

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Военно-медицинский журнал

*Тод
взданид
-193-й*

ТОМ
СССXXXVI



2015 • № 11



11

НОЯБРЬ
2015

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

2015 * НОЯБРЬ
Т. 336 * № 11

- *Организация санаторно-курортного лечения в Вооруженных Силах РФ в мирное время*
- *Подходы к оснащению медицинским имуществом войскового звена медицинской службы*
- *Хирургическое лечение раненых с комбинированными термомеханическими повреждениями конечностей*
- *Современные представления о возможностях и механизме действия нефармакологических методов лечения*
- *Терапия геморрагической лихорадки Эбола*
- *Гигиеническое воспитание военнослужащих в условиях туберкулезного стационара*

МОСКВА
АО «КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»



Организация медицинского обеспечения Вооруженных Сил

Organization of medical support of the Armed Forces

Тришкин Д.В. – Организация санаторно-курортного лечения в Вооруженных Силах Российской Федерации в мирное время

4

Trishkin D.V. – Organization of health resort support for the Armed Forces of the Russian Federation during peacetime

Безносик Р.В., Савицкий Г.Г., Гришин В.К. – Гигиеническое воспитание военнослужащих в условиях туберкулезного стационара

11

Beznosik R.V., Savitskii G.G., Grishin V.K. – Hygienic education of servicemen under condition of tuberculosis hospital



Войсковая медицина

Army health Service

Мирошниченко Ю.В., Ставила А.Г., Горячев А.Б., Кононов В.Н., Красавин К.Д., Попов А.А. – Реализация современных подходов к оснащению медицинским имуществом войскового звена медицинской службы

19

Miroshnichenko Yu.V., Stavila A.G., Goryachev A.B., Kononov V.N., Krasavin K.D., Popov A.A. – Implementation of modern approaches to medical equipment of medical service's troops



Лечебно-профилактические вопросы

Prophylaxis and treatment

Дубров В.Э., Колтович А.П., Ханин М.Ю., Палтышев И.А., Ивченко Д.Р., Цвигун О.В., Кобрицов Г.П., Герейханов Ф.Г. – Особенности хирургического лечения раненых с комбинированными термомеханическими повреждениями конечностей в условиях контртеррористической операции

27

Dubrov V.E., Koltovich A.P., Khanin M.Yu., Paltyshev I.A., Ivchenko D.R., Tsvigun O.V., Kobritsov G.P., Gereikhanov F.G. – Peculiarities of surgical treatment of wounded with combined thermomechanical injuries of the lower extremities under conditions of counterterrorist operation

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

37

Reukov A.S., Golota A.S., Ivchenko E.V., Krassii A.B., Shalakhin R.A. – The current conceptions of non-pharmacological therapeutic methods capabilities and mechanism of their action



Эпидемиология и инфекционные болезни

Epidemiology and infectious diseases

Жданов К.В., Щёголев А.В., Коваленко А.Н., Захаренко С.М., Климов А.Г. – Терапия геморрагической лихорадки Эбола

48

Zhdanov K.V., Shchegolev A.V., Kovalenko A.N., Zakharenko S.M., Klimov A.G. – Treatment of Ebola virus disease



Краткие сообщения

Brief reports

54



**Из истории
военной медицины**

**From the history
of military medicine**

Жилев Е.Г., Чепур С.В., Юдин А.Б., Медведев В.Р., Сидоров В.А. – Государственному научно-исследовательскому испытательному институту военной медицины МО РФ – 85 лет

Zhilyaev E.G., Chepur S.V., Yudin A.B., Medvedev V.R., Sidorov V.A. – The state research and test institute of military medicine of the Ministry of Defence of the Russian Federation celebrates the 85th anniversary

Российский М.А. – Ученый и гражданин (Штрихи к портрету академика Н.П.Кравкова)

Rossiiskiy M.A. – Scientist and Citizen (Touches to the portrait of academician Nikolai Kravkov)



Официальный отдел

Official communications

«С военной медициной был знаком с детства...» (Интервью с первым заместителем начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ (1993–1999) генерал-лейтенантом медицинской службы запаса Ю.И.Погодиным)

«I have been nearly acquainted with military medicine since my childhood» (An interview with the Vice-Chief of MOD Main Military Medical Directorate (1993–1999) general lieutenant of medical service reserve Yu.I.Pogodin)



Лента новостей

News feed



Хроника

Chronicle

Юдин В.Е., Щегольков А.М., Сычёв В.В. – Актуальные проблемы медицинской реабилитации в Вооруженных Силах

Yudin V.E., Shchegolkov A.M., Sychev V.V. – Current problems of medical rehabilitation in the Armed Forces

Земляничков Д.А., Грабский Ю.В. – О проведении исследовательского тактико-специального учения по совершенствованию медицинского обеспечения личного состава при ликвидации последствий аварии с ядерными материалами

Zemlyannikov D.A., Grabskii Yu.V. – About conducting of improvement of medical support for military personnel upon the liquidation of consequences of nuclear disaster research tactical exercise

CONTENTS



© Д.В. ТРИШКИН, 2015
УДК [615.838:355](470)

Организация санаторно-курортного лечения в Вооруженных Силах Российской Федерации в мирное время

ТРИШКИН Д.В., кандидат медицинских наук (sku.gvmtu@yandex.ru)

Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва

В статье на основе анализа нормативных правовых документов представлены современная организация санаторно-курортного лечения в Вооруженных Силах Российской Федерации в мирное время, порядок направления военнослужащих и членов их семей, других категорий граждан на санаторное лечение и организованный отдых. Показаны преимущества санаторно-курортного этапа в проведении медико-психологической реабилитации военнослужащих, в том числе «превентивной», что подтверждается выраженной положительной динамикой показателей их здоровья, существенным экономическим эффектом. Определены перспективные направления совершенствования санаторно-курортного лечения в Вооруженных Силах РФ.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Вооруженные Силы, санаторно-курортное лечение, порядок направления, медико-психологическая реабилитация, эффективность, направления совершенствования.

Trishkin D.V. — Organization of health resort support for the Armed Forces of the Russian Federation during peacetime. The authors analysed legal documents and presented data on modern organization of health resort support in the Russian armed forces during peacetime, procedure of referral of military personnel and members of their families and other categories of citizens to health resort treatment and organized recreation. The authors showed the advantages of health resort treatment as a primary stage psychological rehabilitation of servicemen, including «preventive» rehabilitation, as evidenced by positive dynamics of indicators of health, and significant economic effect. Besides the authors determined prospective ways of improving health resort support in the Armed Forces.

К е у о р д s: the Armed Forces, health resort support, referral procedure, psychological rehabilitation, efficiency, ways of improvement.

В Вооруженных Силах Российской Федерации (ВС РФ) в связи с изменением характера и условий несения военной службы вопросам сохранения здоровья военнослужащих уделяется особое внимание. Здоровье военнослужащего и психологический настрой самым непосредственным образом влияют на интенсивность и производительность его труда, боеспособность.

Оснащение ВС РФ современными системами вооружения, продолжительные сроки профессиональной подготовки личного состава к действиям в боевой обстановке обуславливают высокие требования к уровню интеллектуального и физического развития военнослужащих. Поэтому проблема быстрого восполне-

ния некомплекта боевых формирований за счет скорейшего возвращения в строй военнослужащих, готовых к полноценному исполнению своих профессиональных обязанностей, после проведения комплексного, патогенетически обоснованного восстановительного лечения приобретает приоритетное для военной медицины значение.

В связи с этим возникает необходимость переориентации медицинской стратегии на определение адаптационных резервов организма военнослужащих, выявление изменений в организме еще на стадии предболезни. Именно эти задачи, а также предупреждение прогрессирования заболевания на фоне курортного лечения, восстановление работоспособ-



Литература

1. *Белякин С.А., Юдин В.Е., Шегольков А.М.* Формирование современной системы медицинской реабилитации военнослужащих // Вестник восстановительной медицины. — 2011. — № 1. — С. 2–5.
2. *Боголюбов В.М.* Медицинская реабилитация: Учебник. — М.: БИНОМ, 2007. — 678 с.
3. *Кокорин В.Г.* Контроль удовлетворенности медицинской реабилитацией в санаторно-курортных условиях // Физиотерапевт. — 2011. — № 6. — С. 34–36.
4. *Корнюшко И.Г., Пономаренко Г.Н., Русев И.Т., Русева С.В.* Военные санатории и дома отдыха как базы для формирования центров медицинской реабилитации в периоды вооруженных конфликтов (Сообщение первое) // Воен.-мед. журн. — 2007. — Т. 328, № 7. — С. 4–9.
5. *Морозов А.В., Хафизов Н.Н.* Медико-психологическая реабилитация военнослужащих в санаторно-курортных учреждениях Минобороны России: исторические аспекты и современный этап // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. — 2010. — № 5. — С. 161–166.
6. *Поважная Е.Л.* Организация оказания санаторно-курортной помощи населению Российской Федерации на современном этапе // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 2012. — № 4. — С. 50–52.
7. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 31.12.2014 г.). — М., 2011.
8. О внесении изменений в Порядок проведения медико-психологической реабилита-
- ции военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации, утвержденный приказом министра обороны Российской Федерации от 10 сентября 2012 г. № 2550: Приказ министра обороны РФ от 17.12.2013 г. № 903 (зарегистрирован в Минюсте России 21.01.2014 г. № 31063). — М., 2013.
9. О медико-психологической реабилитации военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации, приложение № 3 «Порядок проведения медико-психологической реабилитации военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации»: Приказ министра обороны РФ от 10.09.2012 г. № 2550 (ред. от 17.12.2013 г.), зарегистрирован Минюстом России 04.12.2012 г. № 25996). — М., 2012.
10. О порядке организации медицинской реабилитации: Приказ Минздрава России от 29.12.2012 г. № 1705н (зарегистрирован Минюстом России 22.02.2013 г. № 27276). — М., 2013.
11. О порядке санаторно-курортного обеспечения в Вооруженных Силах Российской Федерации: Приказ министра обороны РФ от 15.03.2011 г. № 333 (зарегистрирован Минюстом России 10.06.2011 г. № 21000). — М., 2011.
12. О статусе военнослужащих: Федеральный закон от 27.05.1998 г. № 76-ФЗ (ред. от 03.02.2014 г.). — М., 2014.
13. *Пономаренко Г.Н., Гребенюк С.А.* Стратегия выбора и эффективность санаторно-курортного обеспечения военнослужащих // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. — 2007. — № 4. — С. 5–10.
14. *Фисун А.Я.* Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации: итоги деятельности и основные задачи на 2015 год // Воен.-мед. журн. — 2015. — Т. 336, № 1. — С. 4–21.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616-002.5-057.36-08

Гигиеническое воспитание военнослужащих в условиях туберкулезного стационара

*БЕЗНОСИК Р.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
САВИШКИЙ Г.Г., профессор, полковник медицинской службы в отставке (savitkiygg@mail.ru)
ГРИШИН В.К., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке*

Филиал № 2 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, Москва

Больные туберкулезом нуждаются не только в длительном комплексном специализированном лечении в условиях стационара, но и в квалифицированном психологическом воздействии со стороны медицинского персонала. Для выработки у больных мотивации к полноценному лечению и обеспечения должной их информированности о заболевании и его последствиях необходимо хорошо организованное гигиеническое воспитание и обучение пациентов. Все медицинские работники обязаны участвовать в санитарно-просветительной работе, при этом особое внимание обращается на участие в ней медицинских сестер. В статье показана необходимость учитывать в процессе гигиенического воспитания психологические особенности больных туберкулезом. Даны рекомендации по тематике, методике и организации мероприятий гигиенического воспитания в условиях туберкулезного стационара.

К л ю ч е в ы е с л о в а: туберкулез у военнослужащих, эффективность лечения, гигиеническое воспитание и обучение больных туберкулезом.



Beznosik R.V., Savitskii G.G., Grishin V.K. – Hygienic education of servicemen under condition of tuberculosis hospital. TB patients need not only long-term complex specialized treatment in the hospital, but also the qualified psychological impact by medical personnel. To motivate patients to complete treatment and ensure proper awareness of the disease and its consequences it is required to organize hygienic education for patients. All health workers, especially nurses, have to participate in health education. The article shows the necessity to take into account psychological characteristics of patients with tuberculosis during the process of hygienic education of. Recommendations on topics, methods and organization of activities of hygienic conditions in the education tuberculosis hospital are given.

Key words: tuberculosis in military personnel, effects of treatment, hygienic education of patients with tuberculosis.

Эпидемическая обстановка по туберкулезу в России, как и во всем мире, остается весьма напряженной. Увеличивается число больных с лекарственной устойчивостью возбудителя к основным противотуберкулезным препаратам, что ведет к снижению эффективности лечения, удлинению сроков и значительному повышению его стоимости. Развитие лекарственной устойчивости, по мнению экспертов ВОЗ и ведущих фтизиатров России, является следствием несоблюдения пациентами режима и регламентированных сроков лечения, его досрочное прерывание. Больные туберкулезом должны быть не пассивными реципиентами медицинских услуг, а активными партнерами в лечебном процессе [6, 12].

По данным Всеармейского регистра больных туберкулезом, ежегодно в туберкулезных отделениях военных госпиталей досрочно прекращают лечение около 100 человек (треть от числа поступивших), в т. ч. более 10% – по причине нарушений госпитального режима или отказа от лечения. Из них 18% составляют военнослужащие по призыву. При этом особую тревогу вызывает то обстоятельство, что в 10% случаев пациенты убывают из стационара с сохраняющимися полостями деструкции легочной ткани, т. е. являются опасными в отношении распространения туберкулезной инфекции. Кроме того, 53,2% больных, которым были проведено хирургическое лечение, врачи выписывают без соблюдения установленных сроков (до трех месяцев) противотуберкулезного лечения после оперативных вмешательств. Средний послеоперационный период у них составляет всего 60,1 дня, что обуславливает опасность обострений или рецидивов туберкулезного процесса.

Причинами подобной ситуации являются отсутствие у больных мотивации к полноценному лечению и низкий уровень информированности о заболевании и его последствиях. Данную тенденцию можно исправить хорошо организованной пропагандой медицинских и гигиенических знаний – гигиеническим воспитанием и обучением пациентов [1].

Больные туберкулезом существенно отличаются от большинства пациентов соматического профиля. Наряду с длительным комплексным специализированным лечением требуется квалифицированное психологическое воздействие на пациентов со стороны медицинского персонала туберкулезных отделений. В этой работе во многих случаях передовая роль принадлежит гигиеническому воспитанию, санитарному просвещению.

Санитарное просвещение проводится с использованием устного, печатного и наглядного методов пропаганды и агитации:

– устные методы – беседы (групповые и индивидуальные), консультации, лекции, в т. ч. с использованием возможностей радиовещания;

– печатные – книги, брошюры, листовки, памятки, санитарные бюллетени, стенные газеты;

– наглядные – плакаты, фотовыставки, видео- и кинофильмы.

Все медицинские работники обязаны участвовать в санитарно-просветительной работе. Особенно важно привлечение к санитарному просвещению медицинских сестер, поскольку пациенты в стационаре большую часть времени общаются непосредственно с ними.

Этический кодекс медицинской сестры, принятый Ассоциацией медицинских сестер России, указывает, что «медицинская сестра должна активно уча-



ние успокоить пациента, вселить в него уверенность в выздоровлении, избавить от неопределенности, придать новое значение его отношениям с окружающими, помочь ему в социальной и профессиональной реабилитации. При общении с пациентом важно правильно построить беседу: она должна быть неспешной, надо избегать в разговоре медицинской лексики, показывать жестами собеседнику, что его внимательно слушают. Для того чтобы общение было эффективным, нужно уметь задавать вопросы, внимательно слушать, учитывать тревогу и нужды пациента, проявлять заботливое отношение и стараться помочь в разрешении его проблем. После окончания беседы необходимо подвести итог всему, что было сказано. Надежда — это ожидание в достижении цели чуть большего, чем ничего. К утрате надежды у пациента приводят недооценка его как личности, заброшенность и изоляция, отсутствие цели, дискомфорт. И наоборот, появлению надежды на благоприятный исход способствуют ощущение собственной ценности и значимости как личности, осознание конкретных реально достижимых целей. Следует помнить слова А.А.Визе-

ля (2000): «Задача врача — убедить пациента посвятить один год жизни лечению туберкулеза, так как иначе с туберкулезом у пациента будет связана вся оставшаяся жизнь».

Таким образом, в целях повышения эффективности гигиенического воспитания больных туберкулезом необходимо участие в этой работе всех медицинских сотрудников. Целесообразна разработка методических рекомендаций по гигиеническому воспитанию, издание методических материалов (текстов докладов, подробных планов-конспектов, агитационных материалов и др.). Следует шире привлекать к проведению занятий медицинских сестер, для чего необходимо их предварительное обучение. На начальном этапе следует ориентировать их на более простые темы практической направленности, а освещение сложных вопросов поручать врачебному составу.

Хотя гигиеническое воспитание и психологическая поддержка больного туберкулезом могут казаться менее важными, чем химиотерапия, на деле они относятся к самым значимым компонентам программы оказания противотуберкулезной помощи.

Литература

1. Гигиеническое воспитание и пропаганда здорового образа жизни в Вооруженных Силах Российской Федерации. Методическое пособие. — М.: Военное издательство, 2004. — С. 94.

2. Золотова Н.В., Ахтямова А.А., Овсянкина Е.С. Формы агрессии у подростков, больных туберкулезом органов дыхания // Туберкулез и болезни легких. — 2012. — № 1. — С. 44–45.

3. Золотова Н.В., Ахтямова А.А., Стрельцов В.В., Баранова Г.В. Психологические факторы патогенеза туберкулеза органов дыхания у детей и подростков // Туберкулез и болезни легких. — 2013. — № 4. — С. 25–31.

4. Краткое руководство по организации борьбы с туберкулезом для врачей первичной медико-санитарной помощи: врачей общей практики (семейных врачей) и участковых терапевтов. — М. — Тверь: ООО «Изд-во «Триада», 2007. — 82 с.

5. Писаревская Л.И. Модель психологической работы во фтизиатрии. Актуальные вопросы военной фтизиатрии. Т. II / Сборник научных работ к юбилейной научно-практической конференции, посвященный 50-летию госпиталя. — Пушкино, 2002. — С. 60–65.

6. Пьянзова Т.В. Вопросы взаимоотношений в диаде врач — пациент // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 1. — С. 3–7.

7. Сестринское дело во фтизиатрии: Учебное пособие. — Саратов: Сателлит, 2006. — С. 247.

8. Стрельцов В. В., Баранова Г. В., Сиресина Н.Н. и др. Возможности оптимизации психологического состояния больных туберкулезом легких в процессе индивидуальной психологической коррекции // Туберкулез и болезни легких. — 2012. — № 3. — С. 31–37.

9. Сухова Е.В. «Фтиза-школа» — система комплексного воздействия на больного туберкулезом // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2004. — № 12. — С. 35–40.

10. Фирсова В.А. Особенности течения туберкулеза у подростков // Туберкулез и болезни легких. — 2012. — № 1. — С. 19–25.

11. Шелепов А.М., Смагулов Н.К., Мухаметжанов А.М. Особенности адаптации военнослужащих срочной службы (Обзор литературы). — Воен.-мед. журн. — 2012. — Т. 333, № 9. — С. 41–45.

12. Patients' charter for tuberculosis care: patients' rights and responsibilities. — Geneva: World Care Council, 2006. URL: <http://www.stoptb.org> (дата обращения: 5.10.2015).



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 615.4:355

Реализация современных подходов к оснащению медицинским имуществом войскового звена медицинской службы

*МИРОШНИЧЕНКО Ю.В., заслуженный работник здравоохранения РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса (miryv61@gmail.com)¹
СТАВИЛА А.Г., подполковник медицинской службы²
ГОРЯЧЕВ А.Б., заслуженный работник здравоохранения РФ, доктор фармацевтических наук, полковник медицинской службы¹
КОНОНОВ В.Н., доцент, полковник медицинской службы¹
КРАСАВИН К.Д., полковник медицинской службы²
ПОПОВ А.А., полковник медицинской службы²*

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

Представлена характеристика современных подходов к оснащению медицинским имуществом медицинских подразделений соединений и воинских частей. Показано, что для обеспечения работы войсковых этапов медицинской эвакуации в полевых условиях целесообразно использовать современное комплектно-табельное оснащение, позволяющее эффективно оказывать медицинскую помощь раненым и больным, поддерживать установленный уровень готовности войскового звена медицинской службы, унифицировать нормы снабжения медицинским имуществом, оперативно разворачивать войсковые этапы медицинской эвакуации, оптимизировать процесс планирования мероприятий по медицинскому снабжению. Оснащение медицинским имуществом медицинских подразделений в мирное время необходимо проводить, основываясь на стандартах и порядке оказания медицинской помощи, что обеспечивает гармонизацию с требованиями государственного здравоохранения.

К л ю ч е в ы е с л о в а: войсковое звено медицинской службы, войсковые этапы медицинской эвакуации, комплектно-табельное оснащение, лекарственные средства, медицинское имущество, нормы снабжения

Miroshnichenko Yu.V., Stavila A.G., Goryachev A.B., Kononov V.N., Krasavin K.D., Popov A.A. – Implementation of modern approaches to medical equipment of medical service's troops. The authors give essential characteristics of modern approaches to equipment of medical small and large units and troops. It is shown that for medical evacuation under field conditions it is necessary to use modern complete-basic equipment that allows effectively providing medical assistance to the wounded and sick, maintaining the established level of readiness of medical troops, unifying norms of medical equipping, operatively deploying organisational stages of medical evacuation, optimizing planning of medical equipment. Medical equipment in peacetime should be carried out on the basis of standards and orders of medical care delivery that ensures harmonization with requirements of public health.

К е у в о р д s: medical service troops, organisational stages of medical evacuation, complete basic equipment, medicaments, medical equipment, supply norms.

Анализ опыта медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации (ВС РФ) свидетельствует о том, что эффективность проведения лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) и других мероприятий во многом зависит

от оснащения медицинских подразделений соединений и воинских частей необходимым медицинским имуществом (МИ) [1, 3, 6]. Это полностью согласуется с ключевой задачей военного строительства. Так, выступая на церемонии открытия Международного военно-технического фору-



Министр обороны Российской Федерации генерал армии **С.К.Шойгу** знакомится с современными образцами комплектно-табельного имущества, поступающего на оснащение войсковых этапов медицинской эвакуации (ВМедА, 28 апреля 2015 г.)



Оснащение сумками врача войсковой СВВ мобильных велосипедных медицинских групп на Международной выставке «День инноваций МО РФ-2015» (Военно-патриотический парк культуры и отдыха ВС РФ «Патриот», 5–6 октября 2015 г.)



Оказание медицинской помощи с использованием сумки врача войсковой СВВ на Международ-

ной выставке «День инноваций МО РФ-2015» (Военно-патриотический парк культуры и отдыха ВС РФ «Патриот», 5–6 октября 2015 г.)

К статье: *Мирошинченко Ю.В., Ставила А.Г., Горячев А.Б., Кононов В.Н., Красавин К.Д., Попов А.А.*
 – Реализация современных подходов к оснащению медицинским имуществом войскового звена медицинской службы



Оснащение функциональных подразделений войсковых этапов медицинской эвакуации современными образцами комплектно-табельного имущества



Стоматологический кабинет медицинского пункта воинской части

Физиотерапевтический кабинет медицинского пункта воинской части



К статье: Мирошниченко Ю.В., Ставила А.Г., Горячев А.Б., Кононов В.Н., Красавин К.Д., Попов А.А. – Реализация современных подходов к оснащению медицинским имуществом войскового звена медицинской службы



Литература

1. *Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б., Крапивин К.Д., Тихонов А.В.* Совершенствование системы нормирования медицинского имущества для соединений и воинских частей на мирное время // *Воен.-мед. журн.* — 2014. — Т. 335, № 2. — С. 52–57.
2. *Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б., Полунин С.В.* Организация обеспечения лекарственными средствами частей, соединений и объединений в современных условиях // *Воен.-мед. журн.* — 2009. — Т. 330, № 5. — С. 12–17.
3. *Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б., Попов А.А.* и др. Модернизация системы нормирования медицинского имущества войскового звена медицинской службы на военное время // *Воен.-мед. журн.* — 2013. — Т. 334, № 7. — С. 21–25.
4. *Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б., Соболенко А.К.* и др. Обоснование методологии нормирования лекарственных средств в военном здравоохранении России // *Вестн. Рос. ун-вер. дружбы народов. Серия «Медицина».* — 2013. — № 6. — С. 81–87.
5. *Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б., Ступников А.В.* Перспективы развития системы комплектно-табельного оснащения войскового звена медицинской службы // *I Европейский конгресс по военной медицине 8–11 июня 2010 г.*: Тез. докл. — Светлогорск: Светлогорский ЦВС МО РФ, 2010. — С. 67.
6. *Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б., Ступников А.В.* Совершенствование нормирования медицинского имущества для обеспечения войск (сил) в современных условиях // *Воен.-мед. журн.* — 2010. — Т. 331, № 7. — С. 42–44.
7. *Мирошниченко Ю.В., Гребенюк А.Н., Кононов В.Н.* и др. Использование современных аптечек для оказания первой помощи военнослужащим Вооруженных Сил Российской Федерации // *Воен.-мед. журн.* — 2012. — Т. 333, № 3. — С. 48–54.
8. *Мирошниченко Ю.В., Кононов В.Н., Миляев А.В.* и др. Использование новых функциональных комплектов медицинского имущества в войсковом звене медицинской службы Вооруженных Сил // *Воен.-мед. журн.* — 2013. — Т. 334, № 11. — С. 16–23.
9. *Мирошниченко Ю.В., Миляев А.В., Ступников А.В.* Становление системы комплектно-табельного оснащения войскового звена медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации и ее модернизация в современных условиях // *Вестн. Росздравнадзора.* — 2011. — № 3. — С. 48–54.
10. *Мирошниченко Ю.В., Ступников А.В., Миляев А.В.* и др. Обоснование состава и структуры современной системы комплектно-табельного оснащения войскового звена медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации // *Вестн. Рос. воен.-мед. акад.* — 2011. — № 3 (35). — С. 214–219.
11. *Нормы снабжения медицинским имуществом соединений, воинских частей и организаций Вооруженных Сил Российской Федерации и запасов на военное время: Прил. к приказу министра обороны РФ от 18 декабря 2012 г. № 3740.*
12. *Нормы снабжения медицинским имуществом соединений, воинских частей и организаций Вооруженных Сил Российской Федерации на мирное время: Прил. к приказу министра обороны РФ от 12 августа 2013 г. № 590.*
13. *Нормы снабжения медицинской техникой и имуществом соединений и воинских частей Вооруженных Сил Российской Федерации на мирное время: Прил. к приказу министра обороны РФ от 22 января 2002 г. № 30.*
14. *О принятии на снабжение Вооруженных Сил Российской Федерации изделий комплектно-табельного оснащения войскового звена медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации: Приказ министра обороны РФ от 21 мая 2011 г. № 744.*
15. *Сборник описей комплектов медицинского имущества для оснащения войскового звена медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации на военное время: Прил. к приказу начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации от 12 июля 2011 г. № 77.*
16. *Miroshnichenko Yu.V.* Characteristics of Modern Complete-Table Support System of Medical Service in the Army Section of the Armed Forces of Russian Federation // *International Review of the Armed Forces Medical Services.* — 2012. — Vol. 85, № 4. — P. 77–81.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 617.57/58-001-057.36-089

Особенности хирургического лечения раненых с комбинированными термомеханическими повреждениями конечностей в условиях контртеррористической операции

ДУБРОВ В.Э., доктор медицинских наук, профессор¹
КОЛТОВИЧ А.П., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы (akoltovich@mail.ru)²
ХАНИН М.Ю., кандидат медицинских наук¹
ПАЛТЫШЕВ И.А., кандидат медицинских наук, капитан медицинской службы²
ИВЧЕНКО Д.Р., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы²
ЦВИГУН О.В., полковник медицинской службы²
КОБРИЦОВ Г.П.¹
ГЕРЕЙХАНОВ Ф.Г., подполковник медицинской службы²

¹Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, Москва; ²Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД РФ, г. Балашиха, Московская область

Проанализированы результаты лечения 67 раненых с повреждениями конечностей в сочетании с ожогами. Применяли две тактики хирургического лечения. Первая тактика (Early total Care – ETC) заключалась в оказании хирургической помощи в полном объеме на всех областях тела во время первой неотложной операции и была использована у 24 (35,8%) раненых. Вторая тактика подразумевала дифференцированный подход к лечению пострадавших и устранению повреждений – 43 (64,2%) человека. При АД_{сис.} выше 90 мм рт. ст. использовали тактику ETC – 19 (28,4%) раненых. При снижении систолического артериального давления менее 90 мм рт. ст. применяли тактику программируемого хирургического лечения Damage Control Surgery (DCS) – 24 (35,8%) человека. Применение дифференцированной хирургической тактики привело к увеличению числа осложнений с 45,8 до 55,8% ($p=0,044$) и уменьшению летальности с 12,5 до 9,3% ($p=0,039$) по сравнению с группой раненых, у которых применялась только традиционная тактика одномоментного устранения всех повреждений.

К л ю ч е в ы е с л о в а: комбинированные термомеханические повреждения, травма конечностей, ожоги, программируемое многоэтапное хирургическое лечение.

Dubrov V.E., Koltovich A.P., Khanin M.Yu., Paltyshev I.A., Ivchenko D.R., Tsvigun O.V., Kobritsov G.P., Gereikhanov F.G. – Peculiarities of surgical treatment of wounded with combined thermomechanical injuries of the lower extremities under conditions of counter-terrorist operation. The authors analysed results of treatment of 67 wounded with injuries of the extremities, combined with burns. Two therapeutic approaches to surgical treatment were used. The first therapeutic approach (Early total Care – ETC) involved providing of a complete surgical care (the whole body is examined) during the first emergency operation and was used in 24 (35,8%) injured. The second therapeutic approach implied a differentiated approach to the treatment of wounded and treatment of injuries and was used in 43 (64,2%) patients. If arterial blood pressure was above 90 mm Hg, ETC approach was used in 19 (28,4%) wounded. If systolic blood pressure was less than 90 mm Hg programmable surgical approach Damage Control Surgery (DCS) was used in 24 (35,8%) patients. The use of differential surgical approach has led to increase in the number of complications from 45,8 to 55,8% ($p=0,044$) and decrease in mortality c 12,5 to 9,3% ($p=0,039$) compared with the group of wounded, where was used only traditional approach of single-stage treatment.

К е y o r d s: combined thermomechanical injuries, injuries of extremities, burns, programmable multi-stage surgical treatment.



уровень летальности находятся в обратной зависимости.

Таким образом, применение дифференцированной тактики (в зависимости от тяжести состояния – ЕТС или DCS) позволило сохранить жизнь раненым с осложнениями, в то время как использование только тактики ЕТС приводило к смерти еще до развития осложнений.

В Ы В О Д Ы

1. При комбинированных термомеханических повреждениях ранения конечностей встречаются у 72% раненых, причем преобладают ранения мягких тканей нижних конечностей (56,7%) в сочетании с поверхностными ожогами I–II степени (85,1%).

2. Применение дифференцированной хирургической тактики, включавшей как одномоментное устранение всех повреждений при удовлетворительном и средней тяжести состоянии раненых, так и программируемое многоэтапное хирургическое лечение у раненых с тяжелыми и крайне тяжелыми повреждениями, позволило уменьшить летальность

на этапе оказания КМП с 12,5 до 9,3% ($p=0,039$).

3. При огнестрельных переломах и ожогах одной локализации наиболее эффективным методом фиксации костных отломков является применение аппаратов внешней фиксации. Проведение винтов Шанца в костные отломки допустимо непосредственно через обожженные поверхности.

4. При повреждении сосудов конечностей на этапе оказания квалифицированной медицинской помощи восстановление кровотока путем временного протезирования позволяет сохранить жизнеспособность конечности. Окончательную пластику следует выполнять на этапе оказания специализированной медицинской помощи.

5. При поверхностных ожогах возможно ушивание послеоперационных ран с оставлением дренажных систем с последующим обязательным проведением повторной программируемой хирургической обработки. При глубоких ожогах в области огнестрельных ран первичный шов послеоперационной раны выполнять не следует.

Литература

1. Абакумов М.М., Богопольский П.М. Damage control: что нового? // Хирургия. – 2007. – № 11. – С. 59–62.
2. Гуманенко Е.К., Бояринцев В.В., Гаврилин С.В. и др. Тактика «Damage control» при боевых повреждениях живота // Новые технологии в хирургии: Сб. тр. Международного хирургического конгресса. – Ростов-на-Дону, 2005. – С. 16.
3. Дубров В.Э., Блаженко А.Н., Ханин М.Ю. и др. Реализация динамического контроля повреждений (damage control) в остром периоде политравмы // Политравма. – 2012. – Т. 1. – С. 68–74.
4. Мусалатов Х.А., Петров Н.А., Силин Л.Л. и др. Лечение больных с множественной комбинированной термомеханической травмой конечностей идентичной локализации // Диагностика и лечение политравм: Материалы Всероссийского конф. – Ленинск-Кузнецкий, 1999. – С. 204.
5. Нечаев Э.А., Грицанов А.И., Минуллин И.П. и др. Взрывные поражения: Руководство для врачей и студентов / Под ред. чл.-кор. РАМН Э.А.Нечаева. – СПб: Фолиант, 2002. – 656 с.
6. Поярко В.Д., Зыков Д.В., Вознюк Д.И. Повреждение сосудов конечностей при комбинированных термическо-травматических

повреждениях // Возможности и перспективы диагностики и лечения в клинической практике: Тез. докл. Всероссийского науч.-практ. конф. – М., 1992. – С. 377–379.

7. Соколов В.А., Бялик Е.И., Иванов П.А., Гараев Д.А. Практическое применение концепции «Damage control» при лечении переломов длинных костей конечностей у пострадавших с политравмой // Вестн. травматол. и ортопед.. – 2005. – № 1. – С. 3–7.

8. Borgman M., Matos R.I., Blackburn L.H., Spinella P.C. Ten years of military pediatric care in Afghanistan and Iraq // J. Trauma Acute Care Surg. – 2012. – Vol. 73. – P. 509–513.

9. Bose D., Tejwani N.C. Evolving trends in the care of polytrauma patients // Injury. – 2007. – Vol. 37 (1). – P. 20–28.

10. Burch J.M., Ortiz V.B., Richardson R.J. et al. Abbreviated laparotomy and planned reoperation for critically injured patients // Annals of Surgery. – 1992. – Vol. 215. – P. 476–483.

11. Ecke H., Faupel L., Quoika P. Considerations on the time of surgery of femoral fractures // Unfallchirurgie. – 1985. – Vol. 11 (2). – P. 89–93.

12. Edwards M.J., Lustik M., Eichelberger M.R. et al. Blast injury in children: an analysis from Afghanistan and Iraq, 2002–2010 // J. Trauma Acute Care Surg. – 2012. – Vol. 73 (5). – P. 1278–1283.



13. Frye K., Lutterman A. Burns and fractures // *Orthop. Nurs.* — 1999. — Vol. 18. — P. 30–35.
14. Grotz M.R., Gummerson N.W., Genslen A. Staged management and outcome of combined pelvic and liver trauma. An international experience of the deadly duo // *Injury.* — 2006. — Vol. 37 (1). — P. 11–19.
15. Harwood P.J., Giannoudis P.V., van Griensven M. et al. Alterations in the systemic inflammatory response after early total care and damage control procedures for femoral shaft fracture in severely injured patients // *J. Trauma.* — 2005. — Vol. 58 (3). — P. 446–454.
16. Hawkins A., MacLennan P.A., McGwin G. Jr. et al. The impact of combined trauma and burns on patient mortality // *J. Trauma.* — 2005. — Vol. 58 (2). — P. 284–288.
17. Hildebrand F., Giannoudis P., Krettek C., Pape H. Damage control: extremities // *Injury.* — 2004. — Vol. 35 (7). — P. 678–689.
18. McArthur B.J. Damage control surgery for the patient who has experienced multiple traumatic injuries // *AORN J.* — 2006. — Vol. 84 (6). — P. 992–1000.
19. Pape H.C., Peitzman A.B., Schwab C.W., Giannoudis P.V. Damage control management in the polytrauma patient. — New York: Springer, 2008. — 464 p.
20. Santaniello J.M., Luchette F.A., Esposito T.J. et al. Ten year experience of burn, trauma, and combined burn/trauma injuries comparing outcomes // *J. Trauma.* — 2004. — Vol. 57 (4). — P. 696–700.
21. Stübig T., Mommsen P., Krettek C. et al. Comparison of early total care (ETC) and damage control orthopedics (DCO) in the treatment of multiple trauma with femoral shaft fractures: benefit and costs // *Unfallchirurg.* — 2010. — Vol. 113 (11). — P. 923–930.
22. Taeger G., Ruchholtz S., Waydhas C. Damage control orthopedics in patients with multiple injuries is effective, time saving, and safe // *J. Trauma.* — 2005. — Vol. 59 (2). — P. 408–415.
23. Teasdale G., Murray G., Parker L., Jennett B. Adding up the Glasgow coma score. // *Acta Neurochir.* — 1979. — Vol. 28 (suppl). — P. 13–16.
24. Wilkinson E. The epidemiology of burns in secondary care, in a population of 2,6 million people // *Burns.* — 1998. — Vol. 24 (2). — P. 139–143.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК (535.14+535.15+615.8)616.8

Современные представления о возможностях и механизме действия нефармакологических методов лечения¹

РЕУКОВ А.С., кандидат медицинских наук¹
ГОЛОТА А.С., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса²
ИВЧЕНКО Е.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы³
КРАССИЙ А.Б., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы в отставке (ramzai2002@mail.ru)³
ШАЛАХИН Р.А., кандидат педагогических наук, подполковник запаса³

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

Настоящая статья демонстрирует современные возможности нефармакологических методов лечения на примере эффективного применения инфракрасно-терагерцевого излучения и акупунктуры в случаях, когда стандартные методы терапии оказались безрезультатными. Первая клиническая презентация описывает успешную интервенцию у больного инсультом на 18-е сутки его пребывания в коматозном состоянии. Вторая презентация посвящена реабилитации больного с гемипарезом после перенесенного инсульта, в течение 5 лет передвигающегося в кресле-коляске. Затем предлагаются современные подходы к пониманию механизма действия использованных методов. В основе развиваемой концепции идея о том, что терапевтическая модальность формирует в центральной нервной системе афферентную матрицу-вызов, на которую вырабатывается рецепторная афферентная матрица-ответ. В процессе реагирования центральная нервная система осуществляет перезагрузку системных функциональных связей, в результате чего устраняются застойные патологические доминанты и ингибирования. Предлагается использовать накопленный опыт в условиях нарастания внешнего ограничения на импорт лекарственных препаратов и медицинской техники.

К л ю ч е в ы е с л о в а: акупунктура, афферентная матрица-вызов, гемипарез, инсульт, инфракрасно-терагерцевоe излучение, кома, нефармакологические методы лечения, реабилитация, рецепторная афферентная матрица-ответ, центральная нервная система.

¹ Публикуется в порядке обсуждения. — Ред.



Reukov A.S., Golota A.S., Ivchenko E.V., Krassii A.B., Shalakhin R.A. — The current conceptions of non-pharmacological therapeutic methods capabilities and mechanism of their action. The current article demonstrates the modern capabilities of non-pharmacological therapeutic methods on the example of effective use of infrared-terahertz radiation and acupuncture in cases when the standard treatments failed. The first clinical presentation describes the case of successful intervention in the stroke patient on his 18th day of staying in coma. The second presentation dedicates to rehabilitation of a post-stroke patient with hemiparesis and wheelchair use for five years. Then the modern approaches to understanding the employed methods are proposed. The developing concept is based on the idea that the applied therapeutic modality forms an afferent matrix-challenge in the central nervous system to which the latter elaborates the reciprocal efferent matrix-response. In the process of reaction the central nervous system performs a kind of reboot of its system functional connections thus eliminating stagnant pathological dominants and inhibitions. It is proposed to employ the accumulated experience in the conditions of increasing restriction of drugs and medical devices import.

К е у в о р д s: acupuncture, afferent matrix-challenge, central nervous system, coma, hemiparesis, infrared-terahertz radiation, non-pharmacological therapeutic methods, reciprocal efferent matrix-response, rehabilitation, stroke.

Если любое, самое прочное устройство настойчиво ломать, оно сломается, — история отечественной фармацевтики иллюстрирует вышеназванный закон Шмидта. В результате четвертьвекового целенаправленного развала отрасли мы лишились фармацевтической безопасности. «На полное импортозамещение в фармацевтической отрасли России понадобится не менее 20 лет», — сообщил ТАСС руководитель Федерального медико-биологического агентства В.Уйба [1]. В этих условиях взоры практических деятелей здравоохранения естественно обращаются к альтернативным, нефармакологическим, методам лечения.

Цель настоящей статьи — осветить современные представления о возможностях такого рода методов и механизмах их действия. Сначала идут две клинических презентации. Первая из них демонстрирует эффективность нефармакологических методов в лечении критических состояний, в частности комы, вторая — наоборот, посвящена терапии хронического заболевания. Отбор клинических событий, происшедших годы назад, проведен преднамеренно. Во-первых, чтобы у читателя не сложилось впечатление, что речь идет о каких-то новых методах. Во-вторых, важно было показать не только непосредственный эффект нефармакологической интервенции в условиях, когда все другие способы лечения оказались безуспешными, но также и высокую отдаленную результативность такого лечения. И наконец, нелишне подчеркнуть, что нефармакологические методы, упомянутые в обеих презентациях,

реализованы с помощью исключительно отечественной аппаратуры. Вслед за клинической демонстрацией дается сжатое объяснение возможных механизмов лечебного действия использованных методик с позиций современной медицинской науки.

Клиническая презентация 1². Больной Г., 35 лет, поступил в городскую многопрофильную больницу № 2 Санкт-Петербурга 18 марта 2008 г. Диагноз: расслаивающая аневризма восходящего отдела аорты. Надкороноарная резекция и протезирование восходящей аорты. Послеоперационный период осложнился отеком головного мозга, ишемическим инсультом в бассейне правой средней артерии, 18 суток находился в состоянии комы 2–3. Стандартное лечение улучшения не приносило. На 18-е (!) сутки пребывания больного в коме начата инфракрасно-терагерцевая (ИТ) терапия с помощью аппарата ИК-Диполь³, место воздействия — проекция селезенки на передне-боковую поверхность брюшной стенки. Аппаратная интервенция чередовалась с акупунктурой в точке Бай-хуэй⁴. В результате в течение первых суток от начала лечения больной

² Данный случай в деталях проанализирован одним из авторов настоящей публикации в докладе на международном конгрессе *Laser Helsinki 2012*, Хельсинки, Финляндия, 24–29 августа 2012 г., абстракт выступления доступен по ссылке [19].

³ Аппарат ИК-Диполь³, сконструирован учеными Санкт-Петербургского физико-технического института имени А.Ф.Иоффе РАН, производитель ООО «Дипольные структуры», Санкт-Петербург.

⁴ *Bai Hui*, GV 20, вершина теменной области.



Термин	Пояснения
NKp46	<i>Natural cytotoxicity triggering receptor 1</i> , триггерный рецептор естественной цитотоксичности 1, рецептор натурального киллера, активирующий его цитотоксическую активность, трансмембранный протеин, у человека включает 304 аминокисл. остатка, мол. масса 34,481 kDa, кодируется на хромосоме 19, ген NCR1. UniProt ID→O76036.
NLRP3	<i>NACHT, LRR and PYD domains-containing protein 3</i> – «протеин, содержащий домены NACHT, LRR и PYD». Локализуется в цитоплазме. У человека включает 1 036 аминокисл. остатков, мол. масса 118,173 kDa, кодируется на хромосоме 1, ген NLRP3. UniProt, ID→Q96P20.
TRPA 1	<i>Transient receptor potential cation channel subfamily A member 1</i> , трансмембранный протеин, у человека включает 1119 аминокисл. остатков, мол. масса 127,501 kDa, кодируется на хромосоме 8, ген TRPA1. UniProt ID→O75762.
TRPV 1	<i>Transient receptor potential cation channel subfamily V member 1</i> , рецептор 1 субсемейства V катионного канала переходящего потенциала. Это современное официальное название. Известен также как капсаициновый рецептор или ванилоидный рецептор 1. Локализован в клеточной мембране, трансмембранный протеин, у человека включает 839 аминокисл. остатков, мол. масса 94,956 kDa, кодируется на хромосоме 17, ген TRPV1. UniProt ID→Q8NER1.

Литература

1. Глава ФМБА: России понадобится не менее 20 лет на полное импортозамещение в фармацевтике // Информационное агентство ТАСС. 27 февраля 2015 г. URL: <http://tass.ru/obschestvo/1795635> (дата обращения: 15.03.2015).

2. Баграев Н.Т. и соавт. Приборы инфракрасной и терагерцевой наноэлектроники в биологии и медицине // Инновации. – 2007. – № 12. – С. 99–104.

3. Для переподготовки и повышения квалификации военных врачей планируется привлечь иностранных специалистов // Официальный сайт Министерства обороны Российской Федерации. 17 февраля 2015 г. URL: http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12008311@egNews (дата обращения: 25.10.2015).

4. A PET-CT study on the specificity of acupoints through acupuncture treatment in migraine patients / Yang J. et al. // BMC Complement Altern. Med. 2012. Vol 12. Art 123. 7 p. PDF. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480944/pdf/1472-6882-12-123.pdf> (дата обращения: 25.10.2015).

5. Abundant expression and functional participation of TRPV1 at Zusanli acupoint (ST36) in mice: mechanosensitive TRPV1 as an «acupuncture-responding channel» / Wu S.Y. et al. // BMC Complement Altern. Med. 2014. Vol 14. Art 96. 15 p. PDF. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3984709/pdf/1472-6882-14-96.pdf> (дата обращения: 25.10.2015).

6. Varaniuk J.N. Rise of the sensors: nociception and pruritus // Curr Allergy Asthma Rep. 2012. Vol 12, No 2. P. 104–114. PDF. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209303/pdf/nihms633659.pdf> (дата обращения: 25.10.2015).

7. Biological infrared imaging and sensing / Campbell A.L. et al. // Micron. 2002. Vol 33, P. 211–

225. URL: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.403.7731&rep=rep1&type=pdf> (дата обращения: 25.10.2015).

8. Chaplin M. Water Absorption Spectrum. // Water Structure and Science. Last updated on 3 March, 2015. HTML. URL: http://www1.lsbu.ac.uk/water/water_vibrational_spectrum.html (дата обращения: 25.10.2015).

9. Dermatological and immunological conditions due to nerve lesions / Bove D. et al. // Funct. Neurol. 2013. Vol 28, No 2. P. 83–91. PDF. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3812736/pdf/83-91.pdf> (дата обращения: 25.10.2015).

10. Echographic measurement of skin thickness in adults by high frequency ultrasound to assess the appropriate microneedle length for intradermal delivery of vaccines / Laurent A. et al. // Vaccine. 2007. Vol 25, No 34. P. 6423–6430. PDF. URL: <http://hotep.lyon.inserm.fr/urci/professionnels/Articles/08.pdf> (дата обращения: 25.10.2015).

11. Electroacupuncture stimulation at sub-specific acupoint and non-acupoint induced distinct brain glucose metabolism change in migraineurs: a PET-CT study / Yang J. et al. // J. Transl. Med. 2014. Vol 12, No 1. 9 p. PDF. URL: <http://www.translational-medicine.com/content/pdf/s12967-014-0351-6.pdf> (дата обращения: 25.10.2015).

12. Fernandes E.S., Fernandes M.A., Keeble J.E. The functions of TRPA1 and TRPV1: moving away from sensory nerves // Br. J. Pharmacol. 2012. Vol 166, No 2. P. 510–521. PDF. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3417484/pdf/bph0166-0510.pdf> (дата обращения: 25.10.2015).

13. From peripheral to central: the role of ERK signaling pathway in acupuncture analgesia / Park J.Y. et al. // J. Pain. 2014. Vol 15, No 5. P. 535–549. PDF. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196675/pdf/nihms630001.pdf> (дата обращения: 25.10.2015).



14. H-ATLAS: the cosmic abundance of dust from the far-infrared background power spectrum / *Thacker C.* et al // *Astrophys. J.* 2013. Vol 768, No 1. Art 58. 15 p. PDF. URL: <http://iopscience.iop.org/article/10.1088/0004-637X/768/1/58/pdf> (дата обращения: 25.10.2015).
15. *Haggard P., Iannetti G.D., Longo M.R.* Spatial sensory organization and body representation in pain perception // *Curr. Biol.* 2013. Vol 23, No 4. P. R164–176. PDF. URL: http://ac.els-cdn.com/S0960982213000821/1-s2.0-S0960982213000821-main.pdf?_tid=c3f45c2a-7aff-11e5-93c4-00000aab0f01&acdnat=1445767642_1626575a960d263b956ef5d04e88340c (дата обращения: 25.10.2015).
16. *Hoath S.B., Leahy D.G.* The Organization of Human Epidermis: Functional Epidermal Units and Phi Proportionality // *J. Invest. Dermatol.* 2003. Vol 121, No 6. P. 1440–1446. PDF. URL: <http://www.nature.com/jid/journal/v121/n6/pdf/S602084a.pdf> (дата обращения: 25.10.2015).
17. *Land W.G.* Ageing and Immunosuppression in Kidney Transplantation // *Exp. Clin. Transplant.* – 2004. – Vol 2, No 2. – P. 229–237. URL: http://www.ectrx.org/forms/ectrxcontents/how.php?year=2004&volume=2&issue=2&supplement=0&makale_no=0&spage_number=229&content_type=FULL%20TEXT (дата обращения: 25.10.2015).
18. *Matzinger P.* Tolerance, danger, and the extended family // *Annu. Rev. Immunol.* 1994. Vol 12. P. 991–1045. PDF. URL: <https://www.cs.unm.edu/~forrest/classes/immuno-class/readings/danger.pdf> (дата обращения: 25.10.2015).
19. Method of psychological and reflex treatment of locomotive disorders (stroke, humeroscapular periarthritis, hip arthrosis) / *Kiryanova V.V.* et al. // *Photodiagnosis and Photodynamic Therapy.* 2012. Vol 9, Suppl 1. Abstr No 97. P. 33. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/15721000/9/supp/S1> [Доступ к абстракту платный. Презентация в полном виде свободно доступна по запросу у авторов] (дата обращения: 25.10.2015).
20. Molecular basis of infrared detection by snakes / *Gracheva E.O.* et al. // *Nature.* 2010. Vol 464, No 7291. 7 p. PDF. URL: http://www.mnf.uni-gruefswald.de/fileadmin/Zoologisches_Museum/Hildebrandt/Dokumente/gracheva10.pdf (дата обращения: 25.10.2015).
21. *Mueller S.N., Zaid A., Carbone F.R.* Tissue-resident T cells: dynamic players in skin immunity // *Front. Immunol.* 2014. Vol 5. Art 332. 6 p. PDF. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4099935/pdf/fimmu-05-00332.pdf> (дата обращения: 25.10.2015).
22. *Nance D.M., Sanders V.M.* Autonomic innervation and regulation of the immune system (1987–2007) // *Brain. Behav. Immun.* 2007. Vol 21, No 6. P. 736–745. PDF. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1986730/pdf/nihms-27499.pdf> (дата обращения: 25.10.2015).
23. *Sandby-Møller J., Poulsen T., Wulf H.C.* Epidermal thickness at different body sites: relationship to age, gender, pigmentation, blood content, skin type and smoking habits // *Acta Derm. Venereol.* 2003. Vol 83, No 6. P. 410–413. PDF. URL: <http://www.medicaljournals.se/acta/content/?doi=10.1080/00015550310015419> (дата обращения: 25.10.2015).
24. *Selye H.* A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents // *Nature.* 1936. Vol 138, No 3479. P. 32. Abstr. URL: <http://www.nature.com/nature/journal/v138/n3479/abs/138032a0.html> (дата обращения: 25.10.2015).
25. The calcium-sensing receptor regulates the NLRP3 inflammasome through Ca^{2+} and cAMP / *Lee G.S.* et al. // *Nature.* 2012. Vol 492, No 7497. P. 123–127. PDF. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3807999/pdf/nihms514561.pdf> (дата обращения: 25.10.2015).
26. Traditional acupuncture triggers a local increase in adenosine in human subjects / *Takano T.* et al. // *J. Pain.* 2012. Vol 13, No 12. P. 1215–1223. PDF. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3587733/pdf/nihms-413306.pdf> (дата обращения: 25.10.2015).
27. UniProt. The Official Web Site. URL: <http://www.uniprot.org> (дата обращения: 25.10.2015).
28. Whole body passive screening // *PDP.* URL: <http://www.pdpairportsecurity.co.uk/scanners/> (дата обращения: 25.10.2015).
29. *Wilmink G.J., Grundt J.E.* Current state of research on biological effects of terahertz radiation. Invited review article // *J. Infrared. Milli. Terahz. Waves.* 2011. Vol. 32, No 10. P. 1074–1122. PDF. URL: <http://www.springerlink.com/content/284g466240r38210/fulltext.pdf> (дата обращения: 25.10.2015).



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК [616.98:578.833.2]-085

Терапия геморрагической лихорадки Эбола

*ЖДАНОВ К.В., профессор, полковник медицинской службы (ZhdanovKV@rambler.ru)
ШЕГОЛЕВ А.В., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы
КОВАЛЕНКО А.Н., доцент, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы запаса
ЗАХАРЕНКО С.М., доцент, полковник медицинской службы
КЛИМОВ А.Г., доцент, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы запаса*

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

В статье представлены данные об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и современных подходах к лечению геморрагической лихорадки Эбола. Это тяжелое инфекционное заболевание с высоким уровнем летальности характеризуется интоксикацией, выраженными геморрагиями, синдромами диссеминированного внутрисосудистого свертывания и полиорганной недостаточности с развитием тяжелого шока. Подчеркивается, что лечение больных лихорадкой Эбола должно проводиться в условиях строгого противозидемического режима. Поскольку в настоящее время не существует эффективных препаратов против вируса Эбола, основой терапии этого заболевания являются патогенетические и симптоматические методы лечения. Основные мероприятия должны быть направлены на коррекцию нарушений гомеостаза, дефицита объема циркулирующей крови, нарушений водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, осмолярного и онкотического давления, восполнение дефицита факторов свертывания и компонентов крови. Лечебная программа должна быть составлена с учетом стадии заболевания, тяжести его течения и сопутствующей патологии.

К л ю ч е в ы е с л о в а: лихорадка Эбола, патогенез, клиника и диагностика, патогенетические и симптоматические методы лечения.

Zhdanov K.V., Shchegolev A.V., Kovalenko A.N., Zakharenko S.M., Klimov A.G. – Treatment of Ebola virus disease. The article presents data on the etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and modern approaches to the treatment of Ebola haemorrhagic fever. This serious infectious disease with a high fatality rate is characterized by intoxication, severe haemorrhages, disseminated intravascular coagulation, and multiple organ failure with the development of severe shock. It is emphasized that the treatment of patients with Ebola should be conducted under strict anti-epidemic regime. Since there is currently no effective drugs against Ebola virus, the basis of modern treatment of this disease are pathogenic and symptomatic treatments. The main activities should be aimed at correcting violations homeostasis, blood volume deficiency, disorders of water and electrolyte balance, acid-base status osmolar and oncotic pressure shortfall of clotting factors and blood components. The treatment program should be drawn up taking into account the stage of the disease, the severity of the course and comorbidity.

К е у о r d s: Ebola haemorrhagic fever, pathogenesis, clinic and diagnosis, pathogenetic and symptomatic methods of treatment.

Болезнь, вызываемая вирусом Эбола (БВВЭ), или геморрагическая лихорадка Эбола, *Ebolavirus disease, Ebola hemorrhagic fever*, — тяжелое инфекционное заболевание у людей, человекообразных приматов и некоторых других животных, ведущим проявлением которого является геморрагический синдром. Болезнь вызывает одноименный вирус, относящийся к роду *Ebolaviruses* семейства *Filoviridae*.

БВВЭ рассматривается как классическая вирусная геморрагическая лихорадка,

характеризующаяся интоксикацией, выраженными геморрагиями, диссеминированным внутрисосудистым свертыванием и полиорганной недостаточностью с последующим развитием тяжелого шока. Высокий уровень летальности (в среднем 50–70%) в сочетании с отсутствием до настоящего времени противовирусной терапии и вакцинации делает БВВЭ чрезвычайно опасной угрозой для системы охраны здоровья населения, а возбудителя заболевания — патогеном с биологической угрозой наивысшей категории А [3].

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СЛУЧАЕ ПОСТУПЛЕНИЯ БОЛЬНОГО, ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА ГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ ЭБОЛА

Болезнь, вызываемая вирусом Эбола (БВВЭ, синоним – геморрагическая лихорадка Эбола), – тяжелое инфекционное заболевание у людей, человекообразных приматов и некоторых других животных, вызываемое вирусом Эбола.

ПРЕДПОЛОЖИТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ БВВЭ НЕОБХОДИМО ПРИ НАЛИЧИИ:

– **эпидемиологических предпосылок:** посещение эндемичных регионов Центральной и Западной Африки (Демократическая Республика Конго, Уганда, Гвинея, Либерия, Сьерра-Леоне и др.). Инкубационный период составляет от 2 до 21 сут, чаще 8–10 сут;

– **клинических проявлений** (начало заболевания острое, течение стадийное).

На первой стадии преобладают гриппоподобные симптомы (слабость, потеря аппетита, лихорадка, головная и мышечно-суставные боли), в дальнейшем присоединяются признаки поражения большинства органов и систем.

Желудочно-кишечный тракт – у большинства отмечаются боли в животе, рвота и диарея.

Дыхательная система – боль в груди, кашель, одышка и выделения из носа.

Сосудистая система – инъекция конъюнктив, периферические отеки, постуральная гипотензия.

Нервная система – головная боль, спутанность сознания (вплоть до комы).

Кожа – у половины заболевших появляется макулопапулезная сыпь.

Вторая стадия (стадия геморрагий) развивается через 5–7 дней после появления первых симптомов болезни. Развитие геморрагических симптомов часто указывает на неблагоприятный прогноз. Уровень летальности при этом колеблется от 20 до 90%, составляя в среднем около 50%.

Геморрагические проявления возникают на пике заболевания и включают петехии, экхимозы, не останавливаемые кровотечения из мест инъекций, кровоизлияния в слизистые оболочки (желудочно-кишечного тракта, десен, носа, влагилица). Могут быть конъюнктивальные кровоизлияния и кровавая рвота. Возможны кашель с кровью, наличие крови в стуле. Профузное кровотечение наблюдается редко и, как правило, происходит из желудочно-кишечного тракта, часто приводя к смерти пациента.

МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БВВЭ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ЗАБОРА МАТЕРИАЛА

Срок после появления симптомов БВВЭ	Метод исследования	Материал
1–4-й день	ПЦР РНК EBOV (метод выбора) ИФА антиген EBOV ИХА антиген EBOV (быстрый тест)	Плазма крови, слюна
5–21-й день	ПЦР РНК EBOV (метод выбора) ИФА IgM или IgM/IgGEBOV	Плазма крови Сыворотка крови
После 21 дня и у реконвалесцентов	ИФА IgG или IgM/IgGEBOV (метод выбора) ПЦР РНК EBOV (контроль элиминации вируса)	Сыворотка крови Плазма крови, контроль вирусо- выделения можно проводить по моче
Материал от умерших	ПЦР РНК EBOV (метод выбора) ИФА антиген EBOV Иммуногистохимическое исследование	Кровь, слюна Образцы тканей

МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВОДИМЫЕ В ПЕРИОД ВОЗМОЖНОГО ЗАНОСА БВВЭ

Организация взаимодействия с местными органами гражданского здравоохранения и Роспотребнадзора по вопросам мониторинга и профилактики БВВЭ, лечения больных, отбора и транспортировки материала от подозрительных на это заболевание лиц, а также проведения барьерного медицинского осмотра лиц, прибывающих из эндемичных по данному заболеванию регионов, непосредственно в аэропорту (железнодорожном или автобусном вокзале).

Подготовка помещения для развертывания изолятора и обсервации, определение потребности в материальных средствах и технике.

Создание неснижаемого резерва материальных средств для обеспечения работы медицинского персонала в условиях строгого противоэпидемического режима (защитная одежда, дезинфекционные средства, лекарственные средства, укладки для забора материала, санитарно-хозяйственное имущество).

Подготовка списка лиц (личного состава), прибывающих из эндемичных регионов Африки.

Медицинский осмотр (обследование) и изоляция лиц (личного состава), прибывающих из эндемичных регионов Африки (например, военнослужащих иностранных армий для прохождения обучения), в целях выявления лиц с симптомами БВВЭ (другими опасными инфекционными заболеваниями) и предупреждения их распространения.

Подготовка проекта приказа о введении режима обсервации в медицинском учреждении сроком на 21 день, контроль за соблюдением его требований при проведении профилактических и изоляционно-ограничительных мероприятий.

Создание чрезвычайной противоэпидемической комиссии по организации и координации мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию очага БВВЭ.

Организация питания, вещевого и банно-прачечного обеспечения лиц (личного состава), находящихся в обсервации.

Организация регулярного сбора информации об эпидемической обстановке в воинской части (учреждении, гарнизоне) в отношении БВВЭ.

Занятия с должностными лицами медицинской службы и врачами по изучению рекомендаций Роспотребнадзора, касающихся геморрагической лихорадки Эбола, а также других руководящих документов.

Проведение внепланового тактико-специального учения со всеми категориями медицинского персонала военно-медицинских учреждений.

Оперативное представление информации о каждом подозрительном на БВВЭ случае в ГВМУ, главному государственному санитарному врачу МО РФ, а также в местные органы здравоохранения и Роспотребнадзора.

МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВОДИМЫЕ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО БВВЭ И ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА ДАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛИЦА

Изоляция больного и контактировавших с ним лиц, проведение мероприятий по локализации и ликвидации очага БВВЭ, в т. ч. мероприятия по обеззараживанию очага БВВЭ (текущая и заключительная дезинфекция).

Забор материала для лабораторного исследования, а также эвакуация заболевшего (заболевших) в специализированное лечебное учреждение Минобороны РФ или Минздрава РФ.

Доклад по команде вышестоящему начальнику медицинской службы, начальнику территориального Центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ и начальнику местного органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучию человека.

Организация работы чрезвычайной противоэпидемической комиссии по локализации и ликвидации очага БВВЭ.

Установление в лечебном учреждении режим карантина сроком на 21 день с момента выявления последнего больного БВВЭ, с проведением установленного комплекса противоэпидемических мероприятий.

Представление доклада вышестоящему начальнику после ликвидации очага БВВЭ.



диурез 0,5 мл/кг/ч, гематокрит более 30%, сатурация смешанной венозной крови (SvO₂) не менее 70%. При сохраняющейся стойкой гипотензии АДср менее 65–75 мм рт. ст. целесообразно ограничение объема инфузионной терапии и своевременное применение катехоламинов.

Важной составляющей интенсивной терапии является нутритивная поддержка, осуществляемая путем энтерального питания, при необходимости искусственными питательными смесями. В случае невозможности энтерального проводится парентеральное питание. Показаны ингибиторы протонного насоса (например, омепразол 40 мг внутривенно однократно) или блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов (например, фамотидин).

Антибактериальная терапия показана при развитии бактериальных осложнений.

Определенный положительный эффект получен при применении плазмы лиц, переболевших БВВЭ во время предыдущих вспышек. К сожалению, небольшой доступный объем подобной плазмы ограничивает применение данного метода лечения [2].

Экспериментальная терапия. В условиях текущей эпидемии было принято решение о применении двух экспериментальных препаратов.

Первый из них – ZMapp (Leaf Bio-pharmaceutical Inc., США) представляет

собой биофармацевтический препарат, содержащий три группы моноклональных антител против вируса Эбола. Первоначальные результаты применения в текущей эпидемии позволяют говорить о его эффективности. Однако он не прошел ни одного рандомизированного клинического исследования, в т. ч. в отношении безопасности.

Второй препарат – ТКМ-Ebola (Tekmira Pharmaceuticals Corp., Канада) включает *малые интерферирующие РНК* (миРНК) для подавления способности вируса копировать себя, что нарушает течение инфекционного процесса в организме. Молекулы миРНК заключены в липидную оболочку, созданную с применением нанотехнологий.

Хотя больные, получающие экспериментальные препараты, обретают надежду на выживание, следует помнить, что эффективность и побочные действия этих и возможных других препаратов неизвестны. Подобная дилемма уже привела к дискуссиям в медицинских журналах [5, 8]. Необходимо подчеркнуть, что не стоит в ближайшее время ожидать появления доступных и эффективных противовирусных препаратов, действенных в отношении возбудителя БВВЭ.

Таким образом, основой возможного успеха в лечении больных БВВЭ является современная комплексная патогенетическая терапия.

Литература

1. Bellan S.E., Pulliam J.R.C., Dushoff J., Meyers L.A. Ebola control: effect of asymptomatic infection and acquired immunity // *The Lancet*. – 2014, Vol. 384, Iss. 9953. – P. 1499–1500.
2. Burnouf T., Seghatchian J. Ebola virus convalescent blood products: Where we are now and where we may need to go. URL: <http://www.researchgate.net> (дата обращения: 26.08.2015).
3. Centers for Disease Control and Prevention. Bioterrorism Agents/ Diseases. URL: <http://www.bt.cdc.gov> (дата обращения: 26.08.2015).
4. Feldmann H., Geisbert T.W. Ebola haemorrhagic fever // *The Lancet*. – 2011. – Vol. 377, Iss. 9768. – P. 849–862.
5. Fodayan M., Brown B., Yakubu A. et al. Compassionate use of experimental drugs in the Ebola outbreak // *The Lancet*. – 2012. – Vol. 384, Iss. 9957. – P. 1843–1844.

6. Geisbert T.W. Marburg and Ebola haemorrhagic fever (Filoviruses) / Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. Eighth edition. – 2015. – Elsevier: Philadelphia, USA. – Vol. II. – P. 1995–1999.
7. Geisbert T.W., Young H.A., Jahrling P.B. et al. Pathogenesis of Ebola haemorrhagic fever in primate models: evidence that haemorrhage is not a direct effect of virus-induced cytolysis of endothelial cells // *Am. J. Pathol.* – 2003. – Vol. 163. – P. 2371–382.
8. Rid A., Emanuel E.J. Compassionate use of experimental drugs in the Ebola outbreak – Authors' reply // *The Lancet*. 2012. – Vol. 384, Iss. 9957. – P. 1844.
9. Roddy P., Howard N., Van Kerkhove M.D. et al. Clinical manifestations and case management of Ebola haemorrhagic fever caused by a newly identified virus strain, Bundibugyo, Uganda, 2007–2008. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (дата обращения: 26.08.2015).



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 615.838.057.36

Мерзликин А.В. (*bundeswer@mail.ru*), **Адхамов Б.М.**, **Воронина Л.А.** — Оценка эффективности лечения военнослужащих на санаторно-курортном этапе оказания медицинской помощи.

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

Merzlikin A.V., Adkhamov B.M., Voronina L.A. — Research of economic efficiency sanatorium treatment of the military personnel of Armed Forces of the Russian Federation. Results of the analysis of medical and economic efficiency of sanatorium treatment of the military personnel of Armed Forces of the Russian Federation in the conditions of the military sanatorium organization of the Ministry of Defence of the Russian Federation are presented.

К е у о р д с: armed forces, military, medical rehabilitation, rehabilitation treatment.

Разработка и реализация мероприятий, направленных на укрепление здоровья военнослужащих, представляет собой одну из первоочередных задач военного здравоохранения. В решении этой проблемы важное место отводится санаторно-курортно-лечению.

Цель исследования

Оценка медицинской и экономической эффективности лечения военнослужащих в санаторно-курортной организации.

Материал и методы

Эффективность санаторно-курортного лечения изучена по результатам исследования здоровья 68 военнослужащих, имеющих хронические заболевания, в период 2012–2014 гг. на базе санаторно-курортного комплекса «Сочинский» Минобороны России и медицинских организаций Западного военного округа. Среди обследованных 62 (91%) чел. были мужчинами, 6 (9%) — женщинами. Все военнослужащие были разделены на 2 группы: регулярно (ежегодно на протяжении трех лет) получавшие санаторно-курортное лечение — группа I (36 человек) и не получавшие санаторно-курортное лечение установленного объема и качества — группа II (32 человека). По возрасту военнослужащие обеих групп существенно не различались — соответственно $39,8 \pm 5,6$ и $40,1 \pm 5,8$ года.

Общая количественная оценка уровня здоровья военнослужащих проводилась по методу Г.Л.Апанасенко и Р.Г.Науменко (1985), учитывающему физическое развитие, состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем в покое и после физической нагрузки.

В качестве критериев эффективности санаторно-курортного лечения учитывали число госпитализаций по поводу основного заболевания и число дней нетрудоспособности. Расчет экономических потерь проводили исходя из прямых затрат на лечение военнослужащих и затрат на выплату денежного довольствия в период их временной нетрудоспособности.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica». Оценка значимости различий проводилась с помощью *t*-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Анализ первичной медицинской документации военнослужащих показал, что в обеих группах чаще встречались заболевания системы кровообращения — 14 и 11% соответственно в группах I и II и опорно-двигательного аппарата — 14 и 11%, значительно реже — болезни органов дыхания нетуберкулезного характера, нервной системы.

Военнослужащие направлялись в санаторно-курортные организации по результатам ежегодного углубленного медицинского обследования (УМО). Средняя продолжительность санаторно-курортного лечения составила $19,66 \pm 1,41$ сут. В 80,6% случаев военнослужащие находились на санаторно-курортном лечении в один и тот же (летний) период.

При оценке субъективного самочувствия военнослужащих выявлено его значительное улучшение в группе I после завершения санаторно-курортного лечения, при этом чаще отмечалось снижение субъективной симптоматики у лиц с хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Для верифи-



кации показателей субъективного самочувствия была дополнительно проведена оценка психологического статуса в группе I – в ходе проведения УМО (до начала санаторно-курортного лечения и после его завершения), а в группе II – до ежегодного основного отпуска или его части и после него (табл. 1).

Оказалось, что у большинства военнослужащих психологическое состояние является относительно устойчивым, однако санаторно-курортное лечение позволяет добиться его статистически значимого улучшения, в частности по таким показателям, как стресс и астения, тогда как предоставление военнослужащему отдыха в рамках ежегодного отпуска в меньшей степени позволяет снизить частоту и выраженность тревожных и депрессивных расстройств.

Функциональное состояние военнослужащих оценивали по уровню *адаптационного показателя* (АП), учитывающего частоту сердечных сокращений, систолическое и диастолическое артериальное давление, массу тела, ростовые показатели и возраст (Баевский Р.М., 1979). Полученные результаты (табл. 2) свидетельствуют о достоверном повышении средних значений АП в обеих группах. Вме-

сте с тем динамика АП более выражена у военнослужащих, прошедших курс санаторно-курортного лечения.

Изучение количественных показателей уровней соматического здоровья военнослужащих, проведенное по данным их физического развития, состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем в покое и после физической нагрузки, дало следующие результаты (табл. 3).

В группе II было достоверно больше лиц с низкими уровнями соматического здоровья, а их распределение по данным уровням не менялось в зависимости от того, находился военнослужащий в отпуске или нет.

Для оценки эффективности санаторно-курортного лечения проанализированы число госпитализаций по поводу основного (ведущего) заболевания и число дней нетрудоспособности. Расчет экономических потерь проводили исходя из прямых затрат на лечение военнослужащих и затрат на выплату им денежного довольствия в период временной нетрудоспособности.

У военнослужащих, регулярно получавших санаторно-курортное лечение, число госпитализаций по поводу основного заболева-

Таблица 1

Показатели психологического статуса военнослужащих (по скрининговой шкале тревоги и депрессии HADS), у. е.

Показатель	Группа I		Группа II	
	До лечения	После лечения	До отпуска	После отпуска
Тревога	6,42±3,7	4,25±2,1	7,15±2,2	6,3±2,14
Депрессия	5,12±4,1	3,23±1,8	21,18±8,3	17,8±7,12
Стресс	87,2±19,4	55,4±9,2*	71,5±11,1	64,2±12,3
Астения	56,3±9,1	36,7±11,3*	55,4±12,7	45,1±10,1

Примечание. * – Различия до и после лечения (отпуска) значимы, $p < 0,05$.

Таблица 2

Распределение военнослужащих в зависимости от уровня АП, чел.

Показатель АП	Группа I		Группа II	
	До лечения	После лечения	До отпуска	После отпуска
Удовлетворительный	9	17	4	5
Напряжение адаптации	16	13	9	13
Неудовлетворительный	10	6	18	14
Срыв адаптации	1	–	1	–



Распределение военнослужащих в зависимости от уровня соматического здоровья, чел.

Уровень соматического здоровья	Группа I		Группа II	
	До лечения	После лечения	До отпуска	После отпуска
Низкий	1	1	5	3
Ниже среднего	5	3	16	14
Средний	27	23	9	13
Выше среднего	2	7	2	2
Высокий	1	2	—	—

ния уменьшилось на 52,9%. Число госпитализаций в группе II превысило аналогичный показатель в группе I в 1,9 раза, а число дней нетрудоспособности — в 4 раза. Среднегодовая продолжительность временной нетрудоспособности у военнослужащих группы I составила $3,0 \pm 1,56$ сут, тогда как у военнослужащих группы II — $14,0 \pm 3,44$ сут. Средний расчетный размер экономической выгоды от регулярного санаторно-курортного лечения может составить до $20,42 \pm 6,25$ тыс. руб. на 1 военнослужащего в год.

Таким образом, регулярное санаторно-курортное лечение играет значимую роль в поддержании стабильного уровня соматического здоровья военнослужащих, страдающих хроническими заболеваниями, и позволяет в последующем снизить частоту госпитализаций, нетрудоспособности и тем самым уменьшить экономические потери, связанные с оказанием военнослужащим стационарной медицинской помощи.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.12-008.331.1-053.6

Булавин В.В.¹, Чаплык А.Л.², Кальманов А.С. (saniyasin@gmail.com)¹, Дацко А.В.², Денисова М.П.¹ — Роль факторов риска в формировании артериальной гипертензии у подростков, допризывников и призывников.

¹НИИЦ (АКМ и ВЭ) ЦНИИ ВВС МО РФ, Москва; ²Главный центр военно-врачебной экспертизы МО РФ, Москва

Bulavin V.V., Chaplyuk A.L., Kalmanov A.S., Datsko A.V., Denisova M.P. — The role of risk-factors in development of arterial hypertension in teenagers, prospective conscripts and conscripts. The authors analysed the prevalence of arterial hypertension in prospective conscripts and conscripts. In 17 years old young men was revealed reliable frequency increase of this risk factor to 18 years. It was determined that causes of arterial hypertension in young men are smoking, excessive salt consumption, physical inactivation and excessive body fat, insulin resistance and hyperinsulinemia. Smoking cessation, reducing of salt intake, sport activity are effective prophylaxis of arterial hypertension in young men.

К е у о р д s: prospective conscripts and conscripts, arterial hypertension, risk factors, smoking, salt.

Большая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, в т. ч. артериальной гипертензии (АГ) и связанных с ней тяжелых осложнений, а также омоложение этой патологии диктуют необходимость изыскания первичных мер профилактики, начиная с детского и подросткового возраста.

Являясь важным параметром гомеостаза организма, артериальное давление (АД) подвержено влиянию многих нервных и гуморальных факторов. Его уровень зависит от

возраста, пола, физического и психоэмоционального состояния обследуемого. Обзор данной литературы свидетельствует об изменении уровня АД, особенно у лиц молодого возраста, в ответ на воздействие неблагоприятных факторов внешней среды. Кроме того, повышение АД у молодых людей само по себе является фактором риска возникновения в будущем различных заболеваний.

В связи с этим нами была изучена распространенность повышенного АД у допри-



зывников и призывников в период с 2010 по 2013 г. Из них в возрасте 17 лет было 667 человек, 18 – 564, 19 – 421 и 20 лет – 191. К лицам с повышенным АД относились юноши, у которых значения *систолического артериального давления* (САД) были равны или превышали 140 мм рт. ст., *диастолического артериального давления* (ДАД) – 90 мм рт. ст. или более. Обследование проходило на базе городского сборного пункта Москвы, медицинских учреждений Главного управления здравоохранения Москвы и Московской области, по единой программе.

При наблюдении за АД у юношей в 17 лет отмечалось достоверное увеличение частоты встречаемости этого признака к 18 годам и возвращение к исходному уровню в 20-летнем возрасте (10,6% в 17 лет, 20% в 18 лет, 13,4% в 19 лет и 10,1% в 20 лет).

Согласно результатам исследования, юноши, которые имеют высокий уровень АД в 17-летнем возрасте, склонны поддерживать его в последующие годы, что, в свою очередь, представляет высокий риск формирования в будущем гипертонической болезни. Относительный риск стабилизации повышенного АД к 20 годам составляет 53,5%. Исходный уровень АД у юношей является прогностически значимым в формировании артериальной гипертензии, наибольшая частота возникновения которой наблюдается в 18 лет. Высокий риск повышения АД имеют юноши, у которых в 17 лет средние значения САД, ДАД из трех измерений находятся в пределах: $80 \leq \text{ДАД} \leq 95$ мм рт. ст., $130 \leq \text{САД} < 140$ мм рт. ст.

Полагаем, что воздействие неблагоприятных факторов в процессе жизни реализует в этой группе юношей определенную детерминированность к высоким уровням АД. В процессе исследования нами рассмотрено влияние некоторых факторов риска у лиц, имеющих артериальную гипертензию.

Большую тревогу вызывает отмечающаяся тенденция роста частоты курения.

По полученным нами данным, среди опрошенных с АГ распространенность курения в 17 лет составляет 32,5%, с возрастом растет количество подростков со стажем курения более 1 года и к 20 годам их число составило 48,1%. В числе причин, приводящих к курению, 46% респондентов назвали любопытство, 6% – влияние товарищей, 3% – желание похудеть, не могли назвать причины – 35%. До 70% информированы о вреде курения.

Жалобы на здоровье отметили 59% курящих мальчиков с АГ (15% у некурящих). Жалобы полиморфны: частые ангины, ОРЗ, головные боли, слабость, плохой сон, кашель с мокротой, одышка. Несмотря на сравнитель-

но малый срок и интенсивность курения подростков, тем не менее отмечаются первые признаки табачной интоксикации. Так, по всем возрастам 27% курящих жалуются на кашель против 14% некурящих, на одышку – 25% против 15%, на слабость – 10% против 4,8%. Жалобы подростков не являются субъективными, они подтверждаются данными как медосмотров, так и обращаемости за медицинской помощью.

Кроме указанного фактора, были изучены другие факторы риска развития АГ у молодых лиц: повышенное потребление поваренной соли с пищей, гиподинамия, избыточная масса тела (ИМТ), *инсулинорезистентность* (ИРИ).

В связи с этим нами было проведено обследование 216 юношей (126 – с повышенным АД и 90 – с нормальным – контрольная группа). Дополнительно к проводимому обследованию было проведено определение *показателей вкусовой чувствительности к поваренной соли* (ПВЧПС) по методике и R.J.Henkin и соавт. (1963).

Согласно полученным данным, в целом ПВЧПС у лиц с АГ был значительно выше ($p < 0,001$), чем у юношей с нормальным АД (соответственно $0,21 \pm 0,013\%$ и $0,14 \pm 0,01\%$). Для более детальной оценки ПВЧПС все обследованные по уровню вкусовой чувствительности к NaCl были разделены на 3 группы: с высоким (0,32% хлорида натрия и более), средним (0,16%) и низким (0,08% и менее) ПВЧПС. Оказалось, что у юношей с нормальным АД преобладали низкие и средние ПВЧПС (76% среди всех обследованных). Так, у них в 2 раза чаще выявлялся низкий ПВЧПС, чем высокий. Напротив, у юношей с АГ доминировали высокие и средние ПВЧПС (87,0%). В частности, в указанной группе обследованных высокий ПВЧПС встречался в 3 раза чаще, чем низкий. Все это позволяет считать, что повышение ПВЧПС является одним из значимых клинико-лабораторных признаков, присущих АГ у юношей.

Изучение жирового компонента массы тела у обследованных юношей показало следующее. В среднем *относительная жировая масса тела* (ОЖМТ) составила $18,1 \pm 2,66\%$, существенно различаясь у юношей с различным уровнем АД. Так, в группе с нормальным АД она была равна $16,2 \pm 3,49\%$, а с АГ – $21,3 \pm 5,33\%$ ($p < 0,001$).

Результаты распределения юношей с различным уровнем АД в зависимости от степени развития жировой ткани показали, что среди юношей с нормальным АД в 67,5% случаев отмечался средний уровень ОЖМТ, лишь в 2% – повышенный. У юношей с АГ повышенный уровень ОЖМТ выявлен в 32% случаев, в то время как средний – в 42%.



Таким образом, у юношей с АГ чаще, чем в других группах, встречалась повышенная и очень высокая ОЖМТ.

Уровень ИРИ крови у юношей с АГ оказался выше, чем у обследованных с нормальным давлением ($35,3 \pm 3,11$ и $6,2 \pm 1,42$ мкЕд/мл соответственно, $p < 0,001$). Отношение глюкозы к инсулинорезистентности (Г/ИРИ) составило $10,5 \pm 0,90$ у. е. у пациентов с нормотонией и $2,5 \pm 0,73$ у. е. — с АГ. Таким образом, у юношей с АГ имелась выраженная инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия по сравнению с лицами с нормальным АД.

У юношей с резистентностью к инсулину и гиперинсулинемией средний уровень систолического АД составил $152,2 \pm 1,95$ мм рт. ст., диастолического АД — $96,3 \pm 2,12$ мм рт. ст., оказавшись достоверно выше, чем у лиц без инсулинорезистентности и с нормоинсулинемией. У последних среднее систолическое АД было $122,3 \pm 2,54$ мм рт. ст. ($p < 0,01$), диастолическое АД — $78,6 \pm 1,58$ мм рт. ст. ($p < 0,01$).

Исходя из положения о ведущей роли физических нагрузок (ФН) в формировании здоровья подростков, основанного на понимании физической активности как средового фактора стабилизации адаптационной и регуляторной функции вегетативной нервной системы, и, наоборот, негативного влияния гипокинезии в дизадаптации системной деятельности организма, была разработана и предложена методика реабилитации подростков с АГ, ведущих малоподвижный образ жизни (МПОЖ).

В экспериментальную (основную) группу вошли 66 подростков с АГ, развившейся на фоне гипокинезии, получивших реабилитационный курс ФН. 35 подростков с АГ, ведущих также МПОЖ, не получавших физического тренинга (ФТ), составили контрольную группу.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.5-006.03-085.27

Ламоткин И.А. (*ilamotkin@mail.ru*)¹, **Ушаков И.И.**¹, **Марди Ш.И.**, **Селезнева Е.В.**², **Хлебникова А.Н.**² — Опыт применения препарата Мардил Цинк® Макс в лечении доброкачественных новообразований кожи.

¹Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва; ²Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова

Lamotkin I.A., Ushakov I.I., Mardi Sh.I., Selezneva E.V., Khlebnikova A.N. — The experience of use of Mardil Zinc® Max in the course of treatment of skin benign disease. The aim of the study was to investigate the efficacy of Mardil Zinc® Max in the course of treatment of skin benign disease. Under supervision there were 100 patients, including 46 patients with cutaneous horn, 14 patients with seborrheic keratosis, and 40 patients with HPV skin disorders (vulgar, flat, plantar and anogenital warts). All patients took Mardil Zinc® Max as a topical treatment. When applied to the preparation of skin benign diseases of non-viral origin recovery was observed in 100% of cases. In the treatment of patients with viral skin disorders full recovery was noted in 90% of cases.

К е у в о р д с: Mardil Zinc® Max, skin benign disease.



Кожа человека является естественным барьером, предохраняющим организм от воздействия извне, поэтому она более чем другие ткани подвержена воздействию неблагоприятных экологических и профессиональных факторов. Этим объясняется большое количество различных типов опухолей, которые могут возникать на коже. В Российской Федерации, в т. ч. среди военнослужащих, отмечается ежегодный рост числа пациентов, обращающихся с различными доброкачественными новообразованиями кожи. С одной стороны, это связано с повышенным вниманием людей к своему внешнему виду, распространением медицинской грамотности, а с другой – с увеличением числа кожных опухолей.

Рост числа новообразований кожного покрова обусловлен длительным воздействием солнечного света на кожу, неблагоприятной экологической обстановкой в городах, эндокринными и иммунными нарушениями, а также местным раздражением кожи. Чаще других новообразований в клинической практике врачей встречаются доброкачественные эпителиальные опухоли кожи: акрохордоны, себорейный кератоз и вирусные поражения (вульгарные, плоские, подошвенные и аногенитальные бородавки).

В настоящее время основным направлением в лечении доброкачественных новообразований кожи является их деструкция. Несмотря на определенные успехи, продолжается поиск оптимального метода лечения: доступного, простого в исполнении и способного обеспечить высокую эффективность терапии при минимальных побочных эффектах. Нами был использован препарат Мардил Цинк® Макс в виде местной терапии.

Цель исследования
Изучение эффективности препарата Мардил Цинк® Макс в лечении доброкачественных эпителиальных опухолей кожи.

Материал и методы
Под наблюдением находились 100 больных (63 женщины и 37 мужчин) в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст – 32,6 года). Всем пациентам проводилась терапия препаратом Мардил Цинк® Макс. Он представляет собой 1,5% ра-

створ цинка хлорпропионата в 50% 2-хлорпропионовой кислоте. Мардил Цинк® Макс вызывает дегидратацию, прижизненную фиксацию и мумификацию патологически измененной ткани с последующим отторжением струпа. Распределение пациентов в зависимости от нозологической формы см. в табл. 1.

Результаты

Мардил Цинк® Макс наносили при помощи деревянной палочки или стеклянного капилляра, который идет в комплекте с препаратом. Перед нанесением препарата на очаги с выраженным гиперкератозом обрабатываемую поверхность предварительно обезжиривали 70% спиртовым раствором для лучшего проникновения действующего вещества. Небольшие образования спиртом не обезжиривались. Мардил Цинк® Макс наносили до появления беловато-серооливковой окраски тканей. Объем наносимого препарата зависел от размеров элементов и площади поражения. Максимальная суточная доза не превышала 0,2 мл. Нередко одному и тому же пациенту требовалось несколько обработок препаратом. Каждая последующая обработка проводилась после отторжения мумифицированного струпа.

Акрохордоны (син: фиброэпителиальные полипы, мягкие фибромы). У 46 пациентов очаги были представлены мягкими эластичными мешковидными или нитевидными элементами телесного цвета, размерами от 0,1 см до 1 см, на тонком или широком основании. Очаги локализовались на шее, груди и в подмышечных впадинах. После обработки препаратом изменение окраски тканей наступало через 1–2 мин. Количество обработок: однократно. Отторжение струпа у 33 пациентов – на 7–12-е сутки, у 13 – на 12–15-й день.

Таблица 1

Распределение больных по полу, возрасту и клиническому диагнозу

Пол	Возраст (лет)	Клинический диагноз и количество пациентов					
		Акрохордоны	Кератомы	Вульгарные бородавки	Подошвенные бородавки	Плоские бородавки	Остроконечные кондиломы
Жен.	35,8±18,1	33	9	5	4	2	10
Муж.	41,4±15,5	13	5	7	5	–	7
Итого...		46	14	12	9	2	17



Таблица 2

Особенности применения и клиническая эффективность препарата Мардил Цинк® Макс

Нозология и число пациентов	Время изменения окраски, мин	Количество обработок	Излечение, %*
Акрохордоны (n=46)	1–2	1	100
Себорейный кератоз (n=14)	2–5	1–2	100
Вульгарные бородавки (n=12)	2–5	1–3	91,7
Подошвенные бородавки (n=9)	5–7	3–4	88,9
Плоские бородавки (n=2)	1–2	1	100
Остроконечные кондиломы (n=17)	2–3	1–3	88,2

* На 30-й день после первоначального применения препарата.

Себорейные кератомы (син: себорейный кератоз). У 14 пациентов очаги представляли собой округлые, желтовато-коричневатые элементы диаметром от 0,5 см до 1,5 см, покрытые жирными корками, располагающиеся на лице и туловище. Количество обработок: очаги с незначительным гиперкератозом однократно, с плотными корками двукратно с интервалом 14 дней. Эпителизация у 10 пациентов – на 7–14-е сутки, у 4 – на 18–25-е сутки.

Вульгарные бородавки. У 12 пациентов очаги имели вид сероватых папул округлой формы диаметром 0,2–1,0 см, локализующиеся на пальцах кистей. Их количество варьировало от 3 до 7. Количество обработок: 3 больным однократно, 7 двукратно и 2 трехкратно. Интервал между повторными обработками составил 14 дней. У 11 (91,7%) пациентов – излечение, у 1 человека – отсутствие эффекта.

Подошвенные бородавки. У 9 пациентов очаги характеризовались элементами округлой формы диаметром от 1 до 3 см с гиперкератотическими наслоениями, болезненные при пальпации. Количество обработок: 3–4 с интервалом 10–14 дней. У 8 (88,9%) пациентов – излечение, у 1 человека – отсутствие эффекта после четырехкратной обработки препаратом.

Плоские бородавки. У 2 пациентов очаги были представлены мелкими множественными папулами цвета нормальной кожи, локализующимися на лбу, диаметром от 0,1 до 0,3 см. Количество обработок: однократно. Отторжение мумифицированного струпа отмечалось на 7-е сутки.

Остроконечные кондиломы. У 17 пациентов очаги в виде единичных и множественных

элементов розового цвета, по форме напоминающих цветную капусту. Очаги локализовались на половых органах, перианально и в межъягодичной складке. Количество обработок: 12 больным однократно, 3 двукратно, 2 трехкратно. Излечение у 15 пациентов (88,2%), у 2 человек через 3 мес после лечения наблюдался рецидив.

Особенности применения препарата и результаты исследования представлены в табл. 2.

Выводы

При нанесении препарата Мардил Цинк® Макс на доброкачественные эпителиальные опухоли кожи невирусного происхождения, излечение наблюдалось в 100% случаев. Эпителизация отмечалась у 56 пациентов (93,3%) на 7–15-е сутки, у 4 пациентов (6,7%) на 18–25-е сутки. Для излечения требовалась одно- или двукратная обработка препаратом.

Излечение вирусных опухолей кожи наблюдалось у 36 больных (90%) из 40 обследуемых. Препарат использовался однократно в 17 (42,5%) случаях, двукратно – в 10 (25%) случаях, трех- и четырехкратно – в 13 (32,5%) случаях. Каждое последующее нанесение препарата осуществлялось после отторжения мумифицированного струпа через 10–14 дней. Рецидивы отмечались у 2 пациентов (5%) с остроконечными кондиломами. Отсутствие эффекта от лечения наблюдали у 2 пациентов (5%) с вульгарными и подошвенными бородавками.

Таким образом, применение препарата Мардил Цинк® Макс является высокоэффективным методом лечения доброкачественных эпителиальных новообразований кожи.



© О.В.ДАВЫДОВ, 2015
УДК 616.12-008.318-02:616.711

Давыдов О.В. (*oleg.dawydow@yandex.ru*) – Клиника и лечение вертеброгенных аритмий.

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

Davydov O.V. – A clinical picture and treatment of vertebral arrhythmia. The authors present results of medical examination and treatment of 450 patients with vertebral arrhythmia. Clinical characteristics, differential diagnosis and treatment modes are analysed.

Key words: vertebral arrhythmia, chronic decompression tonsillitis, pointed drug therapy, tonsillectomy.

В возникновении сердечных аритмий довольно значительную роль играет экстракардиальное влияние нервной системы. Ее воздействие на сердечный ритм осуществляется через симпатические и парасимпатические нервы, которыми обильно снабжены все структуры и отделы сердца. При стимуляции симпатических стволов увеличивается частота сердечных сокращений, возникают предсердные и желудочковые экстрасистолы. Адреналин, выделяемый в окончаниях симпатических нервов, разрывая некусы, ведет к нарушению проведения возбуждения с клетки на клетку, развитию аритмий. В появлении аритмий играет роль и гиперкалиемия, вызываемая адреналином. Блокирование подвижности в среднегрудных (Th_{IV-V}) позвоночных двигательных сегментах (ПДС) приводит к компрессионным дисциркуляторным нарушениям в спинномозговых нервах. Возникающая при этом симпатическая дисфункция провоцирует расстройства сердечного ритма. Функциональные блоки ПДС могут возникать как на фоне остеохондроза позвоночника у лиц старше 30 лет, так и без него у молодых людей в результате травм, динамических и статических нагрузок.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 450 больных с вертеброгенными аритмиями (ВА), мужчин – 252, женщин – 198.

Возраст больных колебался от 20 до 78 лет, большинство было в возрасте от 40 до 60 лет (321 пациент). Длительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 10 лет. Большинство больных поступали на лечение с жалобами на ощущение перебоев в работе сердца, чувство нехватки воздуха, на боли в межлопаточной зоне с иррадиацией в область левой лопатки и плеча. Эти ощущения усиливались при физических и эмоциональных перегрузках, а также при смене погодных условий. При мануальном обследовании были выявлены блокады IV–V грудных ПДС, сопровождающиеся болезненностью остистых отростков, паравертебральных зон и точек подостной ямки левой лопатки, гипотония или гипотрофия длинных мышц спины у 326 пациентов, наличие контрактур – у 57.

У 430 больных при рентгенологическом исследовании грудного отдела позвоночника были выявлены признаки остеохондроза: уплощение или усиление грудного кифоза у 256 больных, сколиоз у 68, уплотнение замыкательных пластинок тел позвонков у 380, краевые костные разрастания у 154, спондилоартроз у 128 пациентов, протрузии межпозвонковых дисков Th_{IV-V} ПДС, выявлены при МРТ у 123 больных. У 367 пациентов был диагностирован хронический декомпенсированный тонзиллит.

При электрокардиографическом (ЭКГ) исследовании, в т. ч. и с помощью Холтеровского мониторирования, преимущественно предсердные экстрасистолы были зарегистрированы у 240 больных, желудочковые у 145, политопные – у 42 пациентов. Эпизоды пароксизмов трепетания предсердий наблюдались у 23 больных, пароксизмальная тахикардия – у 10. Все пациенты получали противоаритмическую терапию с временным эффектом или его отсутствием, 21 из них проводилась зондовая абляция в целях устранения эктопических очагов нарушения сердечного ритма.

Лечение больных осуществлялось с помощью мануальной терапии (МТ) направленной на устранение функциональных блоков IV–V грудных ПДС. Применялись мобилизация блокированных ПДС путем симметричного надавливания на поперечные отростки на выдохе, поворот туловища с фиксированным тазом и направленным толчком, вертикальное вытяжение. Точечная лекарственная терапия (ТЛТ) проводилась после МТ, путем введения в точки акупунктуры (ТА) V–14, 15; IG–11 стероидных противовоспалительных средств (СПВС), суспензий кеналага 40 или дипроспана, растворенных в 2 мл 2% раствора лидокаина.

Мануальная терапия и ТЛТ проводились 1 раз в неделю 1–2 раза. Стероидные противовоспалительные средства предупреждают выработку основных медиаторов воспаления – эндоперексисей, простагландинов, лейкотриенов. Кроме того, они улучшают микроциркуляцию в очаге воспаления и стабилизируют клеточные и субклеточные (лизосо-



мальные) мембраны, что препятствует альтерации и распространению воспалительного процесса. Лидокаин применяется как местный анестетик с противоаритмическим свойством. Препараты этой группы увеличивают мембранную проницаемость для ионов калия, чем ускоряют фазу 2 реполяризации мембраны. При этом уменьшается длительность эффективного рефрактерного периода, что способствует ликвидации рециркуляции возбуждения.

В результате проведенного лечения клиническое выздоровление отмечено у 125 (27,8%) больных после одной процедуры МТ и ТЛТ. Эти пациенты были санированы по поводу хронического тонзиллита, т. к. в результате наших исследований была отмечена взаимосвязь торакалгий и нарушений сердечного ритма с наличием хронического декомпенсированного тонзиллита, поэтому устойчивость клинического эффекта была обусловлена и устранением очага инфекции.

Значительное улучшение отмечено у 157 (34,8%) больных. Оно выразилось в длительной ремиссии более года и редкими обращениями для повторного лечения, 25 больных также были санированы по поводу хронического тонзиллита.

Улучшение у 136 (30,2%) пациентов характеризовалось наличием ремиссии до полугода, повторные сеансы лечения проводились в осенние и весенние месяцы.

Временное улучшение у 32 (7,2%) больных заключалось в длительности ремиссии от нескольких недель до одного месяца, что потребовало применения других специализированных методов лечения.

Приводим клиническое наблюдение. Больной Ф., 27 лет, менеджер, много работает на компьютере и часто подолгу ездит на автомобиле. Поступил на лечение с жалобами на постоянные ноющие боли в межлопаточной области, чувство нехватки воздуха, замирания и перебоев в работе сердца, которые усиливаются в положении лежа и при перемене положения. Эти ощущения возникли 2 нед назад и были связаны с физическими и эмоциональными перегрузками на работе. В детстве часто болел ангинами, тонзилэктомия не проводилась. При осмотре обеспокоен своим состоянием, часто делает глубокие вдохи. АД 120/70 мм рт. ст., пульс 76 уд. в минуту с единичными экстрасистолами. В легких дыхание везикулярное, границы сердца в пределах нормы, первый тон приглушен, над верхушкой и V точкой выслушивается негрубый систолический шум, единичные экстрасистолы. Органы брюшной полости без особенностей. При мануальном обследовании выявлен блок в области Th_v ПДС, он сопровождался локальной болезненностью остистого отростка V грудного позвонка и точки выхода пятого спинномозгового нерва, локальной ригидностью и болезненностью длинных мышц спины.

Дифференциальная диагностика внутрижелудочковых аритмий (ВА) с аритмиями кардиогенного генеза (АКГ)

Показатель	ВА	АКГ
Жалобы	Чувство нехватки воздуха, ощущения перебоев в работе сердца, боли в межлопаточной области	Чаще не ощущают аритмию
Факторы, вызывающие аритмию	Физическая нагрузка на позвоночник, перемена положения, изменения погодных условий, наличие очага инфекции, чаще хронического тонзиллита	Ухудшение коронарного кровообращения
Изменения на ЭКГ и ФКГ	Функциональный характер изменений или отсутствие отрицательной динамики при ИБС	Ухудшение коронарного кровообращения
Факторы, устраняющие аритмию	МТ, ТЛТ, санация очагов инфекции	Коронаролитики, антиаритмические средства и манипуляции (чреспищеводная стимуляция, зондовая абляция)
Признаки вертеброгенной патологии	Всегда имеются в среднегрудном отделе	Встречаются редко



На рентгенограммах грудного отдела позвоночника отмечались начальные признаки остеохондроза, уплотнение замыкательных пластинок и снижение высоты межпозвоночных дисков IV–VI ПДС. При ЭКГ-исследовании определялся синусовый ритм, число сердечных сокращений 72 уд. в минуту, единичные предсердные экстрасистолы, остальное – без особенностей. При ФКГ-исследовании выявлена незначительная регургитация крови из левого желудочка, единичные экстрасистолы. Анализы крови и мочи в норме. Больному был проведен сеанс МТ на устранение блокады V ПДС, затем проведена ТЛТ в ТА V-15 слева раствором кеналога-40 – 1 мл на 2 мл 2% лидокаина. По сообщению больного к вечеру этого же дня ощущения перебоев в работе сердца и чувство нехватки воздуха прекратились. Осмотр через неделю и контрольная ЭКГ не выявили нарушения сердечного ритма. Через месяц пациенту в плановом порядке была проведена тонзиллэктомия. При осмотре больного через год он был практически здоров, нарушения сердечного ритма не наблюдалось. Этот клинический пример показал, что своевременное устранение блокированных ПДС, ТЛТ и санация очага

инфекции у молодых людей могут приводить к полному выздоровлению.

Дифференциальная диагностика аритмий вертеброгенного и кардиогенного генеза представлена в таблице.

Выводы

1. Нарушение подвижности в среднегрудном отделе позвоночника приводит к компрессии спинномозгового нерва и раздражению симпатической нервной системы, что вызывает экстракардиальные нарушения сердечного ритма.

2. Наличие хронических очагов инфекции, чаще всего хронического декомпенсированного тонзиллита, также способствует возникновению ВА, поэтому для достижения положительного результата лечения необходима обязательная их санация.

3. Применение МТ, ТЛТ, санация очагов инфекции приводит к выздоровлению в 27,8% случаев, в 60% к длительной ремиссии, требующей редких повторных сеансов МТ, ТЛТ.

4. У лиц с сердечной патологией могут возникать аритмии, связанные с вертеброгенным влиянием, поэтому его устранение способствует улучшению сердечной деятельности.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.12-008.331.1-085.332(477.75)

Чукреева Л.Н., Обертынская Л.Ю., Мищенко Г.Н., Перемышев С.Л., Тихомирова И.В., Черкасов С.А., Ярошенко А.С. (aljaroch@mail.ru) – Применение инфитатерапии в лечении гипертонической болезни в санаторно-курортных условиях Южного берега Крыма.

Военный санаторий «Ялта» Минобороны РФ, г. Ялта, Республика Крым

Chukreeva L.N., Obertynskaya L.Yu., Mishchenko G.N., Peremyshchev S.L., Tikhomirova I.V., Cherkasov S.A., Yaroshenko A.S. – Application of «Infita» as a part of hypertension treatment at health resorts at the South Coast of Crimea. The results of the use of low-frequency pulsed electron-electromagnetic field generated by the device «Infita» in the complex health resort treatment of patients with essential hypertension are presented. Decrease of hypertension of brachiocephalic vessels, improvement of venous drainage, decrease and stabilization of arterial blood pressure, relief of cerebralgia, decrease of emotional liability and tiredness. Positive dynamics is determined by the study of fundus, rheoencephalography and ultrasonic Doppler sonography of cerebral vessels.

К е у о р д с : hypertension, complex health resort treatment, therapy with «Infita» device.

Гипертоническая болезнь (ГБ) является наиболее распространенным хроническим заболеванием. Известно, что нормальный уровень артериального давления соответствует наименьшему риску развития сердечно-сосудистых осложнений. Считается целесообразным дальнейшее изучение необходимости применения специальных методов лечения ГБ для снижения такого риска. Особое значение имеет лечение в санаторно-курортных условиях.

В Военном санатории «Ялта» на Южном берегу Крыма в 2014 г. 30 пациентов с ГБ

пролечено с применением метода воздействия электромагнитным полем с помощью аппарата ИНФИТА (импульсный низкочастотный физиотерапевтический аппарат). Лечебное действие данного метода состоит в улучшении функций внешнего дыхания, повышении окислительно-восстановительных функций, улучшении церебрального кровоснабжения, насыщении крови кислородом.

Перед началом лечебной процедуры врач-физиотерапевт в соответствии с характером заболевания устанавливает режим и порядок ее проведения. Процедура может со-



стоять из нескольких частей (3–4), каждая из них может иметь свою частоту следования импульсов и свое процедурное время в зависимости от состояния организма и локализации боли. Инфитатерапию не рекомендуется проводить натощак. Для каждого пациента частота следования импульсов подбирается индивидуально.

Лечение начинают с воздействия частотой 40 Гц (для снятия головной боли в затылочной области) с экспозицией 3–5 мин. Если головная боль и боли в области сердца не сняты, устанавливается частота 52 Гц с продолжительностью воздействия 3–5 мин. Длительность последующих процедур постепенно увеличивается на 1–2 мин, чтобы к шестой процедуре она достигла 12–15 мин, а далее, при улучшении состояния, их продолжительность необходимо уменьшать, и последние процедуры должны длиться 5–7 мин.

При гипертонической болезни II ст. применяется методика дистанционного облучения – на расстоянии 25–30 см от облучателя. Смотреть пациент должен в облучатель, видеть отражение своих глаз. Процедура проводится в положении сидя при частоте 30–40 Гц. Лечение проводится ежедневно, курс составляет 12–15 процедур.

В нашем исследовании приняли участие 30 пациентов с гипертонической болезнью II стадии, артериальной гипертензией I и II степени (18 мужчин и 12 женщин, возраст – $56 \pm 1,4$ года). Пациенты были разделены в две группы по 15 человек.

Больные обеих групп получали комплексное курортно-климатическое лечение, включающее утреннюю гигиеническую гимнастику, лечебную физкультуру, пешеходные прогулки, купание в море в теплое время года, классический массаж на фоне приема препарата нолипрел 5 мг/сут. Кроме того, пациентам I-й группы была назначена инфитатерапия по вышеописанной методике.

По данным реоэнцефалографии, проведенной в конце лечения, выявлено уменьшение гипертонуса у 13 больных (86,7%) 1-й группы и 7 пациентов (46,7%) 2-й группы. Увеличение пульсового кровенаполнения отмечено у 11 больных (73,3%) 1-й группы и 4 пациентов (26,7%) 2-й группы. Улучшение венозного оттока – у 14 (93,3%) пациентов 1-й группы и 6 больных (40%) 2-й группы.

Кроме того, проводилось дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов (всем 15 пациентам 1-й группы и 11 пациентам 2-й группы), а также транскраниальное дуплексное сканирование (по 13 пациентам в каждой группе). При обследовании перед началом лечения выявлен стеноз церебральных артерий у 12 пациентов 1-й группы (80%) и 11 (73,3%) пациентов 2-й группы. Улучшение – снижение стеноза в конце лечения – выявлено у всех 15 пациентов 1-й группы и у 9 (60%) пациентов 2-й группы.

Приведенным показателям соответствовала картина глазного дна: отмечено снижение гипертонуса артерий у всех 30 больных. Убедительной положительной динамики в показателях биохимических исследований в результате лечения выявлено не было.

Кроме того, отмечали уменьшение головных болей 12 (80%) пациентов 1-й группы (после 3–4 процедур) и 6 (40%) больных 2-й группы. В процессе дальнейшего лечения снижалось и стабилизировалось артериальное давление у 14 (93%) наблюдаемых 1-й группы и у 8 (53,3%) пациентов 2-й группы.

На основании полученных данных можно сделать вывод об эффективности комплексного санаторно-курортного лечения пациентов с гипертонической болезнью II стадии, включающего метод инфитатерапии.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК [61:355]:061.6

Государственному научно-исследовательскому испытательному институту военной медицины МО РФ – 85 лет

*ЖИЛЯЕВ Е.Г., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-лейтенант
медицинской службы запаса
ЧЕПУР С.В., профессор, полковник медицинской службы
ЮДИН А.Б., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
МЕДВЕДЕВ В.Р., заслуженный врач РФ, доцент, полковник медицинской службы
запаса (gs1000@yandex.ru)
СИДОРОВ В.А., полковник в отставке*

Государственный научно-исследовательский испытательный институт (военной медицины) Минобороны России, Санкт-Петербург

Статья посвящена истории воссозданного недавно Государственного научно-исследовательского испытательного института (военной медицины) Минобороны России. Институт был ликвидирован в 2011 г. и работал исключительно для испытаний эргономических характеристик военной техники и вооружения в виде структурного подразделения Военно-медицинской академии. Воссоздание института позволило вновь привлечь квалифицированные кадры и изменить спектр решаемых задач, определить перспективы фундаментальных и прикладных исследований в области создания кровоостанавливающих и обезболивающих средств, физиологии военного труда, медицинской робототехники, разработки технических средств медицинской службы, создания новых медицинских технологий. Сформулированы перспективы развития учреждения и его участия в выполнении первостепенных задач медицинской службы по сохранению здоровья военнослужащих.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины Минобороны РФ, эргономические характеристики военной техники, технические средства медицинской службы, медицинская робототехника.

Zhilyaev E.G., Chepur S.V., Yudin A.B., Medvedev V.R., Sidorov V.A. – The state research and test institute of military medicine of the Ministry of Defence of the Russian Federation celebrates the 85th anniversary. The article is devoted to the anniversary of the newly reconstituted state research and test institute of Military Medicine of the Ministry of Defence of the Russian Federation. The institute was closed down in 2011 and worked exclusively as a structural subdivision of the Kirov Military Medical Academy for tests of ergonomic characteristics of a weapon and military equipment. Recreation of the institute allowed to engage highly qualified personnel and change the range of tasks, identified prospects of fundamental and applied researches in the field of development of hemostatic agents and anaesthetics, physiology of military work, medical robotics, development of technical means for medical services, and development of new medical technologies. The authors formulated prospects of development of the institution and its participation in the implementation of the primary tasks of the Medical Service to preserve and improve the health of military personnel.

К е у w o r d s: the state research and test institute of military medicine, ergonomic characteristics of military equipment, technical means of the medical service, medical robotics.

В апреле 1929 г. на заседании Революционного военного совета (Реввоенсовета) СССР был заслушан начальник Военно-санитарного управления Рабочекрестьянской Красной Армии (ВСУ РККА) М.И.Баранов. В его докладе «О санитарном состоянии РККА» было

отмечено, что в связи с начавшимся техническим перевооружением и моторизацией РККА и, соответственно, усложнением задач ее санитарной службы необходимо в кратчайшие сроки решить научно-практические проблемы санитарного обеспечения войск. Предложения



**Государственному
научно-исследовательскому
испытательному институту
военной медицины МО РФ – 85 лет**





ных медицинских модулей на автомобильной базе, укомплектование современной аппаратурой и оборудованием, внедрение новых медицинских технологий, реорганизация сил и средств медицинской эвакуации. Ряд изделий, изготовленных отечественной промышленностью, были представлены на Международном форуме «Армия-2015» в ходе деловой и демонстрационной программ.

В 2011 г., во исполнение приказа министра обороны РФ от 2010 г. № 245 ГосНИИИ военной медицины МО РФ путем присоединения в качестве структурного подразделения к ВМедА им. С.М.Кирова был реорганизован в *Научно-исследовательский испытательный институт (военной медицины) ВМедА им. С.М.Кирова* (начальник – С.В.Чепур) с дислокацией в военном городке № 4 по ул. Лесопарковой в Санкт-Петербурге. В состав института организационно вошел НИИЦ ВМТФ, который по существу

выполняемых задач является правопреемником Государственного НИИ экстремальной медицины, полевой фармации и медицинской техники МО РФ, исторические вехи создания и развития которого начинаются с 1930 г. В сентябре с. г. завершилась процедура отделения института от ВМедА и он вновь стал самостоятельным научным учреждением военно-медицинской службы – *Государственным НИИИИ военной медицины МО РФ*.

Следует отметить, что современные научные разработки Государственного НИИИИ военной медицины МО РФ ориентированы на создание военно-медицинских технологий будущего века. Только при таком подходе могут быть достигнуты необходимый уровень медицинского обеспечения войск и адекватные параметры человеческого фактора в военном деле, соответствующие темпам развития боевого потенциала Вооруженных Сил России XXI века.

Литература

1. На службе военной медицине (История научно-исследовательского испытательного центра войсковой медицины, военно-медицинской техники и фармации ГосНИИИ ВМ Минобороны России). Книга первая. – Всеволожск: ООО «СК-Вектор», 2011. – 261 с.

2. Ушаков И.Б., Скурыдин М.А., Медведев В.Р., Лолин Ю.В., Поддубный М.В. К истории создания и становления Государственного научно-исследовательского испытательного института военной медицины МО РФ // Воен.-мед. журн. – 2007. – Т. 328, № 3. – С. 82–86.

© М.А.РОССИЙСКИЙ, 2015
УДК 615 (092 Кравков)

Ученый и гражданин (Штрихи к портрету академика Н.П.Кравкова)

РОССИЙСКИЙ М.А., кандидат исторических наук (rossiyski@list.ru)

Первый Европейский департамент МИД России, Москва

Статья посвящена общественно-политическим взглядам выдающегося фармаколога Н.П.Кравкова, которые он высказывал в письмах к брату Василию в годы Русско-японской и Первой мировой войн. Тексты писем публикуются впервые.

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.

Rossiyskiy M.A. – Scientist and Citizen (Touches to the portrait of academician Nikolai Kravkov). The article deals with social and political views of the prominent pharmacologist Nikolai Kravkov, expressed in his previously unknown letters to his brother Vasily, written during the Russo-Japanese War and the First World War. The letter's texts are published for the first time.

К е у о р д с : Academician Nikolai Kravkov, history of pharmacology in Russia, the Kirov Military Medical Academy in the early twentieth century.



ценных государств. В твердом единении верных сынов Родины служители науки и просвещения сознают ее мощь и преклоняются перед ее волей: они готовы всеми своими знаниями и всеми своими силами содействовать той великой творческой работе, которую Россия возлагает на Учредительное собрание» [7].

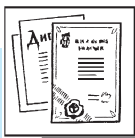
То, что ученому приходилось ежедневно видеть в Петрограде в первые месяцы советской власти, вряд ли могло ему нравиться. Его реакцией стала апатия и дальнейшее погружение в преподавание и научные эксперименты. Дневник друга и коллеги Н.П.Кравкова профессора Военно-медицинской академии Г.И.Турнера зафиксировал его поведение на академических конференциях в первые месяцы после революции: «Заседание 2 марта 1918 г. Настроение подавленное. Жалование выдают по новому стилю, вычли назад полученные квартальные. Все сидят, как потерянные. Заседание только для виду, разговоры впустую. Кравков поговаривает о желании уйти из академии... Заседание 18 мая 1918 г. Кравков отсутствует методически, ибо полагает, что все конференции надо разогнать. Какая-то печать вялости и бестолковости с трусостью висит в конференции» [7].

Вместе с тем, по свидетельству родственников и друзей, в самые тяжелые годы Гражданской войны Н.П.Кравков не считал для себя возможным даже задумываться о какой-либо форме эмиграции и жизни вне России. Это убеждение за очень небольшим исключением разделяли с ним его друзья и коллеги — профессора Военно-медицинской академии В.И.Воячек, Г.И.Турнер, О.В.Кондратович, С.П.Фёдоров, В.Н.Шевкуненко, многие из которых впоследствии занимали высокие посты в советской медицинской иерархии. Видимо, Н.П.Кравкову удалось как-то примириться с окружавшей его политической действительностью. Не исключено, что он, как и великий князь Александр Михайлович в эмиграции, пришел к убеждению, что в сложившихся в годы Гражданской войны условиях подлинными русские национальные интересы, как бы парадоксально это ни звучало, защищал «интернационалист Ленин» и ведомые им большевики, противостоявшие планам империалистического раздела бывшей Российской империи.

Научная деятельность Н.П.Кравкова в первые годы советской власти свидетельствует, что изменение политического строя никак не отразилось на его убежденности в том, что смысл жизни ученого заключается, прежде всего, в служении своему народу, о чем он писал брату еще в 1905 г. Этому фундаментальному принципу, в котором, возможно, правильно было бы видеть основной побудительный мотив всей его жизни в науке, ученый остался верен до конца своих дней.

Литература

1. Кнопов М.Ш., Тарануха В.К. Николай Павлович Кравков — жизнь, посвященная фармакологии // Экспериментальная и клиническая фармакология. — 2014. — Т. 77, № 4. — С. 3–5.
2. Кравков В.П. Великая война без ретуши. Записки корпусного врача. — М.: Вече, 2014. — 416 с., ил. — (Серия «Военные мемуары»).
3. Романова Н.Н. Николай Павлович Кравков // Институт истории естествознания и техники им. С.И.Вавилова. Годичная научная конференция. — 2014. — С. 215–218.
4. Узбекова Д.Г. Академик Н.П.Кравков в годы Первой мировой войны (Штрихи к портрету ученого) // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П.Павлова. — 2014. — № 2. — С. 98–100.
5. Узбекова Д.Г. Академик Николай Павлович Кравков (К 150-летию со дня рождения) // Экспериментальная и клиническая фармакология. — 2015. — Т. 78, № 3. — С. 3–8.
6. Узбекова Д.Г. Значение работ академика Н.П.Кравкова в изучении зависимости действия лекарственных веществ от их химической структуры (К 150-летию со дня рождения академика Н.П.Кравкова) // Химико-фармацевтический журнал. — 2015. — Т. 49, № 2. — С. 55–56.
7. Узбекова Д.Г. Кравковы: два поколения ученых из Рязани. — М.: Вече, 2014. — С. 123, 140–142.
8. Шабанов П.Д. Вклад Н.П.Кравкова в развитие общей, возрастной, эволюционной и клинической фармакологии (К 150-летию со дня рождения) // Педиатр. — 2015. — № 2. — С. 114–125.
9. Шабанов П.Д. Н.П.Кравков в Военно-медицинской академии. — СПб: Art-Xpress, 2015. — 256 с.



ЮБИЛЕИ

© В.В.ЖЕГЛОВ, О.И.ПЕТРОВ, 2015
УДК 616:355 (092 Шараевский Г.Ю.)



1 сентября 2015 г. исполнилось 70 лет заслуженному врачу РФ, кандидату медицинских наук генерал-майору медицинской службы в отставке **Георгию Юрьевичу Шараевскому**.

Г.Ю.Шараевский родился в г. Чернигове Украинской ССР. После окончания ВМедА им. С.М.Кирова (1969) он был назначен на Тихоокеанский флот, где проходил службу на должностях начальника медицинской службы подводной лодки и флагманского врача соединения атомных подводных лодок. Участник шести боевых служб подводных лодок.

В 1981 г. Г.Ю.Шараевский окончил с отличием и золотой медалью факультет руководящего медицинского состава ВМедА и был назначен начальником медицинской службы Каспийской флотилии, а в 1985 г. был переведен в аппарат Медицинской службы ВМФ, где исполнял должности старшего инспектора, заместителя начальника службы и начальника службы.

В 2000 г. Г.Ю.Шараевский принимал участие в контртеррористической операции на Северном Кавказе. Он является заместителем председателя общественной организации «Клуб адмиралов» и заместителем председателя президиума Совета ветеранов медицинской службы Военно-морского флота, автором более 70 научных работ.

Награжден орденом Почета, медалью «За боевые заслуги» и другими медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», медицинская служба Главного командования ВМФ, Совет ветеранов медицинской службы Военно-морского флота поздравляют Георгия Юрьевича Шараевского с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и новых успехов.

© В.В.РЯБИНКИН, 2015
УДК 616:355 (092 Арбузов Р.И.)



15 ноября 2015 г. исполнилось 85 лет бывшему начальнику отдела кадров ЦВМУ МО СССР полковнику медицинской службы в отставке **Рутению Ивановичу Арбузову**.

После окончания в 1955 г. Военно-медицинского факультета при Куйбышевском медицинском институте им. Д.И.Ульянова Р.И.Арбузов в течение 8 лет проходил службу в должностях младшего врача, начальника медицинского пункта, старшего врача мотострелкового полка, врача-токсиколога санитарно-противоэпидемического взвода отдельного медико-санитарного батальона. В 1963 г. был назначен офицером отдела кадров МВО. В 1967 г. продолжил службу в центральном аппарате, где прошел путь от офицера отдела кадров до начальника отдела кадров ЦВМУ.

Отдел кадров Рутений Иванович возглавлял по 1983 г. Благодаря обстоятельному подходу к изучению, подбору и расстановке кадров ключевые должности медицинской службы укомплектовывались наиболее перспективными врачами-организаторами, главными и ведущими медицинскими специалистами. Неоценимый вклад Р.И.Арбузов внес в дело подготовки и комплектования медицинскими кадрами 40-й армии во время войны в Афганистане.

В 1983–1991 гг. Рутений Иванович служил в ВМедА им. С.М.Кирова в должности начальника факультета. После увольнения из ВС в 1991 г. более 20 лет плодотворно трудился в Российском государственном медицинском университете им. Н.И.Пирогова

Награжден орденами Красной Звезды, «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени и многими медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», друзья, коллеги и ученики сердечно поздравляют Рутения Ивановича Арбузова с юбилеем, желают ему доброго здоровья, счастья и долголетия.



© И.М.ЖДАНЬКО, А.А.МЕДЕНКОВ, М.В.ДВОРНИКОВ, 2015
УДК 616:355 (092 Власов В.Д.)



24 октября 2015 г. исполнилось 80 лет президенту Ассоциации авиационно-космической, морской, экстремальной и экологической медицины России доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы в отставке **Валентину Дмитриевичу Власову**.

В.Д.Власов родился в Москве. После окончания в 1959 г. ВМедА им. С.М.Кирова проходил службу в качестве врача подвижной барокамеры, начальника лазарета авиационной части, начальника туберкулезного отделения госпиталя и ординатора отделения Центрального военного научно-исследовательского авиационного госпиталя. После окончания факультета руководящего медицинского состава ВМедА в 1972–1988 гг. проходил службу в Государственном научно-исследовательском испытательном институте авиационной и космической медицины в качестве старшего научного сотрудника, заместителя начальника, начальника отдела клинико-физиологических исследований.

В 1989–1992 гг. — главный терапевт Центральной клинической больницы и главный терапевт медицинской службы Министерства гражданской авиации. В 1993–2005 гг. руководил отделом авиационной медицины в Межгосударственном авиационном комитете.

Валентином Дмитриевичем опубликовано свыше 300 научных трудов. Он является действительным членом Международной академии проблем человека в авиации и космонавтике.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации и НИИЦ авиационно-космической медицины и военной эргономики ЦНИИ ВВС, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Валентина Дмитриевича Власова с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, благополучия и дальнейших творческих успехов.

© А.Л.ЧАПЛЮК, Ю.Г.ИГНАТОВ, 2015
УДК 616:355 (092 Дмитриев В.В.)



25 ноября 2015 г. исполняется 80 лет заслуженному врачу РФ полковнику медицинской службы в отставке **Виктору Васильевичу Дмитриеву**.

В.В.Дмитриев родился в г. Батуми в семье военнослужащего. В 1943 г. в возрасте 8 лет принят в суворовское военное училище. Офицерскую службу начал в 1956 г. в Дальневосточном военном округе в должности командира пулеметного взвода.

В 1966 г. с отличием окончил ВМедА им. С.М.Кирова. Проходил военную службу в должностях старшего врача мотострелкового и зенитно-ракетного полка, офицера военно-медицинского отдела армии. По окончании факультета руководящего медицинского состава ВМедА в 1973 г. назначен старшим офицером отдела оперативной, боевой подготовки и военно-медицинских учебных заведений Центрального военно-медицинского управления МО СССР, где прошел ступеньки служебного роста до начальника отдела.

В 1987 г. возглавил медицинскую службу войск Дальнего Востока, с 1988 по 1991 г. продолжил службу в должности начальника 2-го факультета ВМедА.

После увольнения с военной службы в 1991 г. Виктор Васильевич продолжил трудовую деятельность в ГВМУ МО РФ, а с 2009 г. работает в Главном центре военно-врачебной экспертизы Минобороны России.

Виктор Васильевич — ветеран боевых действий в Республике Афганистан. Награжден орденом Красной Звезды и многими медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Главного центра военно-врачебной экспертизы Минобороны России, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» поздравляют Виктора Васильевича Дмитриева с 80-летием, желают ему доброго здоровья, благополучия, счастья и долголетия.



ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

© О.И.ПЕТРОВ, В.С.СУХОПУКОВ, 2015
УДК 616:355 (092 Козлов Ю.В.)



12 октября 2015 г. исполнилось 70 лет бывшему главному эпидемиологу Военно-морского флота полковнику медицинской службы в отставке **Юрию Васильевичу Козлову**.

Ю.В.Козлов родился в г. Дзержинске Горьковской области. В 1969 г. окончил ВМФ при Горьковском государственном медицинском институте. Проходил службу на кораблях и в санитарно-эпидемиологическом отряде Балтийского флота.

В 1978 г. окончил факультет руководящего медицинского состава ВМедА им. С.М.Кирова и был назначен в Центральную медицинскую лабораторию ВМФ, где проходил службу в качестве старшего врача-специалиста отделения военно-морской гигиены и эпидемиологии, начальника этого отделения, начальника эпидемиологического отделения. С 1988 по 1996 г. Ю.В.Козлов был главным эпидемиологом ВМФ.

После увольнения с военной службы в 1996 г. Юрий Васильевич работал в Медицинском управлении Федеральной пограничной службы РФ в должности ведущего специалиста-эпидемиолога. С 1998 по 2001 г. — заместитель главного врача по эпидемиологическим вопросам городской клинической больницы, затем по 2005 г. — главный эпидемиолог Департамента здравоохранения Москвы.

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

© О.И.ПЕТРОВ, В.С.СУХОПУКОВ, 2015
УДК 616:355 (092 Беликов А.Д.)



6 ноября 2015 г. исполнилось 60 лет бывшему главному радиологу и бывшему главному санитарному врачу Военно-морского флота полковнику медицинской службы в отставке **Александру Дмитриевичу Беликову**.

А.Д.Беликов родился в г. Карачеве Брянской области. В 1979 г. окончил ВМФ при Горьковском государственном медицинском институте. В 1979—1985 гг. проходил службу на Тихоокеанском флоте на должностях врача-радиолога плавучей технической базы, врача-специалиста, начальника отделения санитарно-эпидемиологического отряда. В 1987 г. окончил факультет руководящего медицинского состава ВМедА им. С.М.Кирова и был назначен врачом-специалистом, а в дальнейшем начальником отделения гигиены Центральной медицинской лаборатории ВМФ.

В 1993 г. был переведен в Москву на должность старшего офицера службы радиационной, химической и биологической защиты ВМФ. С 1994 по 2000 г. — главный радиолог ВМФ, с 2000 по 2002 г. — главный санитарный врач ВМФ.

С 2002 по 2006 г. Александр Дмитриевич Беликов работал в ОАО «Концерн Росэнергоатом» главным специалистом, а с 2006 г. по настоящее время — начальник отдела радиационной безопасности, охраны окружающей среды и учета ядерных материалов концерна.

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



© Ю.И.ПОГОДИН, Л.Л.ГАЛИН, В.В.РЯБИНКИН, 2015
УДК 616:355 (092 Погодин Ю.И.)

«С военной медициной был знаком с детства...» (Интервью с первым заместителем начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ (1993–1999) генерал-лейтенантом медицинской службы запаса Ю.И.Погодиным)



27 ноября 2015 г. исполняется 65 лет заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук, профессору, генерал-лейтенанту медицинской службы запаса, государственному советнику РФ 1-го класса **Юрию Ивановичу Погодину**.

Ю.И.Погодин родился в г. Николаеве в семье военно-служащего. В 1967 г. окончил среднюю школу с серебряной медалью и поступил в ВМедА им. С.М.Кирова, после окончания которой служил старшим врачом мотострелкового полка, командиром отдельной медицинской роты, начальником медицинской службы полка, командиром отдельного медицинского батальона. В 1985 г. Юрий Иванович с отличием окончил факультет руководящего медицинского состава ВМедА и получил назначение в ТуркВО, где последовательно занимал должности начальника медицинской службы мотострелковой дивизии, начальника военной кафедры Андижанского медицинского института, начальника организационно-планового отдела медицинской службы ТуркВО, начальника медицинской службы этого округа. В 1991–1993 гг. был начальником факультета руководящего медицинского состава ВМедА, затем до 1999 г. — первым заместителем начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ.

После увольнения в запас Юрий Иванович работал в Министерстве здравоохранения РФ начальником мобилизационного управления (2000–2008). В 2003 г. возглавил кафедру медицины катастроф РМАПО, в том же году под его руководством была создана первая в России кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, которая является единственной в своем роде до сегодняшнего дня.

Ю.И.Погодин — автор более 170 научных работ, в т. ч. 3 монографий и 4 учебников, под его руководством защищены 3 кандидатские диссертации. Он входит в состав ученых советов РМАПО и Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Минздрава России, является заместителем главных редакторов журналов «Медицина катастроф» и «Жизнь без опасности».

Награжден орденами «За военные заслуги», Почета, «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, многими медалями, в т. ч. иностранных государств.

Накануне празднования 65-летия Ю.И.Погодин ответил на вопросы заместителя главного редактора «Военно-медицинского журнала» **Л.Л.Галина** и начальника управления кадров Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» **В.В.Рябинкина**.

— Юрий Иванович, вам удалось достичь многое в области военной медицины, гражданском здравоохранении, научной и педагогической деятельности. Что послужило мотивом столь удачного выбора профессии врача?

— Родился я в семье военно-морского летчика, поэтому детство и отрочество прошли в военных городках, в атмосфере, где с искренним почитанием относились к защитникам Родины, фронтовикам, их наградам, военной форме, воинским ритуалам и все это, естественно, формировало желание стать военным.

Врачом, как мне кажется, хотел быть всегда, но отчетливым это желание стало в седьмом классе. Занимаясь в юношеской спортивной школе в секции плавания, на соревнованиях получил травму ноги. Меня отвезли на скорой помощи в больницу, где дежурный врач без какого-либо обезболивания зашил рваную рану и отправил домой на общественном транспорте.



Министр обороны России генерал армии **Сергей Шойгу** принял участие в пленарном заседании *Общественного совета при военном ведомстве*.

Во вступительном слове Сергей Шойгу рассказал членам Общественного совета о том, что сделано Министерством обороны за полгода, которые прошли со времени предыдущего пленарного заседания с его участием. «Итоги деятельности ВС мы вместе с вами подвели на фестивале «**Армия России**», где отметили высокие профессиональные достижения наших военных и гражданских специалистов», — сказал генерал армии Сергей Шойгу и подчеркнул, что «работа проделана большая».

В ходе Общественного совета начальник Национального центра управления обороной Российской Федерации генерал-лейтенант **Михаил Мизинцев** доложил о проделанной в ВС РФ работе. В частности, он сообщил, что в текущем году Министерством обороны России заключено более 3000 государственных контрактов, в рамках которых в войска поставлено свыше 17 тыс. основных образцов вооружения.

На заседании речь также зашла о качестве *медицинского обеспечения военнослужащих*. «Повышение доли здоровых военнослужащих — результат совместной работы командования воинских частей и медицинских служб ВС РФ, — заявил генерал-лейтенант Михаил Мизинцев. — При этом в текущем году в военные госпитали поставлено свыше 3 тыс. единиц медицинского оборудования, в т. ч. 90 — для оказания сложной специализированной медицинской помощи».

В ВС РФ планомерно внедряются и применяются современные средства телемедицины. В первую очередь в интересах воинских частей и соединений, которые дислоцируются на значительных расстояниях от крупных медицинских центров.

Управление пресс-службы и информации

Министерства обороны Российской Федерации, 19 октября 2015 г.

http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12061214@egNews



Министр обороны Российской Федерации генерал армии **Сергей Шойгу** встретился в Москве с заместителем председателя правительства Республики Куба **Рикардо Кабрисасом**. Стороны обсудили состояние и перспективы российско-кубинского сотрудничества в оборонной сфере.

Отдельно Сергей Шойгу остановился на развитии и укреплении взаимодействия в области *военной медицины*, учитывая достижения кубинских специалистов в производстве, в частности, вакцин. «На встрече президентов наших государств подчеркивалась необходимость развития наших отношений не только в военной сфере, но и военно-гражданской. В данном случае нас, конечно, интересует медицинская часть — все то, что касается военной медицины, достижений кубинской медицины, особенно в части производства вакцин», — отметил генерал армии Сергей Шойгу.

Глава российского военного ведомства напомнил, что в феврале этого года после переговоров в Гаване российская делегация обменялась мнениями по сотрудничеству военно-медицинских служб Минобороны РФ с Министерством здравоохранения Кубы. «За короткое время



Завершен первый этап реконструкции объектов Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова



Начальник Главного военно-медицинского управления МО РФ профессор генерал-майор медицинской службы **А.Я.Фисун** (в центре) в одном из открывшихся операционных блоков

После реконструкции, реставрации и переоснащения медицинским оборудованием **6 ноября** открылись операционные блоки клиник нейрохирургии и факультетской хирургии Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова. Таким образом, завершился первый этап реконструкции объектов ВМедА, в который было включено девять строений — памятников культурного наследия.

В этот день в академии прошла Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Истоки медицины в столице Российской империи», посвященная 300-летию основания Петром I санкт-петербургских Военно-сухопутного и Адмиралтейского госпиталей.

На мероприятиях присутствовало руководство Главного военно-медицинского управления Минобороны России, командование и ветераны ВМедА, сотрудники и курсанты академии.





© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616-036.86:355

Актуальные проблемы медицинской реабилитации в Вооруженных Силах

ЮДИН В.Е., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, доцент, полковник медицинской службы запаса¹
ШЕГОЛЬКОВ А.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке²
СЫЧЁВ В.В., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса (SVVdoc@yandex.ru)²

¹Филиал № 2 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого, Москва; ²Филиал Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Москва

В Москве 1 апреля 2015 г. на базе института усовершенствования врачей Медицинского учебно-научного клинического центра (МУНКЦ) им. П.В.Мандрыка* состоялась научно-практическая конференция «Актуальные проблемы медицинской реабилитации в Вооруженных Силах Российской Федерации», посвященная 90-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки РФ профессора Л.М.Клячкина.

В работе конференции приняли участие главные и ведущие медицинские специалисты МО РФ, врачи военно-медицинских организаций, ветераны военно-медицинской службы, сотрудники и слушатели института усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В.Мандрыка.

Открывая конференцию, главный терапевт Министерства обороны РФ доктор медицинских наук полковник медицинской службы **Ю.В.Овчинников** подчеркнул, что в настоящее время перед медицинской службой Вооруженных Сил остро стоят задачи по сохранению здоровья и боеспособности военнослужащих, необходимости развития реабилитационного направления военного здравоохранения, первичной и вторичной профилактики заболеваний и травм, а также отметил роль профессора Л.М.Клячки-

на в создании и развитии системы *медицинской реабилитации* (МР) военнослужащих.

С докладом «Современная система медицинской реабилитации в Вооруженных Силах Российской Федерации» выступил главный специалист МО РФ по медицинской реабилитации, начальник Филиала № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого» МО РФ полковник медицинской службы запаса **В.Е.Юдин**. Он отметил, что в Вооруженных Силах сложилась этапная система медицинской реабилитации, включающая госпитальный, амбулаторно-поликлинический и санаторный этапы. В настоящее время МР является неотъемлемой составной частью медицинского обеспечения Вооруженных Сил. Она представляет собой дифференцированную систему лечебно-профилактических мероприятий по восстановлению функционального состояния организма раненых и больных военнослужащих до оптимума боеспособности посредством преемственного и последовательного применения индивидуализированного комплекса медикаментозных, хирургических, физических, психологических, психофизиологических и иммунокорректирующих методов воздействия на функционально или патологически измененные системы организма.

* В наст. вр. — Филиал ВМедА им. С.М.Кирова.



© Д.А.ЗЕМЛЯНИКОВ, Ю.В.ГРАБСКИЙ, 2015
УДК [615.4:355]:614.876

О проведении исследовательского тактико-специального учения по совершенствованию медицинского обеспечения личного состава при ликвидации последствий аварии с ядерными материалами

ЗЕМЛЯНИКОВ Д.А., подполковник медицинской службы (semlyannikov@mail.ru)¹
ГРАБСКИЙ Ю.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы²

¹ 12-е Главное управление Министерства обороны Российской Федерации, Москва; ² 12 ЦНИИ Министерства обороны Российской Федерации, г. Сергиев Посад, Московская область.

Проблема поиска путей повышения эффективности противорадиационной защиты персонала при ликвидации последствий чрезвычайной ситуации (ЛПЧС) на ядерно- и радиационно опасных объектах Минобороны России не теряет своей актуальности. Одним из направлений совершенствования системы предупреждения, реагирования и ЛПЧС на таких объектах является деятельность по повышению эффективности мероприятий медицинского обеспечения персонала, принимающего участие в ЛПЧС.

Исследования по разработке единых подходов и требований к организации и осуществлению медицинского обеспечения работ по ЛПЧС с ядерными материалами (ЯМ) были выполнены в 1999–2002 гг. в рамках реализации федеральной целевой программы. В результате было разработано руководство, которое на сегодня является основным документом Минобороны, регламентирующим медицинское обеспечение мероприятий, используемых и планируемых в целях поддержания готовности к ЛПЧС с ЯМ на различных этапах обращения с ними в соединениях и воинских частях.

Впоследствии произошли существенные изменения системы медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации, коснувшиеся организационной структуры и кадрового состава медицинской службы, в т. ч. на ядерно- и радиационно опасных объектах. Имел

место также прогресс в развитии специализированных средств, позволяющих повысить эффективность оказания медицинской помощи. Поэтому дополнительно исследовались возможности применения и адаптации состава современных медикаментозных средств в целях повышения защищенности личного состава при ЛПЧС с ЯМ. Апробация была проведена в 2013 г. в Мурманской области в рамках специального комплексного учения «Авария-2013».

В соответствии с планом научной работы Вооруженных Сил Российской Федерации в 2013–2015 гг. выполнена комплексная НИР в целях разработки новой редакции руководящего документа по медицинскому обеспечению личного состава при ЛПЧС с ЯМ.

Для определения работоспособности предложенной системы мероприятий медицинского обеспечения в апреле 2015 г. проведена ее практическая апробация в ходе исследовательского тактико-специального учения (ТСУ) в масштабах отдельного соединения 12-го Главного управления Минобороны России. К учению привлекались специалисты 12 ЦНИИ МО РФ, Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Научно-исследовательского испытательного института военной медицины МО РФ, ФГУП НПЦ «Фармзащита» ФМБА России, Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Минздрава России и Территориального центра медицины катастроф Белгородской области.

**Исследовательское тактико-специальное учение
по совершенствованию медицинского обеспечения личного
состава при ликвидации последствий аварии с ядерными
материалами (2015 г.)**





Согласно плану ТСУ отработывались действия *аварийно-спасательных формирований (АСФ)* по ЛПЧС с ЯМ, проведение полной санитарной обработки, оказание первой и первичной медико-санитарной помощи «пострадавшим», вовлеченным в аварию и специалистам АСФ. Оказание первичной медико-санитарной помощи «пострадавшим» с комбинированными поражениями осуществлялось силами филиала госпиталя на 60 коек — структурного подразделения 142-го Военного госпиталя Минобороны России, для чего в районе учения были развернуты пункт медицинской помощи и радиологическое отделение (см. фото на с. 3 обложки).

В ходе ТСУ проведены оценка ответственности предлагаемой системы медицинского обеспечения прогнозируемой обстановке в случае аварии, анализ возможностей использования современных специальных фармакологических средств защиты применительно к типовым ситуациям и масштабам воздействия вредных факторов. Установлено, что структура и состав предлагаемой системы в целом позволяют в достаточном объеме и в приемлемые сроки провести необходимые мероприятия медицинской защиты и оказать медицинскую помощь пострадавшим на догоспитальном этапе.

Вместе с тем выявлены проблемные вопросы в организации действий и техническом оснащении подразделений, осуществляющих медицинское и медико-психологическое обеспечение работ по ЛПЧС. В основном они относятся к уровню оснащенности современными средствами оказания медицинской помощи при радиационных поражениях (с учетом специфики факторов аварии с ЯМ) и мобильными средствами санитарной обработки, уровню подготовки по радиобиологии специалистов войскового звена медицинской службы, а также порядку взаимодействия медицинской службы с подразделениями и учреждениями ФМБА и МЧС России.

Все это обуславливает необходимость учета результатов ТСУ при подготовке новой редакции руководства по медицинскому обеспечению личного состава при ЛПЧС с ЯМ для приведения его в соответствие со сложившейся системой медицинского обеспечения личного состава Вооруженных Сил на мирное время, а также с новой структурой распределения сфер ответственности медицинской службы Вооруженных Сил, ФМБА, МЧС России и Всероссийской службы медицины катастроф при оказании военным служащим специализированной медицинской помощи.

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

<input type="checkbox"/>	За содержание и достоверность сведений в рекламном объявлении ответственность несет рекламодатель.	
<input type="checkbox"/>	Учредитель — Министерство обороны Российской Федерации. Зарегистрирован Министерством печати и информации Российской Федерации. Номер регистрационного свидетельства 01975 от 30.12.1992 г.	
Сдано в набор 18.10.15. Формат 70×108 ¹ / ₁₆ . Усл. печ. л. 8,4. Заказ № 3451-2015.	Печать офсетная. Усл. кр.-отт. 9,8. Тираж 4388 экз.	Подписано к печати 12.11.15. 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		