



ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Военно-медицинский журнал

*Тот
издается
-194-й*

ТОМ
СССХХVII

451 ВГ ЦВО, г. Душанбе (с. 64–68)



9

СЕНТЯБРЬ
2016

9016 ● № 9

В подмосковной Кубинке с 6 по 11 сентября проходил Международный военно-технический форум «Армия-2016» – событие беспрецедентного масштаба и значимости. «За прошедший год форум превратился в событие мирового масштаба и встал в один ряд с ведущими выставками вооружения и военной техники», – заявил на церемонии открытия форума министр обороны России **Сергей Шойгу**.

Военно-медицинская тематика обсуждалась на круглых столах, посвященных развитию военно-медицинской техники, медицинской реабилитации в ВС, использованию инновационных технологий в системе медицинского снабжения войск, применению ядерных технологий в военной медицине, взаимодействию Минобороны с субъектами РФ по вопросам охраны здоровья военнослужащих.

На открытых площадках форума «Армия-2016» медицинской службой ВС РФ демонстрировались подвижная медицинская группа отдельного медицинского отряда (аэромобильного) ВДВ, медо СпН с оборудованными кабинетами врачей-специалистов для прохождения диспансеризации всеми желающими, автоперевозочная АП-3 и др. Впервые на форуме работали подвижные велосипедные, роллерные и гироскутерные медицинские группы, сформированные из специалистов ВМедА.



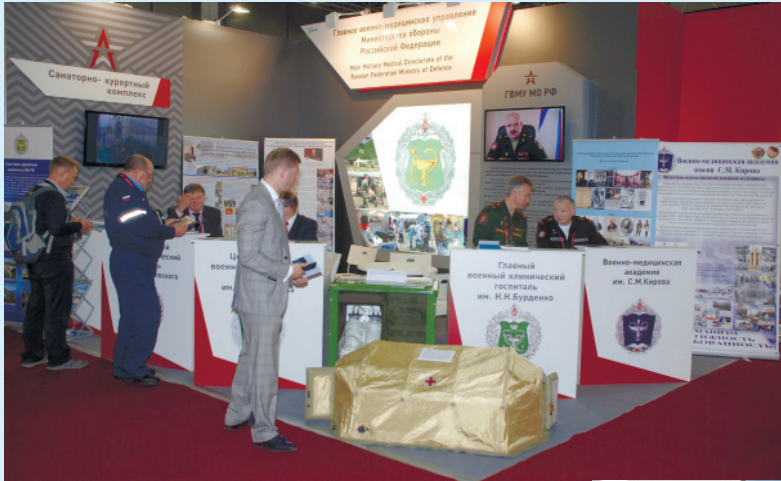
Начальник Главного военно-медицинского управления МО РФ генерал-майор медицинской службы **А.Я.Фисун** и председатель ВНК (ГВМУ МО РФ) полковник **Б.Д.Вертий**: круглый стол «Основные направления развития военно-медицинской техники»



Модераторами круглого стола «Взаимодействие Минобороны России с субъектами Российской Федерации по вопросам охраны здоровья военнослужащих, ветеранов военной службы, членов их семей, а также граждан призываемых на военную службу» были врио начальника 1 управления ГВМУ МО РФ полковник медицинской службы **С.И.Сушильников**, начальник 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого генерал-майор медицинской службы **А.В.Есипов** и начальник 1 отдела 1 управления ГВМУ МО РФ подполковник медицинской службы **А.Г.Пастухов**



Развернутый медицинский отряд специального назначения 1586 ВКГ Минобороны России



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 * СЕНТЯБРЬ
Т. 337 * № 9

- *Планирование и организация мероприятий по аллотрансплантации лица военнослужащему Вооруженных Сил*
- *Отечественные и зарубежные средства оказания первой помощи на поле боя и в очаге чрезвычайной ситуации*
- *Опыт лечения огнестрельных ранений и повреждений поджелудочной железы в ходе вооруженного конфликта на Северном Кавказе*
- *Применение пхиобактериофага как средства экстренной профилактики острого тонзиллита в воинском коллективе*
- *Методы диагностики хронических вирусных гепатитов в практике военно-врачебной экспертизы*
- *Организация медицинского обеспечения войск Центрального военного округа на полигоне Донгуз в ходе учения «Центр-2015»*

МОСКВА
АО «КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»


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

Хубулава Г.Г., Алексеев В.В., Кравчук В.Н., Сухарев А.Е., Скворцов А.Е., Поварёнков А.С., Митрохин С.О. — Планирование и организация мероприятий по аллотрансплантации лица военнослужащему Вооруженных Сил

4

Khbulava G.G., Alekseev V.V., Kravchuk V.N., Sukharev A.E., Skvortsov A.E., Povarenkov A.S., Mitrokhin S.O. — Planning and organization of allo-grafting performed on the soldier's face

Булавин В.В., Чаплык А.Л., Кальманов А.С., Соломка А.В., Денисова М.П., Блинов В.В. — Современные методы диагностики хронических вирусных гепатитов в практике военно-врачебной экспертизы

10

Bulavin V.V., Chaplyuk A.L., Kal'manov A.S., Solomka A.V., Denisova M.P., Blinov V.V. — Modern methods of diagnosis of chronic viral hepatitis used in the practice of the military-medical examination


Медицина экстремальных ситуаций
Medicine of extreme situations

Мирошниченко Ю.В., Самохвалов И.М., Ивченко Е.В., Кононов В.Н., Головки К.П., Родионов Е.О. — Сравнительная характеристика отечественных и зарубежных средств оказания первой помощи на поле боя и в очаге чрезвычайной ситуации

18

Miroshnichenko Yu.V., Samokhvalov I.M., Ivchenko E.V., Kononov V.N., Golovko K.P., Rodionov E.O. — Comparative characteristics of domestic and foreign means of the first aid on the battlefield and in the epicentre of emergency situation


Лечебно-профилактические вопросы
Prophylaxis and treatment

Панов В.В., Ким И.Ю. — Опыт лечения огнестрельных ранений и повреждений поджелудочной железы в ходе внутреннего вооруженного конфликта на Северном Кавказе (1994–1996, 1999–2002 гг.)

28

Panov V.V., Kim I.Yu. — Experience of the treatment of gunshot wounds and pancreas traumas during domestic armed conflict in the North Caucasus (1994–1996, 1999–2002)

Котенко К.В., Есипов А.В., Яменсков В.В. — Оценка влияния бальнеофизиотерапевтических процедур на микроциркуляторный кровоток у больных с окклюзирующими заболеваниями магистральных артерий

32

Kotenko K.V., Esipov A.V., Yamenskov V.V. — Assessment of the influence of the balneophysiotherapeutic procedures on microcirculatory blood flow in patients with occlusive diseases of the great arteries

Реуков А.С., Голота А.С., Ивченко Е.В., Крассий А.Б., Морошкин В.С., Наймушин А.В., Преснухина А.П., Разоренова Т.С., Симаков К.В., Шалахин Р.А. — Эффективность инфракрасно-терагерцевого излучения с акупунктурой в начальный период ишемического инсульта

37

Reukov A.S., Golota A.S., Ivchenko E.V., Krassii A.B., Moroshkin V.S., Naimushin A.V., Presnukhina A.P., Razorenova T.S., Simakov K.V., Shalakhin R.A. — Effectiveness of infrared-terahertz radiation with acupuncture in the initial period of ischemic stroke

Дроздова И.П., Долока Ю.В., Хелинский А.М., Гнатышев И.В., Кузенная С.Ч., Романюха Р.В. — Эпилептические пароксизмы у военнослужащих

42

Drozдова I.P., Doloka Yu.V., Khelinskii A.M., Gnatyshev I.V., Kuzennaya S.Ch., Roman'yukha R.V. — Epileptic seizures in servicemen



**Эпидемиология
и инфекционные болезни**

**Epidemiology
and infectious diseases**

Папко С.В., Гончаров Г.В., Поляков В.С.,
Аminev P.M., Ездин Е.Б., Шорохов Т.А. —
Опыт применения пиобактериофага
комплексного жидкого как средства эк-
стренной профилактики острого тон-
зиллита в воинском коллективе

48

*Papko S.V., Goncharov G.V., Polyakov V.S.,
Aminev R.M., Ezdin E.B., Shorokhov T.A. —
Experience of the use of complex liquid pyo
bacteriophage as a mean of prophylaxis of
the acute tonsillitis in a military collective*



Юридический всеобуч

Law education

Пинчук П.В., Киричек А.В., Шабалина А.Э.,
Формановский А.А. — Фальсифициро-
ванные биологически активные добав-
ки к пище для мужчин: трудности в эк-
спертизе и медицинские проблемы

52

*Pinchuk P.V., Kirichek A.V., Shabalina A.E.,
Formanovskii A.A. — Falsified dietary food
supplements for men: expertise difficul-
ties and medical problems*



Краткие сообщения

57

Brief reports



**По страницам зарубежной
медицинской печати**

63

**From the foreign
medical publications**



**Из истории
военной медицины**

**From the history
of military medicine**

Калмыков А.А., Магомедов М.М., Гмы-
зов Д.В. — 451-му военному госпиталю
Минобороны России — 90 лет

64

*Kalmykov A.A., Magomedov M.M., Gmyzov D.V.
— 451st Military Hospital of the Ministry
of Defence Russia celebrates 90 years
anniversary*

Российский М.А., Поддубный М.В. — Его
превосходительство — лауреат Ленин-
ской премии (новое о биографии ака-
демика Н.П.Кравкова)

68

*Rossiiskii M.A., Poddubnyi M.V. — His
Excellency is the Lenin Prize laureate
(new biographical data on the Academician
N.P.Kravkov)*

Цымбаленко А.В., Аверин М.В. — Кадро-
вая работа в Военно-медицинской ака-
демии: страницы истории

75

*Tsymbalenko A.V., Averin M.V. — Person-
nel work at the S.M.Kirov Military Medi-
cal Academy: chapters of history*

Попов А.П., Зотов А.Е., Харитонов С.М.
— Поликлинике Филиала № 6 3 ЦВКГ
им. А.А.Вишневого — 40 лет

79

*Popov A.P., Zotov A.E., Kharitonov S.M. —
Polyclinic of the Branch N 6 of the
3rd Vishnevskiy Central Military Hospital
celebrates 40 years anniversary*



Официальный отдел

84

Official communications



Лента новостей

90

News feed



Хроника

Chronicle

Калмыков А.А., Рычков В.В., Степанов А.В.
— Организация медицинского обеспе-
чения войск Центрального военного
округа на полигоне Донгуз (по опыту
стратегического командно-штабного
учения «Центр-2015»)

93

*Kalmykov A.A., Rychkov V.V., Stepanov A.V.
— Organization of medical support for
the troops of the Central Military District
at the training area Donguz (according to
experience of a strategic command post
exercise «Center-2015»)*



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 617.52-089.843-057.36

Планирование и организация мероприятий по аллотрансплантации лица военнослужащему Вооруженных Сил

ХУБУЛАВА Г.Г., лауреат Государственной премии РФ, член-корреспондент РАН, профессор,
полковник медицинской службы запаса¹
АЛЕКСЕЕВ В.В., полковник медицинской службы²
КРАВЧУК В.Н., профессор, полковник медицинской службы¹
СУХАРЕВ А.Е., майор медицинской службы (andrey_info5@mail.ru)¹
СКВОРЦОВ А.Е.¹
ПОВАРЕНКОВ А.С.¹
МИТРОХИН С.О.²

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

По опыту военных конфликтов, повреждение лица с утратой его социальной функции встречается у 4,5–5% пострадавших с такой травмой. В подавляющем большинстве случаев эти повреждения удается исправить при помощи реконструктивных пластических операций с использованием собственных тканей. Однако у некоторых раненых по различным причинам использование собственных тканей невозможно или не позволяет достаточно полно восстановить внешний вид и функции лица. Тогда единственным методом остается аллотрансплантация от донора. Таких успешных операций в мире насчитывается чуть более 3 десятков, что свидетельствует об их уникальности и сложности. В мае 2015 г. в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова впервые в нашей стране выполнена успешная пересадка участка сложного лоскута лица военнослужащему срочной службы, получившему травму при исполнении служебных обязанностей. В статье представлены основные направления по планированию и организации этой уникальной операции.

К л ю ч е в ы е с л о в а: травма, трансплантация, аллотрансплантация лица, планирование и организация высокотехнологичной медицинской помощи в Вооруженных Силах РФ, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова.

Khbulava G.G., Alekseev V.V., Kravchuk V.N., Sukharev A.E., Skvortsov A.E., Povarenkov A.S., Mitrokhin S.O. – Planning and organisation of allo-grafting performed on the soldier's face. According to the experience of military conflicts facial trauma with the loss of person's social function occurs in 4,5–5% of patients with such injury. In most cases, these injuries can be fixed with the help of reconstructive plastic surgery using their own tissue. However, some of the wounded to various reasons the use of autologous tissue is not possible or does not allow adequately restoring the appearance and function of the person. In such cases the only way is a donor allograft. There are just over 3 dozens of such successful operations, which indicates of their uniqueness and complexity. In May 2015 at the S.M.Kirov Military Medical Academy for the first time in our country made a successful transplantation of a difficult graft to a conscript, who was injured during the duty. The article presents the basic directions of the planning and organization of this unique operation.

К е у о р д s: injury, transplantation, face allo-grafting, planning and organizing of high-tech medical care in the Armed Forces, the S.M.Kirov Military Medical Academy.

В настоящее время, несмотря на достижения современной медицины, остается нерешенной проблема выбора метода лечения у пациентов после тяжелой комбинированной травмы лицевой части черепа с обширными разрушениями мягких тканей и подлежащих костных структур [1]. Решение данной проблемы выходит за рамки медицинской

тематики, т. к. требует учета морально-этических аспектов социальной адаптации больных с обезображивающими рубцами и значительными дефектами лица после перенесенных травм.

По опыту военных конфликтов, повреждение лица с утратой его социальной функции встречается у 4,5–5% пострадавших с такой травмой. В подавля-



стоящее время организована работа по истребованию необходимых документов с предыдущего места службы рядового Е. для предоставления в страховую компанию.

Кроме того, учитывая наличие у пациента тяжелого увечья и стойкой утраты трудоспособности, по инициативе руководства клинической базы академии во взаимодействии с территориальным бюро медико-социальной экспертизы проведено выездное заседание, по результатам которого пациент признан инвалидом первой группы, что дало ему право на получение единовременной, а в последующем ежемесячной денежных выплат.

Прямым подтверждением нормализации состояния пациента является то обстоятельство, что он начал «строить планы на жизнь», рассматривает вопросы о дальнейшей учебе, работе и семейной жизни.

В Ы В О Д Ы

1. Сам факт реализации впервые выполненной высокотехнологичной операции аллотрансплантации лица свидетельствует о должном уровне планирования и организации работы в военно-медицинском учреждении, о высоком уровне подготовленности клинической и научной базы, способности решать сложнейшие задачи.

2. Выполненная операция аллотрансплантации лица может служить прямым доказательством операции выбора при стойких, обширных повреждениях лицевой области.

3. Учитывая специфику военной медицины, характер огнестрельных повреждений, данная проблема остается актуальной и требует дальнейшего развития этого вида трансплантологии и накопления отечественного опыта.

Литература

1. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. – СПб: Гиппократ, 1998. – 744 с.
2. Demir Y., Ozmen S., Klimczak A. Tolerance induction in composite facial allograft transplantation in the rat model // Plastic and reconstructive surgery. – 2004. – Vol. 114, N 7. – P. 1790–1801.

3. Dubernard J.M., Lengele B. Outcomes 18 months after the first human partial face transplantation // N. Engl. J. Med. – 2007. – Vol. 357. – P. 2451–2460.

4. Pomahac B., Nowinski D., Diaz-Siso J.R. Face transplantation // Current problems in surgery. – 2011. – Vol. 48, N 5. – P. 293–357.

5. Semionova M.Z. The Know-How of Face Transplantation. – New York: Springer, 2011. – 512 p.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК [616.36-002.12:578.891]-057.36-036.8

Современные методы диагностики хронических вирусных гепатитов в практике военно-врачебной экспертизы

БУЛАВИН В.В., профессор, полковник медицинской службы в отставке¹
ЧАПЛЮК А.Л., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы²
КАЛЬМАНОВ А.С., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы
(Saniyasin@gmail.ru)¹
СОЛОМКА А.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса¹
ДЕНИСОВА М.П.¹
БЛИНОВ В.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы³

¹Центральный научно-исследовательский институт ВВС, г. Щелково, Московская область; ²Главный центр военно-врачебной экспертизы МО РФ, Москва; ³Филиал Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Москва



В статье изложены современные взгляды на классификацию хронических вирусных гепатитов. Представлена характеристика методических подходов к их диагностике. Акцентируется внимание на этиологической верификации патологии. Результаты исследования клинических характеристик больных хроническим вирусным гепатитом положены в основу разработанных критериев оценки годности к военной службе.

К л ю ч е в ы е с л о в а: хронический вирусный гепатит, военно-врачебная экспертиза, классификация, диагностика, критерий годности к военной службе.

Bulavin V.V., Chaplyuk A.L., Kal'manov A.S., Solomka A.V., Denisova M.P., Blinov V.V. — Modern methods of diagnosis of chronic viral hepatitis used in the practice of the military-medical examination. The article presents current views on the classification of chronic viral hepatitis. The characteristic of methodical diagnostic approaches is presented. The attention to the etiological pathology verification is paid. The results of study on clinical characteristics of patients with chronic viral hepatitis are used as the basis for the developed criteria for evaluating fitness for military service.

К е у в о р д s: chronic viral hepatitis, military medical examination, classification, diagnosis, validity criterion for military service.

На современном этапе проблема хронических гепатитов (ХГ), в т. ч. хронических вирусных гепатитов (ХВГ) человека, в связи с их широким распространением среди населения, высоким уровнем хронизации, тяжестью осложнений, приводящих к значительной инвалидизации и летальности, для здравоохранения России и медицинской службы Вооруженных Сил трансформировалась из чисто медицинской в социальную [2]. Проблема роста заболеваемости ХВГ в стране неоднократно становилась предметом специальных парламентских слушаний в Государственной думе и на Коллегии Министерства здравоохранения РФ [15].

По степени распространенности Россия относится к зонам эндемии со средней (2–7% населения) частотой носительства маркеров ХВГ. Экономический ущерб страны от данных инфекций является самым значимым после гриппа и ОРВИ и, по данным официальной медицинской статистики, превышает 2 млрд руб. ежегодно [14].

В Вооруженных Силах на протяжении последних лет сохраняется большое число военнослужащих, уволенных в связи с ХВГ: в 2013 г. среди всех уволенных по состоянию здоровья военнослужащих по контракту для 3,9% основанием для увольнения послужила именно данная патология, в 2012 г. — 2,7% и в 2011 г. — 4,2% [9].

Особую значимость данной патологии для медицинской службы Вооруженных Сил обуславливает тот факт, что группу повышенного риска составляют медицинские работники, имеющие контакт с

кровью и ее компонентами, и среди которых распространность вирусносительства колеблется от 15 до 42%. Кроме того, в исследованиях, посвященных изучению распространенности маркеров вирусных гепатитов в популяции, был отмечен отчетливый полугодовой цикл неизвестной этиологии с пиком инфицированности в летний и зимний периоды, что может быть признаком неблагоприятного влияния на заболеваемость ВГ полугодовых призывов на военную службу [4].

Высокий уровень заболеваемости населения данными инфекциями, особенно лиц призывного возраста, обусловлен рядом социальных причин и факторов. Среди них следует отметить распространенность в молодежной среде наркоманий, беспорядочных половых связей, гомосексуализма, зачастую неудовлетворительные социально-бытовые условия жизни. К факторам, способствующим распространению вирусных гепатитов, также можно отнести недостаточную осведомленность о мерах профилактики, проявлениях данных болезней, отсутствие у молодежи мотивации на ведение здорового образа жизни [3, 11].

Конец XX столетия закономерно ознаменовался возросшим интересом к проблеме ХВГ, крупными достижениями в данной области, а современный этап получил название «золотой эры» в их изучении [1, 6]. Удостоенное Нобелевской премии открытие «австралийского антигена» (B.S.Blumberg, 1965) было первым в цепи блестящих исследований, посвященных проблеме ВГ. Были открыты возбудители — А, В, С, D, E, F, G, разработаны



годности «Б» — годен к военной службе с незначительными ограничениями получили 22%, «В» — ограниченно годен к военной службе — 74,8% и «Д» — не годен к военной службе — 3,2% больных.

В результате изучения клинической картины больных ХВГ нами были разработаны критерии оценки категорий годности к военной службе. У больных с незначительными нарушениями функции печени болевой синдром был у 52,9%, астеновегетативный — у 53%, диспептический — у 17,6%, слабость отмечали 52,9% больных ХВГ. Средние значения ИГА составили 5,5%. Содержание трансаминаз не выходило за пределы нормальных величин. Увеличение печени, по данным УЗИ, было у 13,2%, повышение эхогенности — у 40,9%. Нарушение функции печени установлено у 2,7%. Более выраженные изменения были обнаружены нами у больных ХВГ с умеренными и выраженными нарушениями функции печени.

Таким образом, ХВГ представляют собой распространенную и актуальную для здравоохранения патологию. В настоящее время существует несколько классификационных подходов к ХВГ, в той или иной мере отвечающих задачам диагностики. Клинико-патогенетические особенности ХВГ не отличаются четкой очерченностью симптомов и синдромов, и, по литературным данным, многие объективные и субъективные клинические признаки данной патологии многообразны и непостоянны. Несмотря на наличие большого количества современных исследований в данной области, многие аспекты, связанные с диагностическими особенностями ХВГ, изучены недостаточно и требуют уточнения. Кроме того, в доступной литературе отсутствуют данные исследований, посвященных различным контингентам военнослужащих, освидетельствованных по поводу ХВГ, что еще раз подчеркивает актуальность и необходимость дальнейшего изучения данной патологии в Вооруженных Силах.

Литература

1. Акимкин В.Г. Эффективность вакцинопрофилактики гепатита у медицинского персонала крупного стационара // Эпидемиология и инфекционная болезнь — 2002. — № 5. — С. 19–22.
2. Блюгер А.Ф. Клинические проблемы хронического гепатита // Клиническая медицина — 1980. — Т. 58, № 9. — С. 16–23.
3. Виноградова Е.Н. Вирусные гепатиты В и С (Проблемы диагностики и терапии): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1997. — 40 с.
4. Возможные 5–6- и 22-летние периодичности частоты встречаемости маркеров вирусного гепатита и соответствующие корреляции с солнечной активностью и геомагнитной обстановкой // Корреляции биологических и физико-химических процессов с космическими и гелиофизическими факторами: Тез. докл. 4-го междунар. симпозиума. — Пушкино, 1996. — С. 56.
5. Герман К.М. Определение маркеров активности НВС и НСV-инфекции и их диагностическое значение // Гепатит В, С, D — проблемы диагностики, лечения и профилактики: Тез. докл. III Рос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. — М., 1999. — С. 51–52.
6. Ивашкин В.Т.. Прогресс в изучении и терапии хронических вирусных гепатитов // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1997. — Т. 7, № 5. — С. 22–26.
7. Крель П.Е. Клиническое значение полимеразной цепной реакции при лечении хронических вирусных гепатитов В и С // Рос.

журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1988. — Т. 8, № 5. — С. 46–47.

8. Каганов Б.С. Вирусный гепатит В: Достижения и проблемы // Рос. педиатр. журн. — 1998. — № 1. — С. 50–60.

9. Куликов В.В. Критерии определения категории годности к военной службе // Воен.-мед. журн. — 1997. — Т. 318, № 12. — С. 9–13.

10. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. — СПб: ТЕЗа, 1998. — 306 с.

11. Фисенко Ю.И. Клинико-морфологические особенности течения НСV-инфекции у призывников и военнослужащих по призыву: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 138 с.

12. Фокин А.А. Экономические аспекты медицинского обследования граждан призывного возраста и проведения им лечебно-оздоровительных мероприятий / Актуальные вопросы военно-врачебной экспертизы: Тез. докл. науч. конф. — М.: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, 2001. — С. 90.

13. Хазанов А.И. Особенности НВV-инфекции у медицинских сотрудников крупного многопрофильного стационара // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2000. — Т. 10, № 1. — прил. 9. — С. 15.

14. Шаханина И.Л. Вирусные гепатиты в России: официальная статистика и экономические потери // Вакцинация. — 2001. — Т. 6, № 18. — С. 95–99.

15. Шевченко Ю.Л. О состоянии заболеваемости вирусными гепатитами: Проект решения Коллегии Министерства здравоохранения РФ. — М., 2001. — 8 с.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 614.88.08

Сравнительная характеристика отечественных и зарубежных средств оказания первой помощи на поле боя и в очаге чрезвычайной ситуации

МИРОШНИЧЕНКО Ю.В., заслуженный работник здравоохранения РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса (miruvb1@gmail.com)
САМОХВАЛОВ И.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке
ИВЧЕНКО Е.В., доцент, полковник медицинской службы
КОНОНОВ В.Н., доцент, полковник медицинской службы
ГОЛОВКО К.П., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
РОДИОНОВ Е.О., кандидат фармацевтических наук, капитан медицинской службы

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

Изложены результаты сравнительного анализа отечественных и зарубежных средств оказания первой помощи на поле боя и в очаге чрезвычайной ситуации. Установлено, что используемые в Вооруженных Силах средства оказания первой помощи являются эффективными и позволяют выполнять предусмотренные мероприятия независимо от квалификации и навыков оказывающего помощь. Современные инновационные средства оказания экстренной и неотложной помощи могут использоваться на войсковых этапах медицинской эвакуации и в военных госпиталях.

К л ю ч е в ы е с л о в а: первая помощь, медицинское имущество, аптечки первой помощи, сумка первой помощи.

Miroshnichenko Yu.V., Samokhvalov I.M., Ivchenko E.V., Kononov V.N., Golovko K.P., Rodionov E.O. – Comparative characteristics of domestic and foreign means of the first aid on the battlefield and in the epicentre of emergency situation. The results of comparative analysis of domestic and foreign means of the first aid on the battlefield and in the epicentre of emergency situation are presented. It was found that the first aid means used in the Armed Forces are effective and allow performing specified activities, regardless of the qualifications and assisting skills. Modern innovative means of providing emergency and urgent care may be used on the stages of medical evacuation of military and military hospitals.

К е у w o r d s: first aid, medical equipment, first aid kits, first aid bag.

Опыт медицинского обеспечения войск (сил) в вооруженных конфликтах и чрезвычайных ситуациях (ЧС) свидетельствует, что начало оказания помощи раненым (пострадавшим) в течение первого часа после ранения (травмы) существенно снижает риск развития осложнений, во многом способствует скорейшему восстановлению боеспособности и возвращению в строй [3, 13]. Поэтому совершенствованию средств оказания первой помощи уделяется пристальное внимание как в России, так и за рубежом [6, 29].

В соответствии с объективными условиями для оказания первой помощи

на поле боя (в очаге ЧС) применяются аптечки и сумки первой помощи. Такой подход характерен и для армий развитых стран [21, 29].

В Вооруженных Силах Российской Федерации (ВС РФ) для оказания первой помощи используются¹:

– аптечка первой помощи индивидуальная АППИ;

¹Приказ министра обороны РФ от 21.05.2011 г. № 744 «О принятии на снабжение Вооруженных Сил Российской Федерации изделий комплектно-табельного оснащения войскового звена медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации».



водимой после пункции в трахею по проводнику по типу Сельдингера (Pertrach, Melker). Более безопасными являются наборы, содержащие скальпель, крючок и канюлю, например коникотом, выпускаемый компанией Chinook (США). Предложенное R.Levitan устройство для безопасной коникотомии в полевых условиях — CrisKnife&Key — позволяет выполнять постановку канюли в трахею за счет ограничителя для скальпеля и крючка для последующего введения трубки [23] (рис. 12).

Литература

1. Давыденко В.В., Яшин С.М., Нечаев А.Ю., Доморад А.А. Эффективность аппликационного гемостатического средства «Гемофлекс Комбат» для остановки наружного артериовенозного кровотечения // Воен.-мед. журн. — 2015. — Т. 336, № 1. — С. 55–58.

2. Краткий справочник «Использование комплектов медицинского имущества в войсковом звене медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации» / Под общ. ред. проф. А.Я.Фисуна и проф. Ю.В.Мирошниченко. — СПб: ВМедА, ГВМУ МО РФ, 2014. — 86 с.

3. Мирошниченко Ю.В., Бояринцев В.В., Бунин С.А., Кононов В.Н., Родионов Е.О. Использование комплектов медицинского имущества, наборов и упаковок медицинских при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций // Мед.-биол. и социал.-психол. пробл. безопасности в чрезвычай. ситуациях. — 2014. — № 3. — С. 39–47.

4. Мирошниченко Ю.В., Бояринцев В.В., Гребенюк А.Н., Кононов В.Н., Сидоров Д.А. Применение современных аптечек и сумок при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2013. — № 2. — С. 176–181.

5. Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Кононов В.Н. Комплектно-табельное оснащение войскового звена медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации / Под общ. ред. проф. Ю.В.Мирошниченко. — СПб: Изд-во Политехн. ун-та, 2013. — 182 с.

6. Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б., Ступников А.В. Перспективы развития системы комплектно-табельного оснащения войскового звена медицинской службы / I Европ. конгр. по военной медицине 8–11 июня 2010 г.: Тез. докл. — Светлогорск: Изд-во Светлогорского ЦВС, 2010. — С. 67.

Таким образом, используемые в ВС РФ средства оказания первой помощи являются достаточно эффективными и позволяют выполнять предусмотренные мероприятия независимо от квалификации и навыков оказывающего помощь (в порядке само- и взаимопомощи). Современные инновационные средства оказания экстренной и неотложной помощи могут использоваться на ВЭМЭ и в военных госпиталях медицинским персоналом.

7. Мирошниченко Ю.В., Гребенюк А.Н., Кононов В.Н., Минаев Д.Ю., Милев А.В. Современные комплекты медицинского имущества для оказания медицинской помощи при боевых действиях и чрезвычайных ситуациях мирного времени // Мед.-биол. и социал.-психол. пробл. безопасности в чрезвычай. ситуациях. — 2012. — № 4. — С. 5–11.

8. Мирошниченко Ю.В., Гребенюк А.Н., Кононов В.Н., Ступников А.В., Минаев Д.Ю. Использование современных аптечек для оказания первой помощи военнослужащим Вооруженных Сил Российской Федерации // Воен.-мед. журн. — 2012. — Т. 333, № 3. — С. 48–54.

9. Мирошниченко Ю.В., Кононов В.Н., Попов А.А., Родионов Е.О. Гимн аптечке первой помощи индивидуальной // Армейский сборник. — 2016. — № 4. — С. 17–21.

10. Мирошниченко Ю.В., Родионов Е.О., Кононов В.Н., Меркулов А.В. Организация снабжения медицинским имуществом мобильных специальных подразделений медицинской службы ВС РФ // Фармакоэкономика. — 2014 — Т. 2, № 1. — С. 57.

11. Самохвалов И.М., Рева В.А. Догоспитальная помощь раненым в военных конфликтах: состояние и перспективы // Воен.-мед. журн. — 2015. — Т. 336, № 10. — С. 15–26.

12. Самохвалов И.М., Рева В.А., Денисов А.В., Головкин К.П., Сохранов М.В. и др. Усовершенствование экспериментальной модели для изучения эффективности местных гемостатических средств // Воен.-мед. журн. — 2015. — Т. 336, № 3. — С. 19–25.

13. Указания по военно-полевой хирургии [электронный ресурс] / Под ред. А.Н.Бельских, И.М.Самохвалова. — М., 2013. — 474 с. URL: http://www.vmeda.org/docfiles/ukazaniya_po_vph_2013.pdf (время доступа: 16.03.2016).



14. *Arnaud F., Tomori T., Teranishi K.* et al. Evaluation of chest seal performance in a swine model: comparison of Asherman vs. Bolin seal // *Injury*. – 2008. – Vol. 39, N 9. – P. 1082–1088.
15. *Ball C.G., Wyrzykowski A.D., Kirkpatrick A.W.* et al. Thoracic needle decompression for tension pneumothorax: clinical correlation with catheter length // *Can. J. Surg.* – 2010. – Vol. 53, N 3. – P. 184–188.
16. *Barnard E.B., Ervin A.T., Mabry R.L., Bebart V.S.* Pre-hospital and en-route cricothyrotomy performed in the combat setting: a prospective, multicenter, observational study // *J. Spec. Oper. Med.* – 2014. – Vol. 14, N 4. – P. 35–39.
17. *Bennett B.L., Littlejohn L.F., Kheirabadi B.S.* et al. Management of external hemorrhage in Tactical Combat Casualty Care: chitosan-based hemostatic gauze dressings – TCCC Guidelines Change 13-05 // *J. Spec. Oper. Med.* – 2014. – Vol. 14, N 3. – P. 40–57.
18. *Buschmann C., Schultzt T., Toskos M., Kleber C.* Emergency medicine techniques and the forensic autopsy // *Forensic Science Medicine and Pathology*. – 2013. – Vol. 9. – P. 48–67.
19. *Butler F.K., Dubose J.J., Otten E.J.* et al. Management of open pneumothorax in Tactical Combat Casualty Care: TCCC Guidelines Change 13-02 // *J. Spec. Oper. Med.* – 2013. – Vol. 13, N 3. – P. 81–86.
20. *Eastridge B.J., Mabry R.L., Seguin P.* et al. Death on the battlefield (2001–2011): implications for the future of combat casualty care // *J. Trauma Acute Care Surg.* – 2012. – Vol. 73, N 6 (Suppl. 5). – P. S431–S437.
21. *Emergency War Surgery: Third United States Revision / Borden Institute* Walter Reed Army Medical Center. – Washington, DC, 2004.
22. *Givens, M.L., Ayotte K., Manifold C.* Needle thoracostomy: implications of computed tomography chest wall thickness // *Academic Emergency Medicine*. – 2004. – Vol. 11, N 2. – P. 211–213.
23. *Harcke H.T., Mabry R.L., Mazuchowski E.L.* Needle thoracostomy decompression: observations from postmortem computed tomography and autopsy // *J. Spec. Oper. Med.* – 2013. – Vol. 13, N 4. – P. 53–58.
24. *Harcke H.T., Pearse L.A., Levy A.D.* et al. Chest wall thickness in military personnel: implications for needle thoracostomy in tension pneumothorax // *Mil. Med.* – 2007. – Vol. 172, N 12. – P. 1260–1263.
25. *Inaba K., Branco B.C., Eckstein M.* et al. Optimal positioning for emergent needle thoracostomy: a cadaver-based study // *J. Trauma*. – 2011. – Vol. 71, N 5. – P. 1099–1103.
26. *Kheirabadi B.S., Terrazas I.B., Koller A.* Vented versus unvented chest seals for treatment of pneumothorax and prevention of tension pneumothorax in a swine model // *J. of Trauma and Acute Care Surgery*. – 2013. – Vol. 75, N 1. – P. 150–156.
27. *Levitan R.M.* The Cric-Key and CricKnife: a combined tube-introducer and scalpelhook open cricothyrotomy system // *J. Spec. Oper. Med.* – 2014. – Vol. 14, N 1. – P. 50–57.
28. *Miroshnichenko Yu.V.* Characteristics of Modern Complete-Table Support System of Medical Service in the Army Section of the Armed Forces of Russian Federation // *Intern. Rev. of the Arm. Forces Med. Serv.* – 2012. – Vol. 85, N 4. – P. 77–81.
29. *NATO Handbook on the Medical Aspects of NBC Defensive Operations / Departments of the Army, the Navy, and the Air Force.* – Washington, DC, 2010.
30. *Niles S.E., McLaughlin D.F., Perkins J.G.* et al. Increased mortality associated with the early coagulopathy of trauma in combat casualties // *J. Trauma*. – 2008. – Vol. 64, N 6. – P. 1459–1463.
31. *Samokhvalov I.M., Petrov A.N., Reva V.A.* Russian system for temporary control of external hemorrhage in combat-related major extremity vascular injuries: realities and prospects // *Intern. Rev. Armed Forces Med. Serv.* – 2014. – Vol. 87, N 1. – P. 20–31.
32. *Stevens R.L., Rochester A.A., Busko J.* et al. Needle thoracostomy for tension pneumothorax: failure predicted by chest computer tomography // *Prehospital Emergency Care*. – 2009. – Vol. 13, N 1. – P. 14–17.
33. *Zengernik I., Brink K.B., Laupland E.L.* et al. Needle thoracostomy in the treatment of a tension pneumothorax in trauma patients: what size needle? // *J. Trauma*. – 2008. – Vol. 64, N 1. – P. 111–114.



© В.В. ПАНОВ, И.Ю. КИМ, 2016
УДК 616.37-001-08(470.6)

Опыт лечения огнестрельных ранений и повреждений поджелудочной железы в ходе внутреннего вооруженного конфликта на Северном Кавказе (1994–1996, 1999–2002 гг.)

ПАНОВ В.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
КИМ И.Ю., майор медицинской службы (Hirurg79@mail.ru)

1602-й Военный клинический госпиталь (военного округа), г. Ростов-на-Дону

Представлен собственный опыт хирургического лечения огнестрельных ранений и повреждений поджелудочной железы. Показаны патофизиологические механизмы развития огнестрельного панкреатита. Определены задачи хирургического вмешательства и способы их решения. Проанализированы причины повторных операций. Установлено, что хирургическая тактика определяется характером и локализацией повреждения поджелудочной железы. Показаны особенности хирургического вмешательства.

К л ю ч е в ы е с л о в а: огнестрельное ранение поджелудочной железы, огнестрельный панкреатит, ранняя активная хирургическая тактика.

Panov V.V., Kim I.Yu. — Experience of the treatment of gunshot wounds and pancreas traumas during domestic armed conflict in the North Caucasus (1994–1996, 1999–2002). The paper presents our own experience of surgical treatment of gunshot wounds, and pancreatic damage. Pathophysiological mechanisms of development of fire pancreatitis are presented. Tasks for surgery and their solutions are defined. The reasons for reoperation are analysed. It was found that the surgical approach depends on the nature and localization of pancreatic damage. The features of the surgical intervention are shown.

К е у w o r d s: gunshot wound to the pancreas, pancreatitis gunshot, early active surgical tactics.

Организация хирургической помощи в современных военных конфликтах легла в основу формирования концепции «ранней специализированной хирургической помощи».

Особую группу составляет контингент с огнестрельными ранениями поджелудочной железы. В большинстве научных публикаций, посвященных огнестрельным ранениям поджелудочной железы, последние носят казуистический характер, за исключением опыта Великой Отечественной войны.

Как правило, контингент с ранениями и повреждениями поджелудочной железы получает квалифицированную хирургическую помощь в общехирургических отделениях госпиталей зоны ответственности. От укомплектованности специалистами, достаточной материаль-

но-технической базы, включая современную высокоточную аппаратуру, зависит оперативность выявления повреждений поджелудочной железы, определение показаний к хирургическому лечению. От хирурга требуется адекватная интраоперационная диагностика характера повреждений поджелудочной железы, в результате которой будет определен не только объем хирургического вмешательства, но и дальнейшая тактика ведения пациента, что наталкивает клиницистов на поиски более рационального подхода к решению данной проблемы, выбор адекватной хирургической тактики в каждом конкретном случае. В связи с этим продолжается совершенствование оптимальной системы дифференцированного хирургического подхода к лечению огнестрельных ранений и повреж-



палительным процессом тонкого кишечника). Важно отграничение сальниковой сумки от свободной брюшной полости и подкожной жировой клетчатки. Это достигается путем подшивания брюшины к коже в проекции формируемой оментостомы. Таким образом, ограничение поступления воспалительного экссудата в подкожную жировую клетчатку обеспечивает профилактику развития гнойно-некротического целлюлита этой зоны. Проточно-промывная система забрюшинного пространства налаживается на длительный период с обязатель-

ным выведением дренажей через люмботомический разрез в левой поясничной области, ретроперитонеально и через Винслово отверстие. Для профилактики пролежней от дренажных трубок и контроля их функционирования целесообразно фиксировать конец, проведенный в сальниковую сумку длинной лигатурой, достигая тем самым «управления» дренажами. Данная методика позволяет в последующем выполнять отдельные манипуляции в пределах сформированной оментостомы, без напрасных релапаротомий.

Литература

1. Алексеева О.А., Дубров Э.Я., Косолапов Д.А., Абухина В.М. Ультразвуковая диагностика травматического панкреатита при сочетанной травме // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2014. – Т. 24, № 2. – С. 31.
2. Грекова Н.М., Бухвалов А.Г., Лебедева Ю.В., Бухвалова С.А. Острый панкреатит: современная квалификационная система (обзор литературы) // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 3. – С. 60.

3. Орлов Ю.П., Еришов А.В. Связь нарушенного обмена железа с гемодинамикой и процессами липопероксидации при критических состояниях панкреатогенной этиологии // Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского: тезисы XII съезда хирургов России. – 2015. – Т. 10, № 2. – С. 7.

4. Паскарь С.В. Оптимизация методов диагностики и лечения острого деструктивного панкреатита на этапе специализированной медицинской помощи: Дис. ... д-ра мед. наук. – СПб, 2014. – 270 с.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 616.13-057.272-085.83

Оценка влияния бальнеофизиотерапевтических процедур на микроциркуляторный кровоток у больных с окклюзирующими заболеваниями магистральных артерий

КОТЕНКО К.В., заслуженный врач РФ, профессор¹
ЕСИПОВ А.В., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, генерал-майор медицинской службы²
ЯМЕНСКОВ В.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
(yate77@mail.ru)²

¹Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации, Москва; ²3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневского, г. Красногорск, Московская обл.

Разработана комплексная программа восстановительного лечения больных атеросклерозом артерий нижних конечностей, включающая применение надвенозного лазерного облучения, безузельного магнитного поля на воротниковую область и икроножные мышцы, сухих углекислых ванн в чередовании с ваннами из конского каштана. Программа патогенетически обоснована, применение ее высокоэффективно независимо от преобладания того или иного клинического синдрома. Это позволяет рекомендовать ее для широкого использования в клинической практике, в т. ч. в санаторно-курортных условиях. Отдельные методы, входящие в программу, в соответствии с предложенным алгоритмом можно применять у больных атеросклерозом артерий нижних конечностей при преобладании тех или иных синдромокомплексов.

К л ю ч е в ы е с л о в а: окклюзирующие заболевания магистральных артерий, атеросклероз артерий нижних конечностей, восстановительное лечение, бальнеофизиотерапевтические процедуры.



Kotenko K.V., Esipov A.V., Yamenskov V.V. — Assessment of the influence of the balneo-physiotherapeutic procedures on microcirculatory blood flow in patients with occlusive diseases of the great arteries. A comprehensive program of rehabilitation treatment of patients with atherosclerosis of the arteries of the lower extremities, including over venous laser light, gradient magnetic field on the collar region and calf muscles, dry carbon dioxide baths alternating with baths with horse chestnut. The program is pathogenetically justified the use of its high-performance, regardless of the predominance of a clinical syndrome. This allows recommending it for widespread use in clinical practice, including sanatorium conditions. Some methods that are included in a comprehensive program, in accordance with the proposed algorithm can be used in patients with atherosclerosis of the arteries of the lower extremities with the predominance of individual symptom complex.

Key words: occlusive disease of main arteries, atherosclerosis of the lower extremities arteries, rehabilitation treatment, balneo-physiotherapeutic procedure.

Атеросклероз сосудов нижних конечностей относится к числу распространенных заболеваний: по статистике, им страдает десятая часть населения, преимущественно старшей возрастной группы. Наиболее уязвимы мужчины в возрасте от 65 лет, однако и у лиц среднего возраста также диагностируют эту болезнь. Особенность атеросклероза нижних конечностей заключается в том, что лишь 10% пациентов отмечают его классические симптомы [7].

Этим определяется актуальность поисков эффективных методов лечения данной патологии. С этой целью было предпринято исследование, в которое были включены 220 больных, из них — 200 пациентов в возрасте от 45 до 60 лет с верифицированным диагнозом атеросклероза артерий нижних конечностей 2-й стадии с давностью заболевания от 3 до 10 лет.

Материал и методы

Рандомизированная выборка больных составила пять групп, сравнимых по клинико-функциональным характеристикам:

— основная группа — 40 больных, которым применялась комплексная программа восстановительного лечения, включающая применение надвенного лазерного облучения, бегущего магнитного поля на воротниковую область и икроножные мышцы, сухих углекислых ванн в чередовании через день с ваннами с экстрактом конского каштана;

— группа сравнения 1 — 40 больных, которым назначались сухие углекислые ванны в комплексе с надвенным лазерным излучением;

— группа сравнения 2 — 40 больных, которым применялась комбинированная

магнитотерапия бегущим магнитным полем на воротниковую область и икроножные мышцы;

— группа сравнения 3 — 40 больных, которым назначались ванны из конского каштана;

— контрольная группа — 40 больных, которым применялась лекарственная терапия согласно стандартам при данной патологии, что составило медикаментозный фон для всех вышеперечисленных групп.

Кроме того, были отобраны 20 практически здоровых лиц аналогичного возраста и пола, результаты обследования которых принимались за значения нормы.

В исследование были включены пациенты по следующим критериям:

— верифицированный диагноз атеросклероза дистального отдела артериального сосудистого русла нижних конечностей II ст. без хирургического лечения в анамнезе;

— возраст 25–60 лет;

— давность заболевания от 3 до 10 лет;

— отсутствие органического или функционального поражения костно-суставной системы;

— информированное согласие на участие в исследовании.

Всем больным перед включением их в исследование проводилось диагностическое ультразвуковое сканирование всех артерий нижних конечностей для определения уровня атеросклеротического сосудистого поражения, а также оценки анатомического строения и эластичности стенок артерий, характера кровотока (при его наличии).

Кроме того, проводили измерение артериального давления на передней большеберцовой и плечевой артерии, после чего рассчитывали лодыжечно-плечевой индекс [2].



ВЫВОДЫ

1. Разработанная комплексная программа восстановительного лечения больных атеросклерозом артерий нижних конечностей патогенетически обоснована, применение ее высокоэффективно независимо от преобладания того или иного клинического синдрома. Это позволяет

рекомендовать ее для широкого использования в клинической практике, в т. ч. в санаторно-курортных условиях.

2. Отдельные методы, входящие в программу, в соответствии с предложенным алгоритмом можно применять у больных атеросклерозом артерий нижних конечностей при преобладании тех или иных синдромокомплексов.

Литература

1. Александрова А.П. Гемореологические и циркуляторные расстройства у больных с острой артериальной и венозной непроходимостью и современные подходы к их восстановлению // Вестн. восстановит. медицины. — 2013. — № 4 (56). — С. 45–48.
2. Бадтиева В.А., Трухачева Н.В., Анханова Т.В. Низкочастотное «бегущее» магнитное поле в лечении больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей // Вестн. восстановит. медицины. — 2013. — № 3 (55). — С. 10–14.
3. Затевахин И.И., Золкин В.Н., Степанов Н.В., Цицашвили М.Ш. Облитерирующие заболевания аорты и нижних конечностей // Рус. мед. журн. — 2001. — № 3–4. — С. 126–131.
4. Кошкин В.М. Консервативная терапия хронических облитерирующих заболеваний

артерий конечностей // Рус. мед. журн. — 1997. — Т. 6, № 13. — С. 820.

5. Кульчицкая Д.Б., Кончугова Т.В., Бобровицкий И.П. и др. Информативность лазерной доплеровской флоуметрии в оценке и прогнозе эффективности магнитотерапии у больных с артериальной гипертензией // Вестн. восстановит. медицины. — 2012. — № 5 (51). — С. 18–22.

6. Ли А.А., Казанцев А.Б., Корчажкина Н.Б., Ли Э.А. Влияние импульсного низкочастотного электростатического поля на локальную гемодинамику оперированной нижней конечности при вальгусной деформации I пальца стопы // Вопр. курортол., физиотер. и леч. физ. культуры. — 2009. — № 5. — С. 26–29.

7. Покровский А.В., Абрамова Н.Н., Анбатьелло С.Г. Клиническая ангиология: Руководство для врачей. Т. 1 / Под ред. А.В.Покровского. — М., 2004. — 808 с.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК (535.14+535.15+615.8) 616.8

Эффективность инфракрасно-терагерцевого излучения с акупунктурой в начальный период ишемического инсульта¹

РЕУКОВ А.С., кандидат медицинских наук¹
ГОЛОТА А.С., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса²
ИВЧЕНКО Е.В., доцент, полковник медицинской службы³
КРАССИЙ А.Б., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы в отставке (ramzai2002@mail.ru)³
МОРОШКИН В.С., доктор медицинских наук¹
НАЙМУШИН А.В.¹
ПРЕСНУХИНА А.П.¹
РАЗОРЕНОВА Т.С., кандидат технических наук²
СИМАКОВ К.В.¹
ШАЛАХИН Р.А., кандидат педагогических наук, подполковник запаса³

¹Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова, Санкт-Петербург; ²Городская больница № 40, Санкт-Петербург; ³Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Представлены данные обсервационного ретроспективного клинического исследования, выполненного с целью обобщения опыта использования инфракрасно-терагерцевого излучения в комбинации с акупунктурой для лечения больных в начальный период ишемического инсульта. Экспериментальная группа включала 30 больных, у которых в начальный период госпитализации отмечались различные

¹ Публикуется в порядке обсуждения. — Ред.



клинические проблемы, разрешить которые в приемлемые сроки в рамках отечественных и международных стандартов лечения инсультных больных оказалось затруднительным. Контрольную группу составили 31 больной с обычным течением инсульта. Больным экспериментальной группы в дополнение к стандартному лечению проводилась инфракрасно-терагерцевая терапия (аппарат «ИК-Диполь») в комбинации с акупунктурой. Несмотря на то что больные экспериментальной группы в начале болезни были значительно тяжелее больных контрольной группы, к моменту выписки из стационара по уровню функционирования первая группа обогнала вторую. Через 6 мес это превосходство усиливалось и продолжало сохраняться в течение двух лет наблюдения. Учитывая, что примененный в данном исследовании метод лечения использовался для разрешения различных клинических проблем, а в результате повышался общий уровень функционирования, о чем свидетельствует динамика такого интегрального показателя, как индекс Бартель, следует заключить, что у больных инсультом применение данного метода обладает системным эффектом. Для решения вопроса о целесообразности использования обсуждаемого метода у всех больных в начальном периоде инсульта, а также повторного применения метода в период реабилитации, необходимо проведение отдельных проспективных рандомизированных клинических исследований.

К л ю ч е в ы е с л о в а: акупунктура, инфракрасно-терагерцевое излучение, ишемический инсульт.

Reukov A.S., Golota A.S., Ivchenko E.V., Krassii A.B., Moroshkin V.S., Naimushin A.V., Presnukhina A.P., Razorenova T.S., Simakov K.V., Shalakhin R.A. — Effectiveness of infrared-terahertz radiation with acupuncture in the initial period of ischemic stroke. This article presents the data of observational retrospective clinical investigation aiming at generalization of the experience of usage of infrared terahertz radiation combined with acupuncture for treatment of the patients in the initial period of ischemic stroke. The experimental group contained 30 patients which had various clinical problems at the initial period of hospitalization. The attempts to dissolve these problems within the acceptable period of time employing domestic and international standard treatment approaches failed. The control group consisted of 31 patients with uncomplicated course of stroke. The patients of the experimental group in addition to the standard treatment received infrared terahertz treatment (device «IK-Dipol») combined with acupuncture. Despite the fact that the condition of the patients in the experimental group at admission was much serious than in the control group, at the time of discharge the level of functioning of the first group was definitely higher than the second. In 6 months that superiority increased and has been retained during two years of following up. Despite the fact that the employed in the current investigation method has been used for dissolving different clinical problems, it has been resulted in increase of the general level of functioning proved by the dynamics of such an integral criterion as index Barthel. This means that employment of infrared terahertz radiation in the stroke patients possesses the systemic effect. To recommend the discussed method for treatment of all patients in the initial period of stroke as well as its repeated employment during rehabilitation the separate prospective randomized clinical trials should be undertaken.

К е y w o r d s: acupuncture, infrared terahertz radiation, ischemic stroke.

Согласно последним статистическим данным Американской ассоциации сердца, Россия с большим отрывом занимает первое место в мире по смертности от инсульта: 268,2 на 100 тыс. населения, что в разы, а часто и на порядок превышает аналогичный показатель в других странах. Например, в соседней Финляндии смертность от инсульта составляет 37,9 на 100 тыс. [4, Table 13-3, p. 153–154]. Это, в частности, свидетельствует о фиаско стратегии и применяемых методов лечения инсульта в нашей стране. В данной ситуации врачебное сообщество России все чаще обращается к альтернативным методам терапии, одним из которых является лечение физическими факторами.

Физиотерапия для лечения инсульта применялась несколькими поколениями врачей, однако, во-первых, она включалась в основном на более поздних этапах реабилитации, во-вторых, использовались более традиционные методы, такие как бальнеотерапия, электрофорез, массаж и т. п.

Цель настоящего сообщения — обобщить накопленный опыт использования инфракрасно-терагерцевого (ИТ) излучения с акупунктурой для лечения больных в начальный период инсульта.

Материал и методы

По своему дизайну данное исследование было задумано как *обсервационное ретроспективное* с контролем². Экспериментальная группа формировалась по историям болезни пациентов, находившихся на лечении в *Северо-Западном федеральном медицинском исследовательском центре им. В.А.Алмазова (СЗФМИЦ, Санкт-Петербург)* по поводу ишемического инсульта в 2011–2015 гг. У всех указанных больных в начальный период госпитализации во время пребывания в отделении реанимации отмечались различные клинические проблемы, разрешить которые в приемлемые сроки обычно применяемыми методами в рамках отечественных и международных стандар-

² Более строго — с квазиконтролем.



Сравнительная характеристика функционального состояния больных экспериментальной и контрольной групп на разных этапах исследования по данным некоторых комплексных тестов

Этапы наблюдения и количество больных	Функциональные показатели, $M \pm m$		
	Шкала NIHSS	Шкала Rankin	Индекс Barthel
При поступлении 30*/31**	26,73±0,76/18,94±0,95 t=4,81, p<0,001	4,8±0,074/4,13±0,13 t=4,95, p<0,001	0,20±0,15/1,94±0,40 t=4,16, p<0,001
При выписке 30*/31**	6,37±0,49/8,87±0,72 t=2,91, p<0,01	2,0±0,025/3,10±0,17 t=6,40, p<0,001	15,8±0,74/11,41±0,71 t=4,30, p<0,001
Через 6 мес 29*/30**	5,14±0,93/6,67±0,77 t=1,00, p>0,05	1,90±0,16/3,00±0,14 t=5,13, p<0,001	18,92±0,34/14,37±0,72 t=5,15, p<0,001
Через год 24*/29**	2,83±0,39/7,03±0,74 t=5,00, p<0,001	1,67±0,14/2,90±0,15 t=5,89, p<0,001	18,92±0,25/14,62±0,81 t=5,10, p<0,001
Через 2 года 19*/28**	2,74±0,42/6,96±0,75 t=4,91, p<0,001	1,63±0,19/2,96±0,17 t=5,16, p<0,001	19,00±0,20/15,32±0,65 t=5,38, p<0,001

Примечание: * – количество больных в экспериментальной группе; ** – количество больных в контрольной группе.

2. Второе направление связано с надеждой на то, что использование данной методики *повторно* на определенном этапе реабилитации сможет повысить ее результативность. Тот факт, что у больных экспериментальной группы индекс Бартель уже к моменту выписки из стационара приближается к своей максимальной отметке, еще не означает, что реабилитологу не над чем работать. Поясним это примером на том же больном, что и в приведенной выше клинической презентации. Перед первым сеансом ИТ-терапии в отделении реанимации его индекс Бартель оценивался в 0 (ноль) баллов, при выписке он составил максимум – 20 баллов. Это, однако, не означает, что больной функционально полностью восстановился. В ходе подготовки данной публика-

ции 26 мая 2016 г. (спустя более трех лет с момента инсульта) мы созвонились с больным. Самочувствие хорошее. Двигательная функция и речь восстановились настолько, что больной даже возвратился на работу (пока на полставки) по прежней специальности (электромонтажник). В то же время при детальном распросе выяснилось, что у больного еще много нерешенных проблем и в плане чувствительности, и координации движений, и когнитивных функций и т. д., решить которые обычными методами восстановительной терапии пока не удалось. Здесь тоже понадобится отдельное проспективное контролируемое рандомизированное исследование с оценкой функционирования, существенно превышающей разрешающие возможности индекса Бартель.

Литература

1. Баграев Н.Т. и соавт. Приборы инфракрасной и терагерцевой наноэлектроники в биологии и медицине // Инновации. – 2007. – № 12. – С. 99–104.
2. Дардымов И.В. Женьшень, элеутерококк. (К механизму биологического действия) / АН СССР, Дальневост. научн. центр, Ин-т биологии моря. – М.: Наука, 1976. – 184 с.
3. Реуков А.С., Голота А.С., Ивченко Е.В., Крассий А.Б., Шалахин Р.А. Современные представления о возможностях и механизме действия нефармакологических методов лечения // Воен.-

мед. журн. – 2015. – Т. 336, № 11. – С. 37–47.
4. Mozaffarian D. et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association // Circulation. – 2016. – Vol. 133, N 4. – 324 p. PDF. URL: <https://circ.ahajournals.org/content/early/2015/12/16/CIR.0000000000000350.full.pdf> (дата обращения: 30.05.2016).
5. Lakens D. Always use Welch's t-test instead of Student's t-test / Eindhoven University of Technology // Personal blog. January 26, 2015. URL: <http://daniellakens.blogspot.ru/2015/01/always-use-welchs-t-test-instead-of.html> (дата обращения: 30.08.2016).



Эпилептические пароксизмы у военнослужащих

ДРОЗДОВА И.П., доцент (lorines@rambler.ru)²
ДОЛОКА Ю.В. (ydoloka@mail.ru)¹
ХЕЛИМСКИЙ А.М., профессор (akhelim@gmail.com)²
ГНАТЫШЕВ И.В., подполковник медицинской службы (gnatichiev@mail.ru)¹
КУЗЕННАЯ С.Ч. (skusenya@mail.ru)¹
РОМАНЮХА Р.В. (rvromanicha@mail.ru)¹

¹301-й Военный клинический госпиталь (военного округа), г. Хабаровск; ²Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Представлен анализ данных обследования и лечения 73 военнослужащих с диагнозом «Эпилепсия. Эпилептический статус». Значительная часть из них при призыве скрыли наличие заболевания на призывной комиссии или ошибочно были признаны годными к военной службе. У части военнослужащих дебют эпилепсии приходился на адаптационный период (первые 3 мес) и был связан с обязанностями военной службы. Выявлено недостаточно широкое назначение современных противосудорожных препаратов. При призыве в спорных случаях рекомендовано использовать ЭЭГ-видеомониторинг и данные электронных амбулаторных карт.

К л ю ч е в ы е с л о в а: военнослужащие, призывники, эпилепсия, пароксизмальное состояние.

Drozдова I.P., Doloka Yu.V., Khelinskii A.M., Gnatyshev I.V., Kuzennaya S.Ch., Romanyukha R.V. – Epileptic seizures in servicemen. The analysis of the survey data and treatment of 73 soldiers with a diagnosis «Epilepsy. Status epilepticus». A large part of soldiers when calling-up concealed the disease at the call-up commission or were wrongly found fit for military service. In some soldiers the onset of epilepsy coincided with the adaptation period (first three months), and was associated with the performance of military duties. Revealed insufficient general-purpose modern anti-epileptic drugs. When conscription case of dispute, it is recommended to use EEG-video monitoring and electronic data outpatients.

К е y w o r d s: soldiers, conscripts, epilepsy, paroxysmal state.

Эпилепсия и эпилептические синдром в неврологии относятся к неотложным состояниям. Внезапность возникновения пароксизма, потеря ориентации и дееспособности в связи с утратой сознания, возможность травматизации во время приступа превращают генерализованный эпилептический припадок в жизнеугрожающую ситуацию [3]. В связи с этим и в соответствии с приказом министра обороны РФ 2013 г. № 565 при наличии пароксизмальных эпилептических состояний (по МКБ-10 подгруппа G 40–41 заболеваний) граждане признаются не годными к военной службе [4, 5].

В настоящее время достигнуты успехи в диагностике и лечении эпилепсии. Существуют специфические высокочувствительные методы, позволяющие диагностировать заболевание [1, 7]. Методы нейровизуализации способны выявить причинный фактор эпилепсии. Подавляющее большинство форм эпилепсии дебютирует в детском и юношеском возрасте [2].

В отдельных, благоприятных, случаях возможна стойкая ремиссия заболевания или полное выздоровление пациента. Однако при определенных физических и психоэмоциональных нагрузках не исключен рецидив заболевания [6].

Несмотря на то что граждане с диагнозом «Эпилепсия и эпилептические синдромы» не подлежат призыву в Вооруженные Силы, больные с эпилептическими пароксизмами довольно часто проходят обследование и лечение в военных госпиталях. Таким образом, представляется актуальным детальное изучение причин возникновения пароксизмов у военнослужащих для разработки рекомендаций по эффективному выявлению этой категории пациентов.

Цель исследования

Разработка рекомендаций по повышению эффективности выявления лиц с пароксизмальными эпилептическими состояниями для исключения случаев их ошибочного призыва на военную службу.



ВЫВОДЫ

1. Среди находившихся на обследовании и лечения в военном госпитале пациентов с эпилептическими пароксизмами преобладали военнослужащие по призыву.
2. Установлена высокая вероятность рецидива заболевания при призыве на воен-

ную службу лиц с нестойкой ремиссией.

3. Дебют эпилепсии приходится на адаптационный период (первые 3 мес службы) и связан с исполнением обязанностей военной службы.

4. Для повышения эффективности лечения военнослужащих с эпилепсией целесообразно применение современных антиконвульсантов.

Литература

1. *Вышлова И.А., Гюнтер Н.А., Шевченко П.П.* Нейрофизиологические показатели адаптации призывников срочной службы // Клиническая неврология. — 2015. — № 1. — С. 23–25.
2. *Дроздова И.П., Кохан В.Г., Мошина А.Г., Сулова Н.Ю., Налкин С.А.* Клинико-эпидемиологическая характеристика эпилепсии у жителей Хабаровска // Дальневосточный мед. журн. — 2014. — № 4. — С. 40–44.
3. *Дроздова И.П.* Нейропсихологическая характеристика и оксидантный статус у больных молодого возраста с церебральными пароксизмами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Пермь, 2011. — 34 с.
4. *Дыскин Д.Е., Емельянов А.Ю., Ефимов И.М.* Диагностика эпилепсии при профессиональном отборе у лиц, поступающих в летные училища /Актуальные вопросы медицинского контроля за состоянием здоровья летчиков и космонавтов: Сб. матер. науч. конф. — СПб, 1998. — С. 80–83.
5. *Ефимов И.М.* Военно-врачебная экспертиза при заболеваниях и травмах нервной системы // В кн.: Военная неврология / Под ред. *М.М.Одинака*. — СПб: ВМедА, 2004. — С. 331–343.
6. *Мызников И.Л., Устименко Л.И., Трофимова А.Ю., Бурцев Н.Н.* Военно-врачебная экспертиза призывников и ее качество // Проблемы соц. гигиены и история медицины. — 2013. — № 3. — С. 32–36.
7. *Одинак М.М., Холин А.В., Литвиненко И.В., Дыскин Д.Е., Ефимов И.М.* Медикаментозное лечение эпилепсии височной доли нейропротективными препаратами / Современные

подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний: Матер. юбил. науч.-практ. конф., посвящ. 140-летию кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии. — СПб: ВМедА, 2000. — С. 278.

8. *Одинак М.М.* Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и военно-врачебная экспертиза эпилепсии и судорожных синдромов: Методические рекомендации. — М.: ГВМУ МО РФ, 2003. — 40 с.

9. *Aarabi B., Taghipour M., Haghnegahdar A.* et al. Prognostic factors in the occurrence of posttraumatic epilepsy after penetrating head injury suffered during military service // Neurosurg. Focus. — 2000. — Vol. 8, N 1. — P. 1–10.

10. *Cranley M.R., Craner M., McGilloway E.* Antiepileptic prophylaxis following severe traumatic brain injury within a military cohort // J. R. Army Med. Corps. — 2016. — N 162. — P. 109–114.

11. Epilepsy in active component service members, 1998–2012 // Armed Forces Health Surveillance Center (AFHSC) // MSMR. — 2013. — Vol. 20, N 5. — P. 19–22.

12. *Erickson J.C., Ellenbogen R.G., Khajevi K.* et al. Temporal lobectomy for refractory epilepsy in the U.S. military // Mil. Med. — 2005. — Vol. 170, N 3. — P. 201–205.

13. *Kocak N., Turker T., Aydin I.* et al. The prevalence of disorders causing disability in young adult males in Turkey between 2009–2011 // Pak. J. Med. Sci. — 2013. — Vol. 29, N 5. — P. 1240–1244.

14. *Toyoda G., Brown E.C., Matsuzaki N.* et al. Electroencephalographic correlates of overt articulation of 44 English phonemes: intracranial recording in children with focal epilepsy // Clin. Neurophysiol. — 2014. — Vol. 125, N 6. — P. 1129–1137.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.98-085.331

Опыт применения пиобактериофага комплексного жидкого как средства экстренной профилактики острого тонзиллита в воинском коллективе

ПАПКО С.В., полковник медицинской службы¹

ГОНЧАРОВ Г.В., подполковник медицинской службы (gigiena_1002@mail.ru)²

ПОЛЯКОВ В.С., майор медицинской службы³

АМИНЕВ Р.М., полковник медицинской службы (sen1026@yandex.ru)³

ЕЗДИН Е.Б., майор медицинской службы²

ШОРОХОВ Т.А., майор медицинской службы²

¹Медицинская служба Южного военного округа, г. Ростов-на-Дону; ²1002-й Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ, г. Ростов-на-Дону; ³1026-й Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ, г. Екатеринбург

В 2015–2016 гг. проведена оценка эффективности применения пиобактериофага комплексного жидкого в очаге заболеваний острым тонзиллитом как средства экстренной профилактики, направленной на снижение частоты заболеваний и предупреждение их распространения. Изучалась эпидемиологическая эффективность и безопасность применения препарата, определялась достоверность причинно-следственной связи действия фактора на эпидемический процесс. На основании результатов исследования сделан вывод об эффективности использования пиобактериофага комплексного жидкого в острых очагах заболеваемости бактериальной этиологии (острого тонзиллита) как средства экстренной профилактики, доказано выраженное снижение заболеваемости военнослужащих. Применение бактериофагов, в т. ч. и пиобактериофага, является перспективным направлением профилактики инфекционных болезней бактериальной этиологии в воинских коллективах.

К л ю ч е в ы е с л о в а: острый тонзиллит, заболеваемость в воинском коллективе, экстренная профилактика, пиобактериофаг.

Papko S.V., Goncharov G.V., Polyakov V.S., Aminev R.M., Ezdin E.B., Shorokhov T.A. — Experience of the use of complex liquid pyo bacteriophage as a mean of prophylaxis of the acute tonsillitis in a military collective. In 2015–2016 was evaluated the effectiveness of an integrated liquid pyo bacteriophage in the outbreak of acute tonsillitis among conscripts as a mean of emergency prevention, reduction of disease incidence and communication prevention. The authors have studied an epidemiological efficacy and safety of the drug, and determined an accuracy of the cause-and-effect link on the epidemic process. Based on the results of the study, it has been concluded that the use of the complex liquid pyo bacteriophage in acute tonsillitis focuses for emergency prevention of diseases is effective, has been proved a significant reduction of military morbidity. The use of bacteriophages, including pyo bakteriopahge, is a promising direction of prevention of infectious diseases of bacterial aetiology in military units.

К е у w o r d s: acute tonsillitis, morbidity in a military collective, emergency prevention, pyo bacteriophage.

Заболеваемость военнослужащих болезнями органов дыхания, в число которых входит и острый тонзиллит, продолжает оставаться актуальной для Вооруженных Сил. Так, в Южном военном округе эта патология занимает в структуре общей заболеваемости до 48% у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, и до 33% — у военнослужащих по контракту.

Наиболее высока эта заболеваемость в учебных воинских частях. По данным анализа за 2015 г., заболеваемость болез-

нями органов дыхания среди военнослужащих по призыву в этих частях превышала среднеокружные показатели в 2–3,5 раза. Этому способствовали следующие факторы:

— нарушение установленных норм размещения в пунктах постоянной дислокации (скученность, отсутствие или неэффективная работа систем вентиляции в спальнях помещений);

— несоблюдение температурного режима и режима проветривания спальных и служебных помещений;



служащие занимались учебно-боевой подготовкой в учебных классах и в поле, обслуживанием военной техники в парке в условиях, существенно не менявшихся на протяжении 2014–2016 гг. В эпидемический сезон 2014–2015 гг. средства экстренной профилактики заболеваний бактериальной этиологии не применялись. В аналогичный период 2015–2016 гг., с учетом положительных результатов применения различных бактериофагов в воинских частях Центрального военного округа [4], был использован пиобактериофаг как средство экстренной профилактики в очаге заболеваний острым тонзиллитом.

Пиобактериофаг разводили физиологическим раствором в соотношении 1:1 и применяли в течение трех календарных недель путем аэрозольного орошения ротоглотки в дозе 2 мл два раза в день (утром и вечером — через 2 ч после приема пищи) по методике, разработанной специалистами медицинской службы Центрального военного округа [4].

Выполненные мероприятия экстренной профилактики позволили получить следующие результаты (см. рисунок).

Подъемы заболеваемости острыми тонзиллитами и возникновение острых очагов с множественными случаями заболеваний регистрировались каждый эпидемический сезон, но протекали с различной интенсивностью проявлений и различной величиной временных границ.

В эпидемический сезон 2014–2015 гг., когда данные средства экстренной профилактики не применялись, острый очаг тонзиллитов был зарегистрирован с 31 января 2014 г. и сохранялся в течение 49 дней с неоднократными периодами подъема частоты заболеваний (протекал волнообразно, с нарастанием количества пораженных).

В эпидемический сезон 2015–2016 гг. острый очаг тонзиллитов был зарегистрирован с 26 декабря 2015 г. с интенсивным нарастанием количества больных. В связи с этим на 16-й день подъема заболеваемости был применен пиобактериофаг, что дало выраженный эффект — снижение количества случаев заболеваний уже на первой неделе применения препарата.

В результате этого временные границы острого очага тонзиллитов составили всего 24 дня против 49 дней в эпидемический сезон 2014–2015 гг. Тенденция к росту заболеваемости после применения пиобактериофага сменилась ее снижением без дальнейших эпидемически значимых подъемов.

ВЫВОДЫ

1. Использование пиобактериофага в очагах острого тонзиллита является действенным средством экстренной профилактики этого заболевания: значительное снижение заболеваемости достигается уже в течение первых 7 дней применения.

2. При применении пиобактериофага происходит санация воинского коллектива за счет подавления циркуляции возбудителей заболеваний кокковой этиологии. Данный эффект сохраняется до 1,5 мес после проведенного курса экстренной профилактики.

3. Аэрозольное орошение ротоглотки препаратом пиобактериофага не вызвало аллергических реакций и не оказывало негативного влияния на иммунный статус военнослужащих наблюдаемого контингента.

Применение бактериофагов, в т. ч. и пиобактериофага, является перспективным направлением профилактики инфекционных болезней бактериальной этиологии (в частности, стрептококковой и стафилококковой) в организованных коллективах.

Литература

1. Беляков В.Д., Яфеев Р.Х. Эпидемиология: Учебник. — М.: Медицина, 1989. — С. 27–30, 159.
2. Мельниченко П.И., Огарков П.И., Курьянович О.В., Речкин В.И., Иванников Ю.Г. Ретроспективный эпидемиологический анализ и прогнозирование заболеваемости личного состава в Вооруженных Силах Российской Федерации: Методические указания. — 2006. — С. 32–36.

3. Акимкин В.Г., Музыченко Ф.В., Малиновский А.А. Роль и место главных медицинских специалистов в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия войск (сил) // Воен.-мед. журн. — 2008. — Т. 329, № 8. — С. 41–43.

4. Акимкин В.Г., Калмыков А.А., Аминев Р.М., Поляков В.С., Артебякин С.В. Опыт применения бактериофагов и бициллина-5 для снижения заболеваемости военнослужащих болезнями органов дыхания бактериальной этиологии // Воен.-мед. журн. — 2016. — Т. 337, № 2. — С. 36–40.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК [613.29:616-055.1].07

Фальсифицированные биологически активные добавки к пище для мужчин: трудности в экспертизе и медицинские проблемы

ПИНЧУК П.В., заслуженный работник здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, доцент, полковник медицинской службы запаса¹
КИРИЧЕК А.В., майор медицинской службы (AVK_SUD@mail.ru)¹
ШАБАЛИНА А.Э., кандидат химических наук¹
ФОРМАНОВСКИЙ А.А., доктор химических наук²

¹111-й Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ, Москва; ²Российский химико-технологический университет им. Д.И.Менделеева, Москва

Многочисленными химико-токсикологическими исследованиями и судебно-химическими экспертизами во множестве различных биологически активных добавок к пище обнаружены лекарственные вещества sildenafil и tadalafil. Фальсифицированные добавки по сути являются подменой лекарственным средствам — ингибиторам фосфодиэстеразы 5 типа, однако выпускаются с неизвестным составом и неизвестной дозировкой синтетических фармацевтических субстанций. Это может вызвать у потребителей непрогнозируемые негативные последствия вплоть до летальных исходов.

К л ю ч е в ы е с л о в а: биологически активные добавки к пище, tadalafil, sildenafil.

Pinchuk P.V., Kirichek A.V., Shabalina A.E., Formanovskii A.A. — Falsified dietary food supplements for men: expertise difficulties and medical problems. According to numerous chemical-toxicological and forensic researches it have been sildenafil and tadalafil in a variety of dietary food supplements. Falsified dietary food supplements are essentially a substitute for drugs — phosphodiesterase type 5 inhibitor, but are produced with unknown composition and in unknown dose of synthetic pharmaceutical substances. This can cause consumers unpredictable negative consequences, including death.

К е у w o r d s: dietary food supplements, tadalafil, sildenafil.

Биологически активные добавки (БАД) к пище приобретают все большую популярность у потребителей. Не являясь лекарственными средствами, они призваны ликвидировать дефицит минералов и витаминов, улучшить обмен веществ в организме. БАД являются естественными природными компонентами пищи и обладают выраженным физиологическим и фармакологическим влиянием на основные регуляторные и метаболические процессы организма человека.

В БАД регламентируется содержание основных действующих веществ. Они должны отвечать установленным нормативными документами требованиям к качеству в части органолептических,

физико-химических, микробиологических и других показателей по допустимому содержанию химических, радиологических, биологических объектов, запрещенных компонентов и их соединений, микроорганизмов и других биологических агентов, представляющих опасность для здоровья человека [2].

БАД не являются препаратами «скорой помощи», они не должны оказывать мгновенный и сильный эффект, их действие наступает гораздо медленнее, и само действие более мягкое в сравнении с лекарственными средствами.

Имеется группа БАД, распространяемых через аптеки и сеть Интернет, которые позиционируются как препараты для улучшения эректильной функции



Следует также отметить тенденцию к внесению в субстанции БАД для повышения потенции не только зарегистрированных и используемых в медицине фармацевтических субстанций – силденафила, тадалафила, варденафила и уденафила, но и их производных с модифицируемой формулой. Таких веществ синтезировано множество. Однако, в отличие от применяемых в лекарственных препаратах фармацевтических субстанций, по их производным не проводятся какие-либо клинические испытания, действие их может быть подобным, но побочное действие, токсические явления при передозировках могут быть более выраженными.

Длительное и бесконтрольное применение подобных БАД приводит к усиленному кровоснабжению предстательной железы, что чревато развитием ее гиперплазии. В дальнейшем, если лечение не проводится, это влечет за собой задержку мочи в мочевом пузыре и формирование камней мочевого пузыря с последующим развитием пиелонефрита.

Самым грозным осложнением доброкачественной гиперплазии предстательной железы является ее малигнизация с развитием рака. Не менее опасным является применение подобных БАД лицами с хронической ишемической болезнью сердца, регулярно принимающими нитропрепараты: учитывая гипотензивное действие нитратов, одновременный прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа с детонаторами освобождения оксида азота, такими, как амилнитрит или нитраты, противопоказан из-за угрозы возникновения острой ишемии миокарда.

Таким образом, надзор и контроль за оборотом подобных фальсифицированных БАД со стороны Роспотребнадзора и правоохранительных органов, безусловно, должен быть усилен. Мужчинам, особенно пожилого возраста, следует крайне осторожно относиться к применению БАД для коррекции различных видов эректильной дисфункции, не прибегать к самолечению, а принимать соответствующие лекарственные препараты строго по назначению врача.

Литература

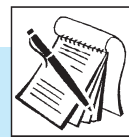
1. Методические рекомендации МУК 4.1.3331-16 «Методика измерений массовой доли синтетических ингибиторов фосфодиэстеразы-5 (тадалафила, варденафила и силденафила) в биологически активных добавках методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с ультрафиолетовым и масс-спектрометрическим детектированием» // http://rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=6314 (дата обращения: 29 апреля 2016 г.)

2. О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов САН-ПИН 2.3.2.1290-03: Постановление Главного

государственного санитарного врача от 17.04.2003 г. № 50.

3. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок: Федеральный закон от 31.12.2014 г. № 532-ФЗ.

4. Шилова Е.Ю., Шабалина А.Э., Киричек А.В. Определение половых стимуляторов тадалафила и силденафила в фальсифицированных биологически активных добавках к пище // Бутлеровские сообщения. – 2014. – Т. 38, № 4. – С. 126–129.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК [616.248-06:616-056.52]-085.8

Антонюк М.В. (*vyfanz@mail.ru*)¹, **Царева У.В.** (*tsuv@bk.ru*)², **Виткина Т.И.**¹, **Ходосова К.К.**¹, **Демеев Я.А.** (*tat_sanat@mail.ru*)³, **Скачков О.А.**³ – Транскраниальная электростимуляция в сочетании с антиоксидантной бальнеотерапией в лечении больных бронхиальной астмой, ассоциированной с ожирением.

¹Владивостокский филиал Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания – Научно-исследовательского института медицинской климатологии и восстановительного лечения, г. Владивосток; ²Филиал «Санаторий «Океанский» СКК «Дальневосточный» МО РФ, г. Владивосток; ³СКК «Дальневосточный» МО РФ, г. Владивосток

Оценена клинико-иммунологическая эффективность санаторно-курортного лечения 49 больных бронхиальной астмой и ожирением методом транскраниальной электростимуляции и ваннами с биолонгом. Выявленные изменения иммунного и цитокинового статуса указывают на уменьшение системного воспаления и активизацию ответной реакции иммунной системы с увеличением резервных возможностей организма по сравнению с пациентами, получавшими стандартное санаторно-курортное лечение.

К л ю ч е в ы е с л о в а: бронхиальная астма, ожирение, иммунитет, транскраниальная электростимуляция, ванна с биолонгом.

Antonyuk M.V., Tsareva U.V., Vitkina T.I., Khodosova K.K., Demeev Ya.A., Skachkov O.A. – Cranial electrotherapy stimulation in combination with antioxidant balneotherapy in the treatment of patients with bronchial asthma associated with obesity. Evaluated the clinical and immunological effectiveness of spa treatment 49 patients with bronchial asthma and obesity by cranial electrotherapy stimulation and baths with biolong. The changes revealed immune and cytokine status indicate a decrease in systemic inflammation and activation of the immune system response to an increase in the reserve capacity of the organism compared to patients treated with standard spa treatment.

К е у в о р д s: bronchial asthma, obesity, immune system, cranial electrotherapy stimulation, bath with biolong.

Одним из часто встречающихся видов коморбидных состояний являются *бронхиальная астма (БА) и ожирение*. Сочетание БА и ожирения способствует взаимному отягощению, а эффективность лечения этих пациентов зависит от своевременных и полноценных реабилитационных мероприятий, в т. ч. на санаторно-курортном этапе. Оптимизация восстановительного лечения больных БА с ожирением возможна путем включения в лечебные схемы методов, направленных на общие патофизиологические механизмы, формирующие коморбидность, в частности *транскраниальную электростимуляцию (ТЭС) и антиоксидантную бальнеотерапию*.

Целью исследования явилась оценка клинико-иммунологической эффективности транскраниальной электростимуляции и ванн с биолонгом в лечении больных БА и ожирением.

В исследовании в военном санатории «Океанский» на условии информированного согласия участвовали 49 пациентов с интермиттирующей и персистирующей (легкой и средней степени тяжести) БА контролируемого течения, имевших ожи-

рение 1–2 степени, в т. ч. 11 мужчин и 38 женщин в возрасте 37–65 лет. Диагноз БА устанавливали в соответствии с классификацией и критериями международного консенсуса по вопросам диагностики и лечения БА (GINA, 2013). Для определения степени ожирения использовали *индекс Кетле (ИК)*. О степени централизации жираотложения судили по *коэффициенту (КЦЖ)*, равному отношению *окружности талии (ОТ) к обхвату бедер (ОБ)*. Клинико-лабораторное обследование проводили до и после курса лечения. Динамику клинических симптомов заболевания оценивали с помощью *балльной системы*, использовали *АСQ-тест*. Исследовались *функция внешнего дыхания (ФВД) – форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), индекс Тиффно (ОФВ₁/ФЖЕЛ), а также уровень глюкозы, липидный спектр сыворотки крови*. Проводилось фенотипирование лимфоцитов методом *проточной цитометрии*. Рассчитывали *иммунорегуляторный индекс (CD4⁺/CD8⁺)*, определяющий направленность иммунологического процесса «активация–супрессия». Изучение метаболи-



ческой активности нейтрофилов проводили с помощью восстановления *нитросинего тетразолия* (НСТ), определения *резерва теста НСТ* (НСТР), *индекса активации нейтрофилов* (ИАН), *резерва ИАН* (ИАНР). *Уровень цитокинов* (IL-4, IL-6, IL-10, TNF- α) в сыворотке крови определяли методом проточной цитофлуориметрии. Для определения *цитокинового баланса* рассчитывали коэффициенты IL-6/IL-10, TNF- α /IL-10, определяли *интегральный цитокиновый индекс* (ИЦИ), по которому судили о глубине формирования воспалительного процесса. Значение ИЦИ <2 свидетельствует о стабильности противовоспалительных цитокинов, >2 – о повышении воспалительного фона.

По характеру физиотерапевтического воздействия пациенты были распределены в группы: пациенты группы № 1 ($n=19$) получали стандартное санаторно-курортное лечение, группы № 2 ($n=17$) – дополнительно ТЭС-терапию, группы № 3 ($n=13$) дополнительно ТЭС-терапию и ванны с биолонгом.

Все пациенты получали базовую терапию ингаляционными глюкокортикостероидами. *Стандартное санаторно-курортное лечение* включало лечебное гипоаллергенное питание, дозированную ходьбу, лечебную гимнастику, спелеотерапию в сельвинитовой спелеолечебнице, локальные физиопроцедуры при сопутствующей патологии. *ТЭС-терапия* проводилась аппаратом «Трансаир» в положении больного лежа на спине, транскраниально (отрицательный электрод располагают в области надбровных дуг, положительный – на сосцевидный отросток) биполярными импульсами частотой 76 Гц и величиной лечебного тока от 0,5 до 3 мА, 20–30 мин, через день, с увеличением силы тока с каждой последующей процедурой на 0,25 мА, курс 10 процедур. *Общие ванны с биолонгом* проводили по следующей методике: в ванну объемом 200 л наливали пресную воду температурой 37–38 °С, добавляли 30 мл 1% раствора биолонга и тщательно перемешивали. Курс 8–10 ванн, 15–20 мин, через день.

После лечения у всех пациентов наблюдалась положительная динамика клинических симптомов. Однако в группе № 3 она была более отчетливой: уменьшились выраженность кашля, одышки, количество дневных эпизодов диспноэ, исчезли ночные приступы удушья, что снизило суточную потребность в бронхолитиках короткого действия в 2–3 раза. При этом дневные приступы удушья купировались у всех пациентов групп № 2, 3, но продолжали беспокоить 17,5% пациентов группы № 1. В группах

№ 2, 3 сухой кашель, экспираторная одышка, дыхательный дискомфорт отмечались у 6% пациентов, а в группе № 1 – у 20%. По результатам АСQ-теста пациенты групп № 2, 3 достигли полного контроля над астмой, в группе № 1 степень снижения индекса была недостаточной.

Положительное влияние лечения отмечено и при анализе ФВД: индекс Тиффно во всех группах повысился, при этом максимальное увеличение имело место в группе № 3, пиковая скорость выдоха достоверно увеличилась в группах № 2, 3. У всех пациентов снизилась масса тела (от 2 до 2,9 кг), уменьшились ОТ и ОБ. Однако значимое снижение КЦЖ выявлено только в группе № 3. Липидкорректирующий эффект выявлен в группах № 2, 3: в группе № 2 достоверно снизились уровень триглицеридов – на 17% и индекс атерогенности – на 8,5%, а в группе № 3 – уровни общего холестерина – на 6,6%, триглицеридов – на 23% и индекс атерогенности – на 16% (все $p<0,05$).

Анализ показателей клеточного звена иммунитета и метаболической активности нейтрофилов показал повышение в группе № 1 маркеров В-лимфоцитов (CD19) – на 34,6% ($p<0,05$), что свидетельствует об усилении аллергического фона. В группах № 2, 3 этот показатель не изменился. В группе № 2 повысился уровень лимфоцитов – на 17,5%, их Т-клеточного звена – на 18,8%, Т-хелперов – на 21,4%, что указывает на активацию клеточного иммунитета, а в группе № 3 – снизился соответственно на 16,5, 24,4 и 29,7% (все $p<0,05$). В этой же группе достоверно ($p<0,05$) снизился уровень Т-супрессоров – на 18,5% (в группах № 1, 2 – соответственно на 27 и 17,5%), иммунорегуляторный индекс вырос на 16,3% ($p<0,05$) с повышением уровня Т-киллеров на 21% ($p<0,05$). Такая динамика указывает на уменьшение супрессивной активности клеточного звена иммунитета вследствие снижения воспаления после процедур. В группе № 3 выявлено снижение метаболической активности нейтрофилов на 15% с повышением ее резерва на 29% ($p<0,05$), что свидетельствует о положительном влиянии используемых методов на процессы воспаления. Таким образом, ТЭС в сочетании с бальнеотерапевтическим методом оказывает положительное влияние на системное воспаление. Выявлены различия в показателях активации нейтрофилов: значения ИАН в группе № 3 повысились на 16% ($p<0,05$), в группе № 2 – снизились на 21%. Значимых различий с группой № 1 по ИАН и ИАНР не выявлено.

Анализ динамики цитокинов показал снижение уровня противовоспалительного IL-4 на 37,3% ($p<0,05$) на фоне неизменен-



ного уровня IL-10 и повышение провоспалительного TNF- α на 21,5% ($p < 0,05$) на фоне неизменного уровня IL-6 в группе № 1. Эти изменения сопровождались снижением цитокинового индекса IL-6/IL-10 на 46,2% ($p < 0,05$), что указывает на сниженную реакцию на терапевтическое воздействие. Тенденция к снижению ИЦИ свидетельствует об относительно стабильном состоянии иммунной системы. В группе № 2 противовоспалительный IL-4 снизился на 26,3% ($p < 0,05$), уровень IL-10 практически не менялся. Установлена неоднозначность в изменении провоспалительных цитокинов: снижение IL-6 на 18,4% ($p < 0,05$) сопровождалось резким повышением TNF- α — на 125,7% ($p < 0,01$). Снижение цитокинового индекса IL-6/IL-10 на 20,7% ($p < 0,05$) указывает на относительное снижение активности системного воспаления. Показатель ИЦИ = 2,12 являлся максимальным для всех групп. Характерным изменением для группы № 3 явилось снижение на 28,1% ($p < 0,05$) ведущего провоспалительного IL-6, который обуславливает хроническое, вялотекущее воспаление.

Уровень TNF- α повысился на 17,9% и сопровождался снижением противовоспалительного IL-10 — на 20,3% ($p < 0,05$). Выявленные изменения не сопровождались изменением цитокиновых индексов. Однако снижение ИЦИ на 17,6% ($p < 0,05$) может свидетельствовать об уменьшении воспалительного фона.

Полученные данные выявили преимущества ТЭС и ванн с биологом для лечения больных БА и ожирением перед стандартными санаторно-курортными процедурами. Действие ТЭС-терапии вызывает активацию Т-клеточного звена иммунитета, сигнальных цитокинов, а ТЭС-терапии в комбинации с ваннами с биологом — снижение супрессивной активности, системного воспаления, уменьшение метаболической активности нейтрофилов и повышение резервных возможностей фагоцитоза. Таким образом, можно судить о фенотипспецифическом действии исследованных методов, определяющих эффективность реабилитации пациентов с коморбидной патологией — БА и ожирением.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 616-006.441-06:616.5-009.613.7

Ламоткин И.А. (*ilamotkin@mail.ru*), **Рукавицын А.О.** (*rukao@inbox.ru*), **Кристостурова О.В.** — Паранеопластический кожный зуд при лимфопролиферативных заболеваниях.

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

Изучена частота встречаемости и характер паранеопластического кожного зуда у больных с лимфопролиферативными заболеваниями. Паранеопластический кожный зуд наблюдался у пациентов с лимфомой Ходжкина, диффузной В-крупноклеточной лимфомой, фолликулярной лимфомой, хроническим лимфолейкозом и множественной миеломой. Среди данных гемобластозов чаще всего зуд обнаруживался у пациентов с лимфомой Ходжкина (23,9%), при других лимфопролиферативных заболеваниях — от 4 до 9,8% случаев.

К л ю ч е в ы е с л о в а: паранеопластический кожный зуд, лимфопролиферативные заболевания, лимфома Ходжкина.

Lamotkin I.A., Rukavitsyn A.O., Kristosturova O.V. — Paraneoplastic skin itch in case of lymphoproliferative diseases. Studied the incidence and nature of paraneoplastic pruritus in patients with lymphoproliferative diseases. Paraneoplastic pruritus was observed in patients with Hodgkin's lymphoma, diffuse large cell lymphoma, follicular lymphoma, chronic lymphocytic leukaemia and multiple myeloma. Among these haematological malignancies skin itch was detected in patients with Hodgkin's lymphoma (23,9%), and other lymphoproliferative diseases — from 4 to 9,8% of cases.

К е у в о р д с: paraneoplastic pruritus, lymphoproliferative disease, Hodgkin's lymphoma

Патогенез паранеопластического кожного зуда при лимфопролиферативных заболеваниях точно неизвестен. Зуд при лимфомах нередко может на несколько недель и месяцев предшествовать появлению других клинических признаков заболевания.

Цель исследования — изучить частоту встречаемости и характер паранеопластического кожного зуда у больных с лимфопролиферативными заболеваниями.

Исучались проявления кожного зуда у пациентов, находящихся на стационарном лечении в гематологическом центре ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, с января по декабрь 2013 г.

Паранеопластический кожный зуд выявили при лимфоме Ходжкина, диффузной В-крупно-



клеточной лимфоме, фолликулярной лимфоме, хроническом лимфолейкозе и множественной миеломе. В данный период в госпитале наблюдалось 304 пациента с вышеперечисленными гемобластозами, из которых у 33 человек (10,9%) был диагностирован паранеопластический кожный зуд.

Лимфома Ходжкина (n=67). Частота встречаемости паранеопластического кожного зуда – 23,9%. Первичные морфологические элементы отсутствовали, наблюдались вторичные: эксфолиации, геморрагические корочки (точечные и линейные); интенсивность зуда была различной (от умеренного до мучительного). Большинство пациентов отмечали, что зуд начинался или с голеней или с верхних конечностей и далее распространялся по всему телу.

В 30% случаев кожный зуд являлся первым проявлением заболевания. Возможными медиаторами зуда при лимфоме Ходжкина могут быть лейкопептидазы, продуцируемые патологическими лимфоцитами и гранулоцитами. Также у пациентов может возрастать количество циркулирующих базофилов, выделяющих гистамин, и увеличиваться активность гистидиндекарбоксилазы – фермента, ответственного за секрецию гистамина в патологических клетках кроветворения. Кроме того, при лимфоме Ходжкина определяются высокие уровни сывороточного иммуноглобулина Е.

Диффузная В-крупноклеточная лимфома (n=54). Частота встречаемости паранеопластического кожного зуда – 5,6%. По жалобам и клиническим проявлениям данная группа очень схожа с лимфомой Ходжкина.

Фолликулярная лимфома (n=50). Частота встречаемости паранеопластического кожного зуда – 4%. Зуд умеренной интенсивности, беспокоит больных приступами, преимущественно в области увеличившихся лимфоузлов.

Хронический лимфолейкоз (n=51). Частота встречаемости паранеопластического кожного зуда – 7,8%. Зуд был мучительный, практически на протяжении всех суток. Определялись точечные и линейные эксфолиации, шелушение кожи.

Множественная миелома (n=82). Частота встречаемости паранеопластического кожного зуда – 9,8%. Кожный зуд был генерализованным, но различной интенсивности. При множественной миеломе возникает гиперпротеинемия, которая приводит к синдрому повышенной вязкости крови и нарушению микроциркуляции. Эти процессы вызывают возникновение зуда у таких больных.

Таким образом, паранеопластический кожный зуд чаще всего обнаруживался у пациентов с лимфомой Ходжкина (23,9%), при других лимфопролиферативных заболеваниях – от 4 до 9,8% случаев.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 616.311-001.4-085

Шинкевич Д.С. (*shidmitry@yandex.ru*)¹, **Арутюнян С.Э.** (*samvel-1973@mail.ru*)², **Афанасьев В.В.** (*prof.afanasjev@yandex.ru*)¹ – Применение мембран из силикона для лечения послеоперационных ран в преддверии полости рта.

¹Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова; ²Филиал № 1 Лечебно-реабилитационного клинического центра МО РФ, г. Химки, Московская область

Вестибулопластика послеоперационной раны в преддверии полости рта с использованием силиконового комплекса позволила у 20 пациентов с беззубой челюстью сформировать глубину преддверия рта, которая составила на момент снятия чрескожных швов $9,5 \pm 3,7$ мм. Методика проста в исполнении, обладает прогнозируемыми результатами и может применяться для предортопедической хирургической подготовки.

К л ю ч е в ы е с л о в а: вестибулопластика, предортопедическая подготовка, мембрана из силикона.

Shinkevich D.S., Arutyunyan S.E., Afanasev V.V. – Use of silicone membranes for the treatment of postoperative wounds in the vestibule of the mouth. Vestibuloplasty of the postoperative wound in the vestibule of the mouth with silicone complex in 20 patients with edentulous jaw allowed forming a deep arches of the mouth, which was at the time of removal of percutaneous sutures $9,5 \pm 3,7$ mm. The technique is easy to perform, has predictable results and can be used for preorthopedic surgical preparation.
К е у w o r d s: vestibuloplasty, preorthopedic surgical preparation, silicone membrane.

Существует ряд заболеваний полости рта, которые препятствуют фиксации съемных протезов у людей с полной потерей зубов. Это дольчатые фибромы, фиброзные разрас-

тания, а также рубцовые стяжения. Нередко данные образования возникают вследствие травмы и имеют большие размеры. Хирурги, оперирующие в преддверии полости рта, зна-



ют, что после иссечения дольчатых фибром, рубцов больших размеров образуются обширные раневые поверхности. Часто из-за нехватки мягких тканей верхнего или нижнего сводов преддверия рта невозможно свести между собой края раны для наложения швов без нарушения топографии преддверия рта. Соответственно возникает вопрос, как закрыть дефект, не нарушив при этом анатомии преддверия рта, и одновременно добиться заживления раны без осложнений (снижение глубины преддверия рта, деформирующие рубцы).

В данной работе представлен наш опыт применения мембран из силиконовой резины для закрытия послеоперационных дефектов в преддверии полости рта. Мембрана из силиконовой резины отечественного производства (ЗАО «Медсил», г. Мытищи, Московская область), имеет сертификат Минздрава РФ к применению в стоматологии), биоинертна, эластична, стойка к агрессивным факторам полости рта, полупроницаема, относительно недорога и хорошо подходит для закрытия послеоперационной раны.

Цель работы. Совершенствование методов предортопедической хирургической подготовки больных с полной и частичной вторичной адентией с применением силиконового комплекса.

Материалы и методы. В клинике хирургической стоматологии на базе Челюстно-лицевого госпиталя для ветеранов войн и отделения ЧЛХ и стоматологии ФГБУ Филиал № 1 «ЛРКЦ» Минобороны России находились на комплексном лечении 38 больных (16 мужчин, 22 женщины). У 30 пациентов диагностированы дольчатые фибромы различной локализации в сочетании с мелким преддверием рта, у 3 – мелкое преддверие рта, у 4 – посттравматические рубцовые стяжения слизистой оболочки, у 1 – липома. По классификации ВОЗ, большинство (35) пациентов являлись людьми пожилого и старческого возраста. Всего выполнено 38 операций: 12 – в области нижней челюсти, 26 – в области верхней челюсти.

Под местной анестезией фиброзные разрастания, рубцы и ткани мелкого преддверия рта рассекали и иссекали электроскальпелем в пределах здоровых тканей до надкостницы. Рану закрывали силиконовой мембраной, которую фиксировали к краям слизистой оболочки узловыми швами из нерезорбируемого материала ($n=17$).

При значительной площади раны у 20 пациентов возникла необходимость в разобщении поверхностей раны с целью формирования преддверия рта. Мы разработали методику вестибулопластики с помощью силиконового комплекса. Для этого на мемб-

рану в преддверие рта помещали силиконовый валик и фиксировали его 3–4 чрескожными швами. Валик принимал необходимую форму и прижимал мембрану, улучшая ее фиксацию. В послеоперационный период проводилась антибактериальная, противовоспалительная терапия. Профессиональный уход заключался в обработке мембраны и подмембранного пространства растворами антисептиков (0,02% раствором хлоргексидина или раствором фурацилина 1:50000). По показаниям в подмембранное пространство вводили антибактериальные вещества (левомеколь), кератопластические препараты (облепиховое масло), гемостатические препараты (5% раствор аминокaproновой кислоты).

После снятия силиконового комплекса, формирование преддверия полости рта продолжали с помощью формирующего имедиат-протеза.

Способ, предложенный нами, не представляет технических трудностей, легко выполним, и не требует специальной подготовки хирурга. Благодаря эластичности и хорошей адгезии к раневой поверхности мембрана быстро и легко формируется. При наложении силикона на поверхность дефекта происходит быстрая остановка кровотечения (гемостатический эффект). Силиконовая мембрана прозрачна, поэтому можно осуществлять визуальный контроль за процессами заживления, оценивать состояние раны после операции. Плотное прилегание силикона к раневой поверхности обеспечивает герметичность.

У многих пациентов гигиена полости рта была низкой, и некоторое количество пищи попадало под мембрану по ее периферии, но такой налет легко удалялся с помощью ирригации подмембранного пространства антисептиком.

Достоинством мембраны можно считать и то, что при потере 20–30% швов она достаточно хорошо прилегает к поверхности дефекта, хотя становится немного подвижной. В подмембранное пространство вводили антисептики и кератопластические препараты (облепиховое масло, ретинол).

Послеоперационный период протекал гладко. Воспалительных реакций не отмечено. Аллергических реакций не наблюдали. Мембрану удаляли на 7–14-е сутки. Эпителизация происходила на 11–14-й день, полная эпителизация и рубцевание – до 1 мес после операции. Грубых деформирующих рубцов мы не отмечали.

Вестибулопластика с использованием силиконового комплекса, несмотря на значительные размеры послеоперационных дефектов, позволила добиться благоприятного течения послеоперационного периода. Толь-



ко 15% пациентов предъявляли жалобы на интенсивные боли. Выраженный отек губы и прилежащих областей наблюдали всего у 2 пациентов (10%).

Методика с использованием силиконового комплекса позволила у 20 пациентов с беззубой челюстью сформировать глубину преддверия рта, которая составила на момент снятия чрескожных швов $9,5 \pm 3,7$ мм. Дальнейшие измерения показали, что колебания параметров глубины преддверия рта в различные сроки после операции незначитель-

ны и не имели достоверного статистического различия.

Используемая нами методика создает оптимальные условия для заживления раны в преддверии полости рта у лиц пожилого возраста. Позволяет разобщить раневые поверхности, препятствуя слипанию раны. Вестибулопластика с помощью силиконового комплекса проста в исполнении, экономична и может успешно применяться для предортопедической хирургической подготовки.

© И.В.ЕГОРЫШЕВА, 2016
УДК [614.4:355](092 Прибиль)

Егорышева И.В. (egorysheva@rambler.ru) — И.А.Прибиль — видный военный врач-эпидемиолог первой половины XIX в.

Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко, Москва

В статье говорится о деятельности российского военного врача, чеха по национальности, И.А.Прибиля (1782–1866), служившего на Кавказе. Ему принадлежат заслуги в организации работы военного госпиталя в Тифлисе, разработке и осуществлении эффективных противоэпидемических мероприятий.

К л ю ч е в ы е с л о в а: противоэпидемические мероприятия, Тифлисский военный госпиталь, И.А.Прибиль.

Egorysheva I.V. — I.A.Pribil — the prominent military epidemiologist of the first half of the XIX century. The article describes the activities of the Russian military doctor, Czech by nationality, I.A.Pribil (1782–1866), who served in the Caucasus. He owns outstanding achievements in the organization of the Military Hospital in Tbilisi, the development and implementation of effective anti-epidemic measures.

К е у в о р д s: anti-epidemic measures, Tiflis military hospital, I.A.Pribil.

Исполнилось 150 лет со дня смерти видного военного врача, организатора борьбы с эпидемиями на Кавказе — Ивана Антоновича Прибиля. Чех по национальности, он родился в 1782 г. в Богемии, учился в Пражском, затем в Венском университетах, где получил степень доктора медицины и хирургии. По приглашению русского посла в Вене князя А.Б.Куракина в 1808 г. приехал в Россию. Как все иностранные врачи, поступающие на русскую службу, И.А.Прибиль выдержал докторский экзамен в петербургской Медико-хирургической академии. Поступив на военно-медицинскую службу, он навсегда остался в России¹.

Сначала И.А.Прибиль служил младшим лекарем в Саратовском мушкетерском полку, который дислоцировался в Грузии. Обратив внимание начальства своими познаниями и активной медицинской деятельностью, он в октябре 1811 г. назначается членом комитета сохранения здоровья жителей, а в 1813 г. получает приглашение на службу в Тифлисский военный госпиталь в качестве ординатора.

В ноябре 1814 г. он был переведен в Херсонский военный госпиталь. В 1815 г. в связи с окончанием контракта И.А.Прибиль вышел в отставку и возвратился в Тифлис. Грузия стала для него второй родиной, он был женат на представительнице известной дворянской семьи Харашвили.

Три года И.А.Прибиль работал в местной врачебной управе, а в 1822 г. был назначен главным доктором Тифлисского военного госпиталя — первого стационарного лечебного учреждения города. Он сумел превратить госпиталь в образцовую клиническую базу для молодых врачей, при госпитале была создана аптека, отвечающая европейским нормам. По его инициативе началось изучение целебных свойств боржомской минеральной воды, курортов Пятигорска, Абастумани, Ахталы и др.

И.А.Прибиль пользовался широкой известностью как опытный врач-практик. Генерал Ермолов и его приближенные часто обращались к нему за лечением, он был лечащим врачом семьи Чачавадзе, ему неоднократно приходилось оказывать медицинскую помощь А.С.Грибоедову, страдавшему от малярии. Пользуясь своим авторитетом и поддержкой военного руководства, И.А.Прибиль сумел внедрить разработанную им рациональную систему противоэпидемических мероприятий.

¹ *Кавиладзе О.П.* // Воен.-мед. журн. — 1966. — № 6. — С. 96; *Петров Б.Д.* // ЖМЭИ. — 1983. — № 10. — С. 108–109.



В первой половине XIX в. на Кавказе были широко распространены малярия, чума, холера, тифы. Эти заболевания не только были бичом местного населения, но и поражали русские войска, вызывая высокую смертность среди личного состава. С первых лет службы на Кавказе И.А.Прибиль принимал активное участие в борьбе с чумой. Он дал подробную ее характеристику, близкую к современным описаниям. Не имея представления о существовании микроорганизмов, он верно рассматривал инфекционный процесс как сложное биологическое явление. И.А.Прибиль принимал участие также в борьбе с эпидемиями холеры (1830, 1847) и малярии.

Он среди первых указал на вшей как на переносчиков сыпного тифа. В одной из статей² он описал мероприятия по борьбе с эпидемией сыпного тифа во время войны с Персией (1828) среди пленных, находившихся в Тифлисе. Хотя И.А.Прибиль ошибочно называл сыпной тиф брюшным тифом, при-

нятые им меры помогли справиться с эпидемией. В госпитале регулярно менялось белье, пациентов брили, специально для борьбы с переносчиками инфекции – вшами – была построена русская баня.

В 1833 г. Иван Антонович принял русское подданство, за свои заслуги в 1846 г. был награжден орденом Св. Станислава 1-й степени. В 1849 г. он был назначен непременным членом Военно-медицинского ученого комитета при Военном министерстве, одновременно став совещательным членом Медицинского совета Министерства внутренних дел. Он также был избран почетным членом Общества русских врачей в Петербурге и ряда других медицинских обществ. Умер И.А.Прибиль в феврале 1866 г. в Тифлисе.

² Прибиль И.А. Необыкновенно целительное действие русской паровой бани в одном случае чрезвычайно заразительного брюшного тифа // Друг здравия. – 1841. – № 42.

ПО СТРАНИЦАМ ЗАРУБЕЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕЧАТИ

Факторы риска развития нарушений психического здоровья у медиков, проводящих аэромедицинскую эвакуацию с театра военных действий

В февральском номере за 2016 г. журнала *Military Medicine* опубликована статья¹, подготовленная группой исследователей *военно-воздушных сил* (ВВС) США², в которой авторы приводят данные о влиянии профессиональной деятельности на психическое здоровье медицинского персонала подразделений ВВС, обеспечивающих аэромедицинскую эвакуацию раненых и больных с *театра военных действий* (ТВД). Дизайн: гнездный случай-контроль (*Nested case control*). Сравнивался личный состав бригад аэромедицинской эвакуации: 146 человек, у которых через некоторое время после завершения командировки развились какие-либо нарушения психического здоровья (экспериментальная группа), с 800 аналогичных военных медиков, но без появления таких расстройств (контрольная группа). В основу анализа были положены ответы на стандартный документ министерства обороны для оценки состояния здоровья после командировки на ТВД³, включающий 2796 вопросов. В результате выявлены следующие факторы, способствующие развитию психических расстройств.

1. Специальность медицинской сестры или медицинского техника. По сравнению со специальностью врача риск у вышеназванных категорий медицинских профессионалов повышается соответственно в 2,6 и 3,5 раза (далее в формате +2,6 и +3,5).

2. Контакт с убитыми или тяжело ранеными, +3,5.

3. Участие в автомобильной аварии, +5,2.

4. Нахождение в песчано-пылевой буре, +2,2⁴.

5. Применение лазерного излучения на ТВД, +4,7.

6. Использование противохимического защитного комплекта (но не противогаза), +13,5.

¹ Tvaranas P., Maupin G.M., Fouts B.L. Assessment of Deployment-Related Exposures on Risk of Incident Mental Health Diagnoses Among Air Force Critical Care Providers: Nested Case-Control Study // *Mil. Med.* – 2016. – Vol. 181, N 2. – P. 143–151.

² 711-е крыло ВВС США, база ВВС Райт-Паттерсон, Дайтон, штат Огайо.

³ *Post-Deployment Health Assessment*, опросник свободно доступен по ссылке URL: <http://www.dtic.mil/whs/directives/forms/eforms/dd2796.pdf>, дата обращения: 6 августа 2016 г.

⁴ Авторы объясняют этот феномен прямым токсическим влиянием растворимых компонентов пылевых частиц, в частности марганца, на митохондрии нейронов головного мозга.



ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК [61:355](091)

451-му военному госпиталю Минобороны России – 90 лет

КАЛМЫКОВ А.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
(mo-47-2@yandex.ru)¹
МАГОМЕДОВ М.М., подполковник медицинской службы²
ГМЫЗОВ Д.В., майор медицинской службы²

¹Медицинская служба Центрального военного округа, г. Екатеринбург; ²451-й военный госпиталь МО РФ, г. Душанбе, Республика Таджикистан

Душанбинскому военному госпиталю в сентябре 2016 г. исполняется 90 лет. Особенности работы госпиталя являются отдаленность от военно-лечебных учреждений РФ и то, что оказание первичной, в т. ч. доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи происходит в условиях жаркого климата и распространенности острых кишечных инфекций. На протяжении десятилетий госпиталь отличает высокий профессионализм сотрудников и сплоченность коллектива, стремление к развитию и верность традициям.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Душанбинский военный госпиталь, история военной медицины.

Kalmykov A.A., Magomedov M.M., Gmyzov D.V. – 451st Military Hospital of the Ministry of Defence Russia celebrates the 90 years anniversary. The Military hospital in Dushanbe turns 90 years in September 2016. Some peculiarities of the work of the hospital are remoteness from the other Russian military hospitals and delivery of primary care, including incidental medical service, medical and specialized healthcare takes place in a hot climate and under condition of the prevalence of acute intestinal infections. For decades, the hospital distinguishes a high professionalism and cohesion of the team, the pursuit of the development and adherence to traditions.

К е у о р д с: Dushanbe military hospital, the history of military medicine.

Душанбинский военный госпиталь был образован 5 сентября 1926 г. в период переформирования Туркестанского фронта в Среднеазиатский военный округ, как дивизионный госпиталь 1-й Туркестанской стрелковой дивизии. Сам Душанбе тогда имел статус города около года, будучи преобразованным из кишлака, выросшего в долине на месте традиционно собиравшегося по понедельникам базара (название города переводится на русский язык как «понедельник»). Нынешнее суверенное государство Республика Таджикистан было тогда автономией в составе Узбекской ССР.

В первые годы своего существования госпиталь размещался в глинобитных кибитках. В 1938 г. завершилось строительство кирпичного здания, и учреж-

дение с того времени носило название 348-го гарнизонного военного госпиталя. До июня 2011 г. госпиталь располагался в одном из старых районов центральной части Душанбе, на проспекте Рудаки.

В период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. госпиталь стал тыловым лечебным учреждением емкостью до 350 коек. Основной особенностью его работы было оказание медицинской помощи тяжелораненым, количество которых доходило до 80%, а средние сроки лечения – до 100 суток. Достигнутым результатом стало возвращение во фронтовые части 52,3% и для трудовой деятельности в народное хозяйство – 47,3% пациентов. Лишь порядка 0,4% из них умерли от тяжелых ранений и осложнений.

451-му военному госпиталю Минобороны России – 90 лет



Фасад одного из лечебных корпусов госпиталя, построенный в 1938 г.

Начальник госпиталя подполковник медицинской службы **М.М.Магомедов** проводит совещание с офицерским составом



Кровь на анализ берет процедурная медицинская сестра поликлинического отделения **М.Н.Шакирова**

Прием ведет заведующий стоматологическим кабинетом подполковник медицинской службы в отставке **И.Ш.Ядгаров** и врач-стоматолог **Х.О.Джураев**



Глазное дно пациента исследует врач-офтальмолог **В.Б.Дахте**

451-му военному госпиталю Минобороны России – 90 лет



Врач-бактериолог **С.И.Сорокина**
на рабочем месте

Провизор-аналитик **А.С.Ганиева** проводит химический анализ лекарственной формы, фармацевты **Г.В.Алиев** и **А.Т.Рахимова** готовят внутриаптечную заготовку



Тренировка по оказанию неотложной медицинской помощи военнослужащему с применением модуля медицинского вертолетного, установленного на вертолет МИ-8



Проведение тренировки по переводу госпиталя на строгий противоэпидемический режим



Дезинфекция санитарного автомобиля





жается военная антитеррористическая операция многонациональных сил под руководством США, откуда в Россию и далее в Западную Европу идет огромный поток наркотиков. В большинстве районов Афганистана ситуацию контролирует не законное правительство, а разрозненные вооруженные формирования, общая численность которых значительно превышает численность силовых структур Таджикистана.

Понимая значение этого фактора, командование госпиталя уделяет большое внимание боевой и специальной подготовке личного состава, систематически проводятся занятия по оказанию неотложной медицинской помощи с врачебным и средним медицинским персоналом. На случай массового поступления раненых и больных созданы три врачебно-сестринские бригады. Регулярно проводятся тренировки по переводу госпиталя на строгий противоэпидемический режим.

В экстремальных ситуациях спасает не только профессионализм медицинских работников, но и экономия времени. Медицинской службой ЦВО передан в госпиталь *медицинский модуль вертолетный* (ММВ), оснащенный современным медицинским оборудованием для оказания высококвалифицированной реанимационной помощи раненым и больным в период так называемого «золотого часа».

Врачи и средний медицинский персонал регулярно проходят усовершенствование в Военно-медицинской академии, при необходимости в сложных случаях проводятся консультации главных медицинских специалистов МО РФ.

Коллектив госпиталя продолжает успешно решать сложные задачи по сохранению жизни, восстановлению и укреплению здоровья российских воинов, членов их семей, ветеранов Вооруженных Сил, отдает все свои силы, знания и умения дальнейшему повышению качества лечебно-диагностической работы.

© М.А.РОССИЙСКИЙ, М.В.ПОДДУБНЫЙ, 2016
УДК [61:355](092 Кравков)

Его превосходительство — лауреат Ленинской премии (новое о биографии академика Н.П.Кравкова)

РОССИЙСКИЙ М.А., кандидат исторических наук (rossiyski@list.ru)¹
ПОДДУБНЫЙ М.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса (voen-med-journal@mtu-net.ru)²

¹Первый Европейский департамент МИД России, Москва; ²Редакция «Военно-медицинского журнала», Москва

Статья посвящена служебной деятельности выдающегося отечественного фармаколога Н.П.Кравкова (1865–1924), обстоятельства которой уточнены по документам из фондов Российского государственного военно-исторического архива. Новые данные существенно дополняют посвященные ученому биографические исследования Д.Г.Узбековой (2014) и П.Д.Шабанова (2015).

К л ю ч е в ы е с л о в а: академик Николай Кравков, история фармакологии в России, Военно-медицинская академия в начале XX в.

Rossiiskii M.A., Poddubnyi M.V. — His Excellency is the Lenin Prize laureate (new biographical data on the Academician N.P.Kravkov). The article is dedicated to the pre-revolutionary career of the outstanding Russian pharmacologist N.P.Kravkov (1865–1924), precised by newly discovered documents from the Russian State Military History Archive. It adds new data to biographical researches dedicated to the scientist by D.G.Uzbekova (2014) and P.D.Shabanov (2015).

К е у w o r d s: Academician Nikolai Kravkov, history of pharmacology in Russia, the S.M.Kirov Military Medical Academy in the early twentieth century.



В жизнеописаниях выдающихся людей прошлого каждой исторической эпохе свойственно акцентировать то, что кажется близким, значимым и актуальным в текущий момент бытия. В зависимости от конъюнктуры и преобладающих в обществе оценок минувшего иные моменты, наоборот, затушевываются и обходятся молчанием. Особенно это характерно для смежных исторических эпох с водоразделом в виде войн или революций.

В советское время, в частности, не было принято афишировать подробности дореволюционной службы многих видных деятелей отечественной науки. В выходящих в СССР биографических изданиях невозможно было прочитать, например, о том, что всемирно известный физиолог И.П.Павлов, бывший профессором *Императорской военно-медицинской академии* (ИВМА) и числившийся на службе по военному ведомству, к началу революционного 1917 г. имел чин действительного статского советника, т. е. «штатского генерала». Или о том, что основатель крупнейшей отечественной хирургической школы и «отец русской урологии» профессор С.П.Фёдоров, в 1933 г. ставший первым кавалером ордена Ленина среди советских хирургов, до революции носил звание «лейб-хирурга Двора Его Императорского Величества». После исторических переворотов отличия, полученные на службе «старому режиму», существенно девальвировались в глазах современников, а порой становились небезопасными для их обладателей, поэтому «помянуть их всеу» было не принято.

Сказанное в полной мере относится и к биографии академика Николая Павловича Кравкова (1865–1924), основателя отечественной школы фармакологов, 150-летие со дня рождения которого отмечалось в минувшем году. К юбилею одного из первых лауреатов Ленинской премии (этой престижной советской награды ученый был удостоен посмертно в 1926 г.) вышел в свет ряд работ, посвященных его жизни и вкладу в науку, в т. ч. фундаментальные

монографии Д.Г.Узбековой¹ и П.Д.Шабанова². При всех своих очевидных достоинствах, данные исследования отличаются тем же недостатком, что и публикации о Н.П.Кравкове советского времени: подробно описывая его академическую карьеру и вклад в науку, они почти не содержат сведений о прохождении им службы в ИВМА. С учетом того, что академик давно и с полным основанием считается одной из звезд первой величины на историческом небосклоне Военно-медицинской академии, это упущение нельзя считать маловажным.

Отчасти оно объясняется тем, что авторам монографий не удалось найти документов, освещающих этапы служебной карьеры Н.П.Кравкова. Архив Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, к сожалению, таковыми не располагает. В личной беседе с одним из авторов этой статьи Д.Г.Узбекова признавала, что дату производства ученого в чин действительного статского советника, который он имел до 1917 г., ей пришлось устанавливать по справочникам «Весь Петербург» за 1905–1914 гг., поэтому она может быть неточной. То же касается и наградений Н.П.Кравкова дореволюционными орденами, которые известны лишь по немногочисленным фотографиям с весьма условной датировкой.

По счастью, эта лакуна в биографии выдающегося русского фармаколога в настоящее время может быть заполнена благодаря обнаружению в фондах *Российского государственного военно-исторического архива* (РГВИА) в Москве личного дела Н.П.Кравкова с подробным формулярным списком³. Найденные документы позволяют уточнить и скорректировать ряд важных дат в карьере ученого.

Как известно, в 1888 г. Н.П.Кравков «по окончании курса наук в Императорском Санкт-Петербургском университете по физико-математическому факультету», где преподавателями будущего ученого были такие знаковые личности, как И.М.Сеченов, Д.И.Менделеев и др., был «признан в звании кандидата есте-

¹ Узбекова Д.Г. Кравковы: два поколения ученых из Рязани. — М.: Вече, 2014. — 352 с.

² Шабанов П.Д. Н.П.Кравков в Военно-медицинской академии. — СПб: Art-Xpress, 2015. — 256 с.

³ РГВИА, ф. 316, оп. 50, д. 52, л. 187–196 об.



© А.В.ЦЫМБАЛЕНКО, М.В.АВЕРИН, 2016
УДК [61:355]:061.12

Кадровая работа в Военно-медицинской академии: страницы истории

ЦЫМБАЛЕНКО А.В., подполковник медицинской службы
АВЕРИН М.В., подполковник медицинской службы (okvta@mail.ru)

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

Представлен краткий исторический очерк кадровой работы в Военно-медицинской академии. За работу с кадрами в академии в XIX–XX вв. отвечали различные подразделения: особая канцелярия, хозяйственный комитет, административная часть, отделение по личному составу и др. Впервые отдел кадров был введен в штат академии в 1946 г.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, история военной медицины России, кадровая работа.

Tsybalenko A.V., Averin M.V. — Personnel work at the S.M.Kirov Military Medical Academy: chapters of history. Brief historical sketches of the personnel work at the S.M.Kirov Military Medical Academy. Various divisions were in charge of personnel work at the Academy in XIX–XX centuries: the Special Office of the Registrar, the economic committee, the administrative part, the department personnel and others. For the first time the personnel department was introduced into the Academy in 1946.

К е у в о р д s: the S.M.Kirov Military-Medical Academy, the history of Russian military medicine, personnel works.

История *отдела кадров*, как структурного подразделения Военно-медицинской академии, уходит корнями в далекое прошлое, будучи неразрывно связана с историей становления Императорской *Медико-хирургической академии* (МХА)¹. С первых дней своего существования академия управлялась на основании выработанных Медицинской коллегией инструкций и штатов.

Первые упоминания о кадровой работе можно найти уже в высочайше утвержденном докладе главного директора Медицинской коллегии барона А.И.Васильева «Об устройстве Медицинской коллегии с ее частями» от 12 февраля 1799 г., где подчеркивается важность подбора кадров: «Неоспорима истина, что цветущее состояние Медико-хирургической академии зависит от благоразумного и осторожного определения профессоров, и что истощаемые на то иждивения сугубо вознаграждаются доставлением обществу ученых и искусных во врачебной науке и хирургии людей, кои в государстве необходимы».

¹ С 1881 г. — Военно-медицинская академия.

Один из первых штатов МХА был утвержден докладом Медицинской коллегии от 29 ноября 1802 г. В нем указывались наименования кафедр (курсов), количество профессоров и адъюнкт-профессоров, а также обслуживающего персонала с указанием определенного жалованья. Всего имелось 7 кафедр и 23 «единицы» профессорско-преподавательского состава. Кроме того, содержался 61 человек обслуживающего персонала (инспекторы, эконом, повар, хлебник, истопники и др.). Учащихся было определено на всех курсах 160 человек.

Поступающие в академию подвергались проверке знаний латинского языка и «словесных наук», курс обучения составлял 4 года. В конце каждого учебного года проводились переходные экзамены, на четвертом году — выпускные. Учащиеся 1-го и 2-го курсов назывались учениками, 3-го и 4-го курсов — студентами. В 1808 г. открылись ветеринарное и фармацевтическое отделения. С 1809 г. лучшему слушателю, выдержавшему выпускные экзамены, присуждали золотую медаль, а следующим двум — серебряные. Получившим лучшие отметки на переходных экзаменах выдавались в награду книги.



ложений по назначению военных кадров на воинские должности;

– подготовка проектов необходимых служебных документов, связанных с прохождением военной службы военными кадрами и оформление соответствующих решений командиров (начальников);

– соблюдение законодательства Российской Федерации при работе с военными кадрами и лицами гражданского персонала МО РФ;

– планирование и обеспечение проведения аттестации военнослужащих, проходящих военную службу по контракту;

– обеспечение своевременного присвоения воинских званий военным кадрам и награждения военных кадров и лиц гражданского персонала Вооруженных Сил государственными наградами и военными геральдическими знаками;

– подготовка расчетов и предложений по обеспечению проводимых орга-

низационно-штатных мероприятий в части, касающейся использования высвобождаемых военных кадров;

– планирование и организация своевременного увольнения в запас или отставку военных кадров, выслуживших установленные сроки военной службы;

– подготовка предложений по реализации нормативных правовых актов Российской Федерации по вопросам прохождения военной службы;

– ведение справочной работы, обобщение (анализ) судебной практики по вопросам прохождения военной службы, передового опыта работы с военными кадрами и результатов использования новых кадровых и информационных технологий.

Сотрудники отдела кадров Военно-медицинской академии сегодня с оптимизмом смотрят в будущее, внося свой вклад в дело медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации.

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

Поликлинике Филиала № 6 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого — 40 лет

ПОПОВ А.П., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса (popovdok@mail.ru)
ЗОТОВ А.Е., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы запаса (Zhospital_8@mail.ru)
ХАРИТОНОВ С.М., полковник медицинской службы в отставке

Филиал № 6 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого, Москва

Представлена история развития поликлиники Филиала № 6 Федерального государственного бюджетного учреждения «3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого» Министерства обороны РФ, которая ведет отсчет с 1976 г., когда была сформирована 9-я поликлиника Московского гарнизона. За прошедшие годы неоднократно менялись организационно-штатная структура и наименование поликлиники (9-я консультативно-диагностическая поликлиника, поликлиника 52-го Консультативно-диагностического центра МО), постоянно совершенствовались технологии поликлинической помощи. В настоящее время в поликлинике развернуто 26 лечебно-диагностических отделений и кабинетов, работают более 200 сотрудников. В их числе 1 заслуженный врач РФ, 5 кандидатов медицинских наук, 50% врачей и 65% медицинских сестер имеют высшую квалификационную категорию. На медицинском обеспечении состоит более 22 тысяч человек.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Поликлиника Филиала № 6 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого, амбулаторно-поликлиническая помощь, военная медицина, история медицины.

Popov A.P., Zotov A.E., Kharitonov S.M. — Polyclinic of the Branch N 6 of the 3rd Vishnevskiy Central Military Hospital celebrates the 40 years anniversary. *The history of development of the policlinic of the branch N 6 of the Federal Government Budgetary Institution «the 3rd Vishnevskiy*



Central Military Hospital» of the Ministry of Defence, which dates back to 1976, when the 9th clinic of the Moscow garrison was formed. Over the years, repeatedly changed the organizational and staff structure and the name of the clinic (9th consultative-diagnostic polyclinic, polyclinic of the 52nd Consultative Diagnostic Centre MF), continuously improved patient care technology. Currently, the clinic deployed 26 medical-diagnostic branches and offices, with more than 200 employees. Among them, 1 Honoured doctor, 5 candidates of medical sciences, 50% of doctors and 65% of nurses have the highest qualification category. To health care is more than 22 thousand people.

К е у в о р д s: Branch polyclinic of the Branch N 6 of the 3rd Vishnevskiy Central Military Hospital, outpatient care, military medicine.

История поликлиники Филиала № 6 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого» Минобороны России (Москва, ул. Маршала Тухачевского, д. 56, корп. 2) ведет отсчет с 1976 г., когда в соответствии с Директивой Генерального штаба ВС СССР от 30.03.1976 г. № 158/00487 была сформирована и поставлена на все виды снабжения в Московском военном округе 9-я поликлиника Московского гарнизона. В ноябре 1976 г. закончено строительство типового 4-этажного здания на ул. Маршала Тухачевского, в котором данное лечебное учреждение располагается до настоящего времени. Прием первых пациентов начался в апреле 1977 г.

Штат поликлиники состоял из 206 сотрудников, в т. ч. 4 офицеров медицинской службы. При создании в поликлинике было развернуто 15 лечебно-диагностических отделений и 7 кабинетов, укомплектованных квалифицированным персоналом и оснащенных современным медицинским оборудованием.

За прошедшие годы неоднократно менялись организационно-штатная структура и наименование учреждения (9-я консультативно-диагностическая поликлиника, поликлиника 52-го Консультативно-диагностического центра МО РФ), постоянно совершенствовались технологии амбулаторно-поликлинической помощи военнослужащим, офицерам запаса (в отставке), членам семей.

В ноябре 2011 г. на медицинское обеспечение к поликлинике было прикреплено дополнительно более 13 тыс. пенсионеров Минобороны России и членов их семей из расформированной поликлиники (ул. Маршала Бирюзова, д. 39) Филиала № 6 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны России» (бывшей 5-й Центральной поликлиники).

Первым начальником поликлиники был назначен полковник медицинской службы М.П.Захаров, начальником медицинской части полковник медицинской службы В.К.Чукаев

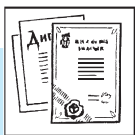
В последующие годы поликлиникой руководили полковники медицинской службы Б.И.Кириллов (1985–1989), А.С.Круглов (1989–1992), В.И.Евстифеев (1992–2000), С.В.Семёнов (2000–2002), В.В.Герасимов (2002–2011)*. В период 1999–2009 гг. поликлиника занимала 1-е место среди поликлиник МВО по итогам работы за год.

В поликлинике проходили военную службу настоящие профессионалы своего дела: полковники медицинской службы В.Я.Козлов, М.К.Кочемасов, Л.И.Кудинов, Г.В.Маляренко, М.Г.Скоробогатов, И.Г.Халиков, Б.Н.Хренников, подполковник медицинской службы Ю.А.Дежичев, ветераны войны в ДРА полковники медицинской службы В.К.Деркач, В.В.Тарасенко, подполковник медицинской службы А.В.Кролик.

В процессе оптимизации организационно-штатной структуры в поликлинике были сформированы отделения: психоневрологическое, стоматологическое (вместо кабинета), ультразвуковой диагностики и кабинеты: эндоскопический, инфекционный, гастроэнтерологический, кардиологический, пульмонологический, эндокринологический, рефлексотерапии, гипербарической оксигенации.

В настоящее время поликлиника является современным многопрофильным лечебно-диагностическим учреждением со штатной численностью 299 должностей гражданского персонала, рас-

* С 2011 г. по настоящее время поликлинику возглавляет полковник медицинской службы запаса А.Е.Зотов. — Ред.



ЮБИЛЕИ

© О.И.ПЕТРОВ, В.С.СУХОРИКОВ, 2016
УДК 615:355 (092 Лисовский И.В.)



8 сентября 2016 г. исполнилось 70 лет ветерану Вооруженных Сил и подразделений особого риска РФ доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы в отставке **Игору Валентиновичу Лисовскому**.

И.В.Лисовский родился в Ленинграде. В 1970 г. окончил ВМедА им. С.М.Кирова и 3 года служил в должности врача-радиолога службы радиационной безопасности 1-й флотилии подводных лодок Северного флота. В 1973 г. И.В.Лисовский был переведен в Ленинград и в течение 23 лет проходил службу в 1-м ЦНИИ Минобороны, где последовательно занимал должности младшего научного сотрудника, начальника лаборатории и начальника отдела корабельной радиологии.

В 1981–1991 гг. Игорь Валентинович входил в состав Научной комиссии по радиационной защите СССР, а в 1992–1996 гг. – в состав Российской научной комиссии по радиационной защите. С 1996 г. он является научным руководителем работ по проблемам подводных потенциально опасных объектов. И.В.Лисовский – автор и соавтор более 300 научных работ, в т. ч. 5 монографий, научный руководитель 110 научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ, 11 кандидатских и одной докторской диссертаций.

После увольнения с военной службы (1996) И.В.Лисовский трудится в должности профессора Санкт-Петербургского политехнического университета Петра Великого и одновременно ведущим научным сотрудником НИИ кораблестроения и вооружения ВМФ Военно-учебного и научного центра ВМФ «Военно-морская академия».

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, редакция коллегия «Военно-медицинского журнала», совет ветеранов медицинской службы Военно-морского флота сердечно поздравляют Игоря Валентиновича Лисовского с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья, благополучия и успехов во всех делах.

© М.В.ДВОРНИКОВ, А.А.МЕДЕНКОВ, 2016
УДК 655:355 (092 Мاستрюков А.А.)



24 сентября 2016 г. исполнилось 70 лет одному из ведущих специалистов военно-медицинской службы в области авиационной медицины и радиационной гигиены кандидату медицинских наук, старшему научному сотруднику полковнику медицинской службы в отставке **Александру Анатольевичу Мاستрюкову**.

После окончания в 1965 г. Ленинградского суворовского военного училища служил в ЗабВО. В 1974 г. окончил ВМедА им. С.М.Кирова и до 1979 г. проходил службу на Северном флоте в должности корабельного авиационного врача тяжелого авианесущего крейсера «Киев». Участвовал в дальних морских походах. С 1980 по 1989 г. – в 1-м ЦНИИ МО СССР в качестве старшего научного сотрудника, заместителя начальника отдела радиационной гигиены. Входил в состав оперативной группы научного центра МО СССР по ликвидации последствий чернобыльской катастрофы. С 1989 по 1993 г. до увольнения с военной службы в запас преподавал на кафедре авиационной и космической медицины ВМедА.

А.А.Мастрюков – автор свыше 150 научных трудов, 6 монографий, 3 пособий и 3 авторских свидетельств на изобретения. Награжден орденом «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, медалями «За боевые заслуги», «За спасение погибавших» и др.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Научно-исследовательского испытательного центра (авиационно-космической медицины и военной эргономики) и редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Александра Анатольевича Мاستрюкова с юбилеем и желают ему крепкого здоровья, благополучия и дальнейших успехов.



© Г.А.СОФРОНОВ, Л.Л.ГАЛИН, В.В.РЯБИНКИН, 2016
УДК 61:355 (092 Софронов Г.А.)

«Научная работа увлекла и стала делом всей жизни» (Интервью с председателем Северо-Западного отделения медицинских наук Российской академии наук, бывшим главным токсикологом МО РФ Г.А.Софроновым)



28 сентября 2016 г. исполняется 80 лет выдающемуся отечественному токсикологу, председателю Северо-Западного отделения медицинских наук РАН, научному руководителю Института экспериментальной медицины, начальнику лаборатории лекарственной и экологической токсикологии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, профессору Санкт-Петербургского государственного университета, члену Президиума РАН, доктору медицинских наук, профессору генерал-майору медицинской службы в отставке **Генриху Александровичу Софронову**.

Г.А.Софронов родился в г. Красноуральске Свердловской области. После окончания в 1960 г. ВМедА им. С.М.Кирова служил в Ракетных войсках стратегического назначения в должности врача полка. В 1964–1967 гг. учился в адъюнктуре при кафедре военно-полевой терапии академии, затем получил назначение на должность младшего научного сотрудника НИЛ-1 академии, преобразованной в 1969 г. в НИИ военной медицины МО СССР. Проходил службу на должностях старшего научного сотрудника, заместителя начальника отдела, начальника отдела и начальника научно-исследовательского управления. В 1986 г. возглавил кафедру токсикологии и медицинской защиты ВМедА, с 1988 по 1996 г. был начальником этой кафедры – главным токсикологом МО СССР (МО РФ). После увольнения в запас (1996) создал и по настоящее время возглавляет научно-исследовательскую лабораторию перфторуглеродов ВМедА (с 2006 г. – лаборатория лекарственной и экологической токсикологии).

С 1995 по 2011 г. Генрих Александрович был ученым секретарем ВМедА. В 1993 г. избран членом-корреспондентом, в 1997 г. – академиком РАМН; с 2014 г. – академик РАН. В 2009 г. назначен, а в 2011 г. избран председателем Северо-Западного отделения РАМН, вице-президентом РАМН. После реорганизации государственных академий наук с 2014 г. академик РАН, член Президиума РАН, заместитель академика-секретаря Отделения медицинских наук РАН.

С 2010 по 2015 г. Г.А.Софронов был директором Института экспериментальной медицины, с 2016 г. научный руководитель института и одновременно председатель ФГБУ «Северо-Западное отделение медицинских наук ФАНО России». Академик Г.А.Софронов является автором более 500 научных работ, 18 изобретений и патентов, 7 лекарственных препаратов, предназначенных для профилактики и лечения химических интоксикаций. Им подготовлена известная в нашей стране научная школа токсикологов – 26 докторов и 46 кандидатов наук.

Генрих Александрович – председатель диссертационного совета при Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербургского отделения Всероссийского научного общества токсикологов, президент региональной общественной организации «Врачи Санкт-Петербурга», главный редактор «Медицинского академического журнала», член редколлегий и редакционных советов еще семи научных журналов.

Удостоен почетного звания «Заслуженный деятель науки РФ», награжден орденами Трудового Красного Знамени и Дружбы (Социалистической Республики Вьетнам), многими отечественными медалями и медалью «За боевое содружество» Республики Куба.

Накануне празднования 80-летия Г.А.Софронов ответил на вопросы заместителя главного редактора «Военно-медицинского журнала» **Л.Л.Галина** и начальника управления кадров Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» **В.В.Рябинкина**.



В рамках рабочей поездки в **Санкт-Петербург** первый замминистра обороны РФ **Руслан Цаликов** и замминистра обороны РФ **Тимур Иванов** по поручению главы военного ведомства генерала армии **Сергея Шойгу** проверили ход строительства новых объектов, а также реконструкцию зданий Минобороны России, отнесенных к категории памятников культурного наследия федерального значения, расположенных в историческом центре северной столицы.

Руслан Цаликов и Тимур Иванов проверили строительство многопрофильной клиники *Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова*, где осмотрели новые лечебные корпуса и процесс монтажа современного лечебно-диагностического оборудования. Перед осмотром они приняли участие в заседании ученого совета академии, на котором обсуждались направления развития учебно-материальной базы, клинической и учебно-научной работы в вузе.

Следующим объектом инспектирования стало здание на Кожевенной линии, в котором после переезда будут храниться фонды Центральной военно-морской библиотеки. Затем заместители министра обороны проверили ход капитального ремонта Адмиралтейства, где в настоящее время располагается Главное командование Военно-морского флота.

По итогам рабочей поездки состоялось совещание, на котором был принят ряд координирующих решений, касающихся оптимизации сроков строительно-монтажных работ.



Управление пресс-службы и информации
Министерства обороны Российской Федерации, 30 августа 2016 г.
http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12094381@egNews

30 августа в *Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова* прошла торжественная церемония приведения 250 курсантов к Военной присяге. Мероприятие посетили первый заместитель министра обороны Российской Федерации **Руслан Цаликов** и замглавы военного ведомства **Тимур Иванов**.

В этом году плановый набор в академию составил около 500 человек, половина из которых поступили на факультеты подготовки врачей. Наибольшее число абитуриентов традиционно стремилось поступить на специальность «Лечебное дело». Средний конкурс в академию составил 9 человек на место.

На церемонии приведения к Военной присяге первокурсников приветствовала «ветеранская рота», которая ровно 50 лет назад на этом же плацу произнесла слова на верность Отечеству. В ее составе — более 40 выпускников факультета подготовки врачей для Военно-морского флота, которые поступили в ВМА им. С.М.Кирова в 1966 г. Командир «ветеранской роты» — действующий военный врач, полковник медицинской службы **Магомед Елоев**, который более 20 лет возглавляет 9-й Лечебно-диагностический центр МО РФ, признанный лучшим амбулаторно-поликлиническим подразделением Минобороны России.

Среди ветеранов, которые собрались поприветствовать первокурсников, генерал-майор медицинской службы **Владимир Симоненко**, более двух десятилетий возглавлявший Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка, **Владимир Гуц**, единственный военврач, который в одиночку успешно провел сложную операцию на сердце во время перехода атомной подлодки подо льдами Северного Ледовитого океана.

Управление пресс-службы и информации
Министерства обороны Российской Федерации, 30 августа 2016 г.
http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12094382@egNews

Церемония принятия Военной присяги в Военно-медицинской академии

Торжественная церемония приведения курсантов-первокурсников к Военной присяге прошла накануне нового учебного года в Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова*. На мероприятии присутствовали первый заместитель министра обороны Российской Федерации **Руслан Цаликов**, замминистра обороны РФ **Тимур Иванов** и начальник Главного военно-медицинского управления МО РФ **Александр Фисун**.



На торжественном мероприятии: первого заместителя министра обороны РФ **Р.Х.Цаликова** встречает заместитель начальника Военно-медицинской академии генерал-майор медицинской службы **С.А.Бунин**



* Подробнее см. в рубрике «Лента новостей» этого номера журнала.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК [615.4:355](470)

Организация медицинского обеспечения войск Центрального военного округа на полигоне Донгуз (по опыту стратегического командно-штабного учения «Центр-2015»)

КАЛМЫКОВ А.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
(mo-47-2@yandex.ru)¹
РЫЧКОВ В.В., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской
службы в отставке²
СТЕПАНОВ А.В., подполковник медицинской службы²

¹Медицинская служба Центрального военного округа, г. Екатеринбург; ²Филиал № 3 ФГКУ «426 ВГ» Минобороны России, г. Оренбург

Медицинская служба Центрального военного округа организовала медицинское обеспечение в период подготовки и проведения стратегического командно-штабного учения «Центр-2015». В зоне медицинской ответственности филиала № 3 426-го военного госпиталя МО РФ было организовано взаимодействие с Министерством здравоохранения Оренбургской области и региональным центром медицины катастроф в целях медицинского обеспечения мероприятий, проводимых на полигоне «Донгуз». Создана группировка сил и средств медицинской службы, предназначенная для медицинского обеспечения учения. Четко спланированные мероприятия, подготовка личного состава позволили на высоком уровне организовать медицинское обеспечение, не допустить массовых заболеваний и травм привлекаемого на учение личного состава.

К л ю ч е в ы е с л о в а: медицинское обеспечение, группировка сил и средств медицинской службы, полигон, врачебно-сестринская бригада.

Kalmykov A.A., Rychkov V.V., Stepanov A.V. — Organization of medical support for the troops of the Central Military District at the training area Donguz (according to experience of a strategic command post exercise «Center-2015»). The Medical Service of the Central Military District has organized medical support during lead-time and conduct of the strategic command post exercise «Center-2015». At the area of medical responsibility of the branch N 3 of the 426th military hospital of the Ministry of Defence is organized the interaction with the Ministry of Orenburg region and the regional centre of disaster medicine in order to ensure that medical activities carried out at the training area «Donguz». Was organized a medical service forces setting, designed to ensure medical teaching. Well-planned activities and training of personnel allowed organizing high-level medical care, preventing host of diseases and injuries among military personnel being involved into training.

К е у о р д с: medical support, medical service forces setting, training area, doctor-nurse team.

Деятельности военно-лечебного учреждения одним из ведущих направлений является реальное медицинское обеспечение личного состава войск, задействованных для участия в тех или иных мероприятиях боевой подготовки, проводимых в зоне медицинской ответственности.

Медицинская служба Центрального военного округа (ЦВО), в т. ч. филиал № 3 426-го военного госпиталя (426 ВГ) Минобороны России (г. Оренбург), располагают

значительным опытом организации медицинского обеспечения мероприятий с участием войск, проводимых в зоне медицинской ответственности филиала на полигоне «Донгуз», расположенном в 35 км к югу от места базирования лечебного учреждения. Возможности полигона позволяют проводить масштабные войсковые учения, в т. ч. с боевой стрельбой, привлечением значительных масс личного состава и техники войск.



В структуре заболеваемости преобладали инфекционные заболевания – 28,85%, в т. ч. острые респираторные инфекции – 18,4% и острый тонзиллит – 8,95% от общего числа госпитализированных. Болезни органов дыхания диагностированы у 19,9% госпитализированных, в т. ч. острый бронхит – у 12,9%, пневмония – у 6,96%. Травмы различной локализации имелись у 9,95% госпитализированных, в т. ч. 2 случая укусов змей. Тяжелых травм и заболеваний не отмечалось. Всем обратившимся была оказана исчерпывающая медицинская помощь.

На этапе *вывода войск в пункты постоянной дислокации* состав группировки сил и средств медицинской службы изменялся по мере убытия штатных медицинских подразделений с войсками.

Передовая группа медо (СпН) 425 ВГ оставалась развернутой до завершения убытия войск. В течение всего этапа постоянно осуществлялся санитарно-эпидемиологический надзор силами подвижной санитарно-эпидемиологической группы от территориального центра 1026 ЦГСЭН.

Основное внимание на данном этапе уделялось:

- недопущению нарушений мер техники безопасности при погрузке техники и личного состава на транспорт и в пути следования;
- всестороннему медицинскому обеспечению личного состава до момента убытия в пункты постоянной дислокации;
- строгому медицинскому контролю за повседневной деятельностью личного состава войск до их убытия с полигона;
- инструктажу личного состава, убывающего в пункты постоянной дислокации

(по вопросам медицинского обеспечения в пути следования).

Мероприятия данного этапа завершились проведением контрольного медицинского осмотра личного состава в пунктах постоянной дислокации.

Слаживание медицинских соединений, воинских частей, подразделений и организаций, их органов управления (штабов) для выполнения задач совместно с приданными и взаимодействующими подразделениями и организациями для обеспечения действий войск (сил) в ходе проведения СКШУ «Центр-2015» позволило поддерживать в постоянной готовности военно-медицинские организации, медицинские воинские части, медицинские подразделения к выполнению учебно-боевых и других задач в соответствии с их предназначением.

В ходе учения личный состав медицинской службы ЦВО укрепил и усовершенствовал знания по организации лечебно-эвакуационных, лечебно-профилактических, медицинских санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, медицинского контроля за условиями жизнедеятельности личного состава в полевых условиях, обеспечения медицинским имуществом медицинских подразделений и военно-медицинских организаций.

Заблаговременно спланированные мероприятия, подготовка личного состава медицинской службы, отработанное межведомственное взаимодействие позволили на высоком уровне организовать медицинское обеспечение личного состава войск, задействованных для участия в СКШУ «Центр-2015» на полигоне «Донгуз».

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

<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 17.08.16. Формат 70×108 ^{1/16} . Усл. печ. л. 8,4. Заказ № 3000-2016	Печать офсетная. Усл. кр.-отт. 9,8. Тираж 4110 экз.	Подписано к печати 19.09.16. 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		