН А.А., доктор медицинских наук, подполковник медицинской службы¹
АНТИПОВА А.Ю., кандидат биологических наук²
ЛАВРЕНТЬЕВА И.Н., доктор медицинских наук²

¹Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ²НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург

Клинические проявления парвовирусной инфекции имеют разные нозологические формы, что требует проведения дифференциальной диагностики как с другими вирусными инфекциями, так и с неинфекционными заболеваниями. Эта патология актуальна для социально значимых контингентов — организованных коллективов, женщин детородного возраста, доноров крови и пациентов с заболеваниями крови. Эпидемиологическая значимость парвовирусной инфекции определяется широким распространением возбудителя с развитием эпидемических вспышек (преимущественно в организованных коллективах), возможностью его передачи при гемотрансфузиях. Для определения масштаба распространения этой инфекции решающее значение имеют лабораторные методы исследования, позволяющие выявить наличие ее маркеров. Важным показателем, характеризующим иммунорезистентность к парвовирусной инфекции, является состояние специфического противовирусного иммунитета.

К л ю ч е в ы е с л о в а: парвовирус человека В19, парвовирусная инфекция, клинические проявления, эпидемиологическая значимость, профилактические мероприятия.

Nikishov O.N., Kuzin A.A., Antipova A.Yu., Lavrenteva I.N. — Clinical and epidemiological peculiarities and prophylaxis of parvoviral infection. Clinical manifestations of parvovirus infection have different nosological forms, which requires a differential diagnosis with other viral infections, as well as non-communicable diseases. This pathology relevant to socially significant contingents — organized groups, women of childbearing age, blood donors and patients with blood diseases. The epidemiological significance of parvovirus infection is determined by the prevalence of the pathogen with the development of epidemic outbreaks (mainly in organized groups), the possibility of its transmission by blood transfusions. To determine the prevalence of this infection are critical laboratory research methods to identify the presence of its markers. An important indicator of the immunoresistance to parvovirus infection is a state of specific immune anti-virus.

К е у w o r d s: human parvovirus B19, parvovirus infection, clinical manifestations, epidemiological importance, preventive measures.

Парвовирусная инфекция (ПВИ) — облигатный антропоноз вирусной этиологии с аэрозольным механизмом передачи возбудителя — клинически характеризуется невыраженными симптомами общеинфекционной интоксикации, артралгией, невезикулярной сыпью, поражением суставов, тератогенным действием и развитием апластического криза у больных с гемолитической анемией.

Возбудитель ПВИ — парвовирус человека В19 (PV В19 от лат. *Parvo* — мелкий) был обнаружен и выделен британским вирусологом Y.Cossart с соавтора-

ми в плазме крови здорового донора в 1975 г. [11]. Однако патогенное действие вируса было выявлено лишь в 1981 г.

Он обладает высокой устойчивостью к воздействию факторов внешней среды: хорошо выдерживает замораживание, сохраняет активность после нагревания до температуры 56 °С в течение нескольких часов. Устойчив к органическим растворителям (хлороформ, эфир, спирт и др.), к физическим методам инактивации, к формалину в концентрации 0,1%. Выдерживает воздействие обычных дезинфектантов (хлорсодержащие агенты,



вызывающие заболевания, но обладающие иммуногенными свойствами [9].

В связи с тем что ПВИ является одной из малоизученных проблем в эпидемиологии и клинической медицине, для профилактики и эффективного лечения этого заболевания необходимо решить следующие задачи.

1. Обстоятельно исследовать и оценить клинико-эпидемиологические проявления ПВИ с целью расширения представлений об особенностях эпидемического процесса, проведения дифференциальной диагностики со сходными заболеваниями и разработки необходимых параметров для системы профилактических мероприятий и диспансерно-динамического наблюдения.

2. Для предупреждения передачи ПВИ включить ее определение в пере-

чень обязательного лабораторного обследования для лиц из социально значимых групп (доноров крови и ее компонентов, беременных и лиц из организованных коллективов).

3. Определить пути решения проблемы выявления и обеспечить учет случаев ПВИ в системе государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

4. Повысить информированность населения и медицинского персонала в вопросах профилактики ПВИ с целью рационального донорства и планирования беременности, качественного и эффективного проведения обсервационных лечебно-профилактических мероприятий в эпидемических очагах «детских инфекций».

5. Разработать отечественные тест-системы для серологической диагностики ПВИ.

Литература

1. Алимбарова Л.М. Парвовирусы (Parvoviridae) / Медицинская вирусология. Руководство / Под ред. Д.К.Львова. — М.: Мед. информ. агентство, 2008. — С. 276–284.

2. Лаврентьева И.Н., Антипова А.Ю. Парвовирус В19 человека: характеристика, возбудителя и диагностика обусловленной им инфекции // Инфекция и иммунитет. — 2013. — Т. 3, № 4. — С. 311–322.

3. Ливада А.И. Парвовирусная В19 инфекция // Педиатр онлайн. — 2012. URL: <http://03online.com/news/pediatr/1-0-12> (дата обращения: 10.05.2016).

4. Макаров О.В., Алешкин В.А., Савченко Т.Н. Инфекции в акушерстве и гинекологии / Учебник. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 464 с.

5. Попцов А.Л. Значение индикации ДНК парвовируса В19 в обеспечении инфекционной безопасности плазмы для фракционирования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2015. — С. 14.

6. Тихонова Н.Т. Оценка распространения парвовирусной инфекции в Москве // Информационное письмо Комитета здравоохранения г. Москвы. — 2004. — № 11.

7. Филатова Е.В., Новикова Н.А., Зубкова Н.В. и др. Определение маркеров парвовируса В19 в образцах крови доноров // Микробиол.,

эпидемиол. и иммунология. — 2010. — № 5. — С. 67–70.

8. Anderson L.J. et al. Risk of infection following exposures to human parvovirus B19 // Behring Inst. Mitt. — 1990. — N 85. — P. 60–63.

9. Chandramouli S. et al. Generation of a parvovirus B19 vaccine candidate // J. Vaccine. — 2013. — Vol. 31. — P. 3872–3878.

10. Corcoran A., Doyle S. Advances in the biology, diagnosis and host-pathogen interactions of parvovirus B19 // J. Med. Microbiol. — 2004. — Vol. 53. — P. 459–475.

11. Cossart Y.E., Field A.M., Cant B., Widdows D. Parvovirus-like particles in human sera // Lancet. — 1975. — Vol. 1, N 7898. — P. 137–142.

12. International Committee on Taxonomy of Viruses. URL: http://ictvonline.org/virus_taxonomy.asp (дата обращения: 10.05.2016).

13. Juhl D., Steppat D., Gorg S., Henning H. Parvovirus infections and blood donors // Transfus. Med. Hemother. — 2014. — Vol. 41. — P. 52–59.

14. Weigel-Kelley K.A., Yoder M.C., Srivastava A. Recombinant human parvovirus B19 vectors: erythrocyte P antigen is necessary but not sufficient for successful transduction of human hematopoietic cells // J. Virol. — 2001. — Vol. 75, N 9. — P. 4110–4116.

15. Wong A., Tan K.H., Tee C.S., Yeo G.S.H. Seroprevalence of Cytomegalovirus, Toxoplasma and parvovirus in pregnancy // Singapore Med. J. — 2000. — N 4. — P. 151–155.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 613.693

Возможности компьютерной стабиллографии в оценке функционального состояния организма оператора авиакосмического профиля

БЛАГИНИН А.А., профессор, доктор медицинских наук, доктор психологических наук, полковник медицинской службы в отставке
КОТОВ О.В., летчик-космонавт РФ, доцент, полковник медицинской службы в отставке
ЖИЛЬЦОВА И.И., профессор
АННЕНКОВ О.А., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы
(bnn.oleg@yandex.ru)
СЫРОЕЖКИН Ф.А., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы

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

В целях совершенствования средств и методов повышения толерантности к вестибулярной нагрузке изучены возможности компьютерной стабиллографии в оценке функционального состояния операторов авиакосмического профиля. В исследовании приняли участие 84 человека. Действие статокINETических нагрузок на организм испытуемых моделировалось путем выполнения вестибулярной пробы отолитовая реакция-10. Для оценки функционального состояния организма применялись компьютерная стабиллография и анализ вариабельности сердечного ритма до и после выполнения вестибулярной пробы. Установлено, что показатели компьютерной стабиллографии позволяют достоверно определять динамику функционального состояния и статокINETической функции организма и могут быть применены при оценке эффективности вестибулярных тренировок операторов авиакосмического профиля.

К л ю ч е в ы е с л о в а: операторы авиакосмического профиля, функциональное состояние, вестибулярная тренировка, статокINETическая устойчивость, компьютерная стабиллография.

Blaginin A.A., Kotov O.V., Zhiltsova I.I., Annenkov O.A., Syroezhkin F.A. – Possibilities of computer stabilography as a part of evaluation of functional state of aerospace operator's organism. In order to improve the means and methods of tolerance increase to the vestibular load explored computer stabilography in assessing the functional state of the aerospace operator profile. 84 people attended the survey. Action statokinetic stress on the body of the subjects modelled by performing tests of vestibular otolith reaction 10. To evaluate the functional state of the organism used stabilography computer and heart rate variability analysis before and after vestibular tests. It was found that the performance of computer stabilography allow reliably determine the dynamics of the functional state and statokinetic functions of the body and can be used to assess the effectiveness of vestibular training operators aerospace profile.

К e y w o r d s: operator's aerospace profile, functional condition, vestibular training, statokinetic resistance, computer stabilography.

Оценка, прогнозирование и коррекция функционального состояния (ФС) организма летчиков и космонавтов являются главными направлениями авиационной и космической медицины, поскольку от этого во многом зависит обеспечение безопасности полетов и повышение эффективности профессиональной деятельности летного состава.

Основные научные представления о диагностике ФС были сформулированы еще во второй половине XX в. [3, 6]. Залогом их успешной реализации является постоянное техническое совершенствование методов оценки ФС и его коррекции.

Одним из перспективных решений этой задачи является внедрение в прак-



реабилитации пациентов с вестибулярным дефицитом, показана возможность использования технологий, основанных на эффекте сенсорного замещения и индукции нейромодуляции в центрах головного мозга, связанных с вестибулярными ядрами. Показана эффективность реабилитации пациентов с вестибулярными нарушениями различного генеза, заключающейся в вестибулярной тренировке по поддержанию вертикального положения тела вне зрительного контроля в условиях электротактильного раз-

дражения рецепторов языка, вызывающей, в конечном счете, эффект нейромодуляции в области структур ЦНС, связанных со стабилизацией равновесия [2, 9].

Таким образом, своевременное выявление признаков перенапряжения функционального состояния организма у лиц летного труда и применение средств, повышающих толерантность к вестибулярной нагрузке, обеспечат более эффективное выполнение задач, связанных с работой в условиях воздействия неблагоприятных факторов полета.

Литература

1. Белевитин А.Б., Благинин В.Н., Жильцова И.И. и др. Компьютерная стабилотография в системе медико-физиологического обеспечения профессиональной деятельности авиационных специалистов // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. — 2010. — № 3 (31). — С. 108–111.
2. Вавилова А.А., Киреев П.В., Сыроежкин Ф.А. и др. Использование метода транслингвальной стимуляции для уменьшения вестибулярной дисфункции у пациентов в ранние сроки после стапедопластики // Воен.-мед. журн. — 2014. — Т. 335, № 9. — С. 65–67.
3. Гурфинкель В.С., Кац Я.М., Шик М.Л. Регуляция позы человека. — М.: Наука, 1965. — 256 с.
4. Дзяк Л.А., Цуркаленко Е.С. Нейропластичность и вестибулярная дисфункция // Междунар. неврол. журн. — 2006. — № 10. — С. 24–26.
5. Жильцова И.И. Компьютерная стабилотография как метод оценки функциональ-

ного состояния военнослужащих // Мор. мед. журн. — 2002. — № 3–4. — С. 26–29.

6. Парин В.В., Бабский Е.Б. Физиология, медицина и технический прогресс. — М.: Наука, 1965. — 210 с.

7. Скворцов Д.В. Клинический анализ движений. Стабилометрия. — М.: НМФ «МБН», 2000. — 188 с.

8. Слива С.С., Кондратьев И.В., Слива А.С. Отечественная компьютерная стабилотография: состояние, проблемы и перспективы / Материалы Всероссийской научно-технической конференции «Медицинские информационные системы». — Таганрог, 2008. — С. 98–101.

9. Danilov Y.P., Tyler M.E., Skinner K.L. et al. Efficacy of electrotactile vestibular substitution in patients with peripheral and central vestibular loss // J. Vestib. Res. — 2007. — V. 17. — P. 119–130.

10. Lacour M. Restoration of vestibular function: basic aspects and practical advances for rehabilitation // Curr. Med. Res. Opin. — 2006. — V. 22. — P. 1651–1659.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

4 июля на базе Главного военно-морского госпиталя Балтийского флота представителями Главного военно-медицинского управления МО РФ проведена встреча с представителями общероссийских организаций ветеранов Вооруженных Сил РФ в Калининградской области.

Участники мероприятия заслушали доклад начальника 2-го управления (санаторно-курортного лечения и организации активного отдыха) ГВМУ МО РФ **Д.В.Тришкина** «Организация санаторно-курортного лечения в Вооруженных Силах».

До представителей ветеранских организаций доведены преимущества действующей системы распределения путевок в здравницы военного ведомства, приведены статистические данные, подтверждающие эффективность ее функционирования, обозначены пути дальнейшего развития санаторно-курортного комплекса.

В ходе дискуссии представителями комитета Союза участников Великой Отечественной войны и ветеранов Военно-морского флота Калининградской области высказаны предложения по совершенствованию организации санаторно-курортного лечения в МО РФ.

По результатам встречи участники пришли к выводу, что сложившаяся в МО РФ система обеспечения санаторно-курортным лечением позволяет военнослужащим, военным пенсионерам и членам их семей в полном объеме реализовать гарантированное им право на лечение и отдых.

Управление пресс-службы и информации Министерства обороны РФ, 5 июля 2016 г.
http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12089144@egNews



Проблема девиантного поведения военнослужащих (по материалам судебно-психиатрических экспертиз)

ЛОГИНОВ Ю.Е., полковник медицинской службы запаса¹
ПИНЧУК П.В., заслуженный работник здравоохранения РФ, доктор медицинских наук,
полковник медицинской службы запаса (pinchuk1967@mail.ru)¹
ПЕРСТНЕВ С.В., доцент, полковник медицинской службы запаса²

¹111-й Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ, Москва; ²Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Для раннего выявления и профилактики у военнослужащих девиантного (антисоциального) поведения, влекущего совершение различного рода противоправных поступков и уголовно наказуемых деяний, необходимо совершенствование профессионально-психологического отбора и активного, наряду с медицинскими специалистами психиатрического профиля, включения в диагностическую деятельность клинических психологов. В статье рассмотрены проблемные вопросы установления причинных факторов в формировании, реализации и последствий девиантных форм поведения среди военнослужащих ВС РФ. Предложен один из возможных вариантов экспертного решения данной проблемы по аналогии с судебно-психиатрической экспертной практикой.

К л ю ч е в ы е с л о в а: девиантное поведение, делинквентное поведение, воинские и уголовные преступления, психологические особенности личности, совершенствование профессионально-психологического отбора, экспертные заключения.

Loginov Yu.E., Pinchuk P.V., Perstnev S.V. – Problem of deviant behaviour among military personnel (on materials of forensic psychiatric examination). For early detection of deviant behaviour among servicemen and its prevention of entailing the commission of various kinds of illegal acts and criminal acts, necessary to improve the professional and psychological selection and active, along with medical professionals mental health, inclusion in the diagnostic activity of clinical psychologists. The article deals with the problematic issues of establishing the causal factors in the development, implementation and consequences of deviant behaviour among the RF Armed Forces. One of the possible variants of the expert solution of this problem on the analogy of forensic psychiatric expert practice is given.

К е у о р д s: deviant behaviour, delinquent behaviour, and military criminal offenses, the psychological characteristics of the individual, improving the professional and psychological selection, expert advice.

Проблема девиантного поведения среди определенных групп населения имеет общенациональное значение. Одним из ее аспектов является риск совершения лицами с девиантным (антисоциальным) поведением различного рода правонарушений в форме преступлений и антиобщественных проступков. Практика правоохранительной деятельности показывает, что преступность не является исключением и в *Вооруженных Силах Российской Федерации* (ВС РФ). Актуальность данной статьи состоит в попытке вычленения ряда причинных факторов в формировании, реализации и последствиях девиантных форм поведения среди военнослужащих ВС РФ.

Под термином «девиантное поведение» подразумеваются действия индивида, не соответствующие социально установленным нормам поведения, в т. ч. уголовно наказуемым. Исходным для понимания девиантного поведения служит понятие социальной или правовой нормы, которая понимается как предел, мера допустимого (дозволенного или обязательного) в поведении или деятельности. Исходя из этого, индивид осуществляет собственный социально-правовой выбор в пользу достижения своей цели, реализуемый в ряде случаев с использованием противозаконных методов в виде правонарушений либо преступлений. К причинам антисоциального поведения



шему К. дважды проводились комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы, в т. ч. стационарного профиля, по результатам которых он признавался психически здоровым. Экспертом-психологом в рамках комплексного исследования отмечались у К. «отсутствие осторожности в поступках и шепетильности в вопросах морали, слабая идентификация (отождествление) собственной личности с окружающими людьми, сниженная способность к сопереживанию, циничный взгляд на жизненные ценности».

Приведенный экспертный случай еще раз подводит к необходимости рассмотрения сложной проблемы идентификации промежуточных форм между психическим здоровьем и болезнью, сформулированной академиком В.Я.Семке [6]. На практике речь идет о наличии двух границ, зачастую оказывающихся неустойчивыми и неопределенными. Отграничение нормы от патологии, здоровья от болезни должно основываться на мультидисциплинарных критериях (социальных, психологических, психиатрических). Для их разработки требуются совершенствование диагностических подходов к установлению склонности к девиантному поведению, формирование дополнительных экспертных критериев годности к военной службе применительно к пограничным психическим расстройствам и отдельно — к индивидуально-характерологическим особенностям лиц, подлежащих призыву и проходящих военную службу. Разработка последнего критерия требует конструктивной ревизии системы и методологии работы военных психологов и специалистов профессионально-психологического отбора.

По нашему мнению, одним из возможных подходов к разрешению пробле-

мы профилактики девиантного поведения военнослужащих, не имеющих психической патологии, но обладающих склонностью к правонарушениям, может служить алгоритм судебно-психиатрической экспертной практики. Так, при проведении комплексных судебных психолого-психиатрических исследований эксперт-психиатр и эксперт-психолог, согласно Уголовно-процессуальному кодексу Российской Федерации, наделены едиными процессуальными правами. В ряде случаев заключение эксперта-психолога является равным в установлении степени вменяемости (невменяемости) обследуемого лица.

Применительно к проблеме девиантного поведения у психически здоровых военнослужащих, имеющих устойчивую склонность к делинквентности (совершение проступков, не являющихся уголовным преступлением), может быть целесообразным включение в постановление Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» отдельной статьи об ограниченной годности данной категории военнослужащих, базирующейся на этапных выводах специалистов профессионально-психологического отбора. Подобная практика успешно зарекомендовала себя в деятельности армейских клинических психологов зарубежных армий (США, Великобритания, ФРГ). Вместе с тем необходимо отметить, что обоснованной и апробированной методологии, позволяющей оценить склонность к девиантному поведению, на сегодняшний день не существует. Работа над ней только началась, и остается надеяться, что она приведет к положительному результату.

Литература

1. Змановская Е.В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения: Учебное пособие для студентов вузов. — 2 изд., исправл. — М.: Академия, 2004. — 288 с.
2. Майсак Н.В. Матрица социальных девиаций: классификация типов и видов девиантного поведения // Современные проблемы науки и образования. — 2010. — № 4. — С. 78–86.
3. Отчеты о судебно-экспертной деятельности Федерального государственного казенного учреждения «111 Главный государственный центр судебно-медицинских и кримина-

листических экспертиз» Минобороны России за 2000–2015 гг., ф. 10/МЕД.

4. Павленок П.Д. Основы социальной работы: Учебное пособие. — М., 1998. — 270 с.

5. Патаки Ф. Некоторые проблемы отклоняющегося (девиантного) поведения // Психологический журнал. — 1987. — Т. 8, № 4. — С. 92–102.

6. Семке В.Я. Исследовательские подходы к классификации пограничных и аддиктивных расстройств. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2012. — № 2. — URL: <http://medpsy.ru>

7. Социальные отклонения. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Юрид. лит., 1989. — 275 с.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 355.0:355.41(510)

Медицинская служба вооруженных сил Китайской Народной Республики

*АЛЕЙНИКОВ С.И., полковник 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

В настоящей статье дается краткая характеристика современного состояния медицинской службы вооруженных сил Китайской Народной Республики. Публикация подготовлена на основе изучения свободно доступных зарубежных источников. Вначале приводятся общие сведения о Китайской Народной Республике, ее вооруженных силах и их медицинской службе. Далее 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 и подготовка медицинских кадров.

К л ю ч е в ы е с л о в а: военная медицина, военно-медицинская служба, Китай, Китайская Народная Республика.

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

К е у о р д s: China, medical service, military medicine, People's Republic of China.

Настоящая статья¹ дает краткую характеристику современного состояния медицинской службы вооруженных сил *Китайской Народной Республики* (КНР) на основе изучения свободно доступных зарубежных источников. Заключаящий публикацию список использо-

ванных 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 английские названия, приводимые в сносках при первом употреблении термина, существенно облегчают самостоятельный информационный поиск по ключевому слову.

¹ Седьмая 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: Воен.-мед. журн. – 2014. – Т. 335, № 9; 2015. – Т. 336, № 1, 6, 8; 2016. – Т. 337, № 1, 6.

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



Под эгидой НОАК издается более 150 журналов, среди которых немало изданий военно-медицинского профиля. Наиболее известные: *Медицинский журнал НОАК*²⁷, *Журнал медицинских колледжей НОАК*²⁸, *Академический журнал Второго военно-медицинского университета*²⁹, *Китайский журнал травматологии*³⁰, *Военно-медицинский журнал Южного Китая*³¹, *Академический журнал последипломного медицинского образования НОАК*³².

В конце 2014 г. начал выходить журнал *Военно-медицинские исследования*³³. Особенности издания: ориентация на широкую международную аудиторию, английский язык, интернет-доступ к пол-

нотекстовым публикациям, подавляющее большинство статей свободно доступны с момента размещения в сети.

Подготовка кадров медицинской службы

Подготовкой кадров медицинской службы НОАК занимаются три военно-медицинских университета: *Второй*³⁴ *военно-медицинский университет*³⁵, г. Шанхай, помимо факультетов подготовки врачей, известен как учреждение последипломного образования, *Третий военно-медицинский университет*³⁶, г. Чунцин, *Четвертый военно-медицинский университет*³⁷, г. Сиань, известен факультетами подготовки врачей авиационно-космического [17] и биоинженерного [18] профилей. Подготовкой врачей и последипломным образованием занимается также *Главный госпиталь НОАК*³⁸ в Пекине [8].

²⁷ *Medical Journal of Chinese People's Liberation Army*, URL: <http://www.plamj.org/index.php/plamj>

²⁸ *Journal of Medical Colleges of PLA*, URL: <http://www.journals.elsevier.com/journal-of-medical-colleges-of-pla>

²⁹ *Academic Journal of Second Military Medical University*, URL: <http://www.ajsmmu.cn/ajsmmu/en/ch/index.aspx>

³⁰ *Chinese Journal of Traumatology*, URL: <http://www.journals.elsevier.com/chinese-journal-of-traumatology-english-edition/>, издается Исследовательским институтом хирургии Третьего военно-медицинского университета.

³¹ *Military Medical Journal of South China*, URL: <http://www.oriprobe.com/journals/hngfyxzz.html>

³² *Academic Journal of PLA Postgraduate Medical School*, URL: <http://www.oriprobe.com/journals/jyxxxyb.html>

³³ *Military Medical Research*, URL: <http://www.mmjournal.org/>

³⁴ Первый военно-медицинский ун-т в 2004 г. был передан гражданскому здравоохранению и сейчас называется «Южный медицинский университет» (Southern Medical University).

³⁵ *Second Military Medical University*, URL: <http://www.smmu.edu.cn/main.htm#> (на момент обращения, 03–05.06.2016, англоязычная версия сайта была недоступна).

³⁶ *Third Military Medical University*, URL: <http://www.tmmu.edu.cn/> (на момент обращения, 03–05.06.2016, сайт был недоступен).

³⁷ *Fourth Military Medical University*, URL: <http://en.fmmu.edu.cn/>

³⁸ *PLA General Hospital*, широко известен также как *301-й военный госпиталь* (301 Military Hospital), URL: <http://www.301hospital.com.cn/en2012/web/index.html>

Литература

1. 23rd Chinese naval escort taskforce leaves for mission // Ministry of National Defense of the People's Republic of China. 08 April 2016. URL: http://eng.mod.gov.cn/TopNews/2016-04/08/content_4648804.htm (дата обращения: 05.06.2016).

2. Central Military Commission of Communist Party of China // Ministry of National Defense of the People's Republic of China. URL: <http://eng.mod.gov.cn/Database/Leadership/index.htm> (дата обращения: 05.06.2016).

3. China // Wikipedia. URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/China> (дата обращения: 05.06.2016).

4. China to set up 8000 permanent troops for UN peacekeeping: Xi // Ministry of National Defense of the People's Republic of China. 28 September 2015. URL: http://eng.mod.gov.cn/DefenseNews/2015-09/28/content_4622569.htm (дата обращения: 05.06.2016).

5. Chinese ambassador to Lebanon visits Chinese peacekeeping troops // Ministry of National Defense of the People's Republic of China. 24 February 2016. URL: http://eng.mod.gov.cn/DefenseNews/2016-02/24/content_4644614.htm (дата обращения: 05.06.2016).

6. Chinese peacekeepers to Liberia win UN peace medals // Ministry of National Defense of the People's Republic of China. 09 May 2016. URL: http://eng.mod.gov.cn/DefenseNews/2016-05/09/content_4655073.htm (дата обращения: 29.05.2016).

7. Chinese peacekeeping medical detachment to Congo passes UN examination // Ministry of National Defense of the People's Republic of China. 22 January 2016. URL: <http://eng.mod.gov.cn/DefenseNews/2016-01/22/>



content_4637215.htm (дата обращения: 05.06.2016).

8. Education // URL: <http://www.301hospital.com.cn/en2012/web/education.html> (дата обращения: 05.06.2016).

9. False-positive 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography in a patient with metallic implants following chondrosarcoma resection / Zhou P. U. et al. // Mol Clin Oncol. 2016. Vol. 4, No 5. P. 830–832. PDF. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4840771/pdf/mco-04-05-0830.pdf> (дата обращения: 05.06.2016).

10. First echelon of 4th Chinese peacekeeping force to Mali leaves for mission // Ministry of National Defense of the People's Republic of China. 19 May 2016. URL: http://eng.mod.gov.cn/DefenseNews/2016-05/19/content_4661073.htm (дата обращения: 29.05.2016).

11. Fu X.-B. Military medicine in China: old topic, new concept // Mil Med Res. 2014. Vol 1, N 1. 5 p. PDF. URL: http://download.springer.com/static/pdf/659/art%253A10.1186%252F2054-9369-1-2.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fmmrjournal.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F2054-9369-1-2&token2=exp=1464079257~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F659%2Fart%25253A10.1186%25252F2054-9369-1-2.pdf*~hmac=043ea4d7587d784632b261837158e734977da706b106846ed47464de4e4569c0 (дата обращения: 05.06.2016).

12. MND holds press conference on CMC organ reshuffle // Ministry of National Defense of the People's Republic of China. URL: http://eng.mod.gov.cn/Press/2016-01/12/content_4636293.htm (дата обращения: 24.05.2016).

13. New rule targets military corruption // Ministry of National Defense of the People's Republic of China. 09 May 2016. URL: http://eng.mod.gov.cn/Opinion/2016-05/09/content_4654692.htm (дата обращения: 05.06.2016).

14. People's Liberation Army // Wikipedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/People's_Liberation_Army (дата обращения: 05.06.2016).

15. Primary Uterine Peripheral T-cell Lymphoma: A Case Report of MRI and 18F-FDG PET/CT Findings / Gong J. et al. // Medicine (Baltimore). 2016. Vol 95, No 17. Art e3532. 4 p. PDF. URL: http://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2016/04260/Primary_

Uterine_Peripheral_T_cell_Lymphoma__A_Case.51.aspx (дата обращения: 05.06.2016).

16. PubMed. URL: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%28military\[Affiliation\]%29%20AND%20china\[Affiliation\]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%28military[Affiliation]%29%20AND%20china[Affiliation]). (дата обращения: 05.06.2016).

17. School of Aerospace Medicine // Fourth Military Medical University. URL: <http://en.fmmu.edu.cn/scdp/hyx.htm> (дата обращения: 05.06.2016).

18. School of Biomedical Engineering // Fourth Military Medical University. URL: <http://en.fmmu.edu.cn/scdp/ygx.htm> (дата обращения: 05.06.2016).

19. Spokesperson: PLA's theater commands adjustment & establishment accomplished // Ministry of National Defense of the People's Republic of China. 02 Feb 2016. URL: http://eng.mod.gov.cn/DefenseNews/2016-02/02/content_4639118.htm (дата обращения: 05.06.2016).

20. The Plasticity of Brain Gray Matter and White Matter following Lower Limb Amputation / Jiang G. et al. // Neural Plasticity. 2015. Art 823185. 10 p. PDF. URL: <http://www.hindawi.com/journals/np/2015/823185/> (дата обращения: 05.06.2016).

21. Type 054A frigate // Wikipedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Type_054A_frigate (дата обращения: 05.06.2016).

22. Type 920 hospital ship // Wikipedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Type_920_hospital_ship (дата обращения: 05.06.2016).

23. U.S. military observers visit Chinese peacekeeping infantry battalion in South Sudan // Ministry of National Defense of the People's Republic of China. 22 March 2016. URL: http://eng.mod.gov.cn/DefenseNews/2016-03/22/content_4647228.htm (дата обращения: 05.06.2016).

24. UN exhibition showcases Chinese contributions to peacekeeping over 25 years // Ministry of National Defense of the People's Republic of China. 10 November 2015. URL: http://eng.mod.gov.cn/DefenseNews/2015-11/10/content_4628145.htm (дата обращения: 05.06.2016).

25. Woodhead M. Military hospitals in China: unaccountable and a law to themselves // URL: <http://www.chinesemedicalnews.com/2015/04/military-hospitals-in-china.html> (дата обращения: 05.06.2016).

Геномика и военная медицина

Журнал *Геномная медицина*¹ опубликовал статью группы военных и академических исследователей США, посвященную современному состоянию и перспективам применения геномики в военной медицине². В настоящее время генетические исследования в вооруженных силах США проводятся в следующих трех направлениях. Все вновь поступающие на военную службу: (1) сдают биологический матери-

¹ *Genomic medicine*, отраслевое приложение семейства известного журнала *Nature*.

² Genomic medicine in the military: Perspective / Castro M.D. et al. // *Genomic Medicine*. – 2016. – N 1. – Art. 15008. – 4 p. PDF. URL: https://www.researchgate.net/profile/Christopher_Bradburne/publication/290478768_Genomic_medicine_in_the_military/links/569d2a0008ae950bd7a667be.pdf (дата обращения: 09.07.2016).



КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

© С.И.СУШИЛЬНИКОВ, 2016
УДК 614.882 «1941–1945»

Сушильников С.И. (sushilnikoff@mail.ru) — Об эвакуации раненых и больных воздушным транспортом в годы Великой Отечественной войны.

Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва

Раскрыта организация эвакуации раненых и больных по воздуху в различные периоды Великой Отечественной войны. Представлены данные по организации и объему эвакуации санитарным воздушным транспортом и транспортной авиацией в отдельных фронтовых операциях, типам самолетов санитарной авиации и их использованию.

К л ю ч е в ы е с л о в а: лечебно-эвакуационные мероприятия, медицинская эвакуация, санитарная авиация, транспортная авиация.

Sushilnikov S.I.— About airevacuation of the wounded and sick during the Great Patriotic War. Explored the topic on organizing evacuation of the wounded and sick by air at different periods of the Great Patriotic War. The data on the organization and scope of sanitary evacuation and air transport aircraft in separate front-line operations, the types of aircraft air ambulance and their use.

К e y w o r d s: medical-evacuation activities, medical evacuation, sanitary aviation, transport aviation.

«Санитарная авиация, впервые примененная для эвакуации раненых в больших размерах в масштабе боевых действий армейской группы, оказалась наиболее щадящим видом санитарного транспорта. Ее влияние на организацию системы этапного лечения с эвакуацией по назначению исключительно велико», — писал в 1979 г. выдающийся отечественный организатор военного и гражданского здравоохранения Е.И.Смирнов.

Бурное развитие санитарной авиации в стране за период, предшествовавший *Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.*, в последующем определило ее широкое использование для медицинской эвакуации в годы войны. В этот период создаются различные типы санитарных самолетов, санитарная авиация значительно выросла количественно и к началу войны медицинская служба уже имела около 350 самолетов санитарной авиации различных типов: С-1, С-2, С-3, К-3, К-5, ПС-84 (см. рисунок). Имелся практический опыт использования санитарной авиации в условиях вооруженного конфликта. Так, в ходе Советско-финляндской войны зимой 1940 г. самолетами указанных типов было эвакуировано до 12 тыс. раненых и больных.

Первый период войны (июнь 1941 — октябрь 1942 г.) характеризовался быстрой сменой обстановки, преимущественно отступлением Красной армии. Массовое количество раненых затрудняло возможность маневрирования силами и средствами медицинской службы.

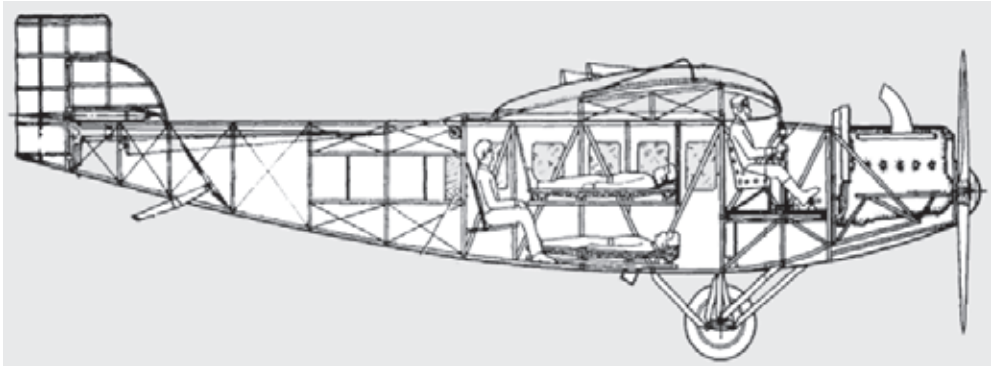
Возникла необходимость быстрой эвакуации раненых с передовых этапов медицинской эвакуации. Вблизи районов развертывания медико-санитарных батальонов

оборудовались посадочные полосы. Раненые, получившие медицинскую помощь, направлялись в эвакуационное отделение, расположенное рядом со взлетной полосой. Отсюда эвакуация в основном велась в госпитальные базы фронта, рядом с которыми базировались санитарные авиационные эскадрильи или полки. На площадке выгрузки работал медицинский персонал ближайших госпиталей, там же сосредоточивался автомобильный транспорт для доставки раненых в госпитали.

В этот период наиболее интенсивной была работа санитарной, а также военно-транспортной авиации Ленинградского и Калининского фронтов. К примеру, из блокадного Ленинграда 37% всех эвакуированных были транспортированы самолетами, обратными рейсами транспортной авиации из города были эвакуированы 53 тыс. ленинградцев и более 9 тыс. раненых.

На Калининском фронте также активно работала санитарная авиация: с ноября 1941 по июнь 1942 г. было эвакуировано 3943 тяжело раненых и тяжело больных. Доставлено 4818 л консервированной крови, 63,6 т медицинского имущества и более 95 т других грузов.

Успешное проведение крупных наступательных операций Красной армии во *второй период* войны (ноябрь 1942—декабрь 1943 г.) позволило в более благоприятных условиях осуществлять санитарную эвакуацию. Главным образом авиамедицинская эвакуация в этот период велась «по назначению». Эвакуации в первую очередь подлежали контингенты раненых, нуждавшихся в специализированной помощи — нейро-



Компоновочная схема санитарного самолета К-3 (конструкции К.Калинина)

хирургической, челюстно-лицевой, торакоабдоминальной и травматологической.

К ноябрю 1943 г. были сформированы санитарные авиационные полки, оснащенные самолетами типа С-2, С-4. Командир полка подчинялся непосредственно начальнику Военно-санитарного управления фронта, а по специальности — командующему воздушной армией.

В районах размещения большинства этапов медицинской эвакуации, между которыми курсировали санитарные самолеты, имелись подготовленные посадочные площадки. Работа авиации планировалась заранее, эвакуация раненых и больных проводилась по заявкам санитарных управлений армий. Самолеты также выполняли доставку медицинского имущества и продовольствия. Командир эскадрильи (полка) устанавливал связь с начальником санитарного отдела армии, уточнял места расположения посадочных площадок и вероятное количество раненых, требующих эвакуации.

Авиационный транспорт успешно применялся при обороне Кавказа осенью 1942 г. Так, занимавшая позиции на Марухском и Клухорском перевалах 394-я стрелковая дивизия получала материальные средства по воздуху. За период с сентября 1942 по февраль 1943 г. в дивизию самолетами доставлено более 5 т различных грузов, в т. ч. медицинское имущество, а обратными рейсами было эвакуировано до 7 тыс. раненых.

Значительный опыт в организации массовой эвакуации раненых и больных был получен санитарной авиацией в период Курской наступательной операции. В ходе подготовительного периода к операции из Курска было транспортировано по воздуху в район Ельца около 16 тыс. раненых, а в ходе самой операции — более 20 тыс. раненых и больных.

В *третий период* войны (январь 1944–1945 г.) для обстановки на фронте были ха-

рактерны «крылья», «коридоры», окруженные и изолированные узлы и районы сопротивления противника. Наступление наших войск часто сопровождалось действиями в тылу врага. На участках, где проходимость дорог была резко снижена для автомобильного и гужевого транспорта, напряженно работала санитарная авиация.

Малые санитарные самолеты типа С-1, С-2, С-3, не требовавшие подготовленных аэродромов, использовались в основном для эвакуации раненых из дивизионных медицинских пунктов и полевых подвижных госпиталей в лечебные учреждения армейского и фронтового тыла. Средние и большие самолеты (Ли-2, Ще-2) эвакуировали раненых и больных из лечебных учреждений армейского и фронтового тыла в глубь страны.

В *третий период* войны объем эвакуации в госпитальные базы фронтов по сравнению со вторым увеличился, а в лечебные учреждения внутреннего района страны — сократился. Так, объем эвакуации из армий в госпитальные базы фронтов составил в 1944 г. 133%, а за пределы фронтов — 66% по сравнению с 1943 г. В период проведения Кировоградской, Корсунь-Шевченковской и Уманской операций в январе–апреле 1944 г. в результате стремительного продвижения войск 2-го Украинского фронта последние оторвались от железнодорожных коммуникаций, а весенняя распутица сделала дороги практически непроходимыми. За этот период авиационным транспортом в лечебные учреждения фронта было эвакуировано 1750 раненых и больных. В этот же период Главное военно-санитарное управление Красной армии организовало переброску на транспортных самолетах 6 госпиталей на 2700 коек.

В ходе Белорусской наступательной операции вспомогательной авиацией воздушной армии за июль–август 1944 г. было эвакуировано до 5 тыс. раненых и больных и перевезено более 95 т различных грузов.



В период боевых действий на Дальнем Востоке в 1945 г. глубина фронта во время Маньчжурской операции составляла 500–800 км, а протяженность достигала 5 тыс. км. Горно-лесистая, пустынная местность и плохие дороги приводили к отставанию медицинских подразделений от наступающих войск. Медико-санитарные батальоны делились на две, а иногда и на три части. В ряде случаев полевые подвижные госпитали приходилось доставлять по воздуху. На Забайкальском фронте за всю операцию с помощью авиации было эвакуировано из дивизионных медицинских пунктов и армейских госпиталей до 50% раненых и больных, причем наилучшие результаты получены при совместном использовании «легких» и «тяжелых» самолетов. Малые санитарные самолеты перевозили раненых на расстояния до 250

км в госпитальные базы армии и фронта, а самолетами Ли-2 раненых доставляли в тыл страны на расстояния свыше 600 км.

Особенно отчетливо проявилась необходимость практического использования средств медицинской эвакуации, в т. ч. воздушных. К концу войны медицинская служба имела четкие представления о том, кого, куда и каким транспортом нужно эвакуировать. Была создана стройная система наращивания сил и средств медицинской службы, включая и санитарную авиацию. Доля раненых и больных, эвакуированных по воздуху в годы войны, составила 13% общего количества эвакуированных всеми видами транспорта. Накопленный медицинской службой опыт в годы Великой Отечественной войны послужил базой для дальнейшего развития санитарной авиации в стране и Вооруженных Силах.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 616.613-003.7-031.5-08

Чернышев И.В. (ivchernyshev@fgu-obp.ru)¹, **Коридзе А.Д.** (koridze63@mail.ru)², **Керницкий А.И.** (doctor1963@mail.ru)², **Швангирадзе И.А.** (takochi@list.ru)² – Выбор оптимальной тактики лечения двустороннего коралловидного нефролитиаза.

¹Объединенная больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва; ²Филиал № 1 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Проведено сравнение результатов хирургического лечения 115 пациентов с билатеральным коралловидным нефролитиазом. По послеоперационным результатам и длительности госпитализации лучшие результаты отмечены при перкутанной нефролитотомии. Максимальное количество случаев удаления коралловидного фрагмента полностью достигалось при открытых оперативных вмешательствах, однако при этом длительность госпитализации гораздо больше, чем при перкутанных и комбинированных операциях, остается высоким риск развития осложнений.

К л ю ч е в ы е с л о в а: коралловидный нефролитиаз, перкутанная нефролитотомия, тактика лечения, качество жизни.

Chernyshev I.V., Koridze A.D., Kernitskii A.I., Shvangiradze I.A. – Selection of optimal treatment tactics for bilateral dendritic nephrolithiasis. A comparison of the results of surgical treatment of 115 patients with bilateral dendritic nephrolithiasis is performed. According to postoperative results and hospitalization duration the best results were achieved in case of percutaneous nephrolithocentesis. The maximum number of cases complete removal of dendritic fragment was achieved by the open surgery, but hospitalisation lasts more than by percutaneous and combined surgery, high risk of developing complications remains.

К е у w o r d s: bilateral dendritic nephrolithiasis percutaneous nephrolithocentesis, treatment tactics, quality of life.

Наиболее сложной формой мочекаменной болезни является *коралловидный нефролитиаз* (КН). Двусторонний КН характеризуется прогрессирующим нарушением анатомии и функционального состояния почек и мочевыводящих путей с переходом в хроническую почечную недостаточность. Выбор наиболее эффективного вида оперативного вмешательства при КН, тактики оперативного лечения у пациентов с двусторонними коралловидными камнями почек остается одной из самых сложных задач для клинициста.

В период 2010–2013 гг. изучены клинические данные 115 больных с двусторонним КН в возрасте свыше 18 лет, в т. ч. женщин – 63,5% ($n=73$), мужчин – 36,5% ($n=42$). Критериями исключения послужили гнойный пиелонефрит, реконструктивные операции на органах мочевыводительной системы в анамнезе. Имели 1-ю степень КН 16 (14%) пациентов, 37 (32%) – 2-ю, 39 (34%) – 3-ю и 23 (20%) пациента – 4-ю. Анализировались исходы хирургического вмешательства, длительность лечения, интра- и ближайшие опера-



ционные, а также отдаленные осложнения, качество жизни пациентов до и после лечения.

Исследование выполнялось в 3 этапа. На первом этапе больным с двусторонним КН 1–2 степени выполнено перкутанное оперативное вмешательство. Интраоперационная эффективность составила 60,4%, кровопотеря – в среднем $114,5 \pm 71,9$ мл. У 9,4% ($n=5$) больных отмечено интраоперационное кровотечение, которое во всех случаях было остановлено консервативно с помощью гемостатической терапии. Гемотрансфузия проведена 1,9% ($n=1$) пациентов. Еще у 1,9% ($n=1$) был диагностирован отрыв мочеточника, что потребовало хирургической конверсии, ревизии забрюшинного пространства и экстренной нефроуретерэктомии. У 5,7% ($n=3$) больных возникла перфорация чашечно-лоханочной системы, потребовавшая на этапе завершения операции установки дополнительного дренажа в виде внутреннего стента.

В послеоперационный период длительность госпитализации составила в среднем $19,5 \pm 2,6$ дня. После первой операции по поводу КН 1–2 степени у 7,5% ($n=4$) пациентов возникло кровотечение (после второй – у 11,7%), остановленное консервативно, у 13,5% ($n=7$) диагностировано обострение хронического пиелонефрита (после второй – у 10%). У 1 больного развилась пневмония. На момент выписки из стационара у 60,3% больных было достигнуто полное избавление от конкрементов. Через 3 мес после выписки с помощью дополнительных методов лечения (дистанционная литотрипсия) клиническая эффективность достигла 93%.

Объем интраоперационной кровопотери при открытой операции в среднем составил $289,5 \pm 81,1$ мл, что в 2,57 раза превышало показатель при перкутанной нефролитолапаксии – $112,5 \pm 26,2$ мл ($p=0,001$). Значимых различий в частоте развития интраоперационных кровотечений с перкутанным вмешательством не отмечено (19,8 и 28% соответственно, $p=0,597$). Количество нефрэктомий по экстренным показаниям в ближайший послеоперационный период при открытом вмешательстве было в 2,96 раза выше, чем при перкутанном (8 и 2,7% соответственно).

Количество оперативных вмешательств, необходимых для полного удаления камня, в сравниваемых группах не различалось. Длительность госпитализации оказалась больше в 1,35 раза при открытых операциях по сравнению с перкутанными ($31 \pm 0,3$ и $23 \pm 1,35$ дня соответственно, $p<0,001$). На момент выписки из стационара полное избавление от конкрементов было выше в 5,43 раза у пациентов после перкутанной нефролитолапаксии, чем после открытого вмешательства, – 6

(16,2%) и 22 (88%) пациентов соответственно ($p<0,001$). Через 3 мес после выписки с помощью дополнительных методов лечения (дистанционная литотрипсия) показатели полного избавления от конкрементов в обеих группах сравнялись – 91,8 и 92% соответственно.

На втором этапе анализировался послеоперационный период после операции на второй почке. Больным с двусторонними КН 1–2 степени во всех случаях ($n=60$) была проведена перкутанная нефролитолапаксия. Интраоперационная эффективность при этом составила 56,7%, кровопотеря – в среднем $119,1 \pm 26,8$ мл.

Объем интраоперационной кровопотери при открытой операции в среднем был выше в 3,07 раза по сравнению с перкутанной ($327 \pm 56,85$ и $106,5 \pm 21$ мл соответственно, $p<0,001$), количество гемотрансфузий – меньше в 1,94 раза (17,2 и 33,3% соответственно). В послеоперационный период значимых различий в частоте развития послеоперационных осложнений при открытых и перкутанных вмешательствах не выявлено. Частота обострений пиелонефрита практически не отличалась – 22,2 и 20,7%. Обострений ХПН было больше в 4 раза при открытых вмешательствах (28 и 6,9%). Послеоперационная пневмония не зависела от типа вмешательства и развивалась у 5,6% больных при открытых и 6,9% – при перкутанных операциях. Нефрэктомия по экстренным показаниям в ближайший послеоперационный период выполнялась в 12 раз чаще у больных при открытом вмешательстве, чем при перкутанном (33,3 и 2,7% соответственно). Длительность госпитализации была в 1,3 раза больше при открытых операциях по сравнению с перкутанными (32 ± 5 и $24,5 \pm 4$ дня, $p<0,001$).

На момент выписки из стационара после второй операции при КН 3–4 степени полное избавление от конкрементов было в 4,84 раза чаще после открытого вмешательства по сравнению с перкутанным (83,3 и 17,2% соответственно, $p<0,001$). Через 3 мес с помощью дополнительных методов лечения (дистанционная литотрипсия) показатели сравнялись: 94,4% – при открытых операциях и 93,3% – при перкутанных. Установлено, что наибольшее значение для полной эффективности имеют степень КН и определяющие ее показатели – размер и форма камня.

На третьем этапе изучены отдаленные результаты лечения 100 (78,3%) пациентов по группам: 1-я группа – с обеих сторон КН 1–2 степени; 2-я группа – с обеих сторон КН 3–4 степени; 3-я группа – с одной стороны КН 1–2 степени, с другой – 3–4 степени. Длительность наблюдения составила от 3 мес до 1,5 г.



По результатам опросника САН лучшее психоэмоциональное состояние отмечено в 1-й группе, различия между 2-й и 3-й группами выражены меньше и статистически не значимы. В ближайший послеоперационный период самочувствие и активность во всех группах несколько снижаются, наблюдается незначительное повышение настроения. Значимых межгрупповых различий и различий между первым и вторым послеоперационными периодами не выявлено. Отдаленный послеоперационный период отличается заметным повышением оценки состояния пациентов по всем трем кластерам. Во всех группах отмечено значимое улучшение показателей качества жизни по сравнению с периодом до начала хирургического лечения.

Важным показателем качества жизни является уровень трудоспособности. Значимое уменьшение дней нетрудоспособности отмечается во всех группах: в 1-й – в 4 раза, во 2-й – в 3,5 и в 3-й – в 3 раза. До начала лечения число дней нетрудоспособности в 1-й группе в среднем было в 1,4 раза меньше, чем во 2-й или 3-й, – 64,7, 93,1 и 88,6 соответственно. В отдаленный послеоперационный период этот показатель в 1-й группе был в 1,6 раза ниже, чем во 2-й, и в 1,8 раза, чем в 3-й, – соответственно 15,9, 26,5 и 28,9 дня. В целом, по результатам теста САН, показатели качества жизни были достоверно выше в 1-й группе.

Результаты исследования показали, что при выборе очередности оперативного вмешательства предпочтение необходимо отдать почке с наибольшим размером камня, сильнее выраженным истончением паренхимы и

с большим дефицитом канальцевой секреции. Это обусловлено значительным снижением функциональной активности почек в послеоперационный период. Однако следует помнить, что выбор на первом этапе оперативного вмешательства и его стороны всегда индивидуален, т. к. зависит от многих факторов.

В результате применения разработанных подходов к терапии двустороннего КН в сочетании с дистанционной литотрипсией, проводимой в послеоперационный период, эффективность избавления от камней через 3 мес после операции составила: при КН 1–2 степени в обеих почках – 89,7%, КН 3–4 степени в обеих почках – 36,1%, КН 1–2 степени в одной почке и КН 3–4 ст. в другой – 76%. Примененная тактика лечения позволила не только добиться сохранения функций почек на дооперационном уровне, но и улучшить функционирование почек в отдаленный послеоперационный период: при КН 1–2 степени в обеих почках – на 15,3%, КН 3–4 степени в обеих почках – на 1,3%, КН 1–2 степени в одной почке и КН 3–4 степени в другой – на 8,3%. Улучшение качества жизни пациентов с двусторонним КН после лечения по результатам теста САН составило: при КН 1–2 степени в обеих почках – на 3,1 балла, КН 3–4 степени в обеих почках – на 3,7, КН 1–2 степени в одной почке и КН 3–4 степени в другой – на 3,6 балла. Применяемая методика лечения пациентов приводит к улучшению функционального состояния почек после оперативного вмешательства, что позволяет существенно уменьшить необходимость нефрэктомии.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 616.12-008.331.1-085.225.2

Чернавский С.В. (ChernavskiySV@mail.ru)¹, **Фурсов А.Н.**,¹ **Корчук Д.Р.**² – Опыт использования телмисартана в комбинации с амлодипином в лечении больных артериальной гипертензией.

¹Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва; ²МЧС МВД России по Московской области, Москва

Обследовано 39 больных: 28 мужчин и 11 женщин, с уровнем АД $166,9 \pm 11,2 / 97,4 \pm 3,1$ мм рт. ст. У всех пациентов определялись абдоминальное ожирение 2-й и 3-й степеней, а также нарушения липидного и углеводного обмена. Комбинированная фармакотерапия телмисартаном и амлодипином в сочетании с немедикаментозными методами лечения на протяжении 6 мес привела к достижению целевых уровней АД у 72,3% больных, способствовала уменьшению выраженности абдоминального ожирения на 5,2% и достоверно улучшила показатели углеводного и липидного обмена.

К л ю ч е в ы е с л о в а: артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, телмисартан, амлодипин.

Chernavskii S.V., Fursov A.N., Korchuk D.R. – Experience in the use of telmisartan in combination with amlodipine in the treatment of patients with arterial hypertension. 39 patients were examined: 28 men and 11 women with blood pressure level $166,9 \pm 11,2 / 97,4 \pm 3,1$ mm Hg. Art. In all patients defined abdominal obesity of 2nd and 3rd degree, as well as lipid and carbohydrate metabolism. A half year combined drug therapy with telmisartan and amlodipine in combination with non-drug treatments resulted in the achievement of target levels of blood pressure in 72,3% of cases, contributed to a decrease in the severity of abdominal obesity by 5,2% and significantly improved carbohydrate and lipid metabolism.

К е у в о р д с: hypertension, abdominal obesity, telmisartan, amlodipine.



Артериальная гипертензия (АГ) наиболее распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы. В Российской Федерации повышенное артериальное давление (АД) диагностируется у 40% трудоспособного населения. В начале XXI в. широкую распространенность получило сочетание АГ с метаболическими нарушениями и, в частности, с абдоминальным ожирением (АО). При этом подобное сочетание существенно увеличивает у больных степень сердечно-сосудистого риска.

Первоочередной задачей на сегодняшний день является не только манометрически снизить уровень АД, выраженность субклинического поражения «органов-мишеней», но и существенно уменьшить риск развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Комбинация блокаторов рецепторов к ангиотензину II (БРА) и дигидропиридиновых антагонистов кальциевых каналов (АКК) общеизвестна, а при наличии высокого и очень высокого риска развития ССО у больных АГ и АО является наиболее предпочтительной. «Класс-эффекты» БРА также общеизвестны, однако телмисартан уникален благоприятным метаболическим влиянием у пациентов с АГ и АО, в то же время АКК обладают антиатерогенными эффектами, метаболически нейтральны. Оценка эффективности комбинации БРА и АКК у больных с АГ и метаболическими нарушениями представляет несомненно научный и практический интерес.

Цель исследования

Оценка эффективности комбинированной терапии БРА телмисартана и АКК амлодипина (Твинста) в дозе 10/80 мг в сочетании с немедикаментозными мероприятиями на течение АГ у больных с АО.

Материал и методы

Обследовано 39 больных: 28 мужчин и 11 женщин, средний возраст которых составил $55,6 \pm 3,0$ года, длительность АГ была $8,9 \pm 1,3$ года. У всех пациентов определялась АО 2 и 3-й степеней, а также нарушения липидного и углеводного обмена. Характеристика обследованных лиц представлена в табл. 1.

Всем больным был назначен прием препарата «Твинста» в суточной дозе 10/80 мг. Помимо проводимого лечения, была рекомендована немедикаментозная терапия, направленная на снижение массы тела, нормализацию показателей углеводного и липидного обмена, включавшая соблюдение гипокалорийной диеты, отказ от вредных привычек, а также повышение физической активности.

Диетические мероприятия предусматривали 3-кратный прием комбинированной пищи, энергетическая ценность которой составляла примерно 1200–1500 ккал/сут в зависимости от расхода энергии для конкретного человека с уменьшением потребления жиров до 60–80 г/сут. Больным также было рекомендовано заниматься спортом, как минимум, по 3–5 ч в неделю или повышать свою повседневную физическую активность.

Программа обследования включала оценку индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ), показателей систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, уровня общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой (ХС ЛПНП) и высокой (ХС ЛПВП) плотности, а также значений гликемии натощак и постпрандиальной гликемии до и через 8 и 24 нед после начала лечения.

Таблица 1

Характеристика больных АГ и АО

Показатель	n=39
ИМТ	35,9±1,2
ОТ, м	1,19±0,06
САД, мм рт. ст.	166,9±11,2
ДАД, мм рт. ст.	97,4±3,1
Гликемия натощак, ммоль/л	5,8±0,9
Постпрандиальная гликемия, ммоль/л	9,2±1,3
ОХС, ммоль/л	6,2±0,8
ТГ, ммоль/л	1,9±0,1
ХС ЛПНП, ммоль/л	2,4±0,2
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,1±0,1



Инструментально-лабораторные показатели у больных АГ и АО до и после лечения

Показатель	До лечения (n=39)	Через 8 нед (n=39)	Через 24 нед (n=39)
САД, мм рт. ст.	166,9±11,2	142,7±5,8**	137,4±7,8##
ДАД, мм рт. ст.	97,4±3,1	92,0±2,8*	91,3±0,6#
ИМТ	35,9±1,2	34,2±1,1*	34,0±0,1##
ОТ, м	0,99±0,06	0,95±0,05*	0,93±0,03#
Гликемия нат., ммоль/л	5,8±0,9	5,6±0,8*	5,3±0,7##
Постпран. глик., ммоль/л	9,2±1,3	9,0±1,9	8,6±1,2#
ОХС, ммоль/л.	6,2±0,8	6,0±0,4**	5,4±0,1##
ТГ, ммоль/л	1,9±0,1	1,8±0,9	1,5±0,9#
ХС ЛПНП, ммоль/л	2,4±0,2	2,3±0,8	2,2±0,1#
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,1±0,1	1,0±0,8	1,2±0,1#

Примечание. Достоверность различий до лечения и через 8 нед: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; до лечения и через 24 нед: # $p < 0,05$; ## $p < 0,01$.

В качестве статистического критерия значимости различий использовали *t*-критерий Стьюдента, различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Через 2 мес на фоне проводимой антигипертензивной терапии (АГТ) отмечалось достоверное снижение уровня САД на 14,5% и ДАД на 5,5% ($\Delta = -24,2 \pm 5,4$ мм рт. ст., $p < 0,01$ и $\Delta = -5,4 \pm 0,3$ мм рт. ст., $p < 0,05$ соответственно). При этом целевой уровень АД был достигнут в 57,2% случаев. Кроме этого, отмечено значимое уменьшение уровня гликемии натощак и ОХС сыворотки крови на 3,9 и 2,4% соответственно ($\Delta = -0,2 \pm 0,1$ ммоль/л, $p < 0,05$ и $\Delta = -0,2 \pm 0,1$ ммоль/л, $p < 0,01$ соответственно). В то же время показатели ИМТ, ОТ, уровня постпрандиальной гликемии и ТГ существенно не изменились.

Через 24 нед уже у 72,3% больных АГ и АО отмечалось достижение целевых уровней АД. В целом показатели САД уменьшились на 17,7% ($\Delta = -29,5 \pm 3,4$ мм рт. ст., $p < 0,01$), ДАД – на 6,1% ($\Delta = -6,1 \pm 2,5$ мм рт. ст., $p < 0,05$).

К окончанию периода наблюдения на фоне комбинированной АГТ и немедикаментозных мероприятий, направленных на снижение массы тела, констатировалось уменьшение ИМТ и ОТ на 5,2

и 6% соответственно ($\Delta = -1,9 \pm 0,2$, $p < 0,01$ и $\Delta = -0,06 \pm 0,02$ м, $p < 0,05$ соответственно).

Снижение выраженности АО сопровождалось улучшением показателей углеводного и липидного обмена (табл. 2). Так, у всех больных после полугодового курса лечения отмечалось снижение уровня как гликемии натощак (на 8,6%), так и постпрандиальной гликемии (на 6,5%) ($\Delta = -0,5 \pm 0,2$ ммоль/л, $p < 0,01$ и $\Delta = -0,6 \pm 0,1$ ммоль/л, $p < 0,05$ соответственно). При этом в липидном спектре отмечалось уменьшение значений ОХС на 12,7% ($\Delta = -0,8 \pm 0,01$ ммоль/л, $p < 0,01$), а также снижение ХС ЛПНП и повышение уровня ХС ЛПВП на 8,3 и 9,1% соответственно ($\Delta = -0,2 \pm 0,01$ ммоль/л, $p < 0,05$ и $\Delta = 0,1 \pm 0,01$ ммоль/л, $p < 0,05$ соответственно).

Таким образом, комбинированная фармакотерапия телмисартаном и амлодипином (Твинста) привела к достижению целевых уровней АД у 72,3% больных АГ и АО. Комбинация телмисартана и амлодипина в дозе 80/10 мг/сут в сочетании с немедикаментозными методами лечения на протяжении 6 мес способствовала уменьшению выраженности абдоминального ожирения на 5,2%, достоверно улучшила показатели углеводного и липидного обмена.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК [614.2:355](091)

321-му Военному клиническому госпиталю Минобороны России – 165 лет

ЛЕОНИДОВ А.В., полковник медицинской службы¹
ЛИМ В.С., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы (32lvkg@mail.ru)²
КУНИЦКИЙ Н.Т., полковник медицинской службы в отставке²
ХАЖИХАНОВА Е.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы²

¹Медицинская служба Восточного военного округа, г. Хабаровск; ²321-й Военный клинический госпиталь МО РФ, г. Чита

В статье представлена история развития до 2016 г. 321-го Военного клинического госпиталя Минобороны России с момента организации в Чите бригадного лазарета на 26 мест в соответствии с требованиями особого параграфа «Положения о Забайкальском казачьем войске» от 17 марта 1851 г. Рассказано о вкладе сотрудников госпиталя в оказание помощи раненым и больным, поступающим с фронтов войн, в мирное время, развитие медицинской науки, о достижениях коллектива.

К л ю ч е в ы е с л о в а: 321-й Военный клинический госпиталь, Забайкальский военный округ, военная медицина, история медицины, лазарет, военный врач.

Leonidov A.V., Lim V.S., Kunitskii N.T., Khazhikhanova E.V. – 321st Military clinical hospital of the Ministry of Defence of the Russian Federation celebrates the 165th anniversary. The article presents the history up to 2016 of the 321st Military clinical hospital of the Russian Defence Ministry since the organization of the brigade hospital for 26 places in Chita in accordance with requirements of the special section «Regulations on the Zabaikalsk Cossack troops» from March 17, 1851. The article presents information on the contribution of the hospital staff into the provision of assistance to the wounded and sick, coming from the fronts of war and in peace time, the development of medical science, the collective achievements.

К е у в о р д s: 321st Military clinical hospital, Transbaikal Military District, military medicine, history of medicine, hospital, military doctor.

Одно из старейших военно-лечебных учреждений Российской армии, родоначальник возникновения официальной медицины в Забайкалье, 321-й Военный клинический ордена Красной Звезды госпиталь основан 17 марта 1851 г. согласно Положению о Забайкальском казачьем войске в качестве бригадного лазарета на 26 мест. Вскоре он был преобразован в Читинский полугоспиталь, а в 1881 г. при расширении коечной емкости вновь реорганизован в Читинский лазарет. Во время Русско-японской войны (1904–1905) число мест лазарета достигает 400, он становится одним из крупнейших в России. С началом Первой мировой войны (1914–1918) лазарет был реорганизован в Читинский военный госпиталь.

С октября 1920 г. госпиталь переименовывается в местный лазарет Народно-революционной армии. По штату в нем стало 179 человек обслуживающего персонала, в т. ч. 7 врачей. В 1921 г. лазарет вновь преобразуется в госпиталь на 350 мест, в котором работает 12 врачей.

С 1935 г., когда из состава Особой Дальневосточной армии выделился Забайкальский военный округ, госпиталь стал окружным. В нем развертываются специализированные отделения.

В 1939 г., во время событий на реке Халхин-Гол, ОВГ принял на себя основной поток тяжелораненых из района боевых действий; за сутки поступало до 300 человек, количество развернутых коек достигало 1800.

321-му Военному клиническому госпиталю Минобороны России – 165 лет





Филиалу № 5 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко — 65 лет

КРЮКОВ Е.В., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы¹
ГОРЯЧЕВ И.А., подполковник медицинской службы (gvkg_f5@mil.ru)²

¹Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва; ²Филиал № 5 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, Москва

Представлена история развития филиала № 5 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, которая ведет отсчет с 7 июня 1951 г. За прошедшие годы неоднократно менялись организационно-штатная структура и наименование госпиталя, но сохранялась суть работы — постоянно совершенствовать технологии оказания стационарной медицинской помощи, быть лидером в системе оказания неотложной стационарной хирургической и терапевтической помощи. В филиале развернуто 55 специализированных лечебных, диагностических отделений и кабинетов, оснащенных современным медицинским оборудованием для оказания всех основных видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи. В числе 476 сотрудников работают 2 профессора, 4 доктора медицинских наук, 15 кандидатов медицинских наук, 8 заслуженных врачей РФ и 1 заслуженный работник здравоохранения РФ.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Филиал № 5 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, стационарная медицинская помощь, военная медицина, история медицины.

Kryukov E.V., Goryachev I.A. — Branch № 5 of the N.N.Burdenko Main military clinical hospital celebrates the 65 anniversary. The history of the development of the branch № 5 of the N.N.Burdenko Main military clinical hospital, which dates back to June 7, 1951, is presented. Over the last years, repeatedly changed the organizational and staff structure and the name of the hospital, but maintained the essence of the work — to improve constantly technologies of the hospital medical care provision, to be the leader in the system of emergency hospital and surgical health care. The branch deployed 55 specialized therapeutic, diagnostic departments and offices, equipped with modern medical equipment for the provision of all basic types of qualified and specialized medical care. Amongst 476 employees there are 2 professors, 4 holders of Habilitation degree in Medicine, 15 Candidate of Medical Science, 8 Honoured doctors of the Russian Federation and 1 Honoured Worker of the Health care of the Russian Federation.

К е у о р д с: Branch № 5 of the N.N.Burdenko Main Military Clinical Hospital, inpatient care, military medicine, history of medicine.

Филиалу № 5 ФГКУ «ГВКГ имени Н.Н.Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации в 2016 г. исполнилось 65 лет. «574-й военный клинический госпиталь Московского военного округа» (первоначальное наименование учреждения) был создан директивой Генерального штаба Вооруженных Сил СССР от 7 июля 1951 г. на базе 1586-го военного клинического госпиталя. Основной врачебный и сестринский состав первоначально был взят именно из этого лечебного учреждения.

Как самостоятельное лечебное учреждение госпиталь просуществовал до 2010 г., после чего получил статус филиала № 1 1586-го Окружного военного клинического госпиталя Московского военного округа, в последующем был

переименован в филиал № 1 ФГКУ «1586 ВКГ» Минобороны Российской Федерации. 17 сентября 2013 г. на основании приказа министра обороны РФ от 27.05.2013 г. № 398 реорганизован в филиал № 5 ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н.Бурденко» Минобороны России.

Коллектив филиала обслуживает не только личный состав частей и учреждений Западного военного округа, но и военных организаций столичного гарнизона, в т. ч. бригады охраны Министерства обороны РФ, президентского полка, военно-учебных заведений и учреждений, частей Министерства по чрезвычайным ситуациям. Специфика медицинской помощи в госпитале прежде всего в том, что он оказывает неотложную медицинскую помощь.



Филиалу № 5 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко – 65 лет





К юбилею 988-го Центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ

ВАЛЕВСКИЙ В.В., полковник медицинской службы¹
СОБОЛЕВ А.А., подполковник медицинской службы (89257028990@yandex.ru)²
ДОРОФЕЕВ Д.А., майор медицинской службы (dda271081@yandex.ru)²
КАЗАНЦЕВ А.Ю., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы запаса
(robin01@yandex.ru)²

¹Медицинская служба Западного военного округа, Санкт-Петербург; ²988-й Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ, г. Долгопрудный, Московская область.

988-й Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства обороны РФ является крупным профилактическим учреждением медицинской службы Вооруженных Сил. Созданное как Военно-санитарная техническая станция Московского военного округа, в своей, почти вековой истории учреждение прошло сложный путь становления и развития. В результате реформы Вооруженных Сил в его состав вошли центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора видов и родов войск и гарнизонные центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора Московского военного округа. В мирное и военное время сотрудники Центра внесли весомый вклад в обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия войск Московского, а ныне Западного военного округа, а также за пределами Российской Федерации. Специалисты 988-го Центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора привлекаются практически на все крупные мероприятия, проводимые в войсках Западного военного округа.

К л ю ч е в ы е с л о в а: 988-й Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ, 312-я санитарно-эпидемиологическая лаборатория, 22-й санитарно-эпидемиологический отряд, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия войск.

Valevskii V.V., Sobolev A.A., Dorofeev D.A., Kazantsev A.Yu. — To the anniversary of the 988th State sanitary-epidemiological expertise centre of the Ministry of Defence of the Russian Federation. The 988th State sanitary-epidemiological expertise centre of the Ministry of Defence of the Russian Federation is a major preventive treatment institution of the medical service of the Armed Forces. This centre was founded as a military-and-technical station of the Moscow Military District, during its nearly a century-old history of the institution has passed a difficult way of formation and development. As a result of the reform of the Armed Forces state sanitary-epidemiological expertise centres of degrees and arms of service, and garrison centres of state sanitary and epidemiological supervision of the Moscow Military District were affiliated to the 988th State sanitary-epidemiological expertise centre of the Ministry of Defence of the Russian Federation. In peacetime and wartime staff of the Centre made a significant contribution to ensuring sanitary and epidemiological welfare of the troops of the Moscow and now the Western Military District, as well outside the Russian Federation. Experts the 988th State sanitary-epidemiological expertise centre participate in involved in almost all the major activities carried out by the troops of the Western Military District.

К е у w o r d s: the 988th State sanitary-epidemiological expertise centre of the Ministry of Defence, the 312th sanitary-epidemiological laboratory, sanitary-epidemiological squad, ensuring of sanitary and epidemiological welfare of the troops.

В августе 2016 г. исполняется 95 лет со дня образования одного из первых санитарно-эпидемиологических учреждений Вооруженных Сил, преемником которого является 988-й Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора Минобороны России (988 ЦГСЭН).

В своей почти вековой истории учреждение прошло сложный путь станов-

ления и развития. Первая запись в исторической справке датирована 3 августа 1921 г., когда путем слияния Окружного санитарно-дезинфекционного отряда и Санитарно-технической станции Московского Окружного военно-санитарного управления была сформирована Военно-санитарная техническая станция. Первым ее начальником был назначен врач-бактериолог М.А.Аменицкий



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК [61:355](092 Строганов)

Видный организатор медицинского обеспечения сил флота (К 80-летию со дня рождения В.М.Строганова)

ШАРАЕВСКИЙ Г.Ю., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, генерал-майор медицинской службы в отставке
ПЕТРОВ О.И., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы в отставке (msvmf@mail.ru)
ДАВИДОВ М.М., подполковник медицинской службы

988-й Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ, г. Долгопрудный, Московская область

Биографическая статья посвящена генерал-майору медицинской службы Валентину Михайловичу Строганову (1936–2015) – бывшему начальнику медицинской службы Балтийского (1984–1986) и Северного (1986–1991) флотов.

К л ю ч е в ы е с л о в а: В.М.Строганов, медицинская служба Военно-морского флота, история военно-морской медицины в СССР.

Sharaevskii G.Yu., Petrov O.I., Davidov M.M. – Outstanding organizer of the Navy medical support (To the 80th anniversary from the birth of V.M.Stroganov). A biographical article is devoted to Valentin Stroganov (1936–2015) – major general of the Medical Service, and former chief of the medical service of the Baltic (1984–1986) and the North (1986–1991) fleets.

К е у в о р д s: Stroganov V.M., the medical service of the Navy, Naval history of medicine in the USSR.

В ряду видных деятелей отечественной военно-морской медицины нашего времени достойное место принадлежит генерал-майору медицинской службы Валентину Михайловичу Строганову, которому 12 июля 2016 г. исполнилось бы 80 лет.

В.М.Строганов родился в деревне Овенцы Калининской (ныне Тверской) области. После окончания средней школы в 1955 г. поступил в *Военно-морскую медицинскую академию* (ВММА). В связи с расформированием в 1956 г. ВММА он был переведен на факультет подготовки врачей для Военно-морского флота Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. После окончания академии (1961) Валентин Михайлович был назначен на Северный флот на должность начальника медицинской службы атомной подводной лодки 1-й флотилии подводных лодок. В 1961–1963 гг. он прошел двухгодичный курс специальной подготовки в учебном центре ВМФ по подготовке экипажей атомных подводных лодок в г. Обнинске Калужской области.

Становление В.М.Строганова как врача-подводника проходило под руко-



водством видного организатора медицинского обеспечения атомного подводного флота Дмитрия Парменовича Зуихина, начальника медицинской служ-



ЮБИЛЕИ

© Д.Н.ЕЛИСЕЕВ, В.Н.СКЛЯРОВ, 2016
УДК 616:355 (092 Иванцов В.А.)



11 августа 2016 г. исполнилось 70 лет профессору учебного военного центра при ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук, профессору генерал-майору медицинской службы в отставке **Владимиру Алексеевичу Иванцову**.

В.А.Иванцов родился в селе Нылга Республики Удмуртия. В 1970 г. окончил ВМФ при Томском государственном медицинском институте, в 1982 г. — факультет руководящего медицинского состава ВМедА им. С.М.Кирова. Проходил службу на различных должностях от начальника медицинского пункта учебного военного центра ПВО сухопутных войск Уральского военного округа до заместителя начальника ВМедА. Принимал активное участие в обеих контртеррористических операциях на Северном Кавказе. С 2008 г. по настоящее время — профессор учебного военного центра при Ростовском государственном медицинском университете.

В.А.Иванцов — автор более 140 научных работ, соавтор 11 монографий. Его учениками защищено 5 кандидатских диссертаций.

Награжден орденами Мужества, «За военные заслуги», медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени с изображением мечей, медалью Жукова.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, руководство Ростовского государственного медицинского университета, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Владимира Алексеевича Иванцова с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, благополучия, дальнейших успехов в творчестве и в деле служения Отечеству.

© А.Ю.ШАБАЛИН, 2016
УДК 616:355 (092 Войновский Е.А.)



17 июля 2016 г. исполнилось 70 лет известному хирургу, члену-корреспонденту РАН, заслуженному деятелю науки РФ, заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы в отставке **Евгению Александровичу Войновскому**.

Е.А.Войновский родился в пос. Глодяны Молдавской ССР. После окончания в 1970 г. ВМФ при Куйбышевском мединституте служил врачом мотострелкового полка. В 1972 г. назначен врачом-ординатором полевого подвижного госпиталя в ГСВГ. С 1975 по 1977 г. слушатель факультета руководящего медицинского состава ВМедА. С 1977 по 1979 г. — начальник хирургического отделения госпиталя в ТуркВО, затем по 1983 г. — начальник хирургического отделения, а с 1984 по 1988 г. — ведущий хирург 340 ОВГ в г. Ташкенте. С 1988 г. — начальник хирургического отделения, а с 1993 г. — главный хирург ГВКГ им. Н.Н.Бурденко. После увольнения в запас Евгений Александрович с 1996 по 2011 г. — главный хирург МВД РФ, в последующем — заместитель начальника Главного клинического госпиталя МВД РФ. Оказывал хирургическую помощь раненым во время боевых действий в Афганистане, Дагестане и Чеченской Республике.

Е.А.Войновский — автор более 400 трудов, в т. ч. 5 монографий. Под его руководством защищены 4 докторских и 17 кандидатских диссертаций. Награжден орденами Мужества, Почета, «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, медалями ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени, «За боевые заслуги». Лауреат Премии Правительства РФ.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Управления медико-социальной защиты Департамента тыла МВД России, Главного военного клинического госпиталя внутренних войск МВД РФ, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Евгения Александровича Войновского с юбилеем, желают ему здоровья, счастья и новых успехов.



© В.В.ИВАНОВ, 2016
УДК 616:355 (092 Кувакин В.И.)



17 августа 2016 г. исполнилось 70 лет бывшему начальнику кафедры автоматизации управления медицинской службой (с военно-медицинской статистикой) ВМедА им. С.М.Кирова – главному специалисту по военно-медицинской статистике и информатике Министерства обороны РФ, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы в отставке **Владимиру Ивановичу Кувакину**.

В.И.Кувакин родился в г. Шепетовка Хмельницкой области. После окончания в 1970 г. ВМедА служил до 1975 г. на подводных лодках Балтфлота. В 1978 г. окончил адъюнктуру при кафедре автоматизации управления и военно-медицинской статистики ВМедА, в последующие годы преподавал в академии. В 1990–1991 гг. был советником в Йемене и Ираке. В 1992 г. возглавил кафедру автоматизации управления медицинской службой академии. Ветеран боевых действий.

После увольнения в 2000 г. из ВС Владимир Иванович трудится в академии в должности профессора на той же кафедре. Автор более 190 печатных работ, в т. ч. 12 монографий и книг, 3 учебников, 15 учебных пособий. Под его руководством защищены 5 докторских и 8 кандидатских диссертаций.

Заслуженный работник высшей школы РФ, почетный работник высшего профессионального образования РФ, удостоен медали ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени и других наград.

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

© А.Н.СИМУЛИН, 2016
УДК 616:355 (092 Федосеев М.М.)



29 июля 2016 г. исполнилось 70 лет заслуженному врачу РФ, кандидату медицинских наук, доценту полковнику медицинской службы в отставке **Михаилу Михайловичу Федосееву**.

М.М.Федосеев родился в п. Ерахтур Рязанской области. В 1970 г. окончил Рязанский медицинский институт и был призван на военную службу в качестве врача медпункта воинской части в ЗабВО. В 1972 г. демобилизовался из ВС и работал в ожоговом отделении горбольницы, а по совместительству хирургом в Рязанском гарнизонном военном госпитале. В 1973 г. возвратился на военную службу и занял должность старшего ординатора травматологического отделения госпиталя.

В 1982 г. после 5 лет службы в ГСВГ М.М.Федосеев прибыл в Куйбышев на должность старшего ординатора травматологического отделения 358 ОВКГ. В 1984 г. он стал начальником отделения – главным травматологом ПриВО, командирован в госпитали 40-й армии в Афганистан. С 2001 г. Михаил Михайлович – доцент кафедры ВПХ Самарского ВМИ. С 2010 г. травматолог-ортопед госпиталя, а также преподаватель курсов переподготовки и повышения квалификации (среднего медицинского и фармацевтического персонала, территориальные, г. Самара) Филиала ВМедА им. С.М.Кирова.

М.М.Федосеев – автор более 75 научных работ. Награжден орденом «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, а также многими другими наградами.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Филиала Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», друзья и коллеги сердечно поздравляют Михаила Михайловича Федосеева с юбилеем и желают ему крепкого здоровья, счастья, новых успехов и долголетия.



© Н.Н.РЫЖМАН, В.И.СКРАБОВСКИЙ, 2016
УДК [61:355](063)

Итоги лечебно-диагностической работы клинической базы Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова за 2015 г. в условиях этапа реконструкции

РЫЖМАН Н.Н., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы (konfmma@mail.ru)
СКРАБОВСКИЙ В.И., подполковник медицинской службы

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

Представлен отчет о сборе медицинского состава Военно-медицинской академии с участием руководителей ряда центральных военно-медицинских организаций МО РФ. Целями сбора являлись подведение итогов лечебно-диагностической работы клиник и клинических подразделений ВМедА за 2015 г., обсуждение проблемных вопросов и перспектив развития лечебно-диагностического процесса, постановка задач по совершенствованию лечебно-диагностической работы на 2016 г.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Военно-медицинская академия, медицинская служба округов и флотов Вооруженных Сил РФ, инновационные методы лечения.

Ryzhman N.N., Skrabovskii V.I. – Results of diagnostic and treatment work of the clinical base of the S.M.Kirov Military-medical academy for 2015 under condition of reconstruction. A report on the meeting of medical staff of the S.M.Kirov Military Medical Academy with the heads of several central military medical institutions of the Ministry of Defence of the Russian Federation is a base material of the article. The aims of the meeting were the summing up the results of a diagnostic and treatment work at clinics and clinical units of the MMA for 2015, problems and prospects of diagnostic and treatment development discussion, setting goal for improving treatment and diagnostic work in 2016.

К е у в о р д s: Military Medical Academy, medical service districts and fleets of the Russian Armed Forces, innovative therapies.

В Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова **3 марта 2016 г.** под руководством начальника I управления – заместителя начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ генерал-майора медицинской службы К.Э.Кувшинова прошел сбор медицинского состава ВМедА с участием ряда руководителей центральных военно-медицинских организаций, начальников лечебно-профилактических отделов медицинской службы округов и флотов, начальников медицинской службы видов и родов ВС РФ, начальников клинических кафедр и подразделений, профессорско-преподавательского и врачебного состава академии, старших медицинских сестер клинических кафедр и подразделений, слушателей факультета руководящего медицинского состава ВМедА.

Основными целями сбора являлись подведение итогов лечебно-диагностической ра-

боты клиник и клинических подразделений Военно-медицинской академии за 2015 г. в условиях этапа реконструкции, обсуждение проблемных вопросов и перспектив развития лечебно-диагностического процесса, постановка задач по совершенствованию лечебно-диагностической работы академии на 2016 г.

Сбор открыл генерал-майор медицинской службы **К.Э.Кувшинов**, который довел до личного состава академии требования начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ о порядке организации работы военно-медицинских организаций, методике подведения итогов лечебной деятельности, использовании в докладах фото- и видеоматериалов, опыте внедрения инновационных технологий.

Начальник Военно-медицинской академии генерал-майор медицинской службы **А.Н.Бельских** приветствовал участников сбора, определил его цели и задачи, поблагодарил



Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы военной медицины: от хирургии повреждений до внебольничной пневмонии»

ВАЛЕВСКИЙ В.В., полковник медицинской службы¹
ТУТАЕВ О.И., полковник медицинской службы²
МАХНОВСКИЙ А.И., подполковник медицинской службы (andreymakhnovsky@mail.ru)^{1,3}
ЧИКИН О.В., подполковник медицинской службы^{1,3}
КИСЕЛЕВ И.Ю., подполковник медицинской службы²
КАСИМОВ Р.Р., подполковник медицинской службы²

¹Медицинская служба Западного военного округа, Санкт-Петербург; ²422-й военный госпиталь МО РФ, Нижний Новгород; ³442-й Военный клинический госпиталь МО РФ, Санкт-Петербург

Материал представляет отчет о прошедшей в марте 2016 г. в Нижнем Новгороде межведомственной научно-практической конференции «Актуальные вопросы военной медицины: от хирургии повреждений до внебольничной пневмонии». Целью конференции являлась отработка вопросов взаимодействия между медицинскими организациями различной подчиненности в условиях чрезвычайных ситуаций.

К л ю ч е в ы е с л о в а: медицина чрезвычайных ситуаций, медицинская служба Вооруженных Сил РФ, хирургическая патология в Вооруженных Силах.

Valevskii V.V., Tutaev O.I., Makhnovskii A.I., Chikin O.V., Kiselev I.Yu., Kasimov R.R. – Research and practice conference «Actual issues of military medicine: from trauma surgery to community-acquired pneumonia». The given material is a report on interdepartmental research and practice conference «Actual issues of military medicine: from trauma surgery to community-acquired bacterial pneumonia», which took place in Nizhny Novgorod in March 2016. The aim of the conference is to develop a scheme of interaction between different medical organizations subordination in emergency situations.

К e y w o r d s: medical emergencies, medical service of the Armed Forces, surgical pathology in the Armed Forces.

В Нижнем Новгороде **17–18 марта 2016 г.** на базе *422-го военного госпиталя* (422 ВГ) состоялась межрегиональная межведомственная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы военной медицины: от хирургии повреждений до внебольничной пневмонии», в рамках которой были проведены учебно-методические сборы врачей Западного военного округа (ЗВО).

В работе конференции приняли участие более 400 врачей из военно-медицинских организаций Минобороны России, МВД, ФСБ, МЧС, медицинских организаций Нижегородской области, Нижегородской медицинской академии. В учебно-методических сборах приняли участие 130 военных врачей ЗВО, в т. ч. 60 – из медицинских подразделений воинских частей и соединений.

Конференция была организована в межведомственном и межрегиональном формате с целью отработки вопросов взаимодействия между медицинскими организациями различной подчиненности в условиях чрезвычайных ситуаций.

Заседания проводились в двух секциях: хирургической и терапевтической. Наибольшее количество участников было представле-

но в хирургической секции. Всего было заслушано 59 докладов, опубликованы результаты 70 научных исследований.

Первый день был посвящен проведению учебно-методических сборов врачей-хирургов и врачей-терапевтов ЗВО, которые открыл начальник медицинской службы округа полковник медицинской службы **В.В.Валевский**.

С приветственным словом к участникам *хирургической секции* обратились председатель секции военно-полевой хирургии Российского общества хирургов профессор генерал-майор медслужбы в отставке **П.Г.Брюсов**, главный хирург Приволжского федерального округа профессор **М.В.Кукош**, главный хирург МВД России профессор полковник **В.Ф.Зубрицкий**.

Сбор военных хирургов впервые проводился под эгидой секции военно-полевой хирургии Российского общества хирургов, с присвоением участникам 8 образовательных баллов. Координационный секретарь секции профессор **А.Б.Земляной** разъяснил участникам сбора порядок вступления в Российское общество хирургов. За период конференции количество действительных членов секции увеличилось на 30 человек.

Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы военной медицины: от хирургии повреждений до внебольничной пневмонии» в Нижнем Новгороде (март 2016 г.)





Проблеме бронхообструктивного синдрома на фоне табакокурения посвятила свой доклад **Л.Б.Постникова**. Современные подходы к рациональной противовирусной терапии гриппа и ОРВИ осветил доцент кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии подполковник медицинской службы **Н.И.Львов**. На широкой доказательной базе он довел до аудитории информацию о наиболее эффективных противовирусных препаратах.

О перспективах оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам кардиологического профиля в многопрофильном стационаре рассказал главный терапевт 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого полковник медицинской службы **М.Б.Паценко**.

О методах диагностики и лечения артериальной гипертензии у пациентов молодого возраста рассказал заместитель начальника кафедры госпитальной терапии Военно-медицинской академии профессор **А.В.Барсуков**. Вопросы гематологии в практике врача-терапевта были обсуждены в ходе сообщения старшего преподавателя кафедры факультетской терапии ВМедА **С.В.Бондарчука**. С докладом по вопросам военно-врачебной экспертизы при синдроме малых аномалий сердца выступил профессор **А.М.Кацуба**.

Гастроэнтерологическую тему открыл своим докладом главный гастроэнтеролог Минобороны России профессор **В.Б.Гриневич**, вынесший на дискуссию проблему пробиотической терапии в лечении дисфункции ЖКТ. С не менее актуальной проблемой в гастроэнтерологии – «Стеатогепатиты смешанной этиологии» – участников конференции ознакомил профессор **Ю.А.Кравчук**.

С целью проведения практических занятий коллективом 422 ВГ совместно с Нижегородским территориальным центром медицины катастроф, Приволжским федеральным медицинским исследовательским центром, ООО «Синтомед», ООО «Медоборудование», ООО «Омнимед», ООО «Русская медицинская корпорация» были развернуты учебные точки, на которых участниками конференции отработывались навыки оказания медицинской помощи с использованием симуляционных технологий.

Мастер-классы по оказанию экстренной медицинской помощи при жизнеугрожающих состояниях на манекенах-тренажерах провели главный анестезиолог-реаниматолог 442 ВКГ и ЗВО подполковник медицинской службы **И.В.Блинда** и старший ординатор отделения реанимации и интенсивной терапии 422 ВГ капитан медицинской службы **И.М.Неганов**.

С целью повышения доступности симуляционных технологий для врачей войскового звена в ЗВО предлагается создать подвижную учебно-материальную базу специальной подготовки.

Современные и перспективные образцы медицинского имущества были представлены на выставочных стендах компаний «Медплант», «Апполо», «Инмед», «Эфа-медика», «Лизоформ», «Асептика», «Евросервис», «Техника здоровья» и др.

Подводя итог, необходимо отметить, что конференция и сборы были проведены на высоком учебно-методическом и научно-практическом уровнях. Оргкомитет конференции выразил надежду, что другие военно-медицинские организации продолжают развивать подобный формат проведения учебно-методических сборов военных врачей в системе непрерывного медицинского образования.

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

<input type="checkbox"/>	За содержание и достоверность сведений в рекламном объявлении ответственность несет рекламодатель.	
<input type="checkbox"/>	Учредитель – Министерство обороны Российской Федерации. Зарегистрирован Министерством печати и информации Российской Федерации. Номер регистрационного свидетельства 01975 от 30.12.1992 г.	
Сдано в набор 15.07.16. Формат 70×108 ¹ / ₁₆ . Усл. печ. л. 8,4. Заказ № 2999-2016	Печать офсетная. Усл. кр.-отт. 9,8. Тираж 3967 экз.	Подписано к печати 16.08.16. Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 8,6. Каталожная цена 64 р. 00 к.
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		