

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ
И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Издается с 1823 года

**РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ:**

М.В.Поддубный (*главный редактор*)
В.Г.Акимкин
А.Б.Белевитин
В.В.Бояринцев
В.В.Бузунов (*ответственный секретарь*)
Л.Л.Галин (*заместитель главного редактора*)
В.В.Иванов
А.Н.Кучмин
В.А.Линок
Ю.В.Лобзин
А.Э.Никитин
С.Н.Переходов
В.А.Решетников
В.К.Семенов
В.Н.Цыган
В.К.Шамрей
А.М.Шелепов
В.В.Яменков

**РЕДАКЦИОННЫЙ
СОВЕТ:**

С.А.Белякин (Красногорск)
Ф.М.Беня (Ростов-на-Дону)
Е.В.Боярских (Екатеринбург)
П.Г.Брюсов (Москва)
А.А.Будко (С.-Петербург)
И.Ю.Быков (Москва)
А.Р.Волгин (Москва)
С.Ф.Гончаров (Москва)
А.В.Гришук (С.-Петербург)
В.В.Добржанский (Москва)
П.А.Зеренков (Владивосток)
А.П.Кечин (Москва)
В.В.Колкутин (Москва)
И.Б.Максимов (Москва)
Э.А.Нечаев (Москва)
В.А.Новиков (Москва)
В.Ю.Петришев (Хабаровск)
Ю.В.Сабанин (Москва)
В.Б.Симоненко (Москва)
И.М.Чиж (Москва)
Ю.Р.Ханкевич (Североморск)

Адрес редакции:

119160, Москва, редакция
«Военно-медицинского журнала»

Адрес в сети Интернет:

www.mil.ru/info/1070/11618

Телефон/факс редакции:

(495) 656-33-41

Non scholae, sed vitae discimus!

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2009 * АВГУСТ
Т. 330 * № 8

- Санитарные потери: классификация, понятия и проблемы
- Перспективы развития системы медицинской реабилитации в Вооруженных Силах
- Особенности огнестрельных ран челюстно-лицевой области, нанесенных из современного стрелкового оружия
- Реабилитация военнослужащих с последствиями увечий конечностей после минно-взрывных ранений
- Эпидемиологический надзор за менингококковой инфекцией и ее профилактика в войсках
- Медицинская служба Русской армии в Первой мировой войне 1914–1918 гг.

МОСКВА
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
«КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»



Организация медицинского обеспечения Вооруженных Сил

Organization of medical support of the Armed Forces

Белевитин А.Б., Шелепов А.М., Русев И.Т., Прокин И.Г., Столяр В.П. — Санитарные потери: классификация, понятия и проблемы

4

Belevitin A.B., Shelepov A.M., Rusev I.T., Prokin I.G., Stolyar V.P. — Sanitarium casualty: classification, notions and problems

Фисун А.Я., Шегольков А.М., Юдин В.Е., Белякин С.А., Иванов В.Н., Будко А.А., Овечкин И.Г. — Система медицинской реабилитации в Вооруженных Силах: история, современность и перспективы развития

11

Fisun A.Ya., Shchegol'kov A.M., Yudin V.E., Belyakin S.A., Ivanov V.N., Budko A.A., Ovechkin I.G. — System of rehabilitation in the Armed Forces: history, now-day's and perspectives of development

Поправка С.Н., Адонин А.И., Цуканов Д.В. — Методологические основы реабилитационного лечения военнослужащих с последствиями увечий конечностей после минно-взрывных ранений

16

Popravka S.N., Adonin A.I., Tsukanov D.V. — Methodological base of rehabilitation treatment of service men with consequences of damages of limbs after mine wounds



Медицина экстремальных ситуаций

Medicine of extreme situations

Муллов А.Б., Баширов Р.С. — Способ определения типа реакции кровообращения на шокогенную травму на догоспитальном этапе

20

Mullov A.B., Bashirov R.S. — Method of definition of type reaction of blood circulation to a shockogenic trauma on pre-hospital stage



Лечебно-профилактические вопросы

Prophylaxis and treatment

Прохватиллов Г.И., Вареница В.И., Логаткин С.М., Асфендиаров Д.Д. — Особенности огнестрельных ран челюстно-лицевой области, нанесенных из современного стрелкового оружия

24

Prokhvatilov G.I., Varenitsa V.I., Logatkin S.M., Asfendiarov D.D. — Peculiarities of ballistic wounds of maxillo-facial area, given by modern ballistic weapon

Шегольков А.М., Будко А.А., Сычѳв В.В., Азарова Е.К., Арсений Т.В. — Комплексная медицинская реабилитация больных ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование, с применением воздушно-озоновых ванн

30

Shchegol'kov A.M., Budko A.A., Sychyov V.V., Azarova E.K., Arseniy T.V. — A complex medical rehabilitation of patients with coronary heart disease, underwent coronary shunting, using air-ozone baths

Мягков Ю.А., Иванов В.Н., Аплетаяев В.В., Аблизина Л.М. — Фаллоэндопротезирование в комплексном восстановительном лечении раненых и больных с эректильными дисфункциями

33

Myagkov Yu.A., Ivanov V.N., Apletaev V.V., Ablizina L.M. — Phalloendoprosthesis replacement in complex remedial treatment of wounded and ill persons with erectile disfunctions

Белякин С.А. — Профилактика алкогольной болезни печени

36

Belyakin S.A. — Prophylaxis of alcoholic disease of the liver

Скоробогатов В.М. — Оптимизация хирургической тактики при узловых образованиях щитовидной железы

41

Skorobogatov V.M. — Optimization of surgical tactics in conditions of formations of thyroid body

Харакхордин О.Е. — Особенности течения кандидозов у пациентов с иммунодефицитом

46

Kharakhordin O.E. — Peculiarities of course of candidiasis by patients with immunodeficiency



**Эпидемиология
и инфекционные болезни**

**Epidemiology
and infectious diseases**

Огарков П.И., Белов А.Б., Коротченко С.И.,
Харченко В.И. – Пути совершенство-
вания эпидемиологического надзора
за менингококковой инфекцией и ее
селективная профилактика в войсках

55

Ogarkov P.I., Belov A.B., Korotchenko S.I.,
Kharchenko V.I. – Ways of improvement
of epidemiological surveillance of me-
ningococcus infection and it's selective
prophylaxis in troops



Краткие сообщения

23,
62

Brief reports



**Из истории
военной медицины**

**From the history
of military medicine**

Корнюшко И.Г., Гладких П.Ф., Локтев А.Е.
– Медицинская служба Русской армии
в Первой мировой войне 1914–1918 гг.
(К 95-летию начала войны)

78

Kornyushko I.G., Gladkikh P.F., Loktev A.E.
– Medical service of Russian Army in the
First World War 1914–1918 (To the 95th
anniversary of the beginning of war)

Кохан Е.П., Глянцев С.П., Галик Н.И. –
Вклад российских хирургов – участни-
ков Первой мировой войны в развитие
сосудистой хирургии

81

Kokhan E.P., Glyantsev S.P., Galik N.I. –
Contribution of Russian surgeons-parti-
cipants of the First World War in develop-
ment of vascular surgery

Будко А.А., Овечкин И.Г. – Юбилей
ФГУ «6-й Центральный военный
клинический госпиталь Минобороны
России»

84

Budko A.A., Ovechkin I.G. – Anniversary
of FSI «The 6th Central Military Clinical
Hospital of the Ministry of Defense
of RF»

Захарчук Л.Ф., Лапин А.Н. – Военному
госпиталю в Комсомольске-на-Амуре –
75 лет

88

Zakharchuk L.F., Lapin A.N. – The 75th
anniversary of military hospital in Koms-
molsk-on-Amur



Официальный отдел

91

Official communications



Хроника

Chronicle

Чигарева Н.Г. – Участие Военно-меди-
цинского музея МО РФ в новых музей-
ных проектах

93

Chigareva N.G. – Participation of Mili-
tary-medical museum of the Ministry of
Defense of RF in new museum projects

Есипов А.В., Трегубов В.Н. – Конферен-
ция по актуальным вопросам совершен-
ствования врачебно-лётной экспертизы

94

Yesipov A.V., Tregubov V.N. – Conference
on actual questions of improvement
of aviation physical examination

CONTENTS



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 61:355

Санитарные потери: классификация, понятия и проблемы

БЕЛЕВИТИН А.Б., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы^{1,2}
ШЕЛЕПОВ А.М., заслуженный деятель науки РФ, профессор, генерал-майор
медицинской службы²
РУСЕВ И.Т., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы²
ПРОКИН И.Г., полковник медицинской службы²
СТОЛЯР В.П., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы³

¹Главное Военно-медицинское управление МО РФ, Москва; ²Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ³Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины МО РФ, Москва

Belevitin A.B., Shelepov A.M., Rusev I.T., Prokin I.G., Stolyar V.P. – Sanitarium casualty: classification, notions and problems. The nowadays all possible damages and diseases by the staff during a war, are systematized in a special classification of combat damages and diseases, which is based on effect of main damage factors of weapon. Analyzing existent classification and determination «sanitarium casualty», it should be pointed out that they were formed more then 50 years ago, and they have gone out of date. Their significs is projected not adequately in practice of medical supply. Therefore determinations of sanitarium casualty, used in practice and in documentation, are not full and not always clearly explain about which casualty is talking. Moreover, several authors (frequently it is functionary of hospital) faultily or by reason of not-understanding write and talk about sanitarium casualty, meaning wounded and ill persons, admitted to hospital and being treated there.

К е у в о р д с: sanitarium casualty, combat losses, not-combat losses, expected losses.

Специфическим содержанием войны является вооруженная борьба, т. е. совокупность военных действий, противоборствующих сторон для достижения определенных политических и военных целей. Опыт двух мировых войн XX в. показал, что для этой борьбы используются многомиллионные армии, оснащенные колоссальным количеством самой разнообразной боевой техники. В ходе боевых действий воюющие стороны, как правило, несут значительные потери как в живой силе, так и в технике. Поскольку медицинская служба не имеет непосредственного отношения к потерям в боевой технике и общим потерям личного состава войск, нами рассматриваются лишь вопросы, связанные с людскими потерями.

В настоящее время все многообразие повреждений и заболеваний, которое может быть у личного состава войск во время войны, систематизировано в специальной классификации боевых поражений и болезней, основанной на воздействии основных поражающих факторов оружия (рис. 1).

Все потери в людях, которые несут войска во время войны, получили название *потери боевые людские*. Они неоднородны и подразделяются на *безвозвратные, санитарные*, а также категорию *временно выведенных из строя*.

Некоторые авторы предлагают называть санитарные потери возвратными. В немецкой литературе, например, для выделения группы получивших огнестрельные ранения применяется термин «blutige Verliste» – «кровавые потери» (в их число включают, кроме раненых, еще и убитых).

Важнейшим предметом учета в медицинских учреждениях в военное время являются раненые и больные, поступившие на лечение и утратившие боеспособность.

Под санитарными потерями в настоящее время понимают раненых и больных, утративших боеспособность и трудоспособность не менее чем на одни сутки и поступивших на этапы медицинской эвакуации.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616-08:355

Система медицинской реабилитации в Вооруженных Силах: история, современность и перспективы развития

ФИСУН А.Я., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы¹
ШЕГОЛЬКОВ А.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы²
ЮДИН В.Е., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,
полковник медицинской службы³
БЕЛЯКИН С.А., заслуженный врач РФ, доцент, полковник медицинской службы⁴
ИВАНОВ В.Н., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы в отставке⁵
БУДКО А.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
полковник медицинской службы³
ОВЕЧКИН И.Г., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы³

¹Главное Военно-медицинское управление МО РФ, Москва; ²Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва; ³6-й Центральный военный клинический госпиталь, Москва; ⁴3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область; ⁵Факультет военного обучения Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова

Fisun A.Ya., Shchegol'kov A.M., Yudin V.E., Belyakin S.A., Ivanov V.N., Budko A.A., Ovechkin I.G. – System of rehabilitation in the Armed Forces: history, now-day's and perspectives of development. There are two main directions of development of medical rehabilitation in the Armed Forces of RF for now-days: medical-psychological rehabilitation of military service men among special contingents, realizing special military duty (air- and NAVY-staff, staff duty shift of Missile Force of Special Purpose) and medical rehabilitation of military service men, participants of battle action in accordance with sub-program «Social support and rehabilitation of invalids in consequence of battle action or battle trauma» of Federal Purpose Program in the sphere of social support of invalids. The authors mark necessity of reorientation of medical strategy from evaluation of determination of symptoms of already existent disease to evaluation of determination of adaptation reserves of organism of military service men, determination of changes in organism on the stage of pre-disease.

К е у в о р д s: medical rehabilitation of military service men – invalids, reconstructive medicine.

История возникновения, становления и развития системы восстановительного лечения военнослужащих в нашей стране берет начало еще в XVIII в., когда во время Семилетней и русско-турецких войн предписывалось «... в заграничных гошпиталях выздоравливающих, после как из лечения выйдут, для приведения их в силу до отправки к армиям и полкам, содержать при гошпитале и довольствоваться по целому месяцу...» [1].

В годы Первой мировой войны в Русской армии были созданы команды выздоравливающих, в которых устанавливался строгий уставной распорядок дня и проводились строевые занятия. Однако отсутствие в этих подразделениях штатного медицинского состава делало проблематичным сочетание боевой подготовки и продолжавшегося лечения.

В 1930 г. один из видных организаторов военной медицины Я.Н.Кричевский высказал мысль о необходимости в военное время организовывать особые учреждения для легкобольных и выздоравливающих, в которых имелся бы постоянный штат медицинского персонала, а военнослужащие, находящиеся на лечении, одновременно с таковым проходили бы боевую подготовку. По сути, эта мысль предопределила сочетание медицинской с ускоренной военно-профессиональной реабилитацией реконвалесцентов.

В годы Великой Отечественной войны были сформированы госпитали для легкораненых, в которых наряду с лечением проводилась боевая подготовка, что позволяло выписывать военнослужащих готовыми к боевым действиям [1, 4].



Методологические основы реабилитационного лечения военнослужащих с последствиями увечий конечностей после минно-взрывных ранений

ПОПРАВКА С.Н., полковник медицинской службы
АДОНИН А.И., полковник медицинской службы
ЦУКАНОВ Д.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы

6-й Центральный военный клинический госпиталь, Москва

Popravka S.N., Adonin A.I., Tsukanov D.V. — Methodological base of rehabilitation treatment of service men with consequences of damages of limbs after mine wounds. The article is devoted to solving questions of complex medical rehabilitation of military service men, became invalids owing to military trauma, participants of the armed local conflicts and conterror operations. Was formed a unitary organizational system of rehabilitation treatment and social adaptation of injured persons by optimization of prosthetic-orthopedic aid, as out-of-alternative method of rehabilitation of patients with amputating defects of limbs, caused by mine wounds. Were determined methods of explorations of patients, medical conditions to surgical and conservative preparation of stumps, criteria of preparedness of stumps and terms of beginnings of prosthesis, was introduced an algorithm of rehabilitation measures. All that has permitted to accelerate the process of rehabilitation, to raise quality of prosthetic-orthopedic aid, attain good functional results and, finally, to create conditions of promotion of health, rising of health quality of invalids and appropriation of psychological assurance and of independence.

К е у в о р д s: mine wound, prosthetic-orthopedic aid, rehabilitation of military service men.

Вопросы комплексной реабилитации и социальной защиты военнослужащих-инвалидов вследствие военной травмы, участников вооруженных конфликтов, контртеррористических операций и формирование оптимальной единой организационной системы реабилитации и социальной адаптации пострадавших остаются одной из приоритетных проблем государственной социальной политики на современном этапе, о чем свидетельствует принятая государством Федеральная целевая программа «Социальная поддержка инвалидов на 2006–2010 годы» и подпрограмма «Социальная поддержка и реабилитация инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы» (постановление Правительства РФ от 29.12.2005 г. № 832) [9].

Особенности современных боевых травм и ранений (множественность, сочетанность, особая тяжесть поражений различных органов и систем) в свете новой концепции реабилитации требуют разработки современных подходов к медико-социальной реабилитации данного контингента инвалидов, в т. ч.

в условиях ведомственного здравоохранения (Вооруженные Силы РФ). При этом недостаточно внимания уделяется одному из важнейших элементов, способствующих полноценной интеграции инвалидов военной службы, — социально-психологической адаптации. Без решения этих проблем проводить эффективную социальную политику в отношении инвалидов военной службы практически невозможно [6, 7, 10].

Целью протезно-ортопедической помощи в процессе реабилитации больных с последствиями ранений костно-мышечной системы является компенсация функциональных потерь и адаптация двигательных систем к новым условиям статики и локомоции. Особенно важно подчеркнуть, что ортезирование и протезирование относятся к альтернативным методам реабилитации больных с ампутационными дефектами конечностей, заболеваниями и последствиями травм опорно-двигательного аппарата, направленным на компенсацию и восстановление утраченных функций с использованием протезно-ортопедических изделий [1, 8].



© А.Б.МУЛЛОВ, Р.С.БАШИРОВ, 2009
УДК 616.12-092

Способ определения типа реакции кровообращения на шокогенную травму на догоспитальном этапе

МУЛЛОВ А.Б., кандидат медицинских наук, старший лейтенант медицинской службы
запаса¹
БАШИРОВ Р.С., профессор, полковник медицинской службы²

¹Кемеровский областной центр медицины катастроф, ²Томский военно-медицинский институт

Mullof A.B., Bashirov R.S. – Method of definition of type reaction of blood circulation to a shockogenic trauma on pre-hospital stage. Was proposed a method of determination of type of reaction of blood circulation on pre-hospital stage by patients with shock-producing trauma on the base of signs of saturation of hemoglobin by oxygen and on the base of endurance of period of isolation, without using difficult apparatuses and devices. It permits to individualize contra-shock therapy at early stages of traumatic disease on pre-hospital period.

К е у w o r d s: reaction of blood circulation, shock-producing trauma, traumatic disease, saturation of hemoglobin by oxygen.

Не вызывает сомнений, что объем и характер интенсивной терапии при шокогенной травме должны определяться в зависимости от реакции системы кровообращения [8]. Дифференцированное применение фармакологических препаратов и лечебных методик на основе определения типа гемодинамики способствует сокращению сроков выведения больного с шокогенной травмой на стадию компенсации, снижает летальность [10].

Цель исследования

Разработать способ определения типа реакции кровообращения на шокогенную травму в ранний период травматической болезни, пригодный для использования на догоспитальном этапе.

Материал и методы

Для установления возможности определения на догоспитальном этапе в ранний период травматической болезни типа реакции кровообращения в приемных отделениях стационаров г. Новокузнецка у 106 пострадавших проведено определение типа гемодинамики. Исполь-

зовали тетраполярную реовазографию по Кубичеку в модификации Пушкаря аппаратом РПЦ-01 с расчетом *сердечного индекса (СИ)*, *ударного объема (УО)*, *общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС)*. Тип кровообращения определяли по стандартным формулам с помощью лицензированного программного обеспечения Томского НИИ кардиологии. Исследование проводили при поступлении пострадавших в приемное отделение одновременно с первичным осмотром. Для определения *сатурации гемоглобина кислородом (SaPO₂)* применяли портативные пульсоксиметры с автономным питанием «Ohmeda» и «Onix». Длительность периода изоляции, т. е. время от момента получения травмы до начала оказания медицинской помощи, устанавливали на основании опроса очевидцев происшествия и документов следственных органов.

В исследование включали пострадавших с сочетанной и множественной травмами, осложненными шоком. Средний возраст пострадавших составил 32 ± 3 года (лица мужского пола – 78%).



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 617.52-001.45-07

Особенности огнестрельных ран челюстно-лицевой области, нанесенных из современного стрелкового оружия

ПРОХВАТИЛОВ Г.И., профессор, полковник медицинской службы¹
ВАРЕНИЦА В.И., кандидат технических наук, полковник²
ЛОГАТКИН С.М., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы²
АСФЕНДИАРОВ Д.Д., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы¹

¹Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ²Войсковая часть 33491, Санкт-Петербург

Prokhvatilov G.I., Varenitsa V.I., Logatkin S.M., Asfendiarov D.D. — Peculiarities of ballistic wounds of maxillo-facial area, given by modern ballistic weapon. The article presents data of a comparative investigation of volume of ballistic damages of maxillo-facial area, given by different ballistic weapon (from usual PM to newest GSh-18). The article says that was set up a large volume of damages of sort and bone tissues of maxillo-facial area, given by bullet of cartridge of GSh-18 in all searched parameters. All materials, received in investigation, could be used in science substantiation and in elaboration of recommendations in planning of structure of sanitarium casualty, methods of investigations, surgical treatment and rehabilitation of wounded with damages, given by modern ballistic weapon.

К е у в о р д с: ballistic wounds of maxillo-facial area, damages, given by modern ballistic weapon, wound ballistic.

Непрерывное совершенствование стрелкового оружия и его применение в военных конфликтах, а также при проведении контртеррористических операций, привело в настоящее время к существенному увеличению тяжести ранений и ухудшению исходов их лечения по сравнению с периодом Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. [3–6, 11, 12]. Это обусловлено оснащением современных стрелковых комплексов оболочечными и полуоболочечными пулями с большими начальными скоростями и энергией [8, 10, 13–16].

Из стрелкового оружия наиболее динамично развиваются пистолетные комплексы и их элементы. В 2003 г. на вооружение ВС РФ приняты новые пистолетные комплексы калибром 9 мм, в т. ч. пистолет В.П.Грязева и А.Г.Шипунова (ГШ-18) под патрон 9×19 мм 7Н31 с повышенной бронепробиваемостью. Начальная скорость новой пули существенно выше, чем у пистолета Макарова (ПМ).

По конструкции пуля полуоболочечная, со стальным сердечником [1, 2, 7]. Однако проблема анатомических и морфологических изменений огнестрельной раны в связи с вероятным применением ГШ-18 и изменением характеристик и конструкции ранящего снаряда к нему по сравнению с ПМ актуальна для медицинской службы ВС РФ, в т. ч. для военной челюстно-лицевой хирургии, и до настоящего времени остается неисследованной.

Нами изучены в эксперименте особенности огнестрельных ран мягких и костных тканей челюстно-лицевой области (ЧЛЮ), нанесенных при выстреле из пистолета ГШ-18, что является фрагментом одного из основных направлений научно-исследовательской работы кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ВМедА им. С.М.Кирова. Впервые разработана комплексная экспериментальная методика для исследования особенностей огнестрельных ран ЧЛЮ от различных видов стрелкового оружия в сравнительном аспекте.



Комплексная медицинская реабилитация больных ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование, с применением воздушно-озоновых ванн

ШЕГОЛЬКОВ А.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы¹
БУДКО А.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы²
СЫЧЁВ В.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы²
АЗАРОВА Е.К., полковник медицинской службы²
АРСЕНИЙ Т.В.²

¹ Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва; ² 6-й Центральный военный клинический госпиталь, Москва

Shehegol'kov A.M., Budko A.A., Sychyov V.V., Azarova E.K., Arseniy T.V. — A complex medical rehabilitation of patients with coronary heart disease, underwent coronary shunting, using air-ozone baths. Ozone therapeutics is one of not medicated methods of treatment of coronary heart disease (CHD). For external application of ozone therapeutics was elaborated an air-ozone bath. Endurance of procedure is 20 minutes, ozone concentration is 8–10 mg/l in ozonized water and temperature of air-ozone mix is 36 °C. Course of treatment consisted of 10 daily procedures. Searches are founded on the base of analyze of results of remedial treatment of 160 patients with CHD. Patient — men, aged from 41 to 65 years (average age is 55,6±5,6). 130 patients of them, underwent an operation of coronary shunting (CS), admitted to unit on 7–18th day after operation (in average — on 14,4±3,6th) and 30 patients without operational treatment. Program of patient observe consisted of general-clinical, laboratorial, functional and psychological methods of searches. It was established that using of air-ozone bath in complex program of rehabilitation of patients with CHD, after operation of CS, promotes to improvement of oxygen transporting, flow characteristics of blood, microcirculation, lowering of hypoxemia and hypoxia of tissue.

К е y w o r d s: not medicated methods, rehabilitation treatment, ozone therapeutics, air-ozone baths.

В лечении ишемической болезни сердца (ИБС) широко применяются методы хирургической реваскуляризации миокарда — аортокоронарное аутовенозное шунтирование, маммарно-коронарное шунтирование и их сочетание [1, 9]. Операция на открытом сердце с рассечением грудины — это тяжелая хирургическая травма с обширным повреждением тканей, сопровождающаяся многочисленными реакциями организма и выраженным воспалением. Увеличение количества операций *коронарного шунтирования* (КШ), возраста и «тяжести» оперированных больных вызывают необходимость поиска новых методов восстановительного лечения этой категории пациентов [2, 5]. Одним из новых немедикаментозных методов лечения ИБС является озонотерапия [3, 4, 7, 8, 10, 11]. Для наружного применения озонотерапии была разработана *воздушно-озоновая ванна* (ВОВ).

Цель исследования — изучение эффективности комплексной медицинской реабилитации больных ИБС, перенесших операцию КШ, с включением ВОВ.

Материал и методы

Под наблюдением находились 160 пациентов с ИБС, мужчины 41–64 лет (средний возраст 55,6±5,6 года). Из них было 130 больных ИБС, перенесших операцию КШ, поступивших в отделение на 7–18-е сутки после операции (в среднем на 14,4±3,6 сут) и 30 пациентов с ИБС без оперативного лечения. Для изучения эффективности реабилитации больных ИБС после КШ методом простой рандомизации распределили на 2 группы: *основную группу* (ОГ) и *контрольную группу* (КГ), каждую из которых в свою очередь разделили на две подгруппы в соответствии с *функциональным классом* (ФК) при поступлении: ОГ1 — 71 больной



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616.69-008.1-08:616.69-089-77

Фаллоэндопротезирование в комплексном восстановительном лечении раненых и больных с эректильными дисфункциями

МЯГКОВ Ю.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы¹
ИВАНОВ В.Н., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы в отставке²
АПЛЕТАЕВ В.В., подполковник медицинской службы в отставке¹
АБЛИЗИНА Л.М.¹

¹ 6-й Центральный военный клинический госпиталь, Москва; ² Факультет военного обучения Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, Москва

Myagkov Yu.A., Ivanov V.N., Apletaev V.V., Ablizina L.M. — Phalloendoprosthesis replacement in complex remedial treatment of wounded and ill persons with erectile disfunctions. Morbidity of erectile disfunction among men of every age is 10%. It's supposed that now-days in the world about 100 mln of men have organic erectile disfunction. Specialist of the 6th MMCH of Ministry of Defense have elaborated a rehabilitation program for military service men with erectile disfunctions. This program includes a complex clinical-psychological checkup, methods of reconstruction of copulative capacity, evaluation of effectiveness of realized treatment. Evaluation of quality of result of phalloendoprosthesis has shown that 92,3% of patients estimate the result as excellent and good, 5,2% — as satisfactory, 2,5% have not sex life.

К е у w o r d s: erectile disfunction, phalloendoprosthesis, reconstructive treatment of wounded persons.

Распространенность эректильной дисфункции (ЭД) у мужчин всех возрастов составляет около 10% [9]. В подавляющем большинстве (в 80–90%) имеет место расстройство эрекции. Поражая молодых людей наиболее трудоспособного возраста (до 50 лет), ЭД приобретает отчетливое социальное значение, т. к. является частой причиной снижения интереса к работе (военной службе), разводов, распада семьи, безотцовщины, психических срывов вплоть до суицидного настроения [1].

При лечении ЭД наибольшим признанием в настоящее время пользуется операция имплантации в кавернозные тела полового члена синтетического материала, в результате чего данный орган приобретает определенную упругость, позволяющую вводить его во влагалище и совершать половой акт [4, 5, 7, 8, 11]. При этом операция не устраняет истинную причину ЭД, но обеспечивает восстановление утраченной эректильной функции.

Материал и методы

В урологическом отделении 6-го Центрального военного клинического госпиталя обследовано за период с 1996 по 2008 г. 832 пациента с ЭД, из них с органическими формами патологии 664 пациента (79,8%), которым выполнено 117 фаллоэндопротезирований современными протезами, с ЭД психогенного генеза — 168 больных (20,2%). Возраст пациентов составил 18–77 лет, средний возраст — 47,5 года.

В госпитале создана реабилитационная программа для военнослужащих с ЭД, которая включает комплексное клинико-психологическое обследование, методы восстановления копулятивной способности, оценку эффективности проведенного реабилитационного лечения. Нами также разработан алгоритм диагностического обследования военнослужащих с ЭД различного генеза, включающий в себя следующие исследования.

1. Сбор жалоб, изучение анамнеза, физикальное обследование, исследование



Литература

1. Зильберман М.Н. Фаллоэндопротезирование при расстройствах эрекции // МРЖ. — 1985. — Разд. 19, № 5. — С. 20–24.
2. Коган М.И. Диагностика и лечение эректильной импотенции: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1986. — 480 с.
3. Коган М.И. Эректильная дисфункция. — Ростов-на-Дону, 2005. — 336 с.
4. Красулин В.В., Серебрянников С.М. Хирургическое лечение эректильной импотенции. — Ростов-на-Дону, 1994. — 96 с.
5. Мазо Е.Б., Дмитриев Д.Г., Гамидов С.И. Эректильная дисфункция после операций на половых органах, травм таза и промежности // Материалы IX Всерос. съезда урологов (Курск, 1997). — М., 1997. — С. 469–470.
6. Михайличенко В.В., Фисенко В.Н., Калинина С.Н., Кореньков Д.Г. Оперативное

лечение эректильной дисфункции. — М.; СПб, 1995. — 19 с.

7. Щеплев П.А. Реконструктивная и эстетическая хирургия полового члена: Дис. ... д-ра мед. наук. — М, 1996. — 235 с.

8. Salama N. Satisfaction with the malleable penile prosthesis among couples from the Middle East—is it different from that reported elsewhere? // Int. J. Impot. Res. — 2004. — Apr 16 (2). — P. — 175–180.

9. Seftel A.D. Erectile dysfunction in the elderly: epidemiology, etiology and approaches to treatment // J. Urol. — 2003. — Vol. 169, N 6. — P. 1999–2007.

10. Small M.P. Small-Carrion penile prosthesis: a report on 160 cases and review of the literature // J. Urol. — 1978. — Vol. 119, N 3. — P. 365–368.

11. Wilson S.K., Delk J.R. Impotence (it's reversible). — Van Buren, 1995. — 80 p.

© С.А.БЕЛЯКИН, 2009
УДК 616.36-02:547.24

Профилактика алкогольной болезни печени

БЕЛЯКИН С.А., заслуженный врач РФ, доцент, полковник медицинской службы

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

Belyakin S.A. — Prophylaxis of alcoholic disease of the liver. Military doctors should have a uniform position to the use of alcohol. Now alcohol is the basic pathogenic factor in development of a lethal cirrhosis of a liver. The most known sayings justifying the use of alcohol, are insolvent. Useful doses of alcohol does not exist. The quantity of used alcohol has the great value. Only at achievement of age 21 year it is possible to use safe doses of alcohol. A safe dose of pure alcohol (ethanol) less than 30,0 in day. In a basis of prophylaxis of a cirrhosis of a liver there is a medical educational activity.

Key words: alcohol, a cirrhosis of a liver, prophylaxis.

Алкогольная ситуация в России за последние годы стала чрезвычайной. Российская Федерация ежегодно теряет до 500 тыс. трудоспособных граждан от причин, связанных с алкоголем [3]. Цирроз печени — одно из самых известных последствий для здоровья человека, обусловленных злоупотреблением алкоголя. Основной причиной возникновения смертельного цирроза печени у военнослужащих является употребление алкоголя [1, 2, 4, 5]. В течение 60 лет в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко число ежегодно поступающих больных алкогольным циррозом печени увеличилось в 8 раз [5]. Более 70% циррозов печени с летальным исходом в трудоспособном возрасте в 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого имели

алкогольную этиологию [1, 2, 4]. Средняя продолжительность жизни у пациентов с алкогольным циррозом печени составляет 55±10 лет [1, 2, 6]. Эти данные отчетливо отражают недостаточный уровень профилактической работы военных врачей.

В указанных обстоятельствах крайне важна правильная позиция врача по отношению к хронической алкогольной интоксикации. Но в проблеме «алкоголь и человеческий организм» необычно контрастно выступают различия в понимании проблемы алкогольной болезни печени разными врачами. По отношению к употреблению алкоголя врачи, к сожалению, не выступают с единых позиций, а делятся на несколько групп.



Первая группа. Врачи соответствуют уровню современной медицины по этому вопросу и признают опасность хронической и острой интоксикации алкоголем.

Вторая группа. Врачи несколько снисходительно оценивают опасность хронической и острой интоксикации алкоголем. Они как бы остановились между взглядами 60-х годов прошлого века (период явной недооценки опасности больших доз алкоголя) и современной позицией медицины. Даже при явной необходимости абстиненции обычно ограничиваются лишь рекомендацией уменьшить потребление алкоголя.

Третья группа. Врачи как бы застыли на позиции 60-х годов прошлого столетия. Они сомневаются в болезнетворном действии больших доз алкоголя на внутренние органы человека. В необходимых случаях почти никогда безоговорочно не назначают абстиненцию.

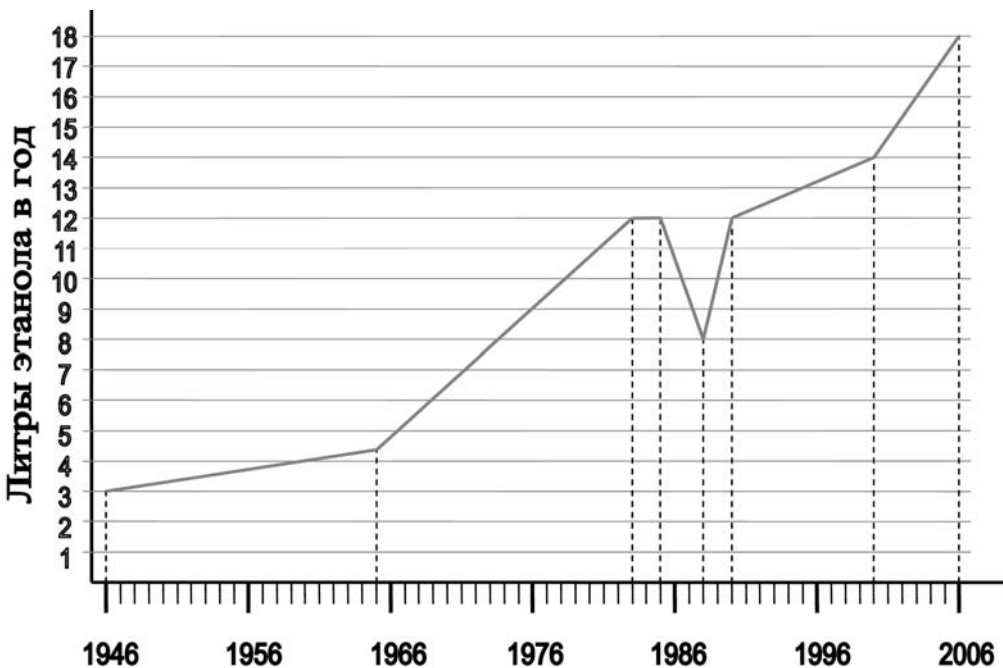
Можно было бы не касаться деликатной темы индивидуального отношения врача к этому вопросу, но беда в том, что пьющие больные нередко пользуют-

ся чередой консультантов и останавливаются на врачах, отнесенных именно к третьей группе. И наоборот, пьющие, получившие от всех опрошенных ими врачей заверения в необходимости бросить пить, существенно чаще следуют врачебным советам.

Таким образом, необходима отчетливая и правильная позиция врача, в т. ч. и военного врача, по вопросам употребления токсичных доз алкоголя. Однако этому мешают *четыре мифа*.

Миф первый: «В России всегда пили и пили не меньше, чем теперь».

До XVII в. в России вообще не употребляли алкоголь крепостью выше 5 градусов, которым являлась медовуха. В последующем ситуация менялась в худшую сторону. Но с начала XX в. в России получило широкое распространение движение за трезвый образ жизни. В 1909 и 1912 гг. состоялись Всероссийские съезды по борьбе с пьянством. Этот вопрос неоднократно обсуждался в Государственной думе. К 1913 г. потребление алкогольных напитков на душу населения в нашей стране стало одним из самых



Потребление алкоголя (этанола) в СССР и РФ на одного человека в год



гигиенический. Практические мероприятия данного уровня соответствуют положению концепции «Гигиеническое воспитание и обучение» и выражаются как система образования, включающая в себя комплексную просветительную, обучающую и воспитательскую деятельность, направленную на повышение информированности по вопросам охраны здоровья, на формирование культуры здорового образа жизни, а также закрепления ги-

гиенических навыков, обеспечивающих оптимальные условия жизнедеятельности.

Военные врачи не должны недооценивать опасность избыточного употребления алкоголя и занимать по этому вопросу позицию, близкую к дружественному нейтралитету. Кроме того, задача каждого военного врача не только разъяснять опасность употребления больших доз алкоголя, но и убеждать в этом пока еще здоровых военнослужащих.

Литература

1. Белякин С.А., Бобров А.Н., Плюснин С.В. и др. Алкоголь — ведущий этиологический фактор циррозов печени с неблагоприятным исходом // Вестн. Российской военно-медицинской академии. — 2009. — № 2. — С. 29–33.
2. Бобров А.Н., Павлов А.И., Плюснин С.В. и др. Этиологический профиль циррозов печени с летальным исходом у стационарных больных // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2006. — № 2. — С. 19–24.
3. Демографическая политика России: от размышлений к действию. Редакционная

статья // Вестн. Московского терапевтического общества. — 2008. — № 10. — С. 3.

4. Фисун А.Я., Белякин С.А., Бобров А.Н. и др. Причины циррозов печени и их исходы у больных, наблюдавшихся в многопрофильном госпитале // Воен.-мед. журн. — 2009. — Т. 330, № 4. — С. 17–23.
5. Хазанов А.И. Итоги длительного изучения (1946–2005 гг.) этиологии циррозов печени у стационарных больных // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2006. — № 2. — С. 11–19.
6. Хазанов А.И., Плюснин С.В., Белякин С.А. и др. Алкогольная болезнь печени. — 2008. — 318 с.

© В.М.СКОРОБОГАТОВ, 2009
УДК 616.441-006-089

Оптимизация хирургической тактики при узловых образованиях щитовидной железы

СКОРОБОГАТОВ В.М., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

2-й Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыки, Москва

Skorobogatov V.M. — Optimization of surgical tactics in conditions of knot lumps of thyroid gland. There was effectuated an analyze of results of treatment of 1006 patients with different knot lumps of thyroid gland, operated in surgical departments of the 2nd CMCH by Mandryka P.V. for the period 1990–2007. Using of organ-saving operations is caused by necessity of maximum decreasing of after-operation complications and by necessity of saving of presecretion-producing function of thyroid gland. The substantiation of operation in volume of exsection with deleting of knot in the limit of healthy tissue is the results of analyze of anatomical structure not only of knot lump, but also of tissue of thyroid gland, beds to it: devascularization with appearance of fibroid changers was marked in 69,7%, dystrophic processes with thyroadenitis — in 38,8% of examinations. Analyze of repeated operations brought to light, that in pathogenesis of development of backset the main role is played by etiology and anatomical structure of knot lump, but not the volume of effectuated operation. Using of organ-saving operations and accounting of endocrinological aspects permitted to heal 89,3% of patients.

Key words: thyroid gland, bronchocele, adenoma, carcinoma, thyroadenitis, surgical treatment.

Выбор лечебной тактики при узловых образованиях щитовидной железы (ЩЖ), несмотря на кажущуюся простоту, является одной из сложных задач и даже при определенных нозологических формах неоднозначен.

Нерешенность проблемы ранней дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных образований ЩЖ, отсутствие точной методики дооперационной морфологической верификации диагноза привели к тому, что



Таблица 1

Распределение больных по морфологическому типу узловых эутиреоидных образований ЩЖ, абс. число

Пол	Морфологический тип				Итого
	Зоб	Аденома	Рак	Тиреоидит	
Мужчины	117	61	34	14	226
Женщины	396	214	74	96	780
Всего...	513	275	108	110	1006

значительная часть исследователей рассматривает необходимость операции при узловом зобе с онкологических позиций, считая показанием к хирургическому лечению невозможность с абсолютной уверенностью на этапе обследования исключить рак ЩЖ.

Основу исследования составил опыт хирургического лечения 1006 больных, 226 (22,5%) мужчин и 780 (77,5%) женщин, с различными узловыми образованиями ЩЖ, в т. ч. и раком ЩЖ, оперированных во 2 ЦВКГ им. П.В.Мандрыки в 1990–2007 гг. (табл. 1).

Близкие по значению показатели частоты обнаружения раковой опухоли в узловых образованиях ЩЖ у 34 (3,4%) мужчин и 74 (7,4%) женщин не подтверждают мнение о значительном преобладании рака ЩЖ у женщин.

В клинической практике решение вопросов хирургической тактики и планирование объема оперативного вмешательства зависит от возможностей дооперационного определения клеточной структуры узлового образования ЩЖ. Тем не менее показанием к хирургическому лечению считали все узловые новообразования ЩЖ размером более и менее 1 см при выявлении цитологическим методом раковых клеток или подозрительных клеток, полученных при исследовании материала *тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии* (ТАПБ), а также при невозможности исключить злокачественный характер узлового образования ЩЖ иными методами.

Пациентам с узловыми образованиями ЩЖ диаметром менее 1 см при отсутствии прямых или косвенных признаков злокачественной опухоли хирургическое лечение не проводили. Их выде-

ляли в отдельную группу, в которой под наблюдением эндокринолога проводились гормонотерапия и динамическое наблюдение с помощью УЗИ и ТАПБ не реже одного раза в год. Если, несмотря на супрессивную терапию, отмечался рост узлов в ЩЖ, больных переводили в группу онкологического риска и направляли в стационар для хирургического лечения.

Являясь сторонниками органосохраняющих операций, оптимальной по объему при одноузловом коллоидном эутиреоидном зобе мы считаем операцию, выполняемую на протяжении всего исследуемого периода, – резекцию ЩЖ с удалением измененной зобогенной ткани.

Обязательным условием считали выполнение срочного гистологического исследования и верификации диагноза сразу после удаления узла до завершения операции. При обнаружении раковой опухоли расширяли объем вмешательств с соблюдением онкологических принципов. При расположении узлов в одной доле объем операций мало отличался от таковых при одиночном узле. Гемитиреоидэктомия выполнялась вынужденно только при многоузловом поражении и отсутствии возможности сохранения неизменной ткани ЩЖ. При многоузловом поражении обеих долей ЩЖ решалась двоякая задача: удаление узловых образований при максимально возможном сохранении неизменной ткани ЩЖ, обеспечивающее наименьшее повреждение гормонопродуцирующей функции. Весь спектр операций от резекции до тиреоидэктомии проводили только экстрафасциально (табл. 2).



Интраоперационная экспресс-биопсия — обязательное условие при операциях по поводу любого узлового образования ЩЖ. Она позволяет в 98,2% случаев установить диагноз, совпадающий с плановым гистологическим исследованием, а также является завершающим этапом диагностического скрининга и часто определяющим условием в решении вопроса об объеме оперативного вмешательства.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения позволяет реко-

мендовать выполнение органосохраняющих, функционально щадящих операций при дифференцированном раке ЩЖ — сохранение непораженной контралатеральной доли, т. е. операции в объеме гемитиреоидэктомии с удалением перешейка. Оперативное вмешательство в объеме тиреоидэктомии следует считать вынужденной мерой при локализации рака в обеих долях щитовидной железы или недифференцированном раке. Регионарная лимфоаденэктомия в профилактических целях не улучшает результатов лечения.

© О.Е. ХАРАХОРДИН, 2009
УДК [616.5-002.828-092:612.017.1]-057.36

Особенности течения кандидозов у пациентов с иммунодефицитом

ХАРАХОРДИН О.Е., полковник медицинской службы

5-й Центральный военный клинический госпиталь Военно-Воздушных Сил, г. Красногорск, Московская область

Kharakhordin O.E. — About peculiarities of course of candidiasis by the patients with immunodeficiency. The article suggests the observed phylactic and non-phylactic mechanisms of defense from mycotic infection, primary and secondary immunodeficiency (ID) and causes of appearance. There were analyzed different forms of course of candidiasis, were given their specific manifestations by the patients with different ID. There were described allergic reactions in condition of candidiasis. There were found out peculiarities of course of mycosis by persons with ID: a system character of disease with combined damage of derma and hypoderm, of mucosa and viscera; predominance of opportunist mycosis; a mixed mycotic infection of frequent occurrence; deep-rooted, progressive, sever course of disease; existence of non-typical forms.

Key words: immunodeficiency, mycosis, candidiasis, clinical course.

Грибковые инфекции занимают важное место в структуре осложнений у иммуноскомпрометированных больных. Особую тревогу у клиницистов вызывает рост оппортунистических системных микозов, которые обычно возникают на фоне основного заболевания, осложняя его течение. Ежегодно в мире насчитывается около 2 млн случаев системных микозов, смертность при этом составляет 0,1%. К классическим оппортунистическим системным микозам относятся: системный кандидоз, криптококкоз, аспергиллез, пенициллиоз, системный псевдоаллергериоз, системный гиалогифомикоз, системный феогифомикоз, зигомикоз. В нашей стране из перечисленных забо-

леваний часто встречаются кандидоз и аспергиллез, редко — пенициллиоз, зигомикоз, криптококкоз и некоторые другие микозы. В клинической микологии возбудителей системных микозов объединяют в различные группы на основе их клинико-морфологических признаков: 1) дрожжеподобные грибы — *Candida* spp., *Cryptococcus* spp., *Trichosporon* spp. и др.; 2) мицелиальные гифомицеты — *Aspergillus* spp., *Penicillium* spp., *Acremonium* spp., *Fusarium* spp., *Cladosporium* spp., *Cunninghamella* spp. и др.; 3) мицелиальные зигомицеты — *Mucor* spp., *Absidia* spp., *Rhizopus* spp. и др.; 4) диморфные грибы — *Sporothrix schenckii*, *Penicillium marneffeii*, *Blastomyces dermatitidis* и др.



В последнее время основными этиологическими агентами оппортунистических микозов у иммуноскомпрометированных больных являются разные виды грибов родов *Candida* (80–90% случаев) и гораздо реже – *Aspergillus*.

Иммунные механизмы защиты от микотической инфекции

Механизмы защиты человека от микотической инфекции можно разделить на неиммунные и иммунные. Неповрежденная кожа и слизистые оболочки, кислая реакция и наличие свободных жирных кислот на поверхности кожи, ее постоянное физиологическое шелушение, выделение слизистыми оболочками лизоцима, секреторного *IgA* и другие факторы местной защиты при нормальном состоянии организма достаточно успешно противостоят внедрению грибов рода *Candida*.

Важную роль в защите организма от кандидозной инфекции играют система комплемента и фагоцитоз. Грибы рода *Candida* обладают выраженными антигенными свойствами, они вырабатывают различные токсины. Очищенный полисахарид, полученный из клеточной оболочки *C. albicans*, активирует систему комплемента, индуцирует хемотаксис нейтрофильных лейкоцитов и последующий фагоцитоз возбудителя. Нейтрофильная реакция является наиболее ранним защитным ответом организма при внедрении в него грибов рода *Candida*.

У животных с искусственно вызванным иммунодефицитом заражение грибами *Candida* приводит к быстрой диссеминации и тяжелому течению инфекции. Полисахаридные вещества *C. albicans* подвергаются воздействию Т-клеточных факторов иммунитета. Макрофаги также активно фагоцитируют и уничтожают *C. albicans*. Фунгицидный эффект полиморфно-ядерных лейкоцитов (нейтрофилов, эозинофилов) и макрофагов, обладающих хемотаксисом по отношению к *C. albicans*, объясняется действием протеинов и миелопероксидазы. При дефиците миелопероксидазы или неспособности образовывать гидропероксидазу

или суперпероксидазу фунгицидного эффекта не наблюдается. Больные с нейтропенией или заболеваниями, сопровождающимися нарушением функции полиморфно-ядерных лейкоцитов, очень чувствительны к заражению грибами рода *Candida*.

При хронических и тяжелых формах кандидоза повышен уровень антител и *IgG* в крови.

Определенную роль в механизме защиты организма от кандидозной инфекции играют содержащиеся в сыворотке крови и слюне железосодержащие металлолиты – трансферрин, лактоферрин и др., которые подавляют рост грибов рода *Candida* как *in vivo*, так и *in vitro*.

Таким образом, иммунные механизмы защиты при кандидозе включают в себя как клеточные, так и гуморальные факторы. Различные причины, подавляющие функции клеточного иммунитета, способствуют развитию и тяжелому течению кандидозной инфекции. Очевидно, что различные врожденные естественные неиммунные факторы, реакции клеточного иммунитета и система комплемента играют основную роль в защите организма от грибов рода *Candida*.

Иммунодефициты и причины их возникновения

Различают первичные и вторичные иммунодефициты (ИД) и соответственно иммунодефицитные болезни. Первичные ИД – это генетические аномалии, которые обычно клинически манифестируют (хотя и не всегда) у детей.

Все первичные ИД делят на следующие группы.

1. Недостаточность лимфоидной системы:

- а) В-клеточного звена иммунитета и антител;
- б) Т-клеточного звена иммунитета;
- в) комбинированная недостаточность обоих звеньев.

2. Дефициты фагоцитов.

3. Дефицит факторов комплемента.

4. Комбинированные иммунодефициты, включающие недостаточность нескольких звеньев СИ и стволовых клеток.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК [616.98:579.845.12]-036.22:355

Пути совершенствования эпидемиологического надзора за менингококковой инфекцией и ее селективная профилактика в войсках

ОГАРКОВ П.И., профессор, полковник медицинской службы¹
БЕЛОВ А.Б., доцент, полковник медицинской службы запаса¹
КОРОТЧЕНКО С.И., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы²
ХАРЧЕНКО В.И., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы²

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

Оgarkov P.I., Belov A.B., Korotchenko S.I., Kharchenko V.I. – Ways of improvement of epidemiological surveillance of meningococcus infection and its selective prophylaxis in troops. The article is devoted to a critical analyze of existent system of epidemiological surveillance for morbidity of meningococcus infection among population and military service men, and to condition and perspectives of immun- and chemoprophylaxis of correspondent generalized forms of diseases in the world, Russia and its Army and NAVY. It is proposed a differentiated approach to realization of these measures in organized (military) collectives on the base of microbiological monitoring of epidemic officials (serogroups) of causative agents, on the base of prediction of morbidity by generalized forms and on the base of clinical-epidemic diagnostics at early stages of development of epidemic process.

К e y w o r d s: meningococcus infection, organized collectives, epidemiological surveillance, of immun- and chemoprophylaxis.

Менингококковая инфекция (МИ) имеет высокую медицинскую, а для организованных коллективов и социальную значимость, что связано с особенностями эпидемиологии и неблагоприятными исходами (увольняемость, летальность) *генерализованных форм* (ГФ) этой патологии [2, 5, 14].

На протяжении последних пяти лет ГФ МИ регистрировались в Вооруженных Силах в виде спорадических случаев при показателе летальности около 10%. В 2007 г. отмечено снижение абсолютных величин заболеваемости ГФ МИ в 2 раза на фоне отсутствия существенной динамики в предшествовавшие 4 года, что в основном обусловлено повышением эффективности профилактических мер (см. рисунок). Однако в 2008 г. снова наметился рост заболеваемости. Ситуация осложняется более чем двукратным увеличением численности призывного контингента, что при прежних возможностях казарменного фон-

да привело к ухудшению условий размещения личного состава.

Прогнозируется, что к концу 2009 г. каждый третий военнослужащий по призыву будет размещен в условиях, не соответствующих уставным требованиям по объему воздуха на одного человека.

Признаки активизации распространения воздушно-капельных инфекций уже имеют место. Так, среди военнослужащих по призыву отмечен рост заболеваемости инфекциями, «не управляемыми» средствами иммунопрофилактики, прежде всего краснухой и ветряной оспой. Только за 8 мес 2009 г. в сравнении с аналогичным периодом предыдущего года среди указанной категории военнослужащих зарегистрировано больных ветряной оспой и краснухой больше на 26 и 16% соответственно. Несомненно, все сказанное потребует дополнительных усилий со стороны медицинской службы.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 61:355(470)(091)

Медицинская служба Русской армии в Первой мировой войне 1914–1918 гг. (К 95-летию начала войны)

КОРНИЮШКО И.Г., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,

генерал-майор медицинской службы¹

ГЛАДКИХ П.Ф., заслуженный работник высшей школы РФ, профессор,

полковник медицинской службы в отставке²

ЛОКТЕВ А.Е., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы запаса³

¹Главное Военно-медицинское управление МО РФ, Москва; ²Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ³Чебаркульский военный санаторий, Челябинская область

Korniyushko I.G., Gladkikh P.F., Loktev A.E. – Medical service of Russian Army in the First World War 1914–1918 (To the 95th anniversary of the beginning of war).

During the First World War 1914–1918 Russian Army hadn't a united medical service, military-medical affair was diluted in multiple governances. Evacuation of wounded and ill persons was an affair of Evacuation Governance of Main Governance the General Staff. Process of treatment in field and stationary medical formations was administered by sanitarium chiefs of armies and theaters of operation, bureaucrats of Russian Red Cross Society, Russian Union of Cities and Territorial Union. Supply by medical property, accounting and arrangement of medical staff was administered by Main Military-Sanitarium Governance, supply by sanitarium-household property – by Main Indent Governance, health resort affair – by Governance of Supreme chief of sanitarium and evacuation part in Empire of prince Ol'denburgskiy P.A. On the base of different sources were characterized casualty of Russian Army during the war.

Key words: The First World War, Russian Imperial Army, sanitarium casualty, process of evacuation.

В начале марта 1918 г. советская Россия в результате Брестского мирного договора с Германией в одностороннем порядке вышла из Первой мировой войны, оказавшись на пороге Гражданской войны и иностранной военной интервенции со стороны своих бывших союзников.

Если по окончании печально известной Русско-японской войны для написания санитарно-статистического очерка «Война с Японией 1904–1905 гг.» понадобилось 9 лет, то и для научной разработки материалов по итогам деятельности медицинской службы Русской армии в Первой мировой войне требуемые условия появились после завершения Гражданской войны, когда была создана «Комиссия по обследованию санитарных последствий войны 1914–1920 гг.» (ее труды вышли в свет в 1923 г.).

Спустя годы, в ходе Великой Отечественной войны (1942), издается сборник архивных документов «Санитарная служба русской армии в войне 1914–1917 гг.», на основе материалов Центрального государственного военно-исторического архива. В содержательном предисловии начальник ГВСУ Е.И.Смирнов дал развернутую характеристику, оценку состояния и основных направлений работы медицинской службы Русской армии. П.В.Абрамов в статье «Мировая война 1914–1918 гг.», помещенной в третьем томе «Энциклопедического словаря военной медицины» (1948), пожалуй, первым в отечественной военно-медицинской историографии представил относительно полную картину состояния и деятельности медицинской службы Русской армии тех лет.



По сведениям Комиссии, изучавшей санитарные последствия Первой мировой войны (1923), общие потери медицинского персонала Русской армии составляли 6218 человек, в т. ч. 848 числились среди погибших и умерших, 898 — среди раненых и пораженных боевыми отравляющими веществами, 4472 — среди перенесших различные болезни [10]. Потери среди врачей и классовых фельдшеров определялись в 1076 человек, в т. ч. ране-

ными и контуженными — 287, отравленными газами — 12, убитыми и умершими от ран — 47, пропавшими без вести — 40 и попавшими в плен — 690 [6].

Вечная им память и благодарность соотечественников.

Уцелевший в этой мировой войне медицинский состав Русской армии воспользовался богатым опытом работы в начавшейся вскоре Гражданской войне — кто в Красной, а кто в Белой армиях.

Литература

1. *Абрамов П.В.* Мировая война 1914–1918 гг. // Энциклопедический словарь военной медицины. — Т. 3. — М., 1948. — Стб. 1102, 1107–1113.
2. *Еланский Н.Н.* Сравнительная характеристика организации хирургической помощи в империалистическую войну 1914–1918 гг. в царской армии и в последних операциях Красной Армии // Труды ВМедА им. С.М.Кирова. — Т. 28. — Л., 1949. — С. 19.
3. *Корнюшко И.Г., Гладких П.Ф., Локтев А.Е.* — Медицинская служба русской армии накануне и в ходе Первой мировой войны. 1906–1917 гг. // Очерки истории отечественной военной медицины. — Кн. 3. — Уфа, 2006. — 318 с.
4. *Оптель В.А.* Основания сортировки раненых с лечебной точки зрения на театре военных действий // Воен.-мед. журн. — 1915. — Октябрь. — С. 153–154.

5. Очерки истории российской военно-полевой хирургии в портретах выдающихся хирургов» / Под ред. проф. *Е.К.Гуманенко*. — СПб.: Фолиант, 2006. — С. 108.
6. Россия в мировой войне 1914–1918 гг. (в цифрах). — М., 1925. — С. 30–31, 34–36.
7. Санитарная служба русской армии в войне 1914–1917 гг. — Куйбышев, 1942. — С. 11, 16.
8. *Смирнов Е.И.* Некоторые вопросы санитарного обеспечения войск в современной войне // Труды ВМедА им. С.М.Кирова. — Т. 28. — Л., 1949. — С. 8.
9. *Тимофеевский П.И.* Организация помощи раненым в настоящую войну // Труды внеочередного Пироговского съезда по врачебно-санитарным вопросам в связи с условиями настоящего времени (Петроград, 14–18 апреля 1916 г.). — М., 1917. — Отд. 2. — С. 1.
10. Труды Комиссии по обследованию санитарных последствий войны 1914–1920 гг. Вып. 1. — М.; Пг., 1923. — С. 212–213.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 617:355(470)(091)

Вклад российских хирургов — участников Первой мировой войны в развитие сосудистой хирургии

*КОХАН Е.П., лауреат Государственной премии СССР, профессор,
полковник медицинской службы в отставке¹
ГЛЯНЦЕВ С.П., доктор медицинских наук²
ГАЛИК Н.И., кандидат медицинских наук³*

¹3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область; ² Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН, Москва; ³Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва

Kokhan E.P., Glyantsev S.P., Galik N.I. — Contribution of Russian surgeons-participants of the First World War in development of vascular surgery. During the First World War wounds of vessels took 0,3–1,5% of all wounds, and lethality — 10–22%. Experience of vascular treatment, get by military-field surgeons during this war, was great. They have demonstrated advantage of vascular seam



of bandage of vessels in conditions of their damages. Russian surgeons-participants of the First World War have formed the base, on which russian vascular surgery was advancing not only during wars, but also during peace-time.

Key words: history of russian vascular surgery, vascular seam, russian surgeons-participants of the First World War.

Уже более 90 лет отделяют нас от одной из самых разрушительных и кровопролитных войн XX века – Первой мировой (1914–1918 гг.), унесшей жизни более 6 млн человек. Ранения сосудов в эту войну составляли от 0,3 до 1,5% от числа всех ранений, а летальность – от 10 до 22%.

Видный хирург А.А.Опокин отмечал: «Громадное количество ранений сосудов в империалистическую войну, обязанное введению в европейских армиях остроконечной пули, заставило нас углубиться в детальное изучение ранений кровеносных сосудов и помогло разработать способы их более совершенного лечения. Для нас стало ясным формирование аневризм, значительно усовершенствовались способы изучения коллатерального кровообращения, разграничились показания к шву и перевязке сосудов, изучено влияние аневризм на сердечную деятельность, установлены совершенно новые виды концевых аневризм» [6].

Российские военные хирурги, оказывая помощь раненым, использовали последние достижения науки своего времени, однако при лечении травм сосудов отдавали предпочтение лигатуре, и лишь некоторые из них решались использовать сосудистый шов на практике. «Эта операция (сосудистый шов) требует для себя и особых показаний, и особых, сугубо асептических, условий оперирования. Шить там, где простая перевязка сосуда и безопасна, и прямо ведет к цели, есть, по выражению французов, хирургическое кокетство», – писал А.А.Розен [7]. Так считали большинство хирургов, большинство, но не все.

Одним из первых сосудистый шов при повреждениях сосудов в войсковом районе применил Н.А.Богораз (1874–1952). Отметим разработанные им операции закрытия ран артерий заплатами из аутовен, протезирования артерий фрагментами аутовен после резекции травматических аневризм и др. [1–3].

Накопив огромный практический опыт работы во время Первой мировой войны, Николай Алексеевич написал впоследствии монографию «Повреждения кровеносных сосудов при военнопольевых ранениях». По его данным, хирургические вмешательства на полковых перевязочных пунктах при повреждении сосудов проводились у 5% раненых, исключая те случаи, когда они не были распознаны, а в госпиталях – у 0,9%. Частота ранений сосудов составляла в среднем 0,5–1%. Кроме того, автор указывает на важность учета погибших в результате ранений крупных сосудов: «По моим наблюдениям, число это достигает 30% всех павших в бою» [4].

Н.А.Богораз также сообщает, что «еще в начале протекшей войны я предложил накладывать первичный сосудистый шов» при ранениях сосудов и травматических аневризмах. Правда «наложение шва на сосуды представляет некоторый небольшой риск вторичного кровотечения, зато первичная перевязка артерии, при неуспешных развитии коллатералей, создает гораздо больший риск омертвления конечности». Именно поэтому «наложение шва является, несомненно, лучшим способом операции при повреждении сосудов», причем «чем короче срок между ранением сосуда и операцией наложения первичного шва, тем, несомненно, благоприятнее протечет ранение». Основываясь на личном опыте, он рекомендовал: «После того как наложен шов на сосуд, раненого, если это позволяет обстановка, лучше оставить на месте на несколько дней и переправить дальше с фиксированной конечностью и распущенным жгутом на ней» [4].

Во время Первой мировой войны консультантом-хирургом фронта был будущий крупнейший хирург страны Николай Нилович Бурденко (1876–1946). В своем труде «Характеристика хирургической работы в войсковом районе»



Литература

1. Богораз Н.А. О наложении заплат на раны артерий // Врачебная газета. — 1917. — № 2. — С. 23.
2. Богораз Н.А. О пластике кровеносных сосудов // Воен.-мед. журн. — 1931. — С. 470—473.
3. Богораз Н.А. О ранении кровеносных сосудов в текущую кампанию // Русский врач. — 1915. — № 17. — С. 385.
4. Богораз Н.А. Повреждения кровеносных сосудов при военно-полевых ранениях. — Харьков, 1935. — 132 с.
5. Бурденко Н.Н. Характеристика хирургической работы в войсковом районе. — М.; Л.: Медгиз, 1939. — С. 6—7, 71—72.
6. Опокин А.А. Хирургия военно-полевых ранений. — Томск, 1931. — С. 173—220.
7. Розен А.А. Огнестрельные повреждения кровеносных сосудов: Дис. ... д-ра мед. — Киев, 1916. — 263 с.

© А.А.БУДКО, И.Г.ОВЕЧКИН, 2009
УДК 61:355(091)

Юбилей ФГУ «6-й Центральный военный клинический госпиталь Минобороны России»

БУДКО А.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
полковник медицинской службы
ОВЕЧКИН И.Г., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы

6-й Центральный военный клинический госпиталь, Москва

Budko A.A., Ovechkin I.G. — Anniversary of FSI «The 6th Central Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of RF». The 6th Central Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of Russian Federation celebrates the 20th anniversary in September of 2009. The hospital is one of the greatest and well-known in the world specialized science-practical rehabilitation centers, equipped by original and unique methods, based on modern knowledge-intensive technologies. It permits resolve the most difficult tasks of reconstructive treatment of military service men of Russian Army.

К e y w o r d s: reconstructive treatment, rehabilitation centers.

В историческом аспекте основополагающим документом о формировании 6-го Центрального военного клинического госпиталя явилось решение Исполкома Моссовета от 25.11.1983 г. «Об отводе Министерству обороны СССР земельного участка по Левобережной улице под строительство пансионата ветеранов армии и флота». Решением руководства ЦВМУ от 12 ноября 1988 г. функциональное назначение «пансионата» было изменено на Центр восстановительного лечения ГВКГ им.Н.Н.Бурденко, что вызвало дополнительную корректировку проекта.

17 апреля 1989 г. министром обороны Д.Т.Язовым было принято решение на базе формируемого учреждения создать 6-й Центральный военный клинический госпиталь Министерства оборо-

ны СССР для восстановительного лечения раненых, больных и пораженных военнослужащих армии и флота, членов их семей, офицеров в отставке, инвалидов Великой Отечественной войны, ветеранов-интернационалистов, служащих Советской армии.

Это решение реализовано Директивой ГШ МО СССР от 22 августа 1989 г. о создании 6-го Центрального военного клинического госпиталя в качестве многопрофильного специализированного лечебно-профилактического учреждения Министерства обороны. Официальной датой начала функционирования госпиталя считается 15 сентября 1989 г., когда в травматологическое отделение поступил первый пациент — рядовой Ю.А.Розенбах с диагнозом «отсутствие правой нижней конечности на уровне тазобедренного сустава».



та, а также при пограничных психических состояниях, психосоматических расстройствах и синдроме хронической усталости.

Важно отметить, что в ряде случаев основной целью проводимого лечения является не столько коррекция имеющихся нарушений, сколько вторичная профилактика снижения функционального состояния организма военного специалиста при наличии конкретного заболевания. После завершения восстановительного лечения у более чем 90% па-

циентов по результатам комплексного клинико-психологического обследования отмечается стойкий положительный эффект, выражающийся повышением показателей функционального состояния организма по сравнению с исходным уровнем, что приводит к существенному уменьшению вероятности вторичных осложнений и в целом обеспечивает военному специалисту выполнение повседневных обязанностей с требуемыми показателями профессиональной надежности.

© Л.Ф.ЗАХАРЧУК, А.Н.ЛАПИН, 2009
УДК 61:355(091)

Военному госпиталю в Комсомольске-на-Амуре — 75 лет

ЗАХАРЧУК Л.Ф., полковник медицинской службы
ЛАПИН А.Н., полковник медицинской службы

Гарнизонный госпиталь, г. Комсомольск-на-Амуре, Хабаровский край

Zakharchuk L.F., Lapin A.N. — The 75th anniversary of military hospital in Komsomolsk-on-Amur. The article is devoted to the 75th anniversary of post hospital in Komsomolsk-on-Amur — chief treatment-prophylaxis institute of Far Eastern Region. Zone of it's responsibility covers 600 km with numerous taiga cities and posts. Hospital is a methodic center, where physicians, pharmacists and medical staff of military units improve their qualification. Now-days hospital has three multistage bulks, a separated brick building of hospital cuisine and etc. Hospital has achieved governmental license for 105 types of medical activity up to 2012.

К е у в о р д s: post hospital in Komsomolsk-on-Amur of Far Eastern Region, military medicine on Far Eastern Region.

В марте 1934 г. Реввоенсовет *Особой Краснознаменной Дальневосточной армии* (ОКДВА) принял решение о развертывании военного госпиталя в строящемся городе Комсомольске-на-Амуре. Госпиталь предназначался для медицинского обеспечения строителей военнослужаших, было решено задействовать для него один из барakov на 20 коек больницы Дальпромстроя, расположенной на правом берегу реки Силинки. Санитарный отдел ОКДВА возложил формирование госпиталя на военврача 1 ранга Владимира Николаевича Гринёва.

В июне 1934 г. произошло объединение с госпиталем больницы Дальпромстроя, при общей емкости 60 коек, под общим руководством штата госпиталя. С этого момента госпиталь стал обслуживать всех строителей города и военнослужаших. Вместе с военными специалистами на благо здоровья перестроителей трудились их гражданские коллеги — В.Пендрие, Косты Стоянов, чьи имена занесены в героическую летопись города.

11 июня 1934 г. официально считается днем открытия госпиталя. В этот день был принят первый пациент — красно-



армеец, пострадавший в схватке с медведем в дальневосточной тайге.

К осени 1934 г. был остроен еще один больничный барак, что позволило довести емкость госпиталя до 120 коек. Были развернуты самостоятельные подразделения — приемное, хирургическое, родильное и терапевтическое отделения, аптека.

Несмотря на большую загруженность в работе, врачи находили время для научной деятельности. Отсутствие свежих овощей и фруктов, наличие в основном консервированных продуктов вызывало случаи заболевания цингой. Врачи проводили наблюдения за влиянием пихтового и других хвойных настоев, лечебных свойств черемши и оленины и рекомендовали некоторые из них для широкого применения в рабочих столовых. Именно эти рекомендации спасли многие жизни.

Хирурги госпиталя освоили и внедрили в лечебную практику метод переливания крови. В августе 1934 г. военврач С.И.Потеряхин впервые в Комсомольске-на-Амуре осуществил переливание крови, дав свою кровь для спасения военнослужащего.

В 1936 г., одновременно с приемом в эксплуатацию поликлиники и горбольницы, госпиталь стал сугубо военным учреждением, а в 1939 г. ему было присвоено условное наименование «войсковая часть». Но военные врачи продолжали оказывать консультативную помощь пациентам больницы, а военный хирург С.И.Потеряхин возглавил депутатскую комиссию по здравоохранению и научное общество врачей города.

Много сил и энергии отдал становлению госпиталя его первый начальник военврач 1 ранга В.Н.Гринёв, имя которого занесено в Книгу почета части. С 1941 по 1946 г. начальником госпиталя был военврач В.С.Кравцевич.

В 1941 г. было введено в строй двухэтажное кирпичное здание с центральным отоплением (эксплуатируемое поныне), что позволило развернуть госпиталь на 300 коек.

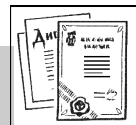
За 1941–1945 гг. в госпитале было пролечено 22 тыс. раненых и больных, из них прооперировано 5700, 252 тыс. нуждающихся получили здесь консультативную помощь. В этот период врачи госпиталя оказывали медицинскую помощь воинам Комсомольского-на-Амуре гарнизона и прибывающим на долечивание фронтовикам. Госпиталь являлся также центром подготовки медицинских работников по военно-полевой хирургии для работы на фронтах войны.

В сентябре 1944 г. в госпиталь были доставлены два американских летчика, самолет которых был подбит японцами и не смог долететь до своей базы.

В период с 1960 по 1974 г. бессменным руководителем госпиталя был подполковник медицинской службы Л.Я.Гальперин — ветеран Великой Отечественной войны, кавалер боевых орденов и медалей, немало сделавший для развития учреждения.

Сегодня военный госпиталь в Комсомольске-на-Амуре является одним из ведущих лечебно-профилактических учреждений Дальневосточного военного округа. Зона его ответственности охватывает около 600 км с многочисленными таежными военными городками и гарнизонами. Госпиталь является методическим центром, в котором повышают свою квалификацию врачи, провизоры, средний медицинский персонал войскового звена. Врачи госпиталя, являясь ведущими специалистами гарнизона, постоянно работают в воинских частях, оказывая практическую и методическую помощь войсковой медицине.

В настоящее время в госпитале имеется три лечебных многоэтажных корпуса, отдельное кирпичное здание кухни, оснащенной современным оборудованием и инвентарем, складские помещения, гараж и двухэтажное кирпичное здание управления. Ухоженная лесопарковая зона с беседками для отдыха больных радует глаз и способствует их скорейшему выздоровлению. В состав госпиталя входят отделения лечебно-диагностического профиля, узкоспециализированные кабинеты, аптека, подвижные рентгенов-



ЮБИЛЕИ

© С.Ф.ЗЕЛЕНИН, 2009

УДК 616:355 (092 Семенчук Е.М.)



8 августа 2009 г. исполнилось 80 лет участнику Великой Отечественной войны, ветерану Вооруженных Сил, кандидату медицинских наук, доценту полковнику медицинской службы в отставке **Евгению Матвеевичу Семенчуку**.

Е.М.Семенчук родился в д. Уголец Столинского района Брестской области. В 1950 г. поступил в Минский государственный медицинский институт. В 1956 г. окончил с отличием Военно-морской медицинский факультет при 1-м Ленинградском медицинском институте им. И.П.Павлова. В 1956–1963 гг. проходил службу на различных должностях в частях Военно-Морского Флота и Советской армии в пунктах дислокации: г. Лиепая, о. Сахалин, г. Бобруйск.

После окончания с отличием факультета усовершенствования врачей Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (1965) служил преподавателем кафедры военно-медицинского факультета при Томском государственном медицинском институте, а в 1972 г. — начальником кафедры токсикологии, радиологии и медицинской защиты от оружия массового поражения. В 1975 г. окончил академические курсы повышения квалификации преподавательского состава при Военной академии химической защиты в г. Москве.

Евгений Матвеевич — автор 56 научных работ и учебно-методических пособий, 44 рационализаторских предложений, соавтор учебника «Военная токсикология, радиология и защита от оружия массового поражения» (1992).

После увольнения из Вооруженных Сил (1987) был избран заведующим кафедрой гражданской обороны Томского педагогического института. После сокращения кафедры (1994) работает в гимназии № 24 г. Томска преподавателем-организатором ОБЖ.

Заслуги Е.М.Семенчука отмечены орденом Красной Звезды, медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени и многими другими медалями и знаками отличия.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Томского военно-медицинского института, редакционная коллегия, редакционный совет и редакция «Военно-медицинского журнала» поздравляют Евгения Матвеевича Семенчука с юбилеем и желают ему доброго здоровья, счастья и творческих успехов.

© А.Э.НИКИТИН, 2009

УДК 616:355 (092 Макеев Б.Л.)



11 июля 2009 г. исполнилось 75 лет старшему научному сотруднику научно-исследовательского отдела Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, заслуженному изобретателю РФ, профессору Академии военных наук, почетному мастеру спорта СССР по тяжелой атлетике, кандидату медицинских наук полковнику медицинской службы в отставке **Борису Лавровичу Макееву**.

Б.Л.Макеев родился в Сибири в семье офицера-пограничника. Воспитанник Ташкентского суворовского училища, он успешно завершил обучение в Военно-медицинской академии в 1967 г. и остался в ее стенах, где трудился в должностях старшего ординатора и преподавателя кафедры пропедевтики внутренних болезней.

Его организаторские способности в дальнейшем проявились на поприще сложной и ответственной работы в области рационализации, изобретательства и патентования. Он является автором более 150 научных работ и свыше 60 изобретений. Борис Лаврович — участник ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

Заслуги Б.Л.Макеева отмечены многими правительственными наградами и медалями, в т. ч. «За спасение погибавших».

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации и Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, редакционная коллегия, редакционный совет и редакция «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Бориса Лавровича Макеева с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и новых успехов в трудовой деятельности.



© В.В.ЯМЕНСКОВ, 2009
УДК 616:355 (092 Баранов В.В.)



8 июля 2009 г. исполнилось 60 лет ветерану Вооруженных Сил, начальнику 146-й стоматологической поликлиники Командования специального назначения, заслуженному врачу РФ полковнику медицинской службы **Владимиру Владимировичу Баранову**.

В.В.Баранов родился в Ярославской области. В 1971 г. окончил Ярославский государственный медицинский институт. В 1975 г. призван в Вооруженные Силы. Служил врачом-стоматологом медицинского пункта, подвижного стоматологического кабинета, начальником стоматологического отделения военного госпиталя последовательно Южной группы войск, Забайкальского военного округа, Западной группы войск. С 1992 г. возглавляет 146-ю стоматологическую поликлинику.

Общий стаж по стоматологии В.В.Баранова составляет 38 лет, из них 17 лет в должности руководителя одного из лучших в Вооруженных Силах лечебно-профилактического учреждения. Именно в этот период наиболее ярко проявились его незаурядные качества клинициста, наставника и организатора здравоохранения.

Владимир Владимирович – автор около 20 научных работ, раскрывающих актуальные вопросы организации стоматологической помощи. Его ратный труд отмечен орденом «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени и многими медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, медицинской службы Военно-Воздушных Сил и Командования специального назначения, редакционная коллегия, редакционный совет и редакция «Военно-медицинского журнала», сослуживцы и сотрудники сердечно поздравляют Владимира Владимировича Баранова с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и дальнейших творческих успехов.

© А.Е.ГЕРАСИМОВ, 2009
УДК 616.355 (092 Бенья Ф.М.)



9 августа 2009 г. исполнилось 50 лет заслуженному врачу РФ, начальнику медицинской службы Северо-Кавказского военного округа полковнику медицинской службы **Фёдору Михайловичу Бене**.

Ф.М.Бенья родился в с. Костешты Рышканского района Молдавской ССР. После окончания четвертого курса Кишиневского государственного медицинского института (1980) поступил на военно-медицинский факультет при Куйбышевском государственном медицинском институте им. Д.И.Ульянова. В 1982 г. назначен на должность начальника медицинского пункта отдельного батальона химической защиты общевойсковой армии Одесского военного округа. С 1985 г. служил в Группе советских войск в Германии начальником медицинского пункта, затем начальником медицинской службы отдельного полка связи.

После окончания факультета руководящего состава Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (1994) проходил службу начальником медицинской службы мотострелковой дивизии армейского корпуса, в 1995 г. стал заместителем начальника медицинской службы общевойсковой армии Северо-Кавказского военного округа (СКВО). С 1996 г. в военно-медицинском управлении СКВО последовательно занимал должности заместителя начальника лечебно-профилактического отдела, заместителя начальника отдела организационно-планового и боевой подготовки, заместителя начальника медицинской службы округа. Выполнял задачи по организации медицинского обеспечения контртеррористической операции в Чеченской Республике.

С декабря 2006 г. Ф.М.Бенья возглавляет медицинскую службу СКВО. В августе 2008 г. организовал медицинское обеспечение группировки войск (сил), участвующих в операции по принуждению Грузии к миру.

Ратный труд Фёдора Михайловича отмечен орденом «За военные заслуги», медалями ордена «За заслуги перед Отечеством» I и II степени (с изображением мечей), медалями «За воинскую доблесть» I и II степени и другими наградами МО РФ.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, медицинская служба Северо-Кавказского военного округа, редакционная коллегия, редакционный совет и редакция «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Фёдора Михайловича Бенью с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья, дальнейших успехов в служебной деятельности.



© Н.Г.ЧИГАРЕВА, 2009
УДК [61:355]:069.4

Участие Военно-медицинского музея МО РФ в новых музейных проектах

ЧИГАРЕВА Н.Г., доктор биологических наук

Военно-медицинский музей МО РФ, Санкт-Петербург

В мае 2009 г. Военно-медицинский музей МО РФ стал участником двух важных акций.

16 мая в Санкт-Петербурге состоялась очередная «Ночь музеев» — ежегодное мероприятие, проводимое в честь Международного дня музеев более чем в 40 странах Европы.

Инициатором проведения «Ночи музеев» в Санкт-Петербурге был городской Комитет по культуре. Каждый музей, участвующий в акции, подготовил к этому дню специальные программы. Более 40 музеев, галерей, выставочных залов и библиотек города были открыты всю ночь — с 18.00 до 6.00 утра.

Военно-медицинский музей подготовил специальную программу «На берегах Невы Асклепий многолик». «Многоликость» Асклепия — древнегреческого бога медицины и врачевания была отражена в виде двух блоков: официальной и неофициальной медицины.

Программа «официальной медицины» включала тематические экскурсии «Медицинский Петербург» и «Институт экспериментальной медицины» (с демонстрацией фильма), а также посещение «кабинета врача», где составлялся индивидуальный «паспорт здоровья посетителя» и оценивался его психофизиологический статус.

Программа второго блока («неофициальная медицина») состояла из лекции по истории развития неофициальных видов врачевания в Петербурге, сопровождаемой мультимедийными средствами, а также тематической презентации «Лекарственные растения с нами и вокруг нас».

Огромная очередь желающих собралась уже за час до начала акции, поэтому

впускать посетителей в Военно-медицинский музей начали раньше запланированного срока. По числу посетителей в ходе этой акции Военно-медицинский музей МО РФ вошел в число лидеров (3850 человек) наряду с такими учреждениями, как Музей политической истории России (5000 человек), Музей артиллерии (4600), Музей «Ледокол Красин» (3300).

Особым вниманием пользовались экспозиции залов «Н.И.Пирогов — гений российской медицины», «Российское общество Красного Креста и общины сестер милосердия», «Медицина Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.», «Медицина вооруженных конфликтов и чрезвычайных ситуаций», а также открывшаяся в апреле 2009 г. экспозиция «Анатомический театр».

Как показало анкетирование, основным участником акции «Ночь музеев» была молодежь, среди которой особым энтузиазмом и многочисленными вопросами отличались студенты медицинских вузов и учащиеся медицинских колледжей.

Вторым важным событием в жизни Военно-медицинского музея стало участие в музейном фестивале «Интермузей-2009», проходившем 28–31 мая 2009 г. в Москве в одном из павильонов Всероссийского выставочного центра. Фестиваль был организован под эгидой Министерства культуры РФ при участии Союза музеев России, Департамента культуры г. Москвы и др.

В работе фестиваля приняли участие более 150 музеев из России и зарубежья, ведущие кафедры музеологии, музейного дела и охраны памятников высших учеб-



ных заведений страны, многочисленные издательства, фирмы и др.

На фестивале Военно-медицинский музей представил проект «Военная медицина на службе Отечеству». На стенде музея были размещены многочисленные фотографии, рассказывающие о самоотверженной работе медиков в тяжелых условиях военного конфликта в Чеченской Республике, представлены материалы о Военно-медицинской академии. Все фотоматериалы были сняты старшим преподавателем кафедры патологической анатомии ВМедА полковником медицинской службы М.В.Рогачёвым, который в 1995–2004 гг. входил в состав группы экспертов по идентификации погибших на Северном Кавказе российских военнослужащих.

Участники и посетители «Интермузея-2009» не только познакомились с работой медицинских работников на театре военных действий, но и смогли оценить гуманитарную помощь, которую российские военнослужащие оказывали жителям разрушенных городов и сел. Отрадно отметить, что среди посетителей экспозиции было много молодежи, военнослужащих и специалистов-медиков.

Посетители и гости фестиваля имели возможность определить свой биологический и физиологический статус, пройти психологическое тестирование с помощью компьютерной программы профессиональных психологических тестов.

Неизменным успехом у посетителей пользовались открытки, календари и буклеты, изданные Военно-медицинским музеем. Вызывали интерес и книги, подготовленные сотрудниками музея.

© А.В.ЕСИПОВ, В.Н.ТРЕГУБОВ, 2009
УДК 613.693(063)

Конференция по актуальным вопросам совершенствования врачебно-летной экспертизы

*ЕСИПОВ А.В., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы
ТРЕГУБОВ В.Н., профессор, полковник медицинской службы*

5-й Центральный военный клинический госпиталь Военно-Воздушных Сил, г. Красногорск, Московская область

18 марта 2009 г. на базе второго филиала 5-го Центрального военного клини-

Наряду с другими музеями Военно-медицинский музей принял активное участие в конкурсной программе музейного фестиваля. В номинации «Музейный проект. Инновационные решения традиционных проблем» музей представил проект «Постоянная экспозиция Военно-медицинского музея». Основной целью этого проекта был показ архитектурно-художественного решения новой постоянной экспозиции музея и этапов реконструкции экспозиционного корпуса.

В номинации «Наука в музее» на конкурс был заявлен проект «Музей на службе медицинской науки», в котором продемонстрирована значимость Военно-медицинского музея как научно-исследовательского и архивно-справочного учреждения по изучению и обобщению опыта медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации в современных войнах, чрезвычайных ситуациях и при осуществлении миротворческих миссий.

Заявленные проекты и экспозиция Военно-медицинского музея МО РФ были высоко оценены жюри фестиваля и музейным сообществом.

На торжественном закрытии фестиваля, состоявшемся в помещении Новой оперы, Военно-медицинскому музею вручен диплом «За вклад в музейное дело и в развитие гуманитарной миссии музеев», лауреатом премии «Преданность и служение делу» стал начальник музея полковник медицинской службы А.А.Будко.

Завоеванные призы свидетельствуют о большой и кропотливой работе коллектива музея, преданности своему делу музейных работников, чей труд направлен во славу военной медицины и на благо России.

ческого госпиталя Военно-Воздушных Сил (5 ЦВКГ) состоялась научно-практиче-



ская конференция «Актуальные вопросы совершенствования врачебно-лётной экспертизы лётно-подъёмного состава различных силовых структур».

Тема конференции была сформулирована начальником медицинской службы ВВС полковником медицинской службы **В.В.Яменковым** не случайно, ведь от эффективности и качества *врачебно-лётной экспертизы* (ВЛЭ) напрямую зависит безопасность полетов не только авиации Министерства обороны России, но и других структур, имеющих лётно-подъёмный состав.

Среди 120 организаторов и гостей мероприятия присутствовали представители медицинской службы ВВС, КСпН, ЦВЛК, учебных, научных и лечебно-профилактических учреждений военного и гражданского здравоохранения, в т. ч. специалисты Внутренних войск МВД и ФСБ России.

Открывая конференцию, начальник 5 ЦВКГ полковник медицинской службы **А.В.Есипов** раскрыл актуальность представленной к обсуждению темы и пожелал всем собравшимся плодотворной работы.

Далее с докладами выступили заместитель начальника медицинской службы ВВС подполковник медицинской службы **Ю.Г.Арсентьев**, подробно осветивший актуальные проблемы медицинских аспектов безопасности полетов, и врио начальника ГосНИИИ ВМ МО РФ, профессор полковник медицинской службы **И.В.Бухтияров**, изложивший современное состояние и перспективы развития системы медицинского обеспечения полетов государственной авиации.

Ряд сообщений был сделан специалистами 5 ЦВКГ. Так, заведующий кабинетом функциональной диагностики инфекционного центра госпиталя полковник медицинской службы в отставке **В.А.Цыганок** проанализировал исторические аспекты становления врачебно-лётной экспертизы в военной авиации, начальник отделения ВЛЭ полков-

ник медицинской службы **А.В.Комаров** поделился опытом работы отделения и наметил перспективы его развития, начальник второго филиала госпиталя подполковник медицинской службы **С.В.Суздальцев** доложил о комплексной автоматизированной информационной системе ВЛЭ, используемой в работе.

Начальник отделения ВЛЭ и отбора специалистов ВВК КСпН подполковник медицинской службы **В.В.Шилкин** остановился на вопросах контроля качества врачебно-лётной экспертизы, а старший врач-специалист этой же ВВК подполковник медицинской службы **В.В.Васильев** раскрыл особенности медицинского контроля за лётно-подъёмным составом в межкомиссионный период.

Не менее интересной и полезной оказалась практическая часть конференции, на которой старший ординатор отделения ВЛЭ 5 ЦВКГ подполковник медицинской службы **А.И.Каштанов** продемонстрировал ее участникам условия размещения лётно-подъёмного состава в палатах отделения, порядок и возможности обследования, лечения, реабилитации и врачебно-лётной экспертизы.

Результаты исследований, доложенные выступающими, были высоко оценены участниками конференции. Ее успех во многом определила продуманная подготовка. В частности, все участники конференции при регистрации бесплатно получали сборник докладов, что позволило вести дискуссию аргументированно и предметно.

В заключительном слове заместитель начальника медицинской службы ВВС подполковник медицинской службы **Ю.Г.Арсентьев** отметил, что плодотворный обмен мнениями позволил обобщить опыт работы авиационных врачей, повысить теоретический уровень подготовки участников конференции, выработать предложения по оптимизации врачебно-лётной экспертизы не только в Вооруженных Силах РФ, но и других силовых структурах.

Хазанов А.И., Плюснин С.В., Белякин С.А., Бобров А.Н., Павлов А.И.
Алкогольная болезнь печени. — М.: ООО «ЛЮКС ПРИНТ», 2008. —
 318 с. ил. 1000 экз.



В книге специалистов — сотрудников Государственного института усовершенствования врачей МО РФ и 3-го Центрального военного клинического госпиталя имени А.А.Вишневского представлены материалы по основам гепатологии, с особым вниманием к диагностике и лечению алкогольной болезни печени. Используются многолетние опыт и исследования авторов в этой области, а также современные данные литературы. Текст изложен в простой, доступной форме, удобной для решения повседневных задач врача у постели больного. Издание иллюстрировано таблицами и рисунками, включая оригинальные микрофотографии.

Книга предназначена для врачей общей практики, терапевтов, гепатологов, гастроэнтерологов, инфекционистов, наркологов, морфологов, а также врачей — представителей других медицинских специальностей, которые занимаются или интересуются алкогольными заболеваниями печени.

Перевод В.Б.Божedomова
 Макет и компьютерная верстка В.В.Матишова



За содержание и достоверность сведений в рекламном объявлении ответственность несет рекламодатель.



Учредитель — Министерство обороны Российской Федерации.
 Зарегистрирован Министерством печати и информации Российской Федерации.
 Номер регистрационного свидетельства 01975 от 30.12.1992 г.

Сдано в набор 03.08.09.
 Формат 70×108¹/₁₆.
 Усл. печ. л. 8,4.
 Заказ № 2150.

Печать офсетная.
 Усл. кр.-отт. 9,8.
 Тираж 2581 экз.

Подписано к печати 03.09.09.
 Бумага офсетная.
 Уч.-изд. л. 8,6.
 Каталожная цена 42 р. 90 к.

Отпечатано в типографии ОАО «Издательский дом «Красная звезда»
 123007, Москва, Хорошевское шоссе, д. 38, тел. (495) 941-21-20