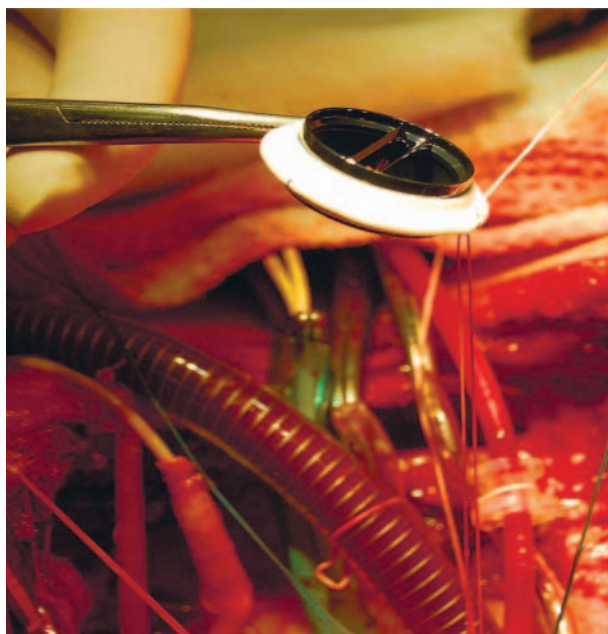


ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ
СССXXXV

*Тот
издается
-192-й*



Военно-медицинский журнал

2014 • № 4



4

АПРЕЛЬ
2014

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*)
Г.В.Дюмин
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
Д.В.Тришкин
А.Я.Фисун
В.Н.Цыган
В.К.Шамрей
А.М.Шелепов

 **РЕДАКЦИОННЫЙ
СОВЕТ:**

С.А.Белякин (Красногорск)
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)
Е.В.Ивченко (С.-Петербург)
Ю.В.Лобзин (С.-Петербург)
И.Б.Максимов (Москва)
И.Г.Мосягин (С.-Петербург)
Э.А.Нечаев (Москва)
С.В.Папко (Ростов-на-Дону)
П.В.Пинчук (Москва)
В.Б.Симоненко (Москва)
И.М.Чиж (Москва)
В.В.Шаппо (Москва)

Адреса редакции:

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

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

Non scholae, sed vitae discimus!

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2014 * АПРЕЛЬ
Т. 335 * № 4

- *Состояние и перспективы развития кардиохирургии в Вооруженных Силах*
- *О применении нового «Комплекта стержневого военно-полевого» при боевых повреждениях опорно-двигательного аппарата*
- *Сокращенное ультразвуковое исследование в хирургии повреждений живота*
- *Роль климатических факторов в формировании заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом*
- *Барокамерные подъемы как метод специального обследования летного состава*
- *Начальный период истории МУНКЦ им. П.В.Мандрыка*
- *Медицинские работы поля боя в вооруженных силах США*

МОСКВА
ОАО «КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»



Организация медицинского обеспечения Вооруженных Сил

Organization of medical support of the Armed Forces

Хубулава Г.Г., Рыжман Н.Н., Овчинников Ю.В., Тыренко В.В., Пелешок А.С. — Современное состояние и перспективы развития кардиохирургии в Вооруженных Силах

4 Khubulova G.G., Ryzhman N.N., Ovchinnikov Yu.V., Tyrenko V.V., Peleshok A.S. — Modern condition and prospects of development of cardiac surgery in the Armed Forces

Виноградов С.Н., Воробьев Е.Г., Шкловский Б.Л. — Понятие «случай амбулаторного лечения» в деятельности военной поликлиники

9 Vinogradov S.N., Vorobev E.G., Shklovskii B.L. — The concept «a case in outpatient treatment» in military polyclinic activity



Медицина экстремальных ситуаций

Medicine of extreme situations

Гайдаш А.А., Ивченко Е.В., Левичев В.В., Денисов А.В. — Структура мембран и физико-механические свойства эритроцитов в ранний период черепно-мозговой травмы, вызванной огнестрельным оружием ограниченного поражения

14 Gaidash A.A., Ivchenko E.V., Levichev V.V., Denisov A.V. — Membranes structure and physical and mechanical erythrocytes properties in the early period of traumatic brain injury caused by less-lethal firearms



Лечебно-профилактические вопросы

Prophylaxis and treatment

Максимов И.Б., Брижань Л.К., Астахов В.Л., Давыдов Д.В., Керимов А.А., Арбузов Ю.В., Варфоломеев Д.И. — О применении нового «Комплекта стержневого военно-полевого» при боевых повреждениях опорно-двигательного аппарата

22 Maksimov I.B., Brizhan L.K., Astashov V.L., Davydov D.V., Kerimov A.A., Arbuзов Yu.V., Varfolomeev D.I. — About the treatment of battlefield injuries of the musculoskeletal system with the help of new «Rod field package»

Самохвалов И.М., Жабин А.В., Гребнев А.Р., Бадалов В.И., Труфанов Г.Е., Суворов В.В. — Сокращенное ультразвуковое исследование в хирургии повреждений живота: методика и возможности клинического применения

30 Samokhvalov I.M., Zhabin A.V., Grebnev A.R., Badalov V.I., Trufanov G.E., Suvorov V.V. — Focused assessment sonography for trauma in surgery for abdominal trauma: methods and the capabilities in clinical use

Сакс Л.А. — Комплексная амбулаторная помощь больным с остеоартрозом и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями околоуставных тканей

36 Saks L. A. — Complex outpatient care to patients with osteoarthritis and degenerative-dystrophic diseases of juxtaarticular soft tissues

Белевич В.Л., Бреднев А.О., Овчинников Д.В. — Применение чрескожной эндоскопической гастростомии для обеспечения длительного энтерального питания

46 Belevich V.L., Brednev A.O., Ovchinnikov D.V. — The use of percutaneous endoscopic gastrostomy for provision of the long-term enteral nutrition



**Эпидемиология
и инфекционные болезни**

**Epidemiology
and infectious diseases**

Калмыков А.А., Корнеев А.Г., Аминев Р.М.,
Косова А.А., Поляков В.С. — **Значимость
отдельных климатических факторов в
формировании заболеваемости гемор-
рагической лихорадкой с почечным син-
дромом населения района дислокации
воинских частей**

50

Kalmykov A.A., Korneev A.G., Aminev R.M.,
Kosova A.A., Polyakov V.S. — **Significance
of the individual climatic factors in hemor-
rhagic fever with renal syndrome morbidi-
ty formation of population in the district
of military units dislocation**



**Авиационная
и военно-морская медицина**

Air and navy medicine

Шишов А.А., Оленев Н.И., Шишкин А.Н.,
Филатов В.Н. — **Барокамерные подь-
емы как метод специального обследо-
вания летного состава государственной
авиации**

54

Shishov A.A., Olenev N.I., Shishkin A.N.,
Filatov V.N. — **Hypobaric chamber as a test
of the aircrew of Russian State aviation**



Краткие сообщения

59

Brief reports



**По страницам зарубежной
медицинской печати**

**From the foreign
medical publications**

Голота А.С., Ивченко Е.В., Крассий А.Б.,
Кувакин В.И., Солдатов Е.А. — **Раз-
работка медицинских роботов поля боя
в вооруженных силах США**

65

Golota A.S., Ivchenko E.V., Krassii A.B., Ku-
vakin V.I., Soldatov E.A. — **Development
of combat medical robots in the US Armed
Forces**



**Из истории
военной медицины**

**From the history
of military medicine**

Симоненко В.Б., Абашин В.Г. — **«1-й тера-
певтический госпиталь Красного Креста»
в годы Гражданской войны**

69

Simonenko V.B., Abashin V.G. — **«1st Thera-
peutic Red Cross Hospital» during the
Civil war**



Официальный отдел

77

Official communications



Лента новостей

21,49,
53,64,
79

News feed



Хроника

83

Chronicle

Уважаемые читатели!

Началась подписка на «Военно-медицинский журнал» на второе полугодие 2014 г.

Сведения об условиях подписки на журнал представлены в Каталоге: газеты, журналы для подписчиков Москвы. — М.: Роспечать, 2014. — С. 98 (индекс 70138).

Для медицинских учреждений Минобороны России, расположенных в Москве, сохраняется возможность использовать индивидуальную и коллективную полугодовые подписки по минимальной (каталожной) цене в корпункте редакции по адресу: Москва, Петровско-Разумовская аллея, д. 12а. Справки по телефону 8 (495) 656-33-41.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК [614.2:002]:355

Современное состояние и перспективы развития кардиохирургии в Вооруженных Силах

ХУБУЛАВА Г.Г., член-корреспондент РАМН, профессор, полковник медицинской службы запаса (ggkh07@rambler.ru)¹
РЫЖМАН Н.Н., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы (ryzhman@mail.ru)¹
ОВЧИННИКОВ Ю.В., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы²
ТЫРЕНКО В.В., профессор, полковник медицинской службы¹
ПЕЛЕШОК А.С., доцент, подполковник медицинской службы¹

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

В статье рассматриваются проблемы оказания кардиохирургической помощи контингентам Министерства обороны РФ. Перспективными направлениями развития кардиохирургической помощи в Вооруженных Силах РФ являются развитие малоинвазивных методов кардиохирургии, современных рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения, электрофизиологических методов диагностики и лечения нарушений ритма и проводимости, внедрение различных видов вспомогательных механических систем поддержки кровообращения при острой и хронической сердечной недостаточности, развитие трансплантологии в кардиохирургии, отработка алгоритма отбора и направления пациентов, требующих оказания кардиохирургической помощи, от первичного войскового медицинского звена до центральных лечебных военных учреждений, создание единого регистра кардиохирургических больных в рамках Вооруженных Сил в целях определения очередности и места их лечения и др.

К л ю ч е в ы е с л о в а: медицинская помощь контингентам Минобороны, лечение заболеваний сердца и сосудов, кардиохирургическая помощь, малоинвазивные методы в кардиохирургии

Khbulava G.G., Ryzhman N.N., Ovchinnikov Yu.V., Tyrenko V.V., Peleshok A.S. — Modern condition and prospects of development of cardiac surgery in the Armed Forces. Authors consider the problem of delivery cardiac surgical care to contingent of the Defence Ministry. Perspective directions of development of cardiac surgery in the Armed Forces of the Russian Federation are the development of minimally invasive cardio surgery, endovascular development of modern methods of diagnosis and treatment, further development of electrophysiological methods for diagnosis and treatment of disorders of rhythm and conduction, the introduction of various kinds of auxiliary mechanical circulatory support systems in acute and chronic heart failure, development of transplantation in cardiac surgery, improvement of algorithm selection and referral of patients requiring cardiac care by providing primary health care to troop central military medical institutions, creating a single register of cardiac patients as part of the Armed Forces in order to determine the order and place of treatment, etc.

К е у в о р д s: medical care contingent Defense Ministry, treatment of diseases of the heart and blood vessels, cardiac surgery, minimally invasive techniques in cardiac surgery.

Показатели смертности населения от заболеваний сердца и сосудов остаются высокими во всем мире, несмотря на успехи профилактической медицины, кардиологии и кардиохирургии. В настоящее время уровень смертности от сердечно-сосудистой патологии в мире составляет от 40 до 60% от диагностированных заболеваний [1–4].

Наиболее высокий показатель заболеваемости населения *ишемической болезнью сердца* (ИБС) в Российской Федерации отмечается в Северо-Западном регионе и составляет 16 890 случаев ежегодно на 100 тыс. населения. В целом по РФ этот показатель колеблется в районе 8000.

По мнению главного кардиохирурга Министерства здравоохранения РФ



ных направлений деятельности кардиохирургической службы МО РФ.

На основании подробно проведенного анализа выявлены основные проблемные вопросы в организации кардиохирургической помощи. К ним относятся, в частности, необходимость восстановления системы отбора и направления пациентов на высокотехнологичные методы лечения, оптимизация работы существующих центров и отделений кардиохирургического профиля, более полное и адекватное использование имеющихся возможностей. Было указано на необходимость развития новых высокотехнологичных методов диагностики и лечения, обновления оборудования, инструментария, регулярных закупок расходного имущества. Отдельно остановились на вопросах подготовки квалифицированных кардиохирургических кадров в военнолечебных учреждениях МО РФ, недостаточном развитии детской кардиохирургии. Обсуждался вопрос о возможной профилизации кардиохирургической помощи в центральных учреждениях МО РФ.

По результатам конференции на уровне ГВМУ МО РФ принято решение об организации оказания кардиохирургической помощи детям военнослужащих на базе Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета МЗ РФ.

Таким образом, перспективными направлениями развития кардиохирургической помощи в Вооруженных Силах Российской Федерации являются:

– развитие малоинвазивных методов кардиохирургии;

– развитие современных рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения, приведение соотношения операций КШ / эндоваскулярные операции к общепринятым показателям;

– использование гибридных технологий и проведение симультанных операций;

– дальнейшее развитие электрофизиологических методов диагностики и лечения нарушений ритма и проводимости;

– внедрение различных видов вспомогательных механических систем поддержки кровообращения при острой и хронической сердечной недостаточности;

– развитие трансплантологии в кардиохирургии;

– взаимодействие с учреждениями здравоохранения по вопросам организации детской кардиохирургической помощи;

– отработка алгоритма отбора и направления пациентов, требующих оказания кардиохирургической помощи, от первичного войскового медицинского звена до центральных военных лечебных учреждений;

– создание единого регистра кардиохирургических больных в рамках ВС РФ в целях определения очередности и места их лечения.

Реализация всего комплекса мероприятий, направленных на улучшение оказания кардиохирургической помощи, позволит сохранить в составе Вооруженных Сил опытных специалистов, улучшить качество жизни пациентов, оказать достойную современную медицинскую помощь военным пенсионерам и членам семей военнослужащих.

Литература

1. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия 2012. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. – М.: НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2012. – 144 с.

2. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г., Стрижакова Л.Л. Перспективы развития сердечно-сосудистой и эндоваскулярной хирургии. Научный центр

сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2007. – № 1. – С. 4–9.

3. Заболеваемость населения России в 2011 году. Статистические материалы. – Ч. 2. – М., 2012. – С. 169.

4. Медико-демографические показатели Российской Федерации за 2010 год. Статистические материалы. – М., 2011. – С. 163.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 614.2:355

Понятие «случай амбулаторного лечения» в деятельности военной поликлиники

ВИНОГРАДОВ С.Н., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса (vinoser@rambler.ru)
ВОРОБЬЕВ Е.Г., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса
ШКЛОВСКИЙ Б.Л., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Обосновывается необходимость перехода военных поликлиник к системе учета и оценки их деятельности по законченным случаям амбулаторного лечения. Данная задача может быть решена только с помощью автоматизации информационно-статистических процессов. На основе анализа данных литературы, требований руководящих документов и результатов наблюдений делается вывод о том, что предварительно следует провести пересмотр (формализацию) существующих понятий медицинской статистики с позиций используемой информационной среды — электронных баз данных. В этом аспекте указываются основные признаки случая амбулаторного лечения, как единицы медико-статистического учета, и формулируется его определение.

К л ю ч е в ы е с л о в а: стационарзамещающие технологии, случай амбулаторного лечения, исход заболевания, автоматизированная информационная система.

Vinogradov S.N., Vorobev E.G., Shklovskii B.L. — The concept «a case in outpatient treatment» in military polyclinic activity. Substantiates the necessity of transition of military polyclinics to the accounting system and evaluation of their activity on the finished cases of outpatient treatment. Only automating data-statistical processes can solve this problem. On the basis of analysis of the literature data, requirements of the guidance documents and observational results concludes that preliminarily should be done revisal (formalisation) of existing concepts of medical statistics from the position of information environment which in use — electronic databases. In this aspect specified the main features of outpatient treatment case as a unit of medical-statistical record, and formulated its definition.

К е у w o r d s: inpatient replacing technologies, a case of outpatient treatment, disease outcome, automatic information system.

Государственной программой Российской Федерации по развитию здравоохранения (2012) предусмотрено дальнейшее активное внедрение *стационарзамещающих технологий* (СЗТ). К ним относятся госпитальное отделение (дневной стационар), межполиклинические дневные стационары (хирургические, гематологические и др.), стационар на дому, стационары дневного пребывания с использованием диагностической базы амбулаторных и стационарных лечебных учреждений [4]. Все эти формы основываются на одном общем для всех стационаров внешнем признаке — койке. Но есть существенное внутреннее отличие, которое заключается в конечных результатах деятельности этих форм оказания медицинской помощи. Чтобы понять их, необходимо внимательно посмотреть на основные показатели, по которым оценивается деятельность лечебных учреждений.

Военно-медицинские организации (ВМО) осуществляют свою деятельность в основном в тех же формах, что и лечебные учреждения гражданского здравоохранения. Все определения, единицы медико-статистического учета, применяемые в ВМО, содержатся в *Указаниях по ведению медицинского учета и отчетности в Вооруженных Силах Российской Федерации на мирное время 2001 г.* (далее — Указания). До настоящего времени данный документ не пересматривался и новые понятия не вводились.

Согласно Указаниям, кроме числа коек, койко-дней и др., для стационарных лечебных учреждений существуют конкретные, так сказать «одушевленные» показатели, которые соответствуют самим целям медицинской деятельности. Прежде всего, это — *число лечившихся больных* [8]. В военных поликлиниках для оценки деятельности подразделений, ведущих



вестного нам вида случаев (госпитализации, временной нетрудоспособности и др.) является длительность, исчисляемая в днях, что предусмотрено документами медицинской отчетности. Для того чтобы определить понятие «случай амбулаторного лечения», фактор времени необходимо учитывать в первую очередь.

2. Так же как и при определении «посещения», совершенно необходимым признаком является регистрация ИС (речь идет о случаях вообще, а не о «законченных» или «незаконченных»).

3. Обязательным является признак одного и того же специалиста, что в свою очередь отвечает законодательному требованию наличия лечащего врача. При этом, сколько бы долго случай ни продолжался, неизменным его условием должны стать несколько посещений с одним и тем же кодом заболевания по МКБ, т. е. серия посещений. Регистрация посещений с одним и тем же кодом заболевания будет соответствовать критерию пациента, который имеет «определенные клинические проявления». При наличии у больного нескольких заболеваний одно из них регистрируется как основное (ведущее), остальные учитываются в качестве сопутствующих или осложненных [8]. В соответствии с этим правилом учет каждого посещения осуществляется по основному заболеванию. Таким образом, каждое посещение может иметь только один код основного заболе-

вания. Каждый специалист может учитывать посещение к нему, присваивая код заболевания только по профилю его специальности. Отсюда следует, что и лечащий врач должен быть только один — по профилю основного заболевания.

4. Чтобы избежать некорректного «СПО», следует обязательно указать на то, что целью посещения является медицинская помощь, а не медицинская профилактика и не медицинская экспертиза. Понятия, связанные с этими направлениями деятельности поликлиник, требуют отдельной формализации.

Теперь, определив основные подлежащие учету признаки «случая амбулаторного лечения», мы сможем определить и само понятие. Итак, «случае амбулаторного лечения» называется период времени, в течение которого информационной системой поликлиники регистрируется серия посещений (не менее двух) с целью получения медицинской помощи пациента с одним и тем же кодом заболевания к одному и тому же специалисту.

Соответственно «законченным случаем амбулаторного лечения» будет случай, по завершении которого информационной системой поликлиники регистрируется исход заболевания.

Сформулированных нами определенных вполне достаточно, чтобы на их основе составить техническое задание для ИС поликлиники.

Литература

1. *Белякин С.А., Виноградов С.Н., Воробьев Е.Г.* Оптимизация работы поликлиники на основе применения информационных технологий // Воен.-мед. журн. — 2010. — Т. 331, № 5. — С. 8–13.
2. *Виноградов С.Н., Белякин С.А., Воробьев Е.Г.* Применение автоматизированной информационной системы для оценки эффективности лечебно-диагностического процесса в условиях поликлиники // Воен.-мед. журн. — 2010. — Т. 331, № 11. — С. 49–50.
3. *Виноградов С.Н., Воробьев Е.Г., Шкловский Б.Л.* Влияние проблем медицинской статистики на создание и функционирование автоматизированной информационной системы в поликлинике // Вестн. Медицинского стомат. ин-та — 2012. — № 4 (23) — С. 10–14.
4. Организация работы военной поликлиники: Метод. указания. — М.: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, 2005. — С. 56–57.
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О введении в действие отраслевого стандарта “Протоко-

лы ведения больных. Общие требования”» от 3.08.1999 г. № 303.

6. Письмо Министерства здравоохранения СССР «О введении в практику работы амбулаторно-поликлинических учреждений новой системы учета деятельности врачей и регистрации заболеваний, выявленных при обращаемости за медицинской помощью» от 2.10.1989 г. № 02-14/66-14.

7. Письмо Минздрава России от 20.12.2012 г. № 14-6/10/2-5305 «О направлении рекомендаций “Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп болезней (КСГ)”».

8. Указания по ведению медицинского учета и отчетности в Вооруженных Силах Российской Федерации на мирное время. — М.: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, 2001. — С. 10.

9. *Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э.* Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. — М.: Медиа Сфера, 1998. — 106 с.

10. Эпидемиологический словарь / Под ред. *Дж.М.Ласта.* — М., 2009. — 203 с.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 615-387-012

Структура мембран и физико-механические свойства эритроцитов в ранний период черепно-мозговой травмы, вызванной огнестрельным оружием ограниченного поражения

ГАЙДАШ А.А., доктор медицинских наук (jack200@ngs.ru)¹
ИВЧЕНКО Е.В., доцент, подполковник медицинской службы¹
ЛЕВИЧЕВ В.В., кандидат физико-математических наук, доцент²
ДЕНИСОВ А.В., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы¹

¹Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ²Университет информационных технологий, механики и оптики, Санкт-Петербург

Методами атомно-силовой микроскопии и морфометрии изучены эритроциты в динамике раннего периода черепно-мозговой травмы, вызванной огнестрельным оружием ограниченного поражения. Эксперименты выполнены на баранах с помощью однократного выстрела в теменно-затылочную область из пистолета «Макарыч». Установлено, что под воздействием ударных волн усиливаются осциллирующие колебания эритроцитарных дисков (фликкер) и трансмембранной жидкости. Колебания быстро затухают, а энергию ударных волн акцептируют липопротеиды цитоплазматических мембран. В результате ускоряются фазовые переходы в интерфейсах «липид-белок». Мембраны подвергаются неоднородным структурным и физико-механическим преобразованиям, характер которых определяется направленностью фазовых переходов. В местах накопления жидких кластеров фосфолипидов повышается текучесть, и возникают риски, обусловленные расслоением и расползанием мембран. В местах концентрирования твердых фаз фосфолипидов поверхности гидрофобизируются и возникают риски, обусловленные локальным охрупчением и ломкостью мембран. В связи с неравномерным распространением процессов деформации усиливается неоднородность гидродинамических потоков трансмембранной жидкости. При ускорении течений появляются дефекты по типу гидродинамических разрывов. При замедлении – появляются впадины, эволюционирующие по механизму «ползучих» эрозий.

К л ю ч е в ы е с л о в а: атомно-силовой микроскоп, эритроциты, травма головы, огнестрельное оружие ограниченного поражения, фликкерные колебания, мембраны, фазовые переходы липопротеидов, микророзии.

Gaidash A.A., Ivchenko E.V., Levichev V.V., Denisov A.V. – Membranes structure and physical and mechanical erythrocytes properties in the early period of traumatic brain injury caused by less-lethal firearms. The dynamics of erythrocytes properties in the acute phase of traumatic brain injury caused by less-lethal firearms has been studied by the methods of atomic force and morphometry. The experiments have been performed on sheep by a Makarych pistol single shot at the parieto-occipital area. It has been established that under the influence of the shock waves the erythrocyte disks and transmembrane liquid oscillatory fluctuations (flicker) are increased. The fluctuations are rapidly attenuated and the shock waves energy is accepted by cytoplasmic membranes lipoproteids. As a result the interface «lipid-protein» phase transitions are hastened. The membranes undergo heterogeneous structural, physical and mechanical transformations the character of which is determined by the phase transitions direction. In the spots of phospholipid liquid clusters accumulation the fluidity is increased and marks caused by membranes lamination and spreading appear. In the spots of phospholipids solid phase the surfaces become hydrophobic and marks caused by membranes local embrittlement and fragility appear. The transmembrane fluid hydrodynamic flows heterogeneity is increased due to deformation processes irregular spreading. The flows acceleration causes the hydrodynamic ruptures-like defects. The flows deceleration results in depressions evolving through the mechanism of «creeping» erosions.

К е у в о р д с: atomic force microscopy, flickering fluctuation, flickering oscillation, erythrocyte membrane, erythrocytes, less-lethal firearms, microerosions, lipoproteids phase transitions, traumatic brain injury.



поверхностью, наоборот, замедляются. В результате формируются деформационные структуры по механизму гидродинамических разрывов и «ползучих» эрозий. Учитывая универсальность организации клеточных мембран, можно с уверенностью сказать, что вышеперечисленные изменения в циркулирующих эритроцитах есть проявление системных

цитопатических эффектов ударных волн.

Таким образом, в ранний период черепно-мозговой травмы, вызванной огнестрельным оружием ограниченного поражения, возникают системные риски, обусловленные деформацией клеточных мембран, усилением агрегационных взаимодействий и активацией апоптоза.

Литература

1. Антонов В.Ф., Смирнова Е.Ю., Шевченко Е.В. Липидные мембраны при фазовых превращениях. — М.: Наука, 1992. — 125 с.
2. Гленсдорф П., Пригожин И. Термодинамическая теория структуры, устойчивости и флуктуаций. — М.: Мир, 1973. — 215 с.
3. Кононенко В.Л. Фликкер эритроцитов. 1. Теоретические модели и методы регистрации // Биологические мембраны. — 2009. — № 5 (26). — С. 352–369.
4. Крель А.А., Гринфельдт М.Г., Смилгвичус А.Д., Левин С.В. Быстрые локальные колебания поверхности эритроцита человека // Цитология. — 1989. — № 5 (31). — С. 563–567.
5. Куницын В.Г., Поляков Л.М. Некоторые механизмы взаимодействия гидрокортизона с липопротеинами высокой плотности // Бюлл. сибирского отделения РАМН. — 1998. — № 3. — С. 354–432.
6. Лайтхилл Дж. Волны в жидкостях: Пер. с англ. — М.: Наука, 1981. — 345 с.
7. Миронов В.Л. Основы сканирующей

зондовой микроскопии. — М.: Техносфера, 2004. — 144 с.

8. Скоркина М.Ю., Федорова М.З., Забияков Н.А., Сладкова Е.А. Методика оценки морфометрических параметров нативных клеток крови с использованием атомно-силовой микроскопии // Бюлл. экспер. биол. и мед. — 2010. — № 8 (150). — С. 238–240.

9. Сумм Б.Д., Горюнов Ю.В. Физико-химические основы смачивания и растекания. — М., 1976. — 125 с.

10. Ebner A., Schillers H., Hinterdorfer P. Normal and pathological erythrocytes studied by atomic force microscopy // Methods Mol. Biol. — 2011. — N 736. — P. 223–241.

11. Peterson M.A., Strey H., Sackmann E. Theoretical and phase contrast microscopic eigenmode analysis of erythrocyte flicker: amplitudes // J. Phys. II France. — 1992. — Vol. 2, N 5. — P. 1273.

12. Susan L.F., Cookson B.T. Apoptosis, pyroptosis, and necrosis: Mechanistic description of dead and dying eukaryotic cells // Infect. Immunity. — 2005. — Vol. 73, N 4. — P. 1907–1916.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В Абхазии началось тактико-специальное учение с медицинским подразделением российской военной базы Южного военного округа (ЮВО). К учебным мероприятиям привлечено более 100 военнослужащих и около 30 единиц военной техники.

По замыслу учения, военным медикам предстоит совершить 100-километровый марш в район условных боевых действий, который находится в горной части Республики Абхазия. В условиях, приближенных к боевым, военнослужащие выполняют специальные нормативы по развертыванию полевого госпиталя, отрабатывают учебно-боевые задачи по розыску и эвакуации условно раненых, в т. ч. из боевых машин, оказанию им экстренной медицинской помощи.

Впервые к созданию обстановки современного общевойскового боя будет привлечено мотострелковое подразделение военной базы ЮВО. Передвигаясь на бронетранспортерах, используя холостые боеприпасы и имитационные мины, военнослужащие будут вести огонь из пулеметов, автоматов, совершать подрывы мин для создания реальной картины боя.

В ходе учения особое внимание уделяется освоению новейших средств фиксации и транспортировки пострадавших, которые входят в состав ранца специального РС-05, поступившего в военную базу в рамках программы по переоснащению войск Южного военного округа.

Пресс-служба Южного военного округа, 10 апреля 2014 г.
http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11916503@egNews



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.71-001.5-089.84

Применение нового «Комплекта стержневого военно-полевого» при боевых повреждениях опорно-двигательного аппарата

МАКСИМОВ И.Б., заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, профессор,
генерал-майор медицинской службы¹
БРИЖАНЬ Л.К., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы²
АСТАШОВ В.Л., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы²
ДАВЫДОВ Д.В., доктор медицинских наук, майор медицинской службы¹
КЕРИМОВ А.А., подполковник медицинской службы (kerartur@yandex.ru)¹
АРБУЗОВ Ю.В., подполковник медицинской службы запаса¹
ВАРФОЛОМЕЕВ Д.И.¹

¹Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва; ²Институт усовершенствования врачей ФКУ «Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В.Мандрыка», Москва

В современных вооруженных конфликтах повреждения конечностей выходят на первое место, составляя более 60% от всех ранений. Основными мероприятиями противошоковой терапии являются: скорейшее обезболивание, остановка кровотечения, репозиция отломков костей и фиксация их в физиологическом положении. В центре травматологии и ортопедии Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко совместно с кафедрой военно-полевой хирургии Медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В.Мандрыка был проведен анализ наиболее эффективных отечественных и зарубежных аппаратов внешней фиксации и разработан «Комплект стержневой военно-полевой» (КСВП). Настоящее исследование состояло из 2 этапов. На первом (аналитическом) этапе работы были сформулированы требования к «идеальному» стержневому военно-полевому аппарату внешней фиксации. На втором (экспериментальном) этапе были проведены исследования аппарата с использованием пластиковых моделей трубчатых костей. Проведенный анализ показал, что комплект легко и быстро накладывается, имеет небольшую массу, возможности по трехмерной репозиции отломков и их фиксации, является максимально рентгенопрозрачным. Внедрение подобного комплекта в клиническую практику оказания неотложной хирургической помощи в военно-полевых условиях может значимо улучшить результаты лечения раненых и пострадавших.

К л ю ч е в ы е с л о в а: аппарат внешней фиксации, комплект стержневой военно-полевой, военно-полевая хирургия, противошоковая терапия, повреждения конечностей.

Maksimov I.B., Brizhan L.K., Astashov V.L., Davydov D.V., Kerimov A.A., Arbuzov Yu.V., Varfolomeev D.I. – About the treatment of battlefield injuries of the musculoskeletal system with the help of new «Rod field package». Injuries of the musculoskeletal system are at 60% of all battlefield injuries and take first place in modern military conflicts. The main antishock measures are: pain management, emergency bleeding control, bone fragment positioning and fracture fixation. Specialist of the centre of traumatology and orthopaedics of the Burdenko General Military Clinical Hospital in cooperation with specialists of department of battlefield surgery of Mandryka Clinical Research and Training Medical Centre analysed the most effective domestic and foreign external fixators and developed «Rod field package» (RFP). The above mentioned researched had two stages. On the first (analytical) stage specialists formulated requirements for «ideal» rod field external fixator. On the second (experimental) stage tests with the help of plastic models of long bones were carried out. The performed analysis showed, that installation of the external fixator is easy and fast, the external fixator is light and has capabilities for 3D bone fragment positioning and fracture fixation, the external fixator is radiotransparent. Implementation of this package into the clinical practice of delivery of battlefield emergency surgical care may improve results of treatment.

К е y w o r d s: external fixator, rod field package, field surgery, antishock therapy, extremity trauma.



Рис. 1. Основные узлы «Комплекта стержневого военно-полевого» (КСВП): 1 – комплект стекловолоконных штанг длиной 200, 250 и 300 мм; 2 – универсальные соединительные узлы; 3 – самонарезающиеся костные стержни, D 5 мм; 4 – троакар для кожи и мягких тканей; 5 – Т-образная ручка для установки стержней – гаечный ключ 11 мм; 6 – чемодан с силовым оборудованием (дрель, запасный аккумулятор, зарядное устройство)



Рис. 2. КСВП в походном положении (а) и в сборе на модели бедренной кости (б)

К статье: Максимов И.Б., Брижань Л.К., Астахов В.Л., Давыдов Д.В., Керимов А.А., Арбузов Ю.В., Варфоломеев Д.И. – О применении нового «Комплекта стержневого военно-полевого» при боевых повреждениях опорно-двигательного аппарата



окончательная фиксация позвоночника – удаление тела разрушенного 3 поясничного позвонка и установка вместо него межпозвонкового кейджа (рис. 9, 10).

В послеоперационный период больной был активизирован на 2-е сутки после операции: начал присаживаться в кровати, ходить при помощи костылей с частичной нагрузкой на левую ногу на 4-е сутки.

Таким образом, по исследованным параметрам аппарат КСВП имеет оче-

видные положительные качества. Разработанный комплект легко и быстро накладывается, имеет небольшую массу, возможности по трехмерной репозиции отломков и их фиксации, является максимально рентгенопрозрачным. Внедрение подобного комплекта в клиническую практику оказания неотложной хирургической помощи в военно-полевых условиях может значительно улучшить результаты лечения раненых и пострадавших.

Литература

1. *Бобровский Н.Г.* Лечение переломов длинных костей при тяжелых сочетанных травмах универсальными стержневыми аппаратами комплекта КСТ-1: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 1996.
2. *Вишневский А.А., Шрайбер М.И.* Военно-полевая хирургия: Руководство для врачей и студентов. – М.: Медицина, 1968. – 322 с.
3. Военно-полевая хирургия: национальное руководство / Под ред. *И.Ю.Быкова, Н.А.Ефименко, Е.К.Гуманенко.* – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 816 с.
4. Военно-полевая хирургия / Под ред. *П.Г.Брюсова, Э.А.Нечаева.* – М.: ГЭОТАР, 1996. – 415 с.

5. *Гуманенко Е.К.* Военно-полевая хирургия: Учебник. – СПб: Фолиант, 2004. – 464 с.
6. Травматология: национальное руководство / Под ред. *Г.П.Котельникова, С.П.Мироснова.* – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 808 с.
7. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.stryker.com.br/arquivos/Hoffmann%20I%20-%20Large%20-%20Technical%20Guide.pdf/> (дата обращения 15.01.2014).
8. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://synthes.vo.llnwd.net/o16/LLNWMB8/INT%20Mobile/Synthes%20International/KYO/Trauma/PDFs/036.000.237.pdf/> (дата обращения 15.01.2014).
9. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.zimmer.com/en-US/hcp/trauma/product/xtrafix-external-fixation.jsp/> (дата обращения 27.02.2014).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 617.55-06-089-073.43

Сокращенное ультразвуковое исследование в хирургии повреждений живота: методика и возможности клинического применения

САМОХВАЛОВ И.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса (igor-satokhvalov@mail.ru)
ЖАБИН А.В., капитан медицинской службы
ГРЕБНЕВ А.Р., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы
БАДАЛОВ В.И., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы
ТРУФАНОВ Г.Е., профессор, полковник медицинской службы запаса
СУВОРОВ В.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

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

При тяжелой травме живота быструю и точную диагностику повреждений и выявление источника внутреннего кровотечения обеспечивает ультразвуковое исследование. Его применение в травмоцентрах 2–3 уровней, в чрезвычайных ситуациях, а также в военно-полевых условиях возможно при выполнении по методике исследования в сокращенном объеме.

В статье дан сравнительный анализ результатов применения традиционных методов и сокращенной ультразвуковой диагностики травм живота у 56 пострадавших. Сделан вывод, что сокращенное ультразвуковое исследование является доступным, мобильным, быстрым и точным многократно повторяемым методом диагностики.

Ключевые слова: травмы живота, диагностика травм живота, лапароцентез, диагностический перитонеальный лаваж, сокращенное ультразвуковое исследование.



Samokhvalov I.M., Zhabin A.V., Grebnev A.R., Badalov V.I., Trufanov G.E., Suvorov V.V. — Focused ultrasound survey in surgery for abdominal trauma: methods and the capabilities in clinical use. In severe abdominal trauma ultrasound provides fast and accurate diagnostics of damages and detect the source of internal bleeding. In the absence of trained professionals (in injury care centre of 2–3rd levels, In emergency situations) it is possible to use by the method of research in the reduced volume.

The article presents a comparative analysis of the use of traditional methods and reduced ultrasound diagnostics of abdominal injuries on 56 victims. Concluded that reduced ultrasound is affordable, mobile, fast and accurate method of diagnosis, allowing to use it repeatedly.

Key words: abdominal trauma, abdominal trauma diagnosis, celiocentesis, diagnostic peritoneal lavage, abbreviated ultrasound.

Ключевым элементом в лечении пострадавших с тяжелой травмой является быстрая точная диагностика повреждений и источника внутреннего кровотечения. Лапароцентез (либо мини-лапаротомия) и *диагностический перитонеальный лаваж* (ДПЛ) — наиболее распространенные методы хирургической диагностики повреждений живота, которые используются в травмоцентрах [1]. Однако они обладают существенными недостатками — инвазивностью, необходимостью выполнения в условиях операционной, возможностью ятрогенных повреждений и т. д.

Этих недостатков лишено *ультразвуковое исследование* (УЗИ) — быстрый, надежный, многократно повторяемый в динамике метод диагностики. Ограничивает его применение необходимость постоянного наличия подготовленного специалиста, что зачастую невозможно в травмоцентрах 2–3 уровней, в чрезвычайных ситуациях, а также в военно-полевых условиях. Решением проблемы является выполнение УЗИ в сокращенном объеме врачами, не являющимися специалистами в этой области.

Целью сокращенного УЗИ при травме является выявление свободной жидкости в брюшной и перикардиальной полостях. За рубежом данная техника, известная под аббревиатурой FAST (от англ. *focused assessment sonography for trauma*), получила широкое распространение и в настоящее время используется как обязательный диагностический прием первой линии у пострадавших с травмой, сопровождающейся гемодинамической нестабильностью [2].

Диагностический поиск у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в первую очередь направлен на исключение продолжающегося внутреннего крово-

течения как одного из ведущих жизнеугрожающих последствий травмы. При этом обследование может быть затруднено ввиду тяжести состояния, нарушения сознания, дефицита времени, сложностей обстановки.

Высокочувствительный и проверенный временем метод лапароцентеза и ДПЛ является инвазивным, сопряжен с трудностями и осложнениями. К тому же «излишне» высокая чувствительность метода (для положительного результата достаточно наличия в брюшной полости около 20 мл крови на 800 мл лаважной жидкости) приводит к выполнению эксплоративных лапаротомий в 13–25% случаев [8]. Существующая тенденция к неоперативному лечению повреждений печени и селезенки также снижает ценность метода ДПЛ. *Спиральная компьютерная томография* (СКТ) является эффективным методом диагностики закрытой травмы живота и незаменима при выявлении повреждений забрюшинных органов, определении степени тяжести повреждений паренхиматозных органов. Однако ее выполнение в большинстве случаев сопряжено с дополнительной транспортировкой, невозможной при нестабильном состоянии пострадавшего, и с увеличением затрачиваемого на диагностику времени.

Сокращенное УЗИ при травме (FAST-исследование) в странах Европы и Северной Америки входит в стандарт обследования пострадавших как скрининговый диагностический метод. Он рассматривается в качестве идеального способа первичной диагностики при тяжелых повреждениях, реализуемый даже в ходе проведения реанимационных мероприятий [5]. Показано, что чувствительность и специфичность метода достаточно высоки и составляют от 86 до 99% [6, 9, 12].



Из 14 пострадавших с отрицательными результатами сокращенного УЗИ по данным последовавшего лапароцентеза в 4 случаях потребовалось хирургическое лечение. В 2 наблюдениях была выполнена лапароскопия, при которой в одном случае повреждений не выявлено, в другом — диагностированы разрывы печени и селезенки 1-й степени. Еще 2 пострадавшим произведена лапаротомия, в обоих случаях выявлены повреждения печени 1–2-й степени, которые не сопровождались кровотечением и могли лечиться консервативно. Таким образом, только у 3 из 17 обследованных пострадавших результаты сокращенного УЗИ могли трактоваться как «ложноотрицательные», что составило 17,6%. Однако во всех этих трех случаях повреждения живота оказались минимальными и, по современным представлениям, подлежали консервативному лечению.

Продолжительность сокращенного УЗИ живота в зависимости от конституции и качества визуализации составляла в период освоения методики 5–7 мин, а в дальнейшем не превышала 2–4 мин, составляя в среднем $4,25 \pm 2,0$ мин (от 2 до 9 мин).

Чтобы установить, какие минимальные объемы жидкости возможно выявить при сокращенном УЗИ живота, были проведены экспериментальные исследования. Установлено, что средний объем жидкости в пространстве Моррисона составил $190,0 \pm 22,3$, в селезеночно-почечном пространстве — $250,0 \pm 35,3$, в малом тазу — $430,0 \pm 27,4$ мл.

В целом средний минимальный объем жидкости в брюшной полости составил $296,6 \pm 13,6$ мл. Следовательно, сокращенное УЗИ живота при травме (FAST-исследование) позволяет выявить наличие свободной жидкости в брюшной полости только при ее количестве более 150–200 мл.

Таким образом, применение сокращенного УЗИ в хирургии повреждений

является эффективным скрининговым диагностическим приемом, однако его использование не исключает применения других диагностических методов. Отрицательный результат сокращенного УЗИ может явиться основанием для отказа от дальнейшей диагностики только при отсутствии клинических признаков травмы живота и стабильной гемодинамике (при необходимости УЗИ выполняют повторно). Во всех остальных случаях отрицательный результат сокращенного УЗИ не исключает наличия повреждений живота, что требует применения других методов исследования.

ВЫВОДЫ

1. Сокращенное УЗИ является доступным, мобильным, неинвазивным, быстрым и точным, не требующим дополнительных условий, многократно повторяемым, эффективным методом диагностики травмы живота.

2. Лапароцентез (минилапаротомия) и диагностический перитонеальный лаваж — инвазивные процедуры со сроками получения диагностической информации в среднем $12,6 \pm 4$ мин (от 5 до 25 мин). Продолжительность сокращенного УЗИ живота в зависимости от конституции пострадавшего не превышает 2–4 мин, в среднем $4,25 \pm 2,0$ мин (от 2 до 9 мин).

3. Повреждения живота, сопровождающиеся малым объемом гемоперитонеума, могут быть не диагностированы методом сокращенного УЗИ.

4. Отрицательный результат сокращенного УЗИ является основанием для отказа от дальнейшей диагностики только при отсутствии клинических признаков травмы живота и стабильной гемодинамике. Во всех остальных случаях отрицательный результат УЗИ не исключает наличия повреждений живота, что требует применения других методов исследования.

Литература

1. Ефименко Н.А., Ерюхин И.А., Самохвалов И.М. и др. Ранения и травмы живота / Военно-полевая хирургия: Нац. рук-во / Под ред.

И.Ю.Быкова, Н.А.Ефименко, Е.К.Гуманенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 816 с.

2. Нобль В.Е., Нельсон Б., Сутинго А.Б. УЗИ при неотложных и критических состояниях: Пер. с англ. — М.: Мед. лит.-ра. — 2009. — 227 с.



3. Akhtar S., Theodoro D., Gaspari R. et al. Resident training in emergency ultrasound: consensus recommendations from the 2008 Council of Emergency Medicine Residency Directors conference // Acad. Emerg. Med. – 2009. – Vol. 16, Suppl. 2. – P. 32–36.
4. Brooks A., Price V., Simms M. FAST on operational military deployment // Emerg. Med. J. – 2005. – Vol. 22, N 4. – P. 263–265.
5. Dente C., Rozycki G. Surgeon-performed ultrasound in acute care surgery // Trauma, Seventh Ed. – MCH Medical Companies, 2013. – P. 301–322.
6. Dolich M., McKenney M., Varela J. et al. 2576 ultrasounds for blunt abdominal trauma // J. Trauma. – 2001. – Vol. 50, N 1. – P. 108–112.
7. Harrison B. Ultrasound in Combat Trauma / Front line surgery. – N. Y.: Springer Science, 2011. – P. 67–81.
8. Henneman P.L., Marx J.A., Moore E.E. et al. Diagnostic peritoneal lavage: accuracy in predicting necessary laparotomy following blunt and penetrating trauma // J. Trauma – 1990. – Vol. 30, N 11. – P. 1345–1355.
9. Hsu J., Joseph A., Tarlinton L. et al. The accuracy of focused assessment with sonography in trauma (FAST) in blunt trauma patients: experience of an Australian major trauma service // Injury, Int. J. Care Injured – 2007. – Vol. 38, N 1. – P. 71–75.
10. Kirkpatrick A., Sirois M., Laupland K. et al. Hand-held thoracic sonography for detecting post-traumatic pneumothoraces: the Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma (EFAST) // J. Trauma. – 2004. – Vol. 57, N 2. – P. 288–295.
11. Knudson M., Sisley A. Training Residents Using Simulation Technology: Experience with Ultrasound for Trauma // J. Trauma – 2000. – Vol. 48, N 4. – P. 659–665.
12. Melniker L. The value of focused assessment with sonography in trauma examination for the need for operative intervention in blunt torso trauma; a rebuttal to «emergency ultrasound-based algorithms for diagnosing blunt abdominal trauma (review)», from the Cochrane Collaboration // Crit. Ultrasound J. – 2009. – Vol. 21, N 1. – P. 73–84.
13. Nandipati K., Allamaneni S., Kakarla R. et al. Extended focused assessment with sonography for trauma (EFAST) in the diagnosis of pneumothorax: experience at a community based level I trauma center // Injury. – 2011. – Vol. 42, N 5. – P. 511–514.

© Л.А.САКС, 2014

УДК 616.728.2-007.24-073.43-0

Комплексная амбулаторная помощь больным с остеоартрозом и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями околосуставных тканей

САКС Л.А., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке (lsaks_leonid@mail.ru)

Городская поликлиника № 14, г. Рязань

Целью работы являлась оценка эффективности комплексной амбулаторной хирургической помощи больным с остеоартрозом и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями околосуставных тканей. Исследования показали, что ключевым звеном в патогенезе заболеваний являлись дегенеративно-дистрофические и воспалительные изменения в синовиально-энтезальном комплексе сухожилий околосуставных мышц. При последовательном сочетании применения кортикостероидов и гиалуроновой кислоты в комплексном лечении 411 пациентов с остеоартрозом 531 крупных суставов и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями периартикулярных тканей в 84% случаев получены положительные результаты.

К л ю ч е в ы е с л о в а: амбулаторная хирургическая помощь, остеоартроз, кортикостероиды, гиалуроновая кислота.

Saks L.A. – Complex outpatient care to patients with osteoarthritis and degenerative-dystrophic diseases of juxtaarticular soft tissues. The aim of the article is an evaluation of effectiveness of the complex outpatient care to patients with osteoarthritis and degenerative-dystrophic diseases of juxtaarticular soft tissues. Recent researches showed that the key factors of the pathogenesis of diseases were degenerative-dystrophic and inflammatory changes in the synovio-entheseal complex of paraarticular muscles' tendon. 411 patients with osteoarthritis of 531 synovial joints and degenerative-dystrophic diseases of periarticular soft tissues underwent sequential corticosteroid therapy combined with hyaluronic acid injections. In 84% of cases positive results were observed.

К е y w o r d s: outpatient surgical care, osteoarthritis, corticosteroids, hyaluronic acid.



В Ы В О Д Ы

1. Остеоартроз – многофакторное заболевание, сопровождающееся воспалением и дистрофическими изменениями всех суставных тканей (хрящ, субхондральная кость, синовиальная оболочка, капсула, околосуставные ткани). Ключевым звеном в патогенезе ОА и ДДЗ околосуставных тканей является нарушение равновесия баланса анаболических и катаболических процессов в суставных тканях, вызванных системными и местными факторами.

2. Комплексная амбулаторная хирургическая помощь больным ОА включает проведение системной и локальной инъекционной фармакотерапии, выполнение хирургических манипуляций и ортопедического пособия, физиотерапевтического лечения, системной ЛФК и реабилитацию пациентов. Внутрисуставное введение высокомолекулярной гиалуроновой кислоты – инновационный, эффективный метод безоперационного лечения ОА I–III стадии.

3. Для обоснования оптимальной стратегии консервативного лечения и прогнозирования течения ОА необходимы дальнейшие научные исследования прогностических факторов, клинических проявлений, продолжительности симптомов, определения показаний для оперативного лечения и сроков его проведения, уточнения и стандартизации программ системной и локальной фармакотерапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и реабилитации.

4. Мультифакторная этиология и коморбидность течения ОА требуют междисциплинарного интегрированного подхода при лечении пациентов с участием медицинских работников различных специальностей. Для оказания специализированной высокотехнологичной амбулаторной помощи больным ОА целесообразно создание новых организационных форм амбулаторных лечебных учреждений – межполиклинических (межрайонных) центров лечения пациентов с остеоартрозом.

Литература

1. Алексеева Л.И., Шаранова Е.П., Зайцева Е.М. и др. Результаты многоцентрового годовичного исследования препарата Дьюралан // Журн. эффективная фармакотерапия. – 2011. – № 1. – С. 50–57.

2. Казимирко В.К., Коваленко В.Н., Флегонтова В.В. Инволюционный остеоартроз и остеопороз // Донецк, 2011. – С. 122–129.

3. Наумов А.В., Шамуилова М.М. Остеоартрит – стратегия решений: взгляд с высоты современных знаний // Consilium medicum. – 2012. – Т. 14, № 2. – С. 81–85.

4. Оганесян О. В., Семенова Л.А., Хапилин А.П. и др. Применение препаратов гиалуроновой кислоты для лечения остеоартроза // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. – 2007. – № 2. – С. 41–45.

5. Сакс Л.А., Юдин В.А., Швецов В.В. Амбулаторная хирургическая помощь при болях в плече. Новые аспекты патогенеза и лечения // Журн. «Вестн. Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова». – 2013. – Т. 8, № 1. – С. 46–51.

6. Сакс Л.А., Юдин В.А., Швецов В.В. Внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты в комплексном лечении коксартроза // Журн. «Вестн. Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова». – 2013. – Т. 8, № 1. – С. 43–45.

7. Сакс Л.А., Юдин В.А., Швецов В.В. Пути повышения эффективности профилактики и лечения посттравматического остеоартроза // Воен.-мед. журн. – 2013. – Т. 334, № 3. – С. 57–59.

8. Сакс Л.А., Юдин В.А., Швецов В.В., Жучков А.В. Внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты при амбулаторном лечении гонартроза // Моск. хирургический журн. – 2009. – № 4. – С. 28–30.

9. Сакс Л.А., Юдин В.А., Швецов В.В., Трифонова Н.П. Краткосрочная локальная инъекционная терапия остеоартроза глюкокортикоидами // Моск. хирургический журн. – 2011. – № 4. – С. 31–35.

10. Сакс Л.А., Юдин В.А., Швецов В.В. Эффективность внутрисуставного введения гиалуроновой кислоты в комплексном лечении остеоартроза плечевого сустава (омартроза) // Моск. хирургический журн. – 2012. – № 5. – С. 5–8.

11. Чичасова Н.В., Мендель О.И., Насонов Е.Л. Остеоартроз – как общетерапевтическая проблема // Рус. мед. журн. – 2010. – № 11. – С. 729.

12. Ashraf S., Mapp P.I., Walsh D.A. Contributions of angiogenesis to inflammation, joint damage, and pain in a rat model of osteoarthritis // Arthritis and Rheumatism. – 2011. – Vol. 63, N 9. – P. 2700–2710.

13. Baker J.F., Walsh P., Mulhall K.J. Statins: a potential role in the management of osteoarthritis? // Joint Bone Spine. – 2011. – Vol. 78, N 1. – P. 31–34.



14. Brandt K.D., Mazuca S.A., Katz B.P. et al. Effects of doxycycline on progression of osteoarthritis: results of a randomized, placebo-controlled, double-blind trial // *Arthritis and Rheumatism*. – 2005. – Vol. 52, № 7. – P. 2015–2025.
15. Buckland-Wright C. Subchondral bone changes in hand and knee osteoarthritis detected by radiography // *Osteoarthritis and Cartilage*. – 2004. – Vol. 12. – P. 10–19.
16. Cairns D.M., Lee P.G., Uchimura T. et al. The role of muscle cells in regulating cartilage matrix production // *Journal of Orthopaedic Research*. – 2010. – Vol. 28, N 4. – P. 529–536.
17. Cairns D.M., Uchimura T., Kwon H. et al. Muscle cells enhance resistance to pro-inflammatory cytokine-induced cartilage destruction // *Biochemical and Biophysical Research Communications*. – 2010. – Vol. 392, N 1. – P. 22–28.
18. Campo G.M., Avenoso A., Campo S. et al. Molecular size hyaluronan differently modulates toll-like receptor-4 in LPS-induced inflammation in mouse chondrocytes // *Biochemie*. – 2010. – Vol. 92, N 2. – P. 204–215.
19. Campo G.M., Avenoso A., D'Ascola A. et al. Adenosine A2A receptor activation and hyaluronan fragment inhibition reduce inflammation in mouse articular chondrocytes stimulated with interleukin-1 β // *FEBS J*. – 2012. – Vol. 279, N 12. – P. 2120–2133.
20. Campo G.M., Avenoso A., Nastasi G. et al. Hyaluronan reduces inflammation in experimental arthritis by modulating TLR-2 and TLR-4 cartilage expression // *Biochimica et Biophysica Acta – Molecular Basis of Disease*. – 2011. – Vol. 1812, N 9. – P. 1170–1181.
21. Chuckpaiwong B., Charles H.C., Kraus V.B. Age-associated increases in the size of the infrapatellar fat pad in knee osteoarthritis as measured by 3T MRI // *Journal of Orthopaedic Research*. – 2010. – Vol. 28, N 9. – P. 1149–1154.
22. Gigante A., Callegari L. The role of intra-articular hyaluronan (Sinovial) in the treatment of osteoarthritis // *Rheumatology International*. – 2011. – Vol. 31, N 4. – P. 427–444.
23. Hunter D.J. Pharmacologic therapy for osteoarthritis—the era of disease modification // *Nature Reviews Rheumatology*. – 2011. – Vol. 7, N 1. – P. 13–16.
24. Hu P.F., Bao J.P., Wu L.D. The emerging role of adipokines in osteoarthritis: a narrative review // *Molecular Biology Reports*. – 2011. – Vol. 38, N 2. – P. 873–878.
25. Kempson G.E. Age-related changes in strength characteristics of human articular cartilage: a comparative study of the femoral head of the hip joint and the talus of the ankle joint // *Biochem. Biophys. Acta*. – 1991. – Vol. 1075, N 3. – P. 223–230.
26. Koenders M.I., Marijnissen R.J., Devesa I. et al. Tumor necrosis factor-interleukin-17 interplay induces S100A8, interleukin-1 β , and matrix metalloproteinases, and drives irreversible cartilage destruction in murine arthritis: rationale for combination treatment during arthritis // *Arthritis and Rheumatism*. – 2011. – Vol. 63, N 8. – P. 2329–2339.
27. Nielsen R.H., Bay-Jensen A.C., Byrjalsen I. et al. Oral salmon calcitonin reduces cartilage and bone pathology in an osteoarthritis rat model with increased subchondral bone turnover // *Osteoarthritis and Cartilage*. – 2011. – Vol. 19, N 4. – P. 466–473.
28. Owen D., Williamson D. J., Gaus K. Sub resolution lipid domains exist in the plasma membrane and regulate the diffusion of proteins and distribution // *Nat. Commun.* – 2012. – Vol. 3. – P. 1256.
29. Plaas A., Li J., Riesco J., Harrison A. Intraarticular injection of hyaluronan prevents cartilage erosion, periarticular fibrosis and mechanical allodynia and normalizes stance time in murine knee osteoarthritis // *Arthritis Research and Therapy*. – 2011. – Vol. 13, N 2. – P. 46.
30. Rainbow R., Weiping R., Li Z. Inflammation and joint tissue in OA Interactions: Implications for Potential Therapeutic Approaches // *Arthritis*. – 2012. – Vol. 741. – P. 582.
31. Responde D.J., Natoli R.M., Athanasiou K.A. Identification of potential biophysical and molecular mechanisms underlying the increase in hyaluronic acid signaling cartilage formation // *R. Soc. Interface*. – 2012. – Vol. 9, N 77. – P. 3564–3573.
32. Roemer F.W., Neogi T., Nevitt M.C. et al. Subchondral bone marrow lesions are highly associated with, and predict subchondral bone attrition longitudinally: the MOST study // *Osteoarthritis and Cartilage*. – 2010. – Vol. 1, N 1. – P. 47–53.
33. Scanzello C.R., Goldring S.R. The role of synovitis in osteoarthritis pathogenesis // *Bone*. – 2012. – Vol. 51, N 2. – P. 249–257.
34. Sellam J., Berenbaum F. The role of synovitis in pathophysiology and clinical symptoms of osteoarthritis // *Nature Reviews Rheumatology*. – 2010. – Vol. 6, N 11. – P. 625–635.
35. Shigeru O., Im H-J., Cheryl B., Knudson et al. Hyaluronan oligosaccharides Call matrix metalloproteinase 13 viatranscriptional activation of NF κ B and p38 MAP kinase in articular chondrocytes // *J. Biol. Chem*. – 2006. – Vol. 281. – P. 233–338.
36. Spector T.D. Bisphosphonates: potential therapeutic agents for disease modification in osteoarthritis // *Aging. Clinical and Experimental Research*. – 2003. – Vol. 15, N 5. – P. 413–418.
37. Wassilew G.I., Lehnigk U., Duda G.N. et al. The expression of proinflammatory cytokines and matrix metalloproteinases in the synovial membranes of patients with osteoarthritis compared with traumatic knee disorders // *Arthroscopy*. – 2010. – Vol. 26, N 8. – P. 1096–1099.
38. Yu J., Banquy X., Greene G.W. et al. The boundary lubrication of chemically grafted and cross-linked hyaluronan acid in phosphate buffered saline and lipid solutions measured by the surface forces apparatus // *Langmuir*. – 2012. – Vol. 28, N 4. – P. 2244–2250.



Применение чрескожной эндоскопической гастростомии для обеспечения длительного энтерального питания

БЕЛЕВИЧ В.Л., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы (val-belevich@yandex.ru)
БРЕДНЕВ А.О., старший лейтенант медицинской службы (antonbrednev@rambler.ru)
ОВЧИННИКОВ Д.В., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы (dv.ovchinnikov-vma@yandex.ru)

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

Чрескожная эндоскопическая гастростомия для обеспечения энтерального питания пациентов хорошо зарекомендовала себя в клинической практике, т. к. в отличие от традиционных гастростомии и еюностомии позволяет избежать многих осложнений. Методика используется при необходимости энтерального зондового питания при отсутствии реального положительного прогноза восстановления сознания и функции глотания. В ходе настоящего исследования среди 387 пациентов с гастростомией, наложенной с помощью чрескожной эндоскопической методики, наблюдали всего 1,8% гнойных осложнений (в т. ч. в 0,3% случаев – перитонит) и в 1,0% случаев – неконтролируемое удаление трубки пациентом. Наш опыт позволяет рекомендовать данную методику для широкого внедрения в практику лечебных учреждений при необходимости зондового энтерального питания более 3 нед у больных с нарушением функции глотания.

К л ю ч е в ы е с л о в а: энтеральное питание, гастростома, чрескожная эндоскопическая гастростомия.

Belevich V.L., Brednev A.O., Ovchinnikov D.V. – The use of percutaneous endoscopic gastrostomy for provision of the long-term enteral nutrition. Percutaneous endoscopic gastrostomy for provision of the long-term enteral nutrition is well established in clinical practice because unlike from traditional gastrostomy and jejunostomy allowed to avoid many complications. The technique is used for enteral tube feeding in the absence of real positive predictive recovery of consciousness and swallowing function. During presented study from 387 patients with a gastrostomy imposed by percutaneous endoscopic technique, observed only 1,8% of suppurative complications and in 1% of cases – uncontrolled removal of the tube by the patient. Our experience allows us to recommend this technique for wide implementation in practice of medical institutions in case when it is necessity in enteral feeding more than 3 weeks of patients with impaired swallowing.

К е у w o r d s: enteral nutrition, gastrostomy, percutaneous endoscopic gastrostomy.

При неврологических нарушениях, сопровождающихся атонией верхнего отдела желудочно-кишечного тракта и отсутствием глотательного рефлекса, при заболеваниях и повреждениях глотки, гортани и пищевода возникает ситуация невозможности естественного приема пищи. В этих случаях осуществляется энтеральное питание через различные зонды, гастростомы или еюностомы. Применение зондов ограничено сроками нахождения их в просвете пищевода, т. к. возможно возникновение осложнений, усугубляющих ситуацию. Наиболее приемлемыми в этом случае являются гастростомы.

С развитием медицинских технологий и эндоскопии появились малоинвазивные способы для обеспечения энтерального питания: в первую очередь это эндоскопически устанавливаемые назогастральный и назоинтестинальный зонды, а из оперативных способов – лапароскопическая гастростомия [2]. Ныне насчитывается более 100 различных методик выполнения гастростомии, что свидетельствует как об их многообразии, так и о несовершенстве, т. к. многие из них не соответствуют современным требованиям.

В 1980 г. американский детский хирург М.В.Гаудегер и эндоскопист J.L.Ponsky впервые на практике исполь-



– неврологические нарушения и опухольные процессы глотки, сопровождающиеся синдромом дисфагии, при положительном сроке восстановления функций более 3 нед;

– заболевания (в основном онкологические) и повреждения ротоглотки, пищевода и желудка, нарушающие пассаж пищи;

– подготовка перед операцией на верхних отделах желудочно-кишечного тракта;

– необходимость ретроградного буширования.

– отдельные случаи воспалительных процессов глотки и пищевода.

Подтверждены преимущества ЧЭГ. При выполнении эндоскопической гастростомии риск операции сведен до минимума (местная анестезия или сочетанная анестезия). Время наложения гастростомы составляет 10–15 мин. Число

осложнений после наложения ЧЭГ невелико. Обеспечивается начало проведения питания с использованием гастростомы уже через 12 ч. Больные или их родственники самостоятельно проводят питание и уход за гастростомой. При необходимости замены зонда она производится неоперационным способом с помощью эзофагогастроуденоскопа. Максимальное стояние зонда без замены – 1 год и 8 мес. Удаление зонда производится путем извлечения его наружу (отверстие закрывается самостоятельно).

Как показали результаты нашего исследования, широкое внедрение в клиническую практику метода эндоскопической гастростомии обеспечивает более качественное и надежное проведение нутриционной поддержки пациентов, способствует улучшению результатов лечения и качества жизни больных, уменьшению количества осложнений.

Литература

1. Козин С.М., Вахонин А.Ю., Добродеев С.А. Опыт применения чрескожной эндоскопической гастростомии в интенсивной терапии по коррекции трофического статуса больных // Клин. анестезиол. и реаниматол. – 2008. – Т. 5, № 1. – С. 33–39.

2. Лященко Ю.Н. Энтеральное питание: история, современное состояние и перспек-

тивы развития. История энтерального питания // Клин. питание. – 2004. – № 3. – С. 20–25.

3. Chang W.K., Yu C.Y., Chao Y.C. Positioning a safe gastric puncture point before percutaneous endoscopic gastrostomy // Int. J. Clin. Pract. – 2007. – Vol. 61, N 7. – P. 1121–1125.

4. Gauderer M.W., Ponsky J.L., Izant R.J. Jr. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique // J. Pediatr. Surg. – 1980. – Vol. 15, N 6. – P. 872–875.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В здании Астраханского отделения военного клинического госпиталя Южного военного округа завершены ремонтные работы и перепланировка операционного отделения. В результате преобразований в операционном блоке оборудованы блоки полостной хирургии и эндо-видеохирургии.

Военный госпиталь оснащен современным медицинским оборудованием – установлены рентгенодиагностический комплекс и современный наркозный аппарат. В палатах интенсивной терапии установлены прикроватные мониторы для постоянного контроля и регистрации основных параметров функционирования жизненно важных органов и систем (пульс, артериальное давление, частота дыхания).

В завершающей стадии находятся ремонтные работы в инфекционном отделении. Существующие общие палаты перепланированы в палаты на 2–4 койко-места с отдельным входом. За счет этого созданы комфортные условия для больных, и исключена возможность распространения инфекционных заболеваний.

Выполнение всех этих работ позволяет военным врачам в современных условиях проводить как плановые, так и экстренные операции и улучшить качество оказания медицинской помощи ветеранам, членам семей и военнослужащим Астраханского гарнизона.

Пресс-служба Южного военного округа, 18 марта 2014 г.
http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11909617@egNews



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК [616.98:578.832]-06:616.61-002.151-036.22

Значимость отдельных климатических факторов в формировании заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом населения района дислокации воинских частей

КАЛМЫКОВ А.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы¹

КОРНЕЕВ А.Г., кандидат биологических наук³

АМИНЕВ Р.М., полковник медицинской службы (sen1026@yandex.ru)²

КОСОВА А.А., кандидат медицинских наук⁴

ПОЛЯКОВ В.С., майор медицинской службы³

¹Медицинская службы Центрального военного округа, г. Екатеринбург; ²1026-й Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ, г. Екатеринбург; ³Оренбургская государственная медицинская академия; ⁴Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Изложен опыт математического моделирования природных явлений для определения степени влияния отдельных факторов и их сочетания на развитие эпидемического процесса. Установлено, что 97,9% вариации показателя заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом населения изучаемого района определяют 6 климатических факторов: числа Вольфа, количество осадков в ноябре, высший уровень реки при разливе, температура атмосферного воздуха в октябре, максимальный и минимальный уровни высоты снежного покрова в феврале. Наиболее значимыми факторами, способствующими распространению изучаемого заболевания, определены параметры температуры воздуха и высоты снежного покрова. Апробированную методику математического моделирования предлагается использовать в войсках для прогнозирования изменений эпидемиологической обстановки по данному заболеванию и своевременной организации профилактических мероприятий с целью исключения заноса инфекции в воинские части.

К л ю ч е в ы е с л о в а: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, эпидемический процесс, климатические факторы, математические модели для прогнозирования заболеваемости населения.

Kalmykov A.A., Korneev A.G., Aminev R.M., Kosova A.A., Polyakov V.S. — Significance of the individual helio-climatic factors in hemorrhagic fever with renal syndrome morbidity formation of population in the district of military units dislocation. Been outlined the experience of mathematics modelling of natural phenomena for determination of the impact of individual factors and their combination on the epidemic process development. Found that 97,9% of the variation of haemorrhagic fever with renal syndrome index of population in the study area determine six climatic factors: the Wolf number, rainfall in November, the highest level of the river during floods, the temperature of air in October, the maximum and minimum levels of snow cover in February. As the most significant factors, contributing to the spread of the disease under study, been determine the parameters of air temperature and the height of snow. In the troops proposed to use approved methodology of mathematics modelling to predict changes of epidemiological situation for the disease and for timely organization of preventive measures to avoid introduction of infection in military units.

К е y w o r d s: haemorrhagic fever with renal syndrome, epidemic process, climatic factors, mathematical models to predict population morbidity.

Установлено, что заболеваемость военнослужащих геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) коррелирует с уровнем этой заболеваемости среди сельского населения района

дислокации воинской части [3]. Основой своевременных профилактических мероприятий в отношении воинского контингента может быть выявление ведущих факторов, определяющих уровень указан-



и эпидемический процесс хантавирусной инфекции. Развитие эпидемий инфекционных заболеваний с проявлением солнечной активности связывал академик А.Л.Чижевский [4]. Температурный режим в октябре и количество осадков в ноябре могут продлевать или прерывать период осенних миграционных процессов мелких млекопитающих в сторону жилья, что несомненно повышает на риск заражения населения. Те же климатические факторы определяют частоту посещения местными жителями с какими-либо целями природных очагов ГЛПС. При этом необходимо учитывать, что количество осадков влияет на активность воздушно-пылевого пути передачи, являющегося основным при ГЛПС в степных ландшафтах Оренбургской области. Уровень рек при весеннем разливе обеспечивает уничтожение определенной

доли популяции мелких млекопитающих, и в первую очередь популяцию рыжей полевки, проживающей в Оренбургской области в пойме рек. Уровень высоты февральского снежного покрова в той или иной мере обеспечивают возможность раннего подснежного размножения рыжей полевки – основного источника возбудителя вируса ГЛПС типа Пуумала, выделяемого на территории Оренбургской области [5].

Таким образом, среди многообразия доступных климатических данных 97,9% объема вариации показателя заболеваемости ГЛПС населения изучаемого района размещения военнослужащих определяют 6 факторов, наиболее значимыми из которых являются температура атмосферного воздуха в октябре, максимальный и минимальный уровни высоты снежного покрова в феврале.

Литература

1. Бараз В.Р. Корреляционно-регрессионный анализ связи показателей с использованием программы Excel. – Екатеринбург: ГОУ ВПО «УГТУ-УПИ», 2005. – 102 с.
2. Коломинов С.И. Эпизоотологические и экологические аспекты распространения и прогнозирования заболеваемости в природных очагах геморрагической лихорадки с почечным синдромом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Нижний Новгород, 2012. – 24 с.
3. Корнеев А.Г., Тучков Д.Ю. Некоторые осо-

- бенности эпидемиологического надзора за геморрагической лихорадкой с почечным синдромом / Инновационная наука и современное общество: Сборник статей Международной научно-практической конференции. 21–22 августа 2013 г. – Уфа: РИД БашГУ, 2013. – С. 181–183.
4. Чижевский А.Л. Эпидемические катастрофы и периодическая деятельность Солнца. – М., 1930. – 196 с.
5. Шерстнев В.М. Особенности формирования природных очагов ГЛПС в различных ландшафтных провинциях: Дис. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 2005. – 244 с.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

Первый в современной истории Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова набор курсантов для подготовки военных фельдшеров состоится уже в этом году.

Более века в академии не проводилось обучение слушателей по программам среднего профессионального образования. Теперь же здесь началась подготовка около 200 военных фельдшеров.

С 2008 г. в академии осуществляется набор девушек. А с прошлого года в стенах вуза организована подготовка офицеров медицинской службы по специальностям «Медико-профилактическое дело», «Стоматология» и «Фармация».

Пресс-служба Западного военного округа, 8 марта 2014 г.
http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11913021@egNews



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 613.693

Барокамерные подъемы как метод специального обследования летного состава государственной авиации

ШИШОВ А.А., профессор, полковник медицинской службы запаса¹
ОЛЕНЕВ Н.И., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы²
ШИШКИН А.Н., капитан медицинской службы (AN-Shishkin43@yandex.ru)¹
ФИЛАТОВ В.Н., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы²

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова;
²4-й Центральный научно-исследовательский институт МО РФ, г. Юбилейный, Московская область

Изучена клинико-физиологическая значимость барокамерных подъемов летного состава на 5000 м на 20 мин в целях врачебно-летной экспертизы для выявления скрытых форм заболеваний и оценки профессионального здоровья, а также подъемов на 5000 и 6000 м по 5 мин при проведении психофизиологической подготовки к высотным полетам. Результаты обследования 1326 летчиков государственной авиации России показали высокую диагностическую эффективность барокамерных подъемов для оценки профессионального здоровья летного состава. При использовании двух методик частота выявления сниженной переносимости кислородного голодания была примерно одинаковой (в среднем в 2,7 и 3,1% от общего числа обследованных). В процессе подъемов у 38 (2,9%) выявлена плохая (пониженная) переносимость гипоксии умеренной (средней) степени, что свидетельствовало о снижении их функционального состояния и резервных возможностей. Обосновано, что методика барокамерных подъемов на 5000 и 6000 м по 5 мин может рассматриваться в качестве эффективного специального метода обследования летного состава в интересах врачебно-летной экспертизы.

К л ю ч е в ы е с л о в а: государственная авиация, барокамера, врачебно-летная экспертиза, гипоксия, летчик, медицинское обеспечение, профессиональное здоровье, психофизиологическая подготовка, резервные возможности, функциональное состояние.

Shishov A.A., Olenev N.I., Shishkin A.N., Filatov V.N. – Hypobaric chamber as a test of the aircrew of Russian Air Forces. Authors research clinical medical importance of hypobaric ascends to an attitude of 5000 meters for 20 minutes for detection of latent forms of diseases and assessment of professional health and ascends to an attitude of 5000 and 6000 meters for 5 minutes when performing psychophysiological training for high altitude flying. According to test of 1326 pilots of Russian Air Forces, including pilots with different diseases, hypobaric ascends showed high diagnostic effectiveness for the professional health assessment. By using of both methods it was revealed that frequency of detection of decreased tolerance to hypoxia is the same (in average in 2,7 and 3,1% of total number of patients). By ascends in 38 patients (2,9%) was revealed decreased tolerance to hypoxia of medium level. It indicated about low functional state and space capacity of pilots. It was proved that hypobaric ascends of 5000 and 6000 meters for 5 minutes could be considered as an effective method of checkup of aircrew for the aviation physical examination.

К e y w o r d s: state aviation, hypobaric chamber, aviation physical examination, hypoxia, pilot, medical supply, professional health, psychophysiological training, space capacity, functional state.

Ключевыми задачами, решаемыми специалистами авиационной и космической медицины, являются проблема обеспечения безопасности полетов, повышение эффективности и надежности профессиональной деятельности, сохранение профессионального здоровья и увеличение летного долголетия летчиков [1, 3, 9].

В этой связи на современном этапе большое внимание уделяется совершенствованию и развитию специальных методов обследования для эффективного проведения динамического врачебного наблюдения и психофизиологической подготовки летного состава [8].

К таким методам относятся барокамерные подъемы [2, 4–6]. Они являются



и скрытопротекающие заболевания: высотный метеоризм, бароотопатия, баросинусопатия, бароденталгия. При создании в барокамере гипоксии, эквивалентной по парциальному давлению кислорода высотам 5000 и 5000–6000 м, диагностировалось также снижение функционального состояния и резервных возможностей организма человека: прежде всего сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

В одном случае показана эффективность методики барокамерных подъемов и в отношении выявления скрываемых форм патологии: летчик С. (30 лет) отказался от прохождения подъема в барокамере, что явилось следствием выявления у него впервые заболевания — клаустрофобии.

Таким образом, проводимые барокамерные подъемы на высоту 5000 м (20 мин) и на высоты 5000–6000 м (по 5 мин) позволяют эффективно решать вопросы экспертизы состояния здоровья летного состава в интересах врачебно-летной экспертизы.

Ознакомительно-тренировочные подъемы на 5000–6000 м, кроме этого, являются важным элементом в комплексе психофизиологической подготовки летного состава к высотным полетам и эффективным средством повышения их безопасности.

Анализ результатов обследования 1326 летчиков государственной авиации России выявил достаточно высокую диагностическую эффективность барокамерных подъемов для оценки профессионального здоровья летчиков: у 38 (2,9%) выявлена плохая (пониженная) переносимость кислородного голодания при гипоксии умеренной (средней) степени, что свидетельствовало о снижении их функционального состояния и резервных возможностей; у 18 (3,1%) — пониженная переносимость барокамерных подъемов на высоту 5000–6000 м по 5 мин.

Все это позволяет рассматривать методику барокамерных ознакомительно-тренировочных подъемов на 5000–6000 м как важный элемент не только в системе психофизиологической подготовки летного состава к высотным полетам, но и как эффективный способ оценки их функционального состояния и профессионального здоровья.

Теоретическое обоснование и практические рекомендации по возможности использования ознакомительно-тренировочных подъемов летного состава в барокамере на 5000–6000 м в госпитальных условиях будут изложены в специальном сообщении.

Литература

1. Динамический врачебный контроль, подготовка к выполнению полетов, особенности врачебно-летной экспертизы и реабилитации летчиков высокоманевренных самолетов. — М.: Военное издательство, 1991. — 79 с.
2. Методики исследований в целях врачебно-летной экспертизы. — М.: Военное издательство, 1995. — 455 с.
3. Приказ министра обороны РФ от 24 сентября 2004 г. № 275 «Об утверждении Федеральных авиационных правил производства полетов государственной авиации».
4. Приказ министра обороны РФ от 27 апреля 2009 г. № 265 «Об утверждении Федеральных авиационных правил медицинского обеспечения полетов государственной авиации».
5. Руководство по медицинскому обеспечению полетов авиации ВС СССР. — М.: Военное издательство, 1981. — 80 с.
6. Руководство по медицинскому обеспечению полетов авиации ВС СССР. — М.: Военное издательство, 1991. — 168 с.

7. Специальная психофизиологическая и физическая подготовка с целью повышения устойчивости летного состава к пилотажным перегрузкам и гипоксии: Пособие для летного состава. — М.: МО РФ ВВС, 2006. — 160 с.
8. Ушаков И.Б. Манифест экологии человека опасных профессий: оценка риска и охрана здоровья // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. — 2000. — № 2. — С. 23–28.
9. Ушаков И.Б. Общая структурная (каскадная) схема изменений профессионального здоровья в авиации // Авиакосм. и экол. мед. — 1994. — Т. 28. — № 5. — С. 4–8.
10. Черняков И.Н., Продин В.И., Шишов А.А. Диагностика гипоксии в полете // Авиация и космонавтика. — 1991. — № 11. — С. 10–11.
11. Черняков И.Н., Продин В.И., Шишов А.А. О возможности распознавания летчиком гипоксии в высотном полете // Воен.-мед. журн. — 1991. — № 7. — С. 64–66.
12. Черняков И.Н., Продин В.И., Шишов А.А. Ознакомительно-тренировочные барокамерные подъемы летного состава как элемент психофизиологической подготовки к высотным полетам // Воен.-мед. журн. — 1994. — № 8. — С. 51–52.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 614.252-057.36(063)

Панюшин К.А.¹, Потехин Н.П. (potehinnp@rambler.ru)¹, Саркисов К.А.², Старовойтова И.М. (imstar51@mail.ru)², Орлов Ф.А. (esculap1@rambler.ru)¹ – Утренняя врачебная конференция как элемент контроля качества медицинской помощи в госпитале.

¹Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва; ²Кафедра медицинской экспертизы РМАПО МЗ РФ, Москва

Panyushin K.A., Potekhin N.P., Sarkisov K.A., Starovoitova I.M., Orlov F.A. – Morning medical conference as an element of quality control of medical care in the hospital. Properly organised morning conference of hospital doctors is an important component of the quality system of medical care, enabling in real-time mode to assess its pluses and minuses, promptly take the necessary measures to improve the functioning of the health care institution as a whole.

К е у в о р д s: morning conferences of doctors, medical care quality control, treatment and diagnostic tactic.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности является одним из основных требований в системе здравоохранения. При этом под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также степень достижения запланированных результатов.

На государственном и ведомственном уровнях контроль качества медицинской деятельности осуществляется с определенной периодичностью или в ситуациях, требующих безотлагательного рассмотрения и принятия мер. Огромное значение имеет текущий повседневный контроль, осуществляемый в рамках каждого лечебного учреждения, или «внутренний контроль». В этом отношении *утренние врачебные конференции* играют исключительную роль.

В каждом лечебном учреждении методика проведения утренних врачебных конференций имеет свои особенности, зависящие от его организационно-штатной структуры, коечной емкости, обслуживаемого контингента, решаемых задач. Рассмотрим эти особенности на примере работы крупного стационара, каковым является Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко.

Ежегодно в госпитале лечение проходят свыше 20 тыс. пациентов. Каждый третий из них поступает по неотложным показаниям, практически четвертая часть – это лица, направленные на лечение из округов и флотов. Более 40% больных стационара – лица пожилого и старческого возраста с присущей им полиморбидностью.

Проводимые ежедневно утренние врачебные конференции можно условно разделить на три уровня – общегоспитальная, общехирургическая, в рамках специализированных центров и отделений.

Ежедневные общегоспитальные конференции проводятся под эгидой руководителя учреждения или лица его замещающего. На конференции присутствуют заместители начальника госпиталя, главные медицинские специалисты, начальники медицинских центров, начальник приемного отделения, главная медицинская сестра, руководители служб госпиталя и полный состав дежурных смен, как сдающих, так и принимающих дежурство. Это позволяет оперативно решать все возникающие в процессе передачи дежурств вопросы, а также дает возможность присутствующим получать наиболее полную текущую информацию, касающуюся зоны их ответственности.

К началу конференции председателюствующему представляется журнал приема-сдачи дежурств, общий список больных, поступивших в госпиталь, с указанием причины госпитализации, отдельно представляется список лиц, поступивших по неотложным показаниям, тяжелобольных и больных, находящихся под врачебным наблюдением, данные по внутригоспитальным переводам. Кроме того, на утреннюю врачебную конференцию представляются истории болезни лиц, поступивших накануне по неотложным показаниям. Полученная информация дополняется докладами старших медицинских специалистов, возглавлявших дежурные бригады.

В докладах особое внимание уделяется сведениям о пациентах, поступивших в тя-



желом состоянии, по неотложным показаниям, с травмами и отравлениями, а также с инфекционными заболеваниями. Оценивается наличие дефектов в оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе. При наличии замечаний в работе дежурных смен они также доводятся до присутствующих с изложением причин и принятых мер по устранению.

В ходе докладов председательствующий, а также присутствующие главные специалисты задают уточняющие вопросы, что позволяет уже на данном этапе в целом ряде случаев уточнить диагноз заболевания, выработать дальнейшую лечебно-диагностическую тактику, определить срочность и последовательность выполнения ее мероприятий.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.835.3.035:617

Попов А.П. (*popovdok@mail.ru*), **Покусаев А.А.**, **Сажаева О.Н.**, **Астахова Т.П.** – Гипербарическая оксигенация в комплексном амбулаторном лечении больных хирургического профиля.

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

Popov A.P., Pokusaev A.A., Sazhaeva O.N., Astakhova T.P. – Hyperbaric oxygen therapy as a part of complex surgical outpatient care. Authors presented results of complex treatment of 185 patients with surgical pathology through the use of hyperbaric oxygen therapy. This type of therapy allowed achieving positive effects in 90,1% of cases.

К е у о р д s: complex treatment, hyperbaric oxygen therapy, peripheral vascular diseases.

Отделение *гипербарической оксигенации* (ГБО) функционирует в штатной структуре Филиала № 6 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого с 1996 г. Отделение оснащено аппаратурой медицинской и специальной: 2 барокамеры БЛКС-303МК, изготовленные Государственным космическим научно-производственным центром им. М.В.Хруничева. Подача кислорода на бароаппараты осуществляется от общей системы снабжения кислородом филиала (газификатор ГХК-8/16-500 м). За 2010–2012 гг. в отделении пролечено 1143 пациента, которым проведено 10 308 сеансов гипербарической оксигенации.

Основными лечебными эффектами ГБО считаются: адаптационный, метаболический, детоксикационный, бактерицидный, иммуномодулирующий, актопротекторный, репаративно-регенеративный и вазопрессорный.

Абсолютных противопоказаний для ГБО нет. Относительными противопоказаниями являются: наличие в анамнезе эпилепсии (или каких-либо других судорожных припадков); наличие полостей (каверны, абсцессы) в легких; тяжелые формы артериальной гипертензии; нарушение проходимости слуховых труб и каналов, соединяющих придаточ-

Утренняя общехирургическая конференция, а также конференции, проводимые в рамках специализированных центров и отделений, дополняют содержание общеврачебной конференции с учетом специфики отделений и центров. При этом до врачей доводятся вопросы, обсуждавшиеся в т. ч. и на общеврачебной конференции.

Таким образом, правильно организованные утренние конференции врачей стационара являются важным компонентом системы контроля качества медицинской помощи, позволяющим в режиме реального времени оценивать как ее плюсы, так и минусы, своевременно принимать необходимые меры, направленные на улучшение функционирования лечебно-профилактического учреждения в целом.

ные пазухи носа с внешней средой (полипы и воспалительные процессы в носоглотке, в среднем ухе, придаточных пазухах носа, аномалии развития и т. п.); сливная двусторонняя пневмония; напряженный пневмоторакс; острые респираторные заболевания; клаустрофобия; повышенная чувствительность к кислороду. С осторожностью следует относиться к проведению ГБО у больных старческого возраста, при сильной лихорадке и при тяжелых поражениях сетчатки глаза, у больных с фиброзом легких, при эндокринных заболеваниях, сопровождающихся усиленным выделением кортикостероидов, катехоламинов, тиреоидных гормонов.

Всего с хирургической патологией пролечено 202 пациента в возрасте от 30 до 76 лет (17,7%). Подавляющее число пациентов составляли больные с заболеваниями периферических сосудов (поражение артериального русла, недостаточность венозного кровообращения и лимфоснабжения нижних конечностей).

У 60 пациентов с варикозной болезнью в стадии субкомпенсации наблюдались пастозность или небольшие преходящие отеки в области лодыжек, быстрая утомляемость и чувство распирания в мышцах голени, судороги в икроножных мышцах в ночное вре-



мя; у 12 пациентов с варикозной болезнью в стадии декомпенсации дополнительно имели место кожный зуд, трофические язвы, гиперпигментация кожи; в 10 случаях диагностирован лимфостаз не воспалительного происхождения (посттравматические изменения).

В основе патогенеза этих заболеваний — циркуляторная гипоксия, вызывающая ишемию тканей нижних конечностей с развитием ацидоза. Ишемия обусловлена снижением артериального кровотока с изменением системы микроциркуляции. Патологический процесс прогрессирует из-за нарушений гемокоагуляции, реологических характеристик крови, развития аутоиммунных реакций за счет антигенных свойств сосудистой стенки, следствием чего является равномерное сужение просвета артерии за счет гиперплазии интимы или субинтимы и склероза мышечной оболочке в случае облитерирующего эндартериита и липоидного пропитывания внутренней стенки, обызвествления и соединительнотканного перерождения при облитерирующем атеросклерозе.

Также мы применяли ГБО в комплексном лечении у 120 больных с хроническими облитерирующими заболеваниями нижних конечностей. При артериальной недостаточности под действием ГБО в мышечной ткани ишемизированной конечности увеличивается напряжение кислорода, ускоряется метаболизм, улучшается микроциркуляция за счет раскрытия нефункционирующих капилляров, нормализуется кислотно-щелочное равновесие в виде уменьшения ацидоза.

Лечение методом ГБО проводили на фоне предварительной (за 1–1,5 ч) парентеральной инфузии в дневном стационаре медикаментов в терапевтических дозах — сосудорасширяющих (но-шпа, никотиновая кислота), препаратов гемореологического действия (физиологический раствор 0,9%, реополиглюкин), ингибиторов агрегации тромбоцитов (трентал, курантил), десенбилизирующих средств (супрастин, тавегил).

При наличии сосудистых язв, развившихся на фоне хронической артериальной недостаточности нижних конечностей, с целью улучшения репаративных процессов назначались актовегин и солкосерил.

Эффективность лечения оценивали по изменению клинической картины заболевания, а также методами изучения параметров регионарного кровообращения нижних конечностей (реовазография, доплерография магистральных сосудов). В результате проведенного лечения у всех больных улучшалось самочувствие, уменьшались или исчезали судороги и боли в икроножных мышцах в покое, трофические язвы на голенях активно гранулировались, увеличилась в 2–3 раза дистанция безболевой ходьбы, уменьшались отеки голеней.

В 87% случаев на контрольных реовазограммах, зарегистрированных через 10–14 дней после окончания лечения, показатели артериального кровенаполнения сосудов голеней и стоп увеличивались вплоть до нормальных значений на фоне снижения их тонуса. Допплерография указывала на увеличение скорости кровотока по магистральным артериям голени и стоп в среднем на 20% по сравнению с исходной. Положительная динамика показателей реовазографии и доплерографии магистральных артерий указывала на частичную компенсацию регионарного кровообращения в нижних конечностях.

Приводим клинические наблюдения. Пациент Г., 44 года. Диагноз: хроническая артериальная недостаточность первой стадии, посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности, отечная форма. Хроническая венозная недостаточность второй степени с незначительным нарушением кровообращения и функции левой нижней конечности после операций: флебэктомии с перевязкой поверхностной бедренной артерии и бедренной вены по поводу венозной недостаточности второй степени, бедренно-бедренного шунтирования аутовеной в 2012 г. Получал в течение 10 дней комплексное лечение (инфузионная терапия: ангиопротекторы, активаторы клеточного обмена веществ, низкомолекулярный декстран; ГБО; магнитотерапия). На фоне проводимой терапии уменьшились отек, чувство тяжести и онемения левой голени, «зябкость» левой стопы. Клиническое улучшение сохранялось в течение 7 мес.

Пациентка К., 74 года. Диагноз: облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, дистальная форма с хронической артериальной недостаточностью первой стадии, варикозная болезнь нижних конечностей с хронической венозной недостаточностью четвертой степени, трофическая язва левой голени (размерами 5,0×4,0×0,3 см). Проводилась местная антибактериальная терапия, применялись активаторы клеточного обмена в течение месяца без эффекта. Эпителизацию язвы затруднял прием цитостатиков по поводу ревматоидного артрита. В течение 12 дней пациентка получала комплексное лечение в объеме: внутривенная терапия препаратами ангиопротекторов, активаторов клеточного обмена веществ; ГБО; лазеротерапия; местное лечение. Отмечена активная регенерация раны, которая полностью эпителизовалась в течение 3 нед. Увеличилась дистанция без болевой ходьбы.

В целом комплексное лечение заболеваний хирургического профиля с использованием ГБО эффективно в 90,1% случаев. Оно позволило в ряде случаев отказаться от стационарного лечения, что имеет значительный социальный и экономический эффект.



© В.Л.РЕЙНЮК, А.В.САВЧЕНКО, 2014
УДК 614.878

Рейнюк В.Л. (*vladton@mail.ru*), **Савченко А.В.** (*aleksandra76@list.ru*) – Сравнение заболеваемости населения территорий, различных по уровню химического загрязнения.

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

Reinyuk V.L., Savchenko A.V. – Comparison of the population morbidity in the territories with the different level of chemical pollution. Presented results of the comparative study of the population morbidity in two districts of Saratov region. Population morbidity of Volsky district for most classes of diseases in 2008–2012 was higher than in Khvalynsk district. This difference authors link to the fact that population of Volsky district living in more adverse environmental conditions regarding comical factor.

К е у в о р д s: environment chemical pollution, the population morbidity.

Интенсивное загрязнение окружающей среды является одной из важнейших причин ухудшения здоровья населения. Скрытые проявления химических поражений могут имитировать клинику ряда воспалительных заболеваний, вирусных инфекций, хронических заболеваний соединительной ткани и др. Заболеваемость некоторыми общими заболеваниями может возрастать при повышении загрязненности окружающей среды.

Представляет интерес сравнение заболеваемости по основным классам болезней населения двух районов Саратовской области, различных по уровню химического загрязнения. Неблагополучным в экологическом отношении является Вольский район, на территории которого еще в 20-е годы XX в. был создан полигон для испытания средств защиты от химического оружия. В последнее десятилетие здесь проводили уничтожение некондиционного химического оружия. Кроме того, в Вольском районе находятся промышленные предприятия, использующие в своем производственном цикле высокотоксичные вещества. Для сравнения показателей заболеваемости населения был избран Хвалынский район, на территории которого отсутствуют промышленные предприятия и находится множество здравниц.

Материалами исследования явились данные государственной статистики о первичной заболеваемости взрослого населения (на 1000 человек) различных территорий основными классами заболеваний за 2008–2012 гг. Для исследования были выбраны классы болезней, заболеваемость по которым, согласно данным литературы, возрастает при ухудшении состояния окружающей среды.

Чтобы исключить влияние возраста и пола на показатели заболеваемости, исследовали соответствующую структуру населения указанных районов. На основании данных Всероссийской переписи населения 2010 г.

была вычислена доля населения каждой возрастной и половой группы и выяснено, что доли определенных возрастных и половых групп за редким исключением отличаются незначительно (в Хвалынском районе доля населения старше 70 лет несколько выше, чем в Вольском). Поэтому можно говорить об однородности возрастной и половой структуры населения указанных территорий.

Исследование показало, что средняя заболеваемость населения Вольского района за 2008–2012 гг. по всем классам болезней в 1,3 раза выше, чем аналогичный показатель в Хвалынском районе ($p < 0,05$).

При сравнении заболеваемости по отдельным классам болезней выявлено, что средняя заболеваемость за 2008–2012 гг. населения Вольского района болезнями органов дыхания, мочеполовой системы, эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ (IV класс) соответственно в 1,3, 1,7 и 2 раза выше чем в Хвалынском районе ($p < 0,05$).

Можно предположить, что большая, чем в Хвалынском, заболеваемость населения Вольского района болезнями органов дыхания может быть связана с большей степенью загрязнения атмосферного воздуха химическими веществами, болезнями мочеполовой системы – с химическим загрязнением воды, болезнями IV класса – с повышенным химическим загрязнением почвы и продуктов питания.

Заболеваемость населения Вольского и Хвалынского районов в 2008–2012 гг. болезнями органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани достоверно не отличалась. В то же время заболеваемость населения Хвалынского района болезнями системы кровообращения превосходила заболеваемость в Вольском районе в 2 раза ($p < 0,05$). Данный факт, вероятно, является следствием того, что доля населения старше 70 лет в Хвалынском районе несколько выше, чем в Вольском.



Таким образом, заболеваемость населения Вольского района по большинству изучаемых классов болезней в 2008–2012 гг. была выше, чем в Хвалынском районе. Так как данные районы практически однородны по климатогеографическим характеристикам, возрастному и половому со-

ставу населения, уровню его жизни и медицинского обеспечения, то можно предположить, что различия в заболеваемости связаны с тем, что население Вольского района проживает в более неблагоприятных по химическому фактору экологических условиях.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.832-004.2-092

Букин С.А. (*bukins@mail.ru*), **Бисага Г.Н.**, **Фрунза Д.Н.**, **Попов А.Е.** – Центральное время моторного проведения у больных рассеянным склерозом с поражением кортико-спинального тракта.

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

Bukin S.A., Bisaga G.N., Frunza D.N., Popov A.E. – Central time of motor conduction of patients with disseminated sclerosis with the lesion corticospinal tract. The examination of 36 patients with a reliable diagnosis of disseminated sclerosis showed a high diagnostic efficiency of the method of transcranial magnetic stimulation with the definition of the central motor conduction time for verification of axonal degeneration and demyelination, both in the presence as in the absence of clinical manifestations of movement disorders.

К е у в о р д s: disseminated sclerosis, transcranial magnetic stimulation, central time of the motor conduction, demyelination, subclinical lesion.

Сохраняющиеся трудности в дифференциальной диагностике *рассеянного склероза* (РС) и необходимость объективного постоянного мониторинга состояния пациентов в процессе лечения сделали актуальным поиск чувствительных неинвазивных и недорогих методов контроля, в качестве одного из которых можно рассматривать *транскраниальную магнитную стимуляцию* (ТМС) с определением *центрального времени моторного проведения* (ЦВМП). Данный вид исследования позволяет оценить параметры проведения нервного импульса по кортико-спинальному тракту. Оценка ЦВМП особенно важна в случаях, когда признаки поражения кортико-спинального (пирамидного) тракта клинически не выявляются (субклиническое поражение), а другие инструментальные методы диагностики оказываются неинформативными.

Материал и методы. В клинике нервных болезней ВМедА имени С.М.Кирова было обследовано 36 больных в возрасте от 16 до 36 лет ($25,5 \pm 4,9$ года) с достоверным диагнозом РС в соответствии с критериями W.I.McDonald (2005). У 28 пациентов отмечался РС рецидивирующе-ремиттирующего типа, у 8 больных имело место вторично-прогрессирующее течение в стадии обострения. Пациенты были разбиты на 2 группы. Группу 1 составили пациенты с клиническими признаками поражения кортико-спинального тракта в виде парезов от 1 до 4 баллов ($n=24$). Группу 2 составили пациенты с РС без клинических

признаков поражения кортико-спинального тракта ($n=12$) Группу контроля составили 20 человек без признаков поражения нервной системы, в возрасте от 22 до 42 лет ($29,4 \pm 9,6$ года).

Для оценки функционального состояния проводящих структур кортико-спинального тракта проводилась ТМС при помощи магнитного стимулятора «НейроМС/Д» фирмы «Нейрософт» по стандартной методике. Стимуляция проводилась в состоянии полного мышечного расслабления исследуемой мышцы, при невозможности зарегистрировать *вызванный моторный ответ* (ВМО) в условиях полной мышечной релаксации осуществлялась регистрация потенциала при минимальном произвольном сокращении исследуемой мышцы. При стимуляции моторной коры головного мозга изучался ВМО *m. abductor digiti minimi dexter et sinister*. После окончания регистрации ВМО в ответ на корковую стимуляцию проводилось исследование аналогичных ответов с той же мышцей в ответ на магнитную стимуляцию на уровне соответствующего сегмента спинного мозга.

Для определения ЦВМП вначале проводили ТМС коры, а затем магнитную стимуляцию спинномозговых корешков на уровне C_5-C_7 сегментов спинного мозга, иннервирующих мышцы кисти. ЦВМП определялась как разность латентностей времени общего проведения и времени периферического проведения.



Помимо определения ВЦМП, проводили комплексную оценку других показателей ТМС: латентность коркового ВМО, латентность сегментарного ВМО, амплитуда ВМО, порог возбудимости моторной коры, длительность ВМО, площадь ВМО.

У 96% пациентов с двигательными расстройствами были выявлены патологические изменения в виде увеличения корковой латентности, уменьшение амплитуды и площади ВМО. Кроме того, для *m. abductor digiti minimi* получено значимое повышение порога возбудимости и длительности ВМО. Среднее значение ВЦМП для пациентов с РС с парезами составило $13,5 \pm 1,7$ мс, что достоверно выше ($p < 0,05$), чем в группе контроля ($8,75 \pm 0,4$ мс). Полученные данные свидетельствуют о снижении скорости проведения нервного импульса по кортико-спинальному тракту, что достаточно характерно для демиелинизирующего процесса.

У пациентов с РС без клинических признаков поражения кортико-спинального тракта также отмечается достоверное ($p < 0,05$) повышение ВЦМП ($10,8 \pm 1,2$ мс), что свидетельствует о субклиническом поражении проводников.

Изменение показателей латентности сегментарного ВМО было недостоверным ($p > 0,05$). Это означает, что увеличение ВЦМП обусловлено большими значениями латентностей коркового, а не сегментарного ВМО и отражает замедление проведения импульса по кортико-спинальному тракту.

Результаты проведенного исследования показали высокую клиническую эффективность метода ТМС с определением ЦВМП для верификации аксональной дегенерации и демиелинизации у пациентов с РС, особенно при отсутствии пирамидных расстройств или сомнениях в диагнозе. Метод дает возможность количественно оценить скорость проведения нервного импульса в кортико-спинальном тракте при РС (повышение ЦВМП отмечается в 96% случаев). Достоинствами метода являются его неинвазивность, быстрота исследования, низкая стоимость и отсутствие необходимости специальной подготовки пациента. Это позволяет рекомендовать данный метод в скрининговой диагностике рассеянного склероза, а также при мониторинге данной категории больных с целью оценки динамики течения патологического процесса и эффективности получаемой терапии.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

Как сообщил начальник *Управления медико-психологической реабилитации и санаторно-курортного обеспечения Минобороны Российской Федерации Дмитрий Тришкин*, восстановление здоровья военнослужащих в ведомственных санаториях и домах отдыха в настоящее время проводится по четырем направлениям, включающим в себя мероприятия медицинской и медико-психологической реабилитации, санаторно-курортного лечения и организованного (оздоровительного) отдыха.

«В настоящее время система военных здравниц МО РФ включает 33 санатория, 6 домов и 5 баз отдыха с общей емкостью более 16 тыс. мест. Санаторно-курортное лечение отдыхающих ведется по всем видам заболеваний, начиная от болезней органов дыхания и заканчивая дисфункциями нервной системы», — отметил Дмитрий Тришкин.

По его словам, санаторно-курортная база МО РФ обладает всем необходимым для сохранения и укрепления здоровья военнослужащих и членов их семей. «Ежегодно в санаторно-курортном лечении и иных оздоровительных мероприятиях нуждаются более 270 тыс. человек. Существующая санаторно-курортная база способна справляться с такими нагрузками», — пояснил Дмитрий Тришкин.

Он отметил, что в результате реформирования системы военных здравниц удалось сохранить уникальный врачебный состав. «Сегодня в системе ведомственного санаторно-курортного обеспечения трудятся порядка 800 врачей, подавляющее большинство из которых имеют колоссальный опыт в реабилитационной медицине. В наших санаториях работают более 60 заслуженных врачей Российской Федерации, кандидатов и докторов медицинских наук. Свыше 400 врачей имеют высшую квалификационную категорию».

Дмитрий Тришкин подробно рассказал о некоторых нововведениях в системе санаторно-курортного обеспечения военного ведомства. Так, высоким спросом у гражданского населения пользуется путевка выходного дня, продолжительность которой не превышает двух суток.

Кроме того, перед началом весенне-летнего сезона в пяти ведомственных санаториях МО РФ, расположенных в Московской и Тульской областях, будет введена дополнительная услуга — диспансеризация гражданского населения, которую можно пройти в течение субботы и воскресенья.

Управление пресс-службы и информации

Министерства обороны Российской Федерации, 3 апреля 2014 г.

http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11914259@egNews



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК: (355.41+615.4+ 681.5)(73-41)

Разработка медицинских роботов поля боя в вооруженных силах США

ГОЛОТА А.С., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса
(golotaa@yahoo.com)¹
ИВЧЕНКО Е.В., доцент, подполковник медицинской службы²
КРАССИЙ А.Б., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
в отставке (ramzai2002@mail.ru)²
КУВАКИН В.И., профессор, полковник медицинской службы в отставке²
СОЛДАТОВ Е.А., доктор медицинских наук, подполковник медицинской службы
(soldatov_e@mail.ru)²

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

Статья на примерах освещает организацию научно-исследовательской работы по созданию роботов военно-медицинского назначения в вооруженных силах США. Обозначена роль Исследовательского центра телемедицины и передовых технологий. Более подробно рассмотрен проект роботизированной системы сбора и эвакуации раненых с поля боя. Отмечается высокая стоимость разработки такого рода технических устройств.

К л ю ч е в ы е с л о в а: военная медицина, вооруженные силы США, медицинские роботы.

Golota A.S., Ivchenko E.V., Krassii A.B., Kuvakin V.I., Soldatov E.A. – Development of combat medical robots in the US Armed Forces. The current article is dedicated to the problem of scientific research organization in the field of combat medical robots development in the US Armed Forces. The role of the Telemedicine and Advanced Technology Research Center is singled out. The project A Robotic System for Wounded Patient Extraction and Evacuation from Hostile Environments is described in more detail. It is noted the high cost of such technical systems development and operation.

К е у w o r d s: armed forces, BEAR, autonomous combat casualty care, combat medical robots, medical service, military medicine, Robotic System for Wounded Patient Extraction and Evacuation from Hostile Environments, robotics, scientific research, Telemedicine and Advanced Technology Research Center, USA, US Armed Forces.

Настоящая статья на нескольких примерах освещает организацию научно-исследовательской работы (НИР) по созданию роботов военно-медицинского назначения в вооруженных силах (ВС) США. В данном направлении работают научно-исследовательские подразделения как центрального аппарата министерства обороны (МО) и медицинской службы ВС США, так и медицинских служб видов вооруженных сил, а также многочисленные правительственные, частные, академические, технические и промышленные учреждения.

В частности, головное научно-исследовательское подразделение цент-

рального аппарата МО США – Агентство передовых исследовательских оборонных проектов (DARPA)¹ прорабатывает подходы к созданию роботизированной системы сбора и эвакуации раненых на поле боя с немедленным оказанием им скорой медицинской помощи в автоматическом режиме. Идеология и футурология этих исследований демонстрируется на свободно доступном видеоролике проф. Ричарда Сатавы (Richard Satava) [3].

¹ Defense Advanced Research Projects Agency. Об организации вооруженных сил США, их медицинской службы и агентстве DARPA подробнее см.: Воен.-мед. журн. – 2012. – № 10. – С. 72–78. – Ред.



уже упомянутое агентство DARPA проводит соревнования конкурирующих фирм, параллельно занимающихся разработкой военно-полевых роботов (DARPA Robotics Challenge). В июне и в декабре 2013 г. состоялись два таких мероприятия, оба в штате Флорида. В конце 2014 – начале 2015 г. ожидается третий, заключительный этап конкурса. Победителя ожидает приз в 2 млн долларов [7].

Следует иметь в виду также высокую стоимость самих роботов, когда они станут коммерчески доступными. С поправкой на надежность в экстремальных условиях поля боя цена одного такого робота может быть сопоставима с ценой роботизированной хирургической операционной платформы *да Винчи*, т. е. около 1,5 млн долларов плюс 100 тыс. ежегодно за сервисное сопровождение [8].

Литература

1. A Robotic System for Wounded Patient Extraction and Evacuation from Hostile Environments // Telemedicine and Advanced Technology Research Center. PDF. URL: http://www.tatrc.org/ports/robotics/docs/AUVSI_RPR.pdf (дата обращения: 24.02.2014).
2. BEAR at Infantry Center Maneuver Battlelab – Fort Benning TV on YouTube // Telemedicine and Advanced Technology Research Center (TATRC). URL: <http://www.tatrc.org/ports/robotics.html> (дата обращения: 24.02.2014).
3. Dr. Satava's DARPA video // URL: http://www.tatrc.org/ports/robotics/media/darpa_video.mpg (дата обращения: 24.02.2014).
4. JAUS // Wikipedia. URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/JAUS> (дата обращения: 24.02.2014).
5. Live Fire: BEAR // Youtube.com. URL: http://www.youtube.com/watch?v=QMIU-5fJd6A&list=UUxKA-QeTb6dJ9uY7P6ZjuHA&index=482&feature=plpp_video (дата обращения: 24.02.2014).
6. Nightingale. Feasibility of UAV Technology for Casualty Evacuation and Related Missions // Telemedicine and Advanced

Technology Research Center. 6 p. PDF. URL: http://www.tatrc.org/ports/robotics/docs/Nightingale_UAS.pdf (дата обращения: 24.02.2014).

7. Pellerin C. DARPA Official: Human-Robot Teams Key to Disaster Response. 6 February 2014 // The Official Web site of the US Department of Defense. URL: <http://www.defense.gov/news/newsarticle.aspx?id=121619> (дата обращения: 25.02.2014).

8. Surgical robot da Vinci scrutinized by FDA after deaths, other surgical nightmares // The NY Daily News. 9 April 2013. URL: <http://www.nydailynews.com/life-style/health/surgical-robot-scrutinized-fda-deaths-nightmares-article-1.1311447> (дата обращения: 25.02.2014).

9. TATRC and TARDEC Collaborative Robots Program // Telemedicine and Advanced Technology Research Center. 15 p. PDF. URL: http://www.tatrc.org/ports/robotics/docs/AUVSI_TATRC_TARDEC_Robot_Team.pdf (дата обращения: 24.02.2014).

10. Telemedicine and Advanced Technology Research Center (TATRC). The Official Web Site. URL: <http://www.tatrc.org/index.html> (дата обращения: 24.02.2014).

11. Vecna. The Official Web Site. URL: <http://www.vecna.com/> (дата обращения: 24.02.2014).

Ежегодник медицинской службы ВМФ США (2014)

На официальном сайте медицинской службы *военно-морского флота* (ВМФ) США выложен очередной ведомственный ежегодник «Военно-морская медицина. Альманах 2014»¹. Журнал открывает вступительное слово начальника медицинской службы ВМФ США *вице-адмирала Метью Натана*² (с. 4–9). Адмирал кратко характеризует общее положение дел флотской медицины США, задачи на текущий год и средневременную перспективу. Важнейшей тенденцией, определяющей деятельность медицинской службы, является прогрессирующая консолидация медицинских служб видов вооруженных сил и усиление их кооперации с правительственными и частными организациями здравоохранения.

Второй раздел ежегодника освещает текущую структуру управляющего органа медицинской службы ВМФ США – *Бюро медицины и хирургии*³ (с. 10), состоящего из

¹ Navy Medicine. Almanac 2014. Vol 106. 44 p. PDF. URL: <http://www.med.navy.mil/Navy%20Medicine%20Media%20Room/Documents/Almanac/Navy%20Medicine%20Almanac%202014%20PDF.pdf> (10.04.2014).

² Vice Admiral Matthew L. Nathan (три звезды), начмед ВМФ США с ноября 2011 г.

³ The Navy Bureau of Medicine and Surgery (BUMED).



© В.Б.СИМОНЕНКО, В.Г.АБАШИН, 2014
УДК [614.2-355](091)

«1-й терапевтический госпиталь Красного Креста» в период Гражданской войны

СИМОНЕНКО В.Б., заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАМН, профессор, генерал-майор медицинской службы в отставке
АБАШИН В.Г., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса
(avg-56@list.ru)

Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В.Мандрыка, Москва

В статье представлены документальные сведения о создании, становлении и первых годах работы «1-го терапевтического госпиталя Красного Креста» — будущего 2-го Центрального военного клинического госпиталя им. П.В.Мандрыка Минобороны России. Представлена деятельность госпиталя в сложный период Гражданской войны, эпидемии тифа, голода и разрухи. Указаны его штатная структура, командный, врачебный и административный состав, перемещения и размещение до момента развертывания в Москве в Серебряном переулке.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Гражданская война, 1-й терапевтический госпиталь Красного Креста, Полевой штаб Реввоенсовета Республики.

Simonenko V.B., Abashin V.G. — «1st Therapeutic Red Cross Hospital» during the Civil war. The article presents the documentary information about the founding, the establishment and early years of the «1st Therapeutic Red Cross Hospital» — in the future — Mandryka Central Military Clinical Hospital of the Ministry of Defence of the Russian Federation. Presented the work of the Hospital during the difficult period of the Civil War, typhus epidemic, famine and devastation. Specified its staffing structure, command, medical and administrative staff, travel and accommodation till the moment of the deployment in the Silver Lane in Moscow.

К е у в о р д s: Civil war, 1st Therapeutic Red Cross Hospital, Field Staff of the Revolutionary Military Republic.

Музей Медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В.Мандрыка (МУНКЦ им. П.В.Мандрыка) обладает уникальным собранием исторических документов, среди которых — подлинники приказов по госпиталю с момента его основания (май 1919 г.) по 1960 г. Это более 80 книг, содержащих свыше 30 тыс. страниц рукописного и машинописного текста.

Жизнь госпиталя в них представлена до мельчайших подробностей: ежедневные данные по составу дежурных бригад, поступивших и выписавшихся больных, сведения о врачебном и сестринском составе, рабочих и служащих госпиталя, перемещениях по службе, награждениях и взысканиях личного состава и т. д.

Особый интерес представляют книги приказов периода Гражданской войны и начала 1920-х годов, с уникальными сведениями по организации медицинского обеспечения управленческого аппарата РККА, описанием элементов госпитальной жизни, характерными для тех лет фразеологическими оборотами. Представленный ниже материал подготовлен нами на основе книг приказов по госпиталю за 1919–1922 гг.

Свою историю 2-й Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка* начал с небольшого госпиталя Красного Креста, который был

*Симоненко В.Б. Вехи истории Центрального военного клинического госпиталя им. П.В.Мандрыка // Воен.-мед. журн. — 2004. — Т. 325, № 4. — С. 85–88.



Медицинскому учебно-научному клиническому центру им. П.В.Мандрыка – 95 лет



Эскизный проект
клиники преморбидных
и неотложных состояний
(Серебряный пер., д. 4)

Консилиум в гинекологическом отделении.
Слева направо: **А.Л.Кузина, С.Н.Большакова, В.П.Пичуев, В.А.Шишкина, Г.П.Честнова**



Обход в терапевтическом отделении
клиники преморбидных и неотложных
состояний. Слева направо: подполковник
медицинской службы **А.Б.Панферов, Н.А.Колесниченко**, начальник отделения
полковник медицинской службы
С.Е.Кузьменко

Обход в травматологическом
отделении. Слева направо:
В.Н.Потапенко, профессор
В.К.Николенко, полковник
медицинской службы
А.В.Демьяненко, А.Н.Тесля



Обсуждение плана операции
стентирования коронарных артерий
в отделении эндоваскулярной хирургии.
Слева направо: полковник медицинской
службы **В.С.Половинка, С.В.Захаров, В.В.Яшина**

*Материал о начальном периоде истории МУНКЦ им. П.В.Мандрыка опубликован
в рубрике «Из истории военной медицины»*



Медицинскому учебно-научному клиническому центру им. П.В.Мандрыка – 95 лет



Клинический корпус
(ул. Большая Оленья, д.8а)

Приемное отделение.
Слева направо: медицинская сестра
О.Г.Котельникова, заведующий
отделением **В.Н.Потапенко**



Лапароскопическая операция.
Слева направо: полковники
медицинской службы
В.М.Скоробогатов, **В.В.Кудровский**,
медицинская сестра **С.В.Палепина**

Обход в отделении интенсивной
терапии клиники сердечно-сосудистой
хирургии. Слева направо: **Д.А.Сергунин**,
профессор **В.Б.Симоненко**,
профессор **И.А.Борисов**



В отделении магнитно-резонансной
томографии. Слева направо: **О.А.Орлова**,
заведующая отделением **И.А.Некрасова**



Медицинскому учебно-научному клиническому центру им. П.В.Мандрыка – 95 лет



Клиника
восстановительного лечения
(г. Королёв, Московская обл.)

Обсуждение плана ведения больного в кардиологическом отделении клиники восстановительного лечения. Слева направо: заведующая физиотерапевтическим отделением **И.Г.Нигей**, старшая медицинская сестра **Е.В.Клименченко**, постовая медицинская сестра **Е.В.Глебова**, начальник кардиологического отделения полковник медицинской службы **С.С.Дмитренко**



Главный аритмолог МО РФ
полковник медицинской службы **В.И.Стежков**

Сотрудники клинко-диагностической поликлиники (Кольмажный пер., д. 9) обсуждают свежий номер «Военно-медицинского журнала». Слева направо: главная медицинская сестра **Н.А.Онопко**, начальник лечебного отдела **А.С.Лебедев**, начальник клинко-диагностической поликлиники **С.В.Бородин**



Прием пациента в отделении неотложной медицинской помощи и помощи на дому клинко-диагностической поликлиники. Слева направо: главная медицинская сестра **Н.А.Онопко**, заведующая отделением **Н.Л.Давидова**, процедурная медицинская сестра **В.А.Калинина**



Кабинет ультразвуковой диагностики.
Исследование проводит **Н.В.Борисов**



Медицинскому учебно-научному клиническому центру им. П.В.Мандрыка – 95 лет



Межкафедральное
совещание

Заседание ученого совета



Прием экзаменов у слушателей Института
усовершенствования врачей. Слева направо:
профессора **П.А.Дулин**, **В.Б.Симоненко**,
Д.Н.Панфилов

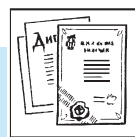


Занятие со слушателями проводит
доцент **В.Н.Колесников**



На занятии по ультразвуковой
диагностике. Слева направо:
О.А.Серякова, руководитель цикла
по ультразвуковой диагностике
кафедры терапии усовершенствования
врачей доктор медицинских наук
Е.А.Кулюшина





НАГРАЖДЕНИЯ

Указом Президента Российской Федерации за заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд почетное звание «**Заслуженный врач Российской Федерации**» присвоено:

полковникам медицинской службы

КОЧЕТОВУ

АЛЕКСАНДРУ ГЕННАДЬЕВИЧУ

(3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого),

ЛЕОНОВУ

СЕРГЕЮ ВИТАЛЬЕВИЧУ

(3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого),

МАНУКОВСКОМУ

ВАДИМУ АНАТОЛЬЕВИЧУ

(Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова),

ОБРАЗЦОВУ

АЛЕКСАНДРУ ВИКТОРОВИЧУ

(3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого),

ПАНЮШИНУ

КОНСТАНТИНУ АЛЕКСАНДРОВИЧУ

(Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко),

ПЕРЕДЕРНИНУ

СЕРГЕЮ ФЕДОРОВИЧУ

(3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого),

ТЫРЕНКО

ВАДИМУ ВИТАЛЬЕВИЧУ

(Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова),

ФЕДОРЕНКО

АЛЕКСАНДРУ ВИКТОРОВИЧУ

(3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого),

ЩЕГОЛЕВУ

АЛЕКСЕЮ ВАЛЕРИАНОВИЧУ

(Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова),

подполковникам медицинской службы

ПОЛОВНИКОВУ

СЕРГЕЮ ГРИГОРЬЕВИЧУ

(Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко),

ШАБАТИНУ

СЕРГЕЮ АНАТОЛЬЕВИЧУ

(Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко);

**гражданскому персоналу
Вооруженных Сил**

БЕБИЯ

НУГЗАРУ ВАРЛАМОВИЧУ

— доценту кафедры Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова,

БЛОХИНУ

МИХАИЛУ ПАВЛОВИЧУ

— доценту кафедры Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова,

ВАВЖЕНЧИКУ

ВИТАЛИЮ НИКОЛАЕВИЧУ

— заведующему отделением — врачу-ревматологу отделения Филиала № 2 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко,

ДИКУСАРУ

ВАСИЛИЮ ФЕДОРОВИЧУ

— начальнику отделения — врачу-терапевту Филиала № 1 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко,

ЕФИМОВУ

АЛЕКСАНДРУ АЛЕКСАНДРОВИЧУ

— врачу отделения Филиала № 2 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко,

ЗЕНЕВИЧУ

МИХАИЛУ ЮРЬЕВИЧУ

— заместителю заведующего поликлиникой — начальнику отдела поликлиники Медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В.Мандрыка,



ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

ИВАХНЕНКО

АНАТОЛИЮ ГРИГОРЬЕВИЧУ

— врачу-кардиологу отделения Медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В.Мандрыка,

КИРИЛЛОВУ

СЕРГЕЮ МИХАЙЛОВИЧУ

— заведующему отделением — врачу-гастроэнтерологу центра 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого,

ПОКУСАЕВУ

АЛЕКСАНДРУ АНДРЕЕВИЧУ

— заместителю начальника Филиала № 6 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого,

РИКУНУ

ОЛЕГУ ВЛАДИМИРОВИЧУ

— заведующему отделением — врачу клиники кафедры Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова,

СТЕПАНЯНЦ

ОЛЬГЕ СТЕПАНОВНЕ

— заведующей отделением — врачу клиники Медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В.Мандрыка,

ЦЕХАНОВСКОМУ

ГРИГОРИЮ БОРИСОВИЧУ

— заведующему отделением центра Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко.

Указом Президента Российской Федерации за заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд почетное звание «**Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации**» присвоено:

полковнику медицинской службы

КОВАЛЕВУ

ВЛАДИМИРУ ВЯЧЕСЛАВОВИЧУ

(Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко),

гражданскому персоналу Вооруженных Сил

ДЮМИНУ

ГЕННАДИЮ ВАСИЛЬЕВИЧУ

— заместителю начальника Медицинского учебно-научного клинического центра им.П.В.Мандрыка,

НИКОЛАЙКОВОЙ

ЛЮДМИЛЕ АЛИЕВНЕ

— заведующей отделением — врачом-методисту 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого,

РОЖНОВУ

ЮРИЮ АНАТОЛЬЕВИЧУ

— заместителю начальника Филиала № 6 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко,

СЛЮСАРЧУК

ЗИНАИДЕ СЕРГЕЕВНЕ

— старшей медицинской сестре терапевтического отделения 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого,

ТИТОВУ

ИГОРЮ ГЕОРГИЕВИЧУ

— начальнику Санаторно-курортного комплекса «Подмосковье»,

УДАЛЬЧИКОВУ

СТАНИСЛАВУ ВИТАЛЬЕВИЧУ

— заведующему отделением гигиенического отдела 736-го Главного центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Указом Президента Российской Федерации за заслуги в научно-педагогической деятельности и подготовке квалифицированных специалистов почетное звание «**Заслуженный работник высшей школы Российской Федерации**» присвоено:

гражданскому персоналу Вооруженных Сил

ПАЩЕНКО

ПАВЛУ СТЕПАНОВИЧУ

— профессору кафедры Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.



В *Москве* под руководством министра обороны России генерала армии **Сергея Шойгу** состоялось заседание Коллегии военного ведомства.

В ходе заседания обсуждались основные направления деятельности Минобороны России по интеграции **Крыма** в единое оборонное пространство РФ.

Министр обороны сообщил, что большинство украинских военнослужащих, проходивших службу в **Крыму**, изъявили желание служить в российских ВС, и такая возможность им предоставлена.

Также министр обороны заявил, что теперь предстоит серьезная работа по интеграции **Крыма** в единое оборонное пространство РФ.

«В связи с этим необходимы согласованные усилия Министерства обороны РФ и органов военного управления на местах», — сказал глава военного ведомства России.

Генерал армии Сергей Шойгу сообщил, что для организации «всесторонней и целенаправленной» работы по вопросам функционирования войск на территории **Крыма** Министерством обороны РФ разработан проект плана до 2020 г.

Коснувшись медицинского обеспечения войск, дислоцированных в **Крыму**, глава военного ведомства отметил, что, по имеющимся данным, «право на обслуживание в военных лечебных организациях будут иметь более 120 тыс. человек». Однако большая часть находящихся там медицинских учреждений требует капитального ремонта или реконструкции.



Управление пресс-службы и информации
Министерства обороны Российской Федерации, 4 апреля 2014 г.
http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11914383@egNews

В Национальном центре управления обороной Российской Федерации министр обороны России генерал армии **Сергей Шойгу** провел очередное селекторное совещание с руководящим составом Вооруженных Сил.

В ходе совещания обсуждались вопросы обеспечения безопасности на территории Крымского федерального округа, организации весеннего призыва граждан на военную службу, деятельности Национального центра управления обороной РФ, подготовки к военным парадом в ознаменование 69-й годовщины Победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. и др.

Остановившись на особенностях весеннего призыва 2014 года, министр обороны России сообщил, что, «во-первых, для всех призывников будут оформлены персональные электронные карты, содержащие биографические данные, медицинские показатели, а также сведения о профессиональной подготовке». Это, как пояснил глава военного ведомства, позволит упростить систему назначения на воинские должности и облегчит ведение воинского учета граждан.

Генерал армии Сергей Шойгу также отметил, что «в соответствии с новым положением о военно-врачебной экспертизе, вступившим в силу с 1 января этого года, перед призывом молодые люди будут проходить медицинское обследование в значительно большем объеме, чем раньше».

Перейдя к вопросу подготовки к военным парадом в ознаменование 69-й годовщины Победы, министр обороны заявил, что их проведение должно в очередной раз продемонстрировать миру «категорическое неприятие фашизма Россией». «Сегодня мы все являемся свидетелями того, что на постсоветском пространстве все большее распространение получают идеи неонацизма», — сказал генерал армии Сергей Шойгу, напомнив, что нынешние власти Украины намерены отменить 9 мая как государственный праздник.

В ходе совещания министр обороны распорядился включить в списки медицинского обследования ветеранов Великой Отечественной войны, проживающих в Республике Крым и Севастополе.

Управление пресс-службы и информации
Министерства обороны Российской Федерации, 31 марта 2013 г.
http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11913366@egNews



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 615.47-355(063)

Всеармейская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы медицинского обеспечения войск (сил) на стратегических направлениях»

ШЕЛЕПОВ А.М., заслуженный деятель науки РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы запаса
ИВЧЕНКО Е.В., доцент, подполковник медицинской службы
ЖУКОВ А.А., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы (androlya@mail.ru)

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

Всеармейская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы медицинского обеспечения войск (сил) на стратегических направлениях» состоялась **22 ноября 2013 г.** в аудитории кафедры организации и тактики медицинской службы Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.

Открыл конференцию начальник отдела организации научно-исследовательской работы и подготовки научно-педагогических кадров Военно-медицинской академии подполковник медицинской службы **Е.В.Ивченко**. Он отметил особую значимость и актуальность заявленной темы, перечислил основные потенциальные источники угроз военной безопасности Российской Федерации на стратегических направлениях, особенности медицинского обеспечения на них.

С основным докладом выступил профессор **А.М.Шелепов**, проанализировавший работу органа управления медицинской службой военного округа — объединенного стратегического командования по опыту оперативно-стратегических учений 2009–2013 гг., с отражением основных проблем и возможных вариантов их решений. Докладчик акцентировал внимание участников конференции на следующих проблемных вопросах.

1. Определение видов медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (2011 г.) и их адаптация к видам медицинской помощи, утвержденным XXXVI пленумом Ученого медицинского совета Главного военно-медицинского управления МО РФ в 1996 г.

2. Соответствие стоящих перед формированиями медицинской службы задач, форм и способов их выполнения потребностям управления.

3. Проблемы информационного обеспечения медицинской службы.

4. Вопросы взаимодействия между разноместными органами управления медицинской службой.

5. Организация оказания медицинской помощи легко раненым.

6. Организация переливания крови на этапах медицинской эвакуации.

7. Организация обеспечения частей и подразделений медицинской службы медицинским кислородом в военное время.

8. Вопросы санитарно-эпидемиологического обеспечения.

Особенностям медицинского обеспечения в условиях сетцентрических войн был посвящен доклад доцента кафедры организации и тактики медицинской службы кандидата медицинских наук **В.В.Тыца**. Докладчиком определены факторы, подлежащие учету при разработке концепции медицинского обеспечения военных действий, а также сформулированы основные направления совершенствования системы медицинского обеспечения Вооруженных Сил РФ в соответствии с концепцией сетцентрических войн.

В докладе заведующего кафедрой общественного здоровья и экономики военного здравоохранения ВМедА профессора **И.Т.Русева** были представлены основные недостатки организационной структуры госпитальной базы единой организации, направления ее совершенствования, варианты соотношения врачебного, среднего и младшего медицинского персонала для оптимальной работы госпитальной базы, соотношение численности личного состава к коечной емкости. Была также представлена структура и возможности мобильной госпитальной базы.



блемные вопросы медицинского обеспечения боевых действий частей и соединений ВДВ и представлены варианты их решения. Среди проблемных вопросов автор отметил несоответствие организационно-штатной структуры медицинской службы ВДВ стоящим перед ней задачам, низкую материально-техническую оснащенность медицинских частей и подразделений ВДВ, наличие в штате медицинской службы устаревших образцов санитарных и специальных транспортных средств, отсутствие штатного авиационного транспорта, предназначенного для эвакуации раненых и больных.

Старший преподаватель кафедры организации и тактики медицинской службы подполковник медицинской службы **С.П.Таранов** посвятил свой доклад предложениям по совершенствованию организации лечебно-эвакуационных мероприятий в ра-

кетном соединении. Он отметил важность совершенствования организационной структуры медицинской службы ракетного соединения, а также оснащения ее современными перспективными образцами медицинской техники и имущества.

Наряду с устными докладами на конференции были также представлены стендовые сообщения по таким темам, как «Организация оказания экстренной медицинской помощи в филиале 442 ВКГ», «Работа нештатного изолятора в Выборгском гарнизоне», «Организация работы кабинета трансфузиологии в филиале 442 ВКГ» и др.

Итоги работы конференции подвел в выступлении заместитель начальника Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова по учебной и научной работе профессор полковник медицинской службы **Б.Н.Котив**, председательствовавший на заседании.

© Б.В.БОБИЙ, В.В.РЯБИНКИН, 2014
УДК 614.8(091)(063)

Конференция, посвященная 20-летию Всероссийского центра медицины катастроф «Защита»

*БОБИЙ Б.В., заслуженный работник здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке
РЯБИНКИН В.В., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке (kadr@vcmk.ru)*

Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», Москва

25–26 ноября 2013 г. состоялись мероприятия, посвященные празднованию 20-летия создания Федерального государственного бюджетного учреждения «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России (ВЦМК «Защита»). В первый день на торжественном собрании в конференц-зале Центра состоялось награждение сотрудников за достижения в труде, демонстрация документального фильма о деятельности Центра.

В церемонии награждения участвовали и выступили заместитель министра здравоохранения РФ **И.Н.Каграманян**, заместитель министра МЧС России **С.И.Воронов**, заместитель министра обороны РФ **Р.Х.Цаликов**, начальник Главного военно-медицинского управления Минобороны России генерал-майор медицинской службы **А.Я.Фисун**, представители органов власти и управления здравоохранением субъектов РФ.

Были оглашены приветствия Президента РФ **В.В.Путина**, министра здравоохранения

РФ **В.И.Скворцовой**, министра обороны РФ генерала армии **С.К.Шойгу**, министра Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий **В.А.Пучкова**.

В выступлениях звучало пожелание и далее сохранять сплоченность и особый корпоративно-товарищеский дух, азартность в работе специалистов Центра, высокий профессионализм при прогнозировании *чрезвычайных ситуаций* (ЧС) и ликвидации их последствий, готовность к самопожертвованию при спасении пострадавших.

26 ноября 2013 г. в Культурном центре ВС РФ состоялась Всероссийская конференция с международным участием «**Развитие Всероссийской службы медицины катастроф на современном этапе**».

Главные цели конференции — подведение итогов деятельности ВЦМК «Защита» как головного учреждения в области медико-санитарного обеспечения населения, пострадав-

Конференция «Развитие Всероссийской службы медицины катастроф на современном этапе»

В ноябре 2013 г. в Москве в Культурном центре Вооруженных Сил Российской Федерации состоялась Всероссийская конференция с международным участием «Развитие Всероссийской службы медицины катастроф на современном этапе».

Главные цели конференции – подведение итогов 20-летней деятельности Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» как головного учреждения в области медико-санитарного обеспечения

населения, пострадавшего в чрезвычайных ситуациях (ЧС), выработка направлений дальнейшего развития *Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК)*.

На конференции обсуждались новые технологии в системе организации и оказания медицинской помощи пострадавшим в ЧС (в частности, развитие санитарно-авиационной медицинской помощи и медицинской эвакуации), совершенствование системы непрерывного медицинского образования специалистов здравоохранения и ВСМК по вопросам безопасности в ЧС и организации медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях, другие актуальные проблемы.



На трибуне – начальник Главного военно-медицинского управления МО РФ генерал-майор медицинской службы **А.Я.Фисун**



Справа налево: директор ВЦМК «Защита», академик РАМН генерал-майор медицинской службы в отставке **С.Ф.Гончаров**, помощник Председателя Правительства РФ, академик РАМН **Г.Г.Онищенко**, член-корреспондент РАМН генерал-полковник медицинской службы в отставке **Э.А.Нечаев** – начальник Главного военно-медицинского управления МО СССР (РФ) в 1989–1993 гг., министр здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации в 1992–1994 гг., президент Национальной академии медицинских наук Украины, академик НАМНУ, иностранный член РАМН **А.М.Сердюк**

Фото Н.Лычагина

Материал о конференции опубликован в рубрике «Хроника»



– «Безопасность жизнедеятельности», состоящим из 3 модулей – безопасности жизнедеятельности, безопасности медицинского труда и безопасности медицинских услуг (преподавание проводится на 2-м или на 3-м курсе обучения);

– «Медицина катастроф», состоящим из 2 модулей – медицины катастроф и психологии экстремальных ситуаций (преподавание проводится на 4-м или на 5-м курсе обучения).

Подводя итоги конференции, директор ВЦМК «Защита» С.Ф.Гончаров отметил актуальность и значимость обсужденных вопросов для практического здравоохранения.

Были определены основные направления развития Всероссийской службы медицины

катастроф: совершенствование системы управления ВСМК на основе новых информационных технологий; приведение организационной структуры ВСМК в соответствие с нормативными правовыми актами, решаемыми задачами, прогнозируемыми угрозами и рисками; развитие санитарно-авиационной медицинской помощи и медицинской эвакуации; разработка, внедрение в практику эффективных технологий организации и оказания медицинской помощи пострадавшим, телемедицины; создание системы медико-санитарного обеспечения населения в составе Российской системы гражданской защиты; развитие системы подготовки медицинских кадров и специалистов Всероссийской службы медицины катастроф.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК [617:355] (063)

Пятая международная научно-практическая конференция «Духовное и врачебное наследие святителя Луки (В.Ф.Войно-Ясенецкого)»

МАКСИМОВ И.Б., заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы¹

МАНУЙЛОВ В.М., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы (svtmg@russian.ru)²

МАРЧИК В.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса²

КОЗОВОЙ М.Я., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы²

ШЕСТОПАЛОВ С.С., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,

полковник медицинской службы запаса²

ЯКОВЛЕВ А.Е., подполковник медицинской службы (jackovlev.andrei@yandex.ru)³

¹Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва; ²Филиал № 3 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, г. Железнодорожный, Московская область; ³Филиал № 2 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, г. Одинцово, Московская область

В канун 30-летия со дня основания 32-го Центрального военно-морского клинического госпиталя – **6 июня 2013 г.** – в Филиале № 3 ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н.Бурденко» МО РФ была торжественно проведена Пятая международная научно-практическая конференция «Духовное и врачебное наследие святителя Луки (Войно-Ясенецкого)». Целью конференции было изучение и передача богатого научного опыта выдающегося отечественного ученого, профессора-хирурга Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого – архиепископа Русской православной церкви, святителя-исповедника Луки, а также нравственное и духовное воспитание врачебного состава военно-медицинских учреждений МО РФ.

Учредителями конференции явились Главный военный клинический госпиталь имени Н.Н.Бурденко, Филиал № 3 ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, кафедральный соборный храм Христа Спасителя. В мероприятии приняли участие известные ученые, врачи, представители духовенства Русской, Греческой и Украинской православных церквей, а также российской, греческой, белорусской и украинской медицинской общественности.

Перед началом конференции священник **Максим Сеницын**, клирик храма Святых Первоверховных Апостолов Петра и Павла в Новой Басманной слободе г. Москвы, отслужил молебен святителю-исповеднику Луке.

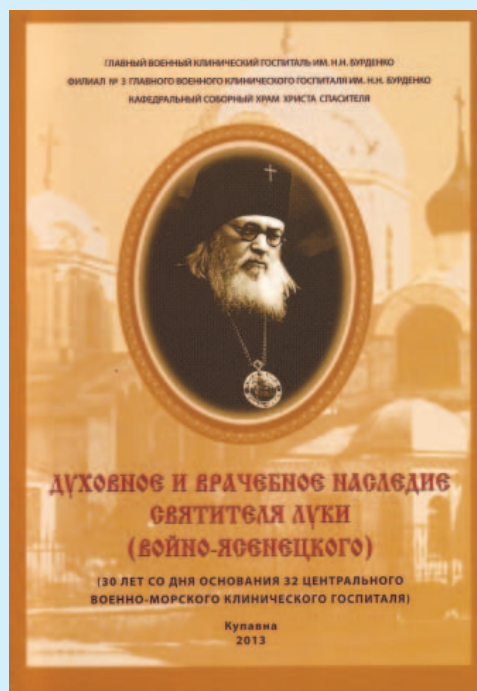
Благословение Патриарха Московского и Всея Руси **Кирилла** на проведение конференции передал руководитель отдела меди-

Пятая международная научно-практическая конференция «Духовное и врачебное наследие святителя Луки (В.Ф.Войно-Ясенецкого)» в Филиале № 3 ГВКГ им. Н.Н.Бурденко (6 июня 2013 г.)



Гости и участники конференции у входа в госпиталь

30 лет на службе военно-морской медицины: 1983–2013 / Колл. авт.; под общ. ред. *И.Б.Максимова* и *В.М.Мануйлова*. — Купавна: Филиал № 3 ГВКГ им. акад. Н.Н.Бурденко, 2013. — 412 с: ил. В книге рассказывается об истории создания и развития 32-го Центрального военно-морского клинического госпиталя (Филиал № 3 Главного военного клинического госпиталя им. академика Н.Н.Бурденко). На основе большого архивного материала раскрыты этапы становления и особенности деятельности госпиталя по сохранению здоровья военных моряков.



Духовное и врачебное наследие Святителя Луки (В.Ф.Войно-Ясенецкого)» (30 лет со дня основания 32 Центрального военно-морского клинического госпиталя): Сборник материалов Пятой международной научно-практической конференции / Под общ. ред. *И.Б.Максимова* и *В.М.Мануйлова*. — Купавна: Филиал № 3 ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н.Бурденко МО РФ», 2013. — 488 с.: ил.

Пятая международная научно-практическая конференция «Духовное и врачебное наследие святителя Луки (В.Ф.Войно-Ясенецкого)» в Филиале № 3 ГВКГ им. Н.Н.Бурденко (6 июня 2013 г.)



Президиум конференции: начальник Филиала № 3 ГВКГ им. Н.Н.Бурденко полковник медицинской службы **В.М.Мануйлов**, начальник ГВКГ им. Н.Н.Бурденко генерал-майор медицинской службы **И.Б.Максимов**, глава отдела медико-социального служения и благотворительности Архангельской и Холмогорской епархии, настоятель Свято-Троицкого храма г. Архангельска, врач-терапевт **Алексей (Денисов)**, начальник МУНКЦ им. П.В.Мандрыка генерал-майор медицинской службы запаса **В.Б.Симоненко**

Настоятель Богоявленского кафедрального собора в Елохово протоиерей **Александр (Агейкин)** и полковник медицинской службы запаса **С.С.Шестопапов**: награжденные орденом Святителя Луки архиепископа Крымского



Заместитель начальника военно-медицинского факультета Белорусского государственного медицинского университета полковник медицинской службы **В.Г.Богдан**



Участники конференции – врачи и представители духовенства

Материал о конференции опубликован в рубрике «Хроника»



Конференция к столетию инфильтрационной теории атеросклероза

ГОЛУБЕВА А.А. (voen-med-journal@mtu-net.ru)

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

Всероссийская научная конференция с международным участием «**Столетие инфильтрационной теории атеросклероза академика Н.Н.Аничкова**» прошла 4–5 июня 2013 г. в Санкт-Петербурге. Конференция торжественно открылась в стенах Санкт-Петербургского научного центра Российской академии наук под Государственный гимн Российской Федерации в исполнении оркестра Военно-медицинской академии.

Организаторами мероприятия выступили Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Объединенный научный совет «Биология и медицина» СПб НЦ РАН, Научный совет РАН по физиологическим наукам, Комитет Государственной Думы Федерального собрания РФ по науке и наукоёмким технологиям, Северо-Западное отделение РАМН, Северо-Западный медицинский университет им. И.И.Мечникова, Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова, НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, Комитет по здравоохранению Правительства Ленинградской области, Оздоровительный фонд «МЕДИНЕФ», Покровский банк стволовых клеток, Санкт-Петербургское общество патофизиологов, ООО «Ком-Форум».

Целью конференции было обсуждение важнейших аспектов патогенеза, клиники, диагностики, профилактики и лечения атеросклероза, новых направлений научных исследований в этой области.

В работе форума приняли участие более 400 человек: специалисты из научных, стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений различного профиля, медицинских вузов и научно-исследовательских учреждений, научных и клинических центров Санкт-Петербурга и различных регионов России, а также приглашенные специалисты из стран дальнего и ближнего зарубежья.

В первый день конференции прошло 3 пленарных заседания, на которых прозвучало 17 докладов. Основная часть из них

была посвящена проблемам, профилактике, диагностике и лечению атеросклероза. Данные аспекты прозвучали в выступлениях **Е.В.Шляхто, В.И.Мазурова, Ю.В.Лобзина, В.Г.Бовтюшко, Н.М.Аничкова** и др.

Много слов было сказано о Николае Николаевиче Аничкове – выдающемся российском патологе, открывшем значение холестерина в патогенезе атеросклероза. Заведующий кафедрой патологической анатомии ВМедА профессор **В.Н.Цыган** выступил с докладом «Н.Н.Аничков – крупный российский патолог, открывший значение холестерина в патогенезе атеросклероза».

Имя академика АН и АМН СССР, президента АМН СССР в 1946–1953 гг., лауреата Сталинской премии генерал-лейтенанта медицинской службы Н.Н.Аничкова входит в галерею имен крупных исследователей, прославивших отечественную медицинскую науку. Кроме работ по сердечно-сосудистой патологии, перу Николая Николаевича принадлежат 260 научных трудов по проблемам ретикуло-эндотелиальной системы, инфекционной, военной патологии и патологической физиологии.

В заключительный день конференции прошел круглый стол, в ходе которого обсуждались актуальные вопросы этиологии и патогенеза атеросклероза. Было отмечено, что в современных условиях существует ряд проблем, требующих научного осмысления, а также внедрения новых технологий профилактики, диагностики, лечения атеросклероза.

Полноценные механизмы государственной системы поддержки инновационной деятельности уже сегодня обеспечивают полную и качественную реализацию прорывных научных разработок, а внедрение перспективных технологий в систему медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации позволит не только сохранять жизнь и здоровье военнослужащих, но и перейти к новым формам и способам оказания медицинской помощи, повысить возможности современных медицинских подразделений.

Всероссийская научная конференция «Столетие инфильтрационной теории атеросклероза академика Н.Н.Аничкова» (Санкт-Петербург, 2013 г.)

Начальник Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова полковник (с декабря 2013 г. – генерал-майор) медицинской службы **А.Н.Бельских** и профессор **В.Н.Цыган**



Торжественное открытие конференции: оркестр Военно-медицинской академии

Участники конференции



Всероссийская научная конференция «Столетие инфильтрационной теории атеросклероза академика Н.Н.Аничкова» (Санкт-Петербург, 2013 г.)

Академик РАН
Ю.В.Наточин



Президиум
конференции



Участники конференции (слева направо): профессор **В.Н.Цыган**, профессор **А.С.Свистов**, академик РАН и РАМН **В.А.Черешнев**, кандидат медицинских наук **П.В.Бовтюшко**, профессор **В.Г.Бовтюшко**, профессор **В.В.Тыренко**, кандидат медицинских наук **С.Б.Оникиенко**

Материал о конференции опубликован в рубрике «Хроника»



**VII СЪЕЗД
ПО РАДИАЦИОННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ
(радиобиология, радиоэкология, радиационная безопасность)
Москва, 21–24 октября 2014 года**

**Проводят: отделение биологических наук РАН,
Российское радиобиологическое общество,
Научный совет РАН по радиобиологии**

На пленарных и секционных заседаниях съезда будут обсуждены итоги фундаментальных исследований и новые данные в области радиобиологии, радиоэкологии и проблем радиационной безопасности. Основные направления работы съезда:

1. Радиационная биохимия и молекулярная радиобиология. Молекулярные и клеточные механизмы действия радиации на живые организмы.
2. Механизмы действия радиации малых доз и низкой интенсивности. Отдаленные последствия облучения.
3. Радиационная генетика. Радиационная иммунология и гематология.
4. Медико-биологические аспекты действия радиации. Клиника, диагностика и лечение различных клинических форм радиационных поражений.
5. Радиационная защита и фармакологическая модификация эффектов радиации.
6. Радиобиология опухолей. Проблемы лучевой терапии.
7. Радиобиология тяжелых ионов. Космическая радиобиология.
8. Радиобиология неионизирующих излучений. Биологические эффекты электромагнитных волн. Экология, электромагнитная безопасность и нормирование.
9. Радиоэкология. Сочетанное действие радиации и других факторов окружающей среды. Сельскохозяйственная радиоэкология.
10. Радиационная безопасность, радиационная гигиена и нормирование.
11. Радиационная физика и дозиметрия. Средства и методы радиационного контроля.
12. Теоретические проблемы радиобиологии. Системная радиобиология.
13. Радиобиологическое и радиоэкологическое образование. Исторические аспекты радиобиологии и радиационной экологии.

Планируется публикация материалов съезда. **Тезисы доклада** на русском языке необходимо прислать в Оргкомитет электронной почтой (адрес: radbio@sky.chph.ras.ru) **не позднее 31 мая 2014 года**. Объем тезисов – не более **1 страницы А4 через 1 интервал** (около 3000 знаков), формат WinWord, doc, шрифт Times New Roman 12 пт, абзац начинается с красной строки (1 см); поля сверху и слева 3 см, снизу и справа – 2 см. Заглавная часть центрирована, фамилии авторов – *курсив*, фамилия докладчика подчеркнута. Текст тезисов печатать после заглавной части через одну пустую строку, выравнивать по ширине поля, без переносов.

Дополнительную информацию можно получить в Научном совете РАН по радиобиологии: 119334, Москва, ул. Косыгина, 4, тел./факс: +7 (495) 939-7438, Найдич Валерия Иосифовна, отв. секретарь Оргкомитета. Электронная почта: radbio@sky.chph.ras.ru

*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 20.03.13. Формат 70×108 ^{1/16} . Усл. печ. л. 8,4. Заказ № 484.	Печать офсетная. Усл. кр.-отт. 9,8. Тираж 3869 экз.	Подписано к печати 18.04.14. Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 8,6. Каталожная цена 58 р. 00 к.
Отпечатано в ОАО «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		