

## К МЕЖДУНАРОДНОМУ ЖЕНСКОМУ ДНЮ 8 МАРТА

В Московском военном округе, медицинской службе которого посвящен этот номер «Военно-медицинского журнала», наравне с мужчинами добросовестно выполняют свой воинский и профессиональный долг тысячи женщин. Их каждодневный труд привносит в мир милосердие и сострадание, тепло и уют – все, что помогает раненому и больному воину возвратиться в строй и к труду.

Редакционная коллегия, редакционный совет и редакция «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют всех наших читательниц с Международным женским днем, желают им здоровья, радости, счастья и успехов.



Начальник медицинского отделения  
военного клинического госпиталя  
капитан медицинской службы  
**Т.А.Литвинова**



Врач-терапевт  
поликлиники  
штаба МВО  
**С.В.Гнедич**



Заведующая аптекой поликлиники штаба МВО  
**Л.А.Куйда**



Начальник подвижной лаборатории  
центра госсанэпиднадзора (г. Тверь)  
подполковник медицинской службы  
**И.Н.Плиткина**



Главная медицинская сестра окружного  
военного клинического госпиталя  
**Т.В.Немытова** (справа) и медсестра-  
анестезист **О.А.Лукьянова**

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)  
И. Ю. Быков  
Л. Л. Галин  
(заместитель главного  
редактора)  
В. А. Гущенко  
В. М. Давыдов  
Н. А. Ефименко  
И. Г. Корнюшко  
А. С. Круглов  
В. А. Линок  
Ю. В. Лобзин  
Н. И. Ляшенко  
А. Л. Раков  
В. К. Семенов  
И. Б. Ушаков  
А. Я. Фисун  
И. М. Чиж  
В. К. Шамрей  
В. В. Шаппо  
Ю. Л. Шевченко

**РЕДАКЦИОННЫЙ  
СОВЕТ:**

С. А. Белякин (Красногорск)  
Ф. М. Бениа (Ростов-на-Дону)  
Е. В. Боярских (Екатеринбург)  
П. Г. Брюсов (Москва)  
А. А. Будко (С.-Петербург)  
А. Р. Волгин (Москва)  
С. Ф. Гончаров (Москва)  
А. В. Гришук (С.-Петербург)  
А. Д. Зубков (Москва)  
В. Т. Карташов (Москва)  
А. П. Кечин (Москва)  
В. В. Колкутин (Москва)  
А. Г. Круглов (Москва)  
В. В. Куликов (Москва)  
А. Ю. Лапин (Москва)  
И. Б. Максимов (Москва)  
Э. А. Нечаев (Москва)  
В. А. Новиков (Москва)  
В. Ю. Петрищев (Хабаровск)  
Ю. В. Сабанин (Москва)  
В. Б. Симоненко (Москва)  
М. В. Фалеев (Чита)  
А. М. Шелепов (С.-Петербург)

**Адрес редакции:**

119160, Москва, редакция  
«Военно-медицинского журнала»

**Телефоны:** (495) 361-20-80  
(главный редактор),  
361-29-12 (отв. секретарь),  
361-20-91 (секретариат)

*Non scholae, sed vitae discimus!*

# ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2008 \* МАРТ  
Т. 329 \* № 3

- *О перспективах развития медицинских подразделений, частей и учреждений Московского военного округа*
- *Совершенствование структуры и оснащения медицинских отрядов специального назначения*
- *Изменения в законодательстве Российской Федерации по организации медицинского обеспечения Вооруженных Сил*
- *Проблемы эпидемиологии и профилактики болезней кожи и подкожной клетчатки*
- *Медицинская помощь при отравлениях токсичными продуктами горения*
- *Влияние факторов среды обитания на здоровье допризывников*

МОСКВА  
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ  
«КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»



**Организация медицинского обеспечения Вооруженных Сил**

**Organization of medical support of the Armed Forces**

Корнюшко И.Г., Шелепов А.М., Костенко Л.М. – Совершенствование организационно-штатной структуры и технического оснащения медицинских отрядов специального назначения

4

*Kornyushko I.G., Shelepov A.M., Kostenko L.M. – Improvement of organizational breakdown structure and technical supply of specialized medical aid group*

Новиков В.А. – О перспективах развития материальной и лечебно-диагностической базы медицинских подразделений, частей и учреждений Московского военного округа

14

*Novikov V.A. – About the perspective evolution of material and treatment-diagnostic base of medical units and institutes of Moscow military circuit*

Новиков В.А., Долгов Е.Н., Габрильянц М.А. – Совершенствование материально-технической базы окружного госпиталя – ключевое условие оптимизации медицинского обеспечения в зоне ответственности

17

*Novikov V.A., Dolgov E.N., Gabrilyants M.A. – Improvement of material-technical base of circuit hospital is a key-note condition of optimization of medical maintenance in responsibility center*

Шапошников А.А., Кашапов Н.Г., Лукичева Т.А., Володин А.С., Кучма В.Ф., Кутуев Ю.И. – Влияние факторов среды обитания на здоровье подростков в нефтегазодобывающем районе и обоснование профилактических мероприятий

19

*Shaposhnikov A.A., Kashapov N.G., Lukicheva T.A., Volodin A.S., Kuchma V.F., Kutuev Yu.I. – Influence of the factors of habitat on the health of teenagers in gas-and-oil producing region and grounding of preventive control*



**Медицина экстремальных ситуаций**

**Medicine of extreme situations**

Гребенюк А.Н., Баринов В.А., Башарин В.А. – Профилактика и медицинская помощь при отравлениях токсичными продуктами горения

26

*Grebenyuk A.N., Barinov V.A., Basharin V.A. – Prophylaxis and medical aid in condition of posing by toxic burning products*



**Войсковая медицина**

**Army health Service**

Марьин Г.Г., Клочков О.И., Мосягин В.Д., Бондаренко В.И., Майков А.В. – Организационно-эпидемиологические аспекты профилактики внебольничных пневмоний в Московском военном округе

33

*Maryin G.G., Klochkov O.I., Mosyagin V.D., Bondarenko V.I., Maykov A.V. – Organizational-epidemiological aspects of prophylaxis of out-hospital pneumonias in Moscow military circuit*



**Лечебно-профилактические вопросы**

**Prophylaxis and treatment**

Сахаров А.В. – Организация хирургической помощи в военных госпиталях Московского военного округа








39

*Sakharov A.V. – Organization of medical aid in military hospitals of Moscow military circuit*

Шуварин М.И. – Опыт применения методов коронарной хирургии в ЦВКГ им. А.А.Вишневого

41

*Shuvarin M.I. – Experience of using of coronary surgery in CMCH by A.A.Vishnevsky*

<i>Шаплыгин Л.В., Белохвостов А.С., Галицкий Т.В. – Современные онкомаркеры в дифференциальной диагностике болезни предстательной железы</i>	45	<i>Shaplygin L.V., Belohvostov A.S., Galitsky T.V. – Modern onkomarkers in differential diagnostics of diseases of prostate gland</i>
<i>Марьин Г.Г., Корнилов А.Б., Валеvский В.В., Бондаренко В.И., Шарьгин С.И. – Проблемы эпидемиологии и профилактики болезней кожи и подкожной клетчатки в войсках</i>	49	<i>Maryin G.G., Kornilov A.B., Valevsky V.V., Bondarenko V.I., Sharygin S.I. – Problems of epidemiology and of prophylaxis of dermatic diseases and diseases of hypoderm in the troops</i>
<i>Скипин М.В., Гречаник П.М., Литвинова Т.А., Алексеев В.В. – Клинические аспекты реабилитации больных в условиях военного санатория «Звенигородский»</i>	53	<i>Skipin M.V., Grechanik P.M., Litvinova T.A., Alekseev V.V. – Clinical aspects of rehabilitation of patients in conditions of military sanatorium «Zvenigorodsky»</i>
 <b>Гигиена и физиология военного труда</b>		<b>Military physiology and hygiene</b>
<i>Решетников В.А., Резник А.М. – Нейрофизиологические и морфологические проявления посттравматического стрессового расстройства (Обзор литературы)</i>	56	<i>Reshetnikov V.A., Reznik A.M. – Neurophysiological and morphological exhibition of posttraumatic stress disorder (Review of literature)</i>
 <b>Военная фармация и медицинская техника</b>		<b>Military pharmacy and medical technique</b>
<i>Мирошниченко Ю.В., Умаров С.З., Гельцер Т.В. – Анализ путей совершенствования изготовления стерильных растворов в военных аптеках</i>	63	<i>Miroshnichenko Yu.V., Umarov S.Z., Gelsert T.V. – Analyze of ways of improvement of aseptic solution producing in military chemist shops</i>
 <b>Юридический всеобуч</b>		<b>Law education</b>
<i>Новиков В.А., Скипин М.В., Габрильянц М.А. – Изменения в законодательстве Российской Федерации по организации медицинского обеспечения Вооруженных Сил</i>	68	<i>Novikov V.A., Skipin M.V., Gabrilyants M.A. – Changes in legal system of RF on the topic of organization of medical maintenance of the Armed Forces</i>
 <b>По страницам зарубежной медицинской печати</b>	73	<b>From the foreign medical publications</b>
 <b>Краткие сообщения</b>	83	<b>Brief reports</b>
 <b>Из истории военной медицины</b>	103	<b>From the history of military medicine</b>
 <b>Официальный отдел</b>	111	<b>Official communications</b>
<b>Резюме</b>	112	<b>Summary</b>

**CONTENTS**



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008  
УДК 61:355

## Совершенствование организационно-штатной структуры и технического оснащения медицинских отрядов специального назначения

*КОРНЮШКО И.Г., кандидат медицинских наук, генерал-майор медицинской службы  
ШЕЛЕПОВ А.М., профессор, генерал-майор медицинской службы  
КОСТЕНКО Л.М., доцент, полковник медицинской службы в отставке*

**В** общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск в мирное и военное время важное место занимают *отдельные медицинские отряды специального назначения* (омедо СпН), что определяется значением возлагаемых на них задач.

Омедо СпН являются мобильными формированиями медицинской службы ВС РФ, предназначенными для приема раненых и больных военнослужащих, поступающих из войск военных округов (в т. ч. из очагов массовых санитарных потерь), оказания им квалифицированной медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации.

Эти отряды – неотъемлемая составная часть современной системы этапного лечения раненых и больных с эвакуацией их по назначению. Из омедо СпН пострадавшие могут быть возвращены в строй или эвакуированы для дальнейшего лечения в стационарные лечебно-профилактические учреждения МО РФ, Минздравсоцразвития России, других министерств и ведомств [4].

Медицинская служба ВС РФ, опираясь на богатый опыт обеспечения войск в современных локальных войнах, вооруженных конфликтах и чрезвычайных ситуациях, используя новейшие достижения науки и техники, продолжает совершенствовать мобилизационную готовность мобильных формирований и всестороннюю подготовку их к выполнению задач по предназначению. Особое внимание при этом уделяется организации работы медицинских отрядов специально-

го назначения, т. к. ряд важных организационных задач, определяющих их четкое функционирование в новых условиях, еще не нашел окончательного решения.

Такие важные документы, как Руководство по работе медицинских отрядов специального назначения МО РФ, штаты омедо СпН и таблицы к ним, нормы табельного оснащения медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом и другие документы, регламентирующие деятельность омедо СпН в мирное и военное время, устарели и нуждаются в переработке.

В ходе проведенных исследований установлено, что организационно-штатная структура медицинских отрядов специального назначения и их техническое оснащение не в полной мере соответствуют возлагаемым на них задачам. Предлагаемые экспертами существенные изменения организационной структуры и оснащения сортировочно-эвакуационных, операционных, хирургических, терапевтических, лабораторных, рентгенологических подразделений, отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, а также управления отряда потребовали дополнительного изучения и научного обоснования.

В данной статье на основе системного анализа опыта применения мобильных медицинских формирований в миротворческих операциях, вооруженных конфликтах и при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций мирного времени, результатов исследователь-



## О перспективах развития материальной и лечебно-диагностической базы медицинских подразделений, частей и учреждений Московского военного округа

НОВИКОВ В.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

В свете послания Президента РФ «О здоровье нации», постановлений Правительства РФ по социальному блоку национальных программ, в которых руководство страны основной задачей определило всестороннюю заботу о гражданах России в целом, в т. ч. и о ее защитниках, командование и медицинская служба МВО, понимая всю важность поставленной задачи, активно приступили к ее решению.

Для реализации социальной программы в части, касающейся медицинского обеспечения, командующий войсками округа определил 3 стратегических направления работы медицинской службы.

1. Обустройство материально-технической базы учреждений медицинской службы округа, в первую очередь военных госпиталей, поликлиник и медицинских пунктов воинских частей — объектов, где получают амбулаторную и стационарную помощь военнослужащие, пенсионеры Министерства обороны РФ и члены их семей.

2. Организация взаимодействия с Главным военно-медицинским управлением МО РФ для решения вопроса оснащения новой современной лечебно-диагностической аппаратурой военных *лечебно-профилактических учреждений* (ЛПУ) округа и объектов войсковой медицины.

3. Завершение лицензирования всех ЛПУ округа на право занятия медицинской деятельностью, а также их включения в работу в системе *обязательного медицинского страхования* (ОМС).

Для решения этих глобальных задач командующим войсками МВО был утвержден представленный медицинской службой округа «План перспективного поэтапного развития материально-технической базы военных госпиталей округа

на период с 2006 по 2007 г.». Начальником ГВМУ МО РФ утверждена «Программа централизованного обеспечения медицинской аппаратурой и техникой медицинских частей и учреждений Московского военного округа на 2006–2008 гг.», а также «План оснащения медицинской службы войскового звена медицинским оборудованием и техникой».

Работа по указанным выше направлениям активно велась и продолжает выполняться. Для решения задач по *первому* направлению изыскивались всевозможные пути. Это и привлечение внебюджетных средств от губернаторов, глав администраций городов, районов расквартирования госпиталей, и помощь частных предпринимателей, коммерческих фирм, общественных организаций. По обращению начальника медицинской службы округа командующим войсками МВО изданы приказ и директива по закреплению военных ЛПУ за частями гарнизонов для оказания всесторонней помощи в благоустройстве территории и обустройстве палат госпиталей. Исполнение этих руководящих документов было взято на жесткий контроль. Проведены соответствующие занятия с начальниками гарнизонов на базе *окружного военного клинического госпиталя* (ОВКГ).

В условиях недостаточного финансирования командующий войсками МВО перераспределил выделенные округу деньги из федерального бюджета на капитальный ремонт и строительство, отдавая приоритет развитию материальной базы ЛПУ. Только за 2005–2007 гг. по капитальному ремонту и реконструкции было освоено около 650 млн руб. — столько же, сколько за предыдущие 10 лет. В итоге из 14 наиболее проблемных госпиталей, нуждающихся в первоочередных мероприятиях по ремонту и реконструкции, таких осталось 3.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008  
УДК 615.4:355

## Совершенствование материально-технической базы окружного госпиталя — ключевое условие оптимизации медицинского обеспечения в зоне ответственности

*НОВИКОВ В.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
ДОЛГОВ Е.Н., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы  
ГАБРИЛЬЯНЦ М.А., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы*

Курс на совершенствование материально-технической базы *лечебно-профилактических учреждений* (ЛПУ) Московского военного округа, и в первую очередь — окружного военного клинического госпиталя, был уверенно взят еще в 2005 г., когда командование округом возглавил генерал армии В.Ю.Бакин. Время полностью подтвердило правоту и дальновидность такого подхода.

В окружном госпитале осуществляется оказание стационарной медицинской помощи при наиболее тяжелых ранениях и заболеваниях, требующих комплексного подхода в применении наиболее сложных и дорогостоящих методов обследования и лечения.

По сложившейся территориальной системе медицинского обеспечения за госпиталем закреплена Центральная зона (Москва, Московская область). Численность прикрепленного контингента за последние 5 лет увеличилась более чем на 70 тыс. человек, превысив сейчас 93 тыс., включая более 57 тыс. (70%) военных пенсионеров и членов семей военнослужащих.

В соответствии с существующим штатом, введенным в 2002 г., госпиталь развернут на 1265 коек и имеет в своем составе 44 лечебных коечных отделений, 19 диагностических и вспомогательных отделений, 14 подразделений обеспечения. В результате постоянной работы по оптимизации использования коечного фонда сформировалась следующая его структура: хирургические койки — 425 (33,6%), терапевтические койки — 405

(32%). На долю прочих отделений (инфекционных, психиатрических, туберкулезного, кожно-венерологического, реанимации и интенсивной терапии) приходится 435 коек (34,4%).

Начиная с 2003 г. последовательно осуществляются капитальный ремонт лечебных и вспомогательных отделений, благоустройство с применением ландшафтного дизайна территории, занимающей площадь около 18 га. Благодаря постоянной поддержке командующего войсками округа в течение последних трех лет последовательно наращиваются капиталовложения в работы по реконструкции лечебных и прочих корпусов. Так, если выделенные в 2005 г. денежные средства составляли 87,9 млн руб., то в 2007 г. — уже 188,2 млн руб.

В 2003 г. построен и сдан в эксплуатацию 117-квартирный дом, в 2006 г. — 83-квартирный дом, в котором много квартир было выделено военнослужащим госпиталя, что позволило уменьшить напряженность в жилищном вопросе. В 2007 г. начато строительство нового 110-квартирного жилого дома.

Капитально отремонтированы центр анестезиологии и реанимации, психиатрический центр, лечебный корпус № 1 (с которого ведет свое начало история госпиталя), осуществлена реконструкция центрального пищеблока и 8 лечебных отделений главного лечебного корпуса. Подготовлены технические задания и проекты на капитальный ремонт операционного блока, запланирован ремонт еще 8 лечебных и диагностических отделений,



сроки диагностики, позволят направлять в центральные военные госпитали больных непосредственно на аортокоронарное шунтирование.

Проведенные ремонтные работы и реконструкция здания первого лечебного корпуса дали возможность развернуть центр гнойной хирургии на 75 коек в составе двух отделений (для больных с гнойными и термическими поражениями конечностей, в т. ч. на фоне сахарного диабета и облитерирующих заболеваний сосудов, и для больных с гнойными поражениями прочих локализаций и сепсисом) со своими автономными подразделениями: операционным блоком, блоком интенсивной терапии, кабинетами гипербарической оксигенации, физиотерапии, экстракорпоральных методов детоксикации, рентгенологической и ультразвуковой диагностики.

Развитие материально-технической базы положительно повлияло на научно-исследовательскую работу. В 2006 г. в округе впервые проведено экспериментальное

научно-практическое командно-штабное учение с отработкой приема, медицинской сортировки, оказания специализированной медицинской помощи, лечения и реабилитации раненых и больных в условиях включения госпиталя в состав госпитальной базы Центра. В 2007 г. на базе госпиталя успешно проходил сбор руководящего медицинского состава Вооруженных Сил под руководством начальника ГВМУ МО РФ. В дальнейшем по мере оснащения госпиталей округа цифровым телекоммуникационным оборудованием с выходом в глобальную сеть планируется внедрение системы телемедицины.

Таким образом, одним из ключевых направлений в развитии медицинского обеспечения территориальной зоны ответственности окружного госпиталя является совершенствование и укрепление материально-технической базы, переоснащение современным оборудованием и благодаря этому – внедрение новых современных методик диагностики и лечения больных.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008  
УДК 616-053.6-057.36

## **Влияние факторов среды обитания на здоровье подростков в нефтегазодобывающем регионе и обоснование профилактических мероприятий**

---

*ШАПОШНИКОВ А.А., академик Академии медико-технических наук РФ, член-корреспондент РАЕН, профессор, полковник медицинской службы в отставке  
КАШАПОВ Н.Г., кандидат медицинских наук  
ЛУКИЧЕВА Т.А., доктор медицинских наук  
ВОЛОДИН А.С., академик Академии медико-технических наук РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса  
КУЧМА В.Ф., кандидат медицинских наук  
КУТУЕВ Ю.И., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса*

---

**В** последние десятилетия на фоне преобразования социально-экономических условий жизни наблюдаются негативные процессы формирования здоровья населения. Практически на всех административных территориях выявлены неблагоприятные тенденции изменения демографических показателей [6, 8].

Особую тревогу вызывают неудовлетворительные показатели здоровья детей и подростков [5, 9, 13]. На формирование физического здоровья подростков непосредственно влияет загрязнение окружающей среды, приводящее к снижению иммунного статуса, увеличению риска развития соматической патологии. У де-





### Динамика добычи и сжигания попутного нефтяного газа на территории Ханты-Мансийского автономного округа — Югры в 2001–2005 гг.

Показатель	2001	2002	2003	2004	2005
Объем добытого газа, млн т	20 869,9	26 938,9	29 615,4	32 212,1	36 312,2
Объем газа, сожженного на факелах, млн т	2260,34	6133,84	5850,20	6630,22	6840,30
Коэффициент утилизации газа, %	89,2	77,2	80,2	79,5	81,2

тей и подростков, проживающих в районах, подвергающихся воздействию химических загрязнителей, наблюдается более высокая частота поражений различных органов и систем [4, 10, 12].

В связи с изложенным задачей настоящего исследования явилось выявление основных загрязнителей окружающей среды в городах Ханты-Мансийского автономного округа — Югры (ХМАО—Югры) с целью оценки их влияния на здоровье подростков призывного возраста и обоснования комплекса профилактических мероприятий.

Исследования проводили в промышленных городах ХМАО—Югры: Нижневартовске, Сургуте, Нефтеюганске и Ханты-Мансийске в 2001–2005 гг. Проанализированы данные государственной статистической отчетности Управления по охране окружающей природной среды ХМАО—Югры за последние 5 лет.

Основными отраслями промышленности в изученных городах являются региональная нефте- и газодобыча, транспортировка нефти и газа, энергетика, топливная промышленность, производство стройматериалов. Наиболее крупными источниками загрязнения в городах — выбросы Сургутской и Нижневартовской ГРЭС, авиа- и автотранспорт, строительная промышленность, нефте- и газодобывающее производство (факелы дожига попутного газа).

На территории округа от предприятий нефтяной и газовой промышленности ежегодно регистрируются более 1,5 тыс. аварийных выбросов, загрязняющих воздух, водное пространство и почву. Суммарный выброс загрязняющих веществ доходил до 660 369 т в год. Основные причины аварий: повреждение трубопрово-

дов вследствие наружной коррозии, внешних воздействий (механических повреждений), брак при выполнении строительно-монтажных работ, невыполнение проектных решений и отсутствие финансирования по программам, связанным со снижением выбросов в атмосферу загрязняющих веществ. Периодически наблюдаются взрывы на газопроводах с последующим возгоранием газа.

Быстрый рост освоения новых месторождений, отсутствие средств и инфраструктуры по утилизации попутного газа приводят к сжиганию газа в полном объеме без очистки продуктов горения (см. таблицу).

Как видно из данных таблицы, рост объемов добычи газа за 5 лет увеличился на 42,5%. Увеличение сжигаемого на факелах газа за анализируемый период возросло более чем на 60% с уменьшением коэффициента утилизации по сравнению с таковым в 2001 г. Ежегодно наблюдается абсолютное увеличение объема газа, сожженного на факелах, и, следовательно, загрязнения воздуха продуктами сгорания — токсичными химическими веществами.

Оценку химического состава воздуха городов на территории ХМАО—Югры проводили, анализируя данные Гидрометцентра РФ по округу за 2001–2005 гг. о концентрациях (среднесуточные и максимальные разовые) загрязняющих веществ. Используя методику оценки риска, провели анализ состояния воздуха в городах с определением коэффициентов опасности наиболее значимых загрязнителей для каждого города (см. рисунок).

Для Нижневартовска наибольшие величины коэффициентов опасности определены для диоксида азота, взвешен-



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008  
УДК [615.9:614.84]-08

## Профилактика и медицинская помощь при отравлениях токсичными продуктами горения

*ГРЕБЕНЮК А.Н., профессор, полковник медицинской службы*  
*БАРИНОВ В.А., профессор, полковник медицинской службы*  
*БАШАРИН В.А., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы*

Концепция подготовки врачебного состава медицинской службы Вооруженных Сил РФ предусматривает формирование высокого уровня теоретических знаний и твердых практических навыков, позволяющих военным врачам на качественно новом уровне выполнять задачи по сохранению и укреплению здоровья военнослужащих как в процессе повседневной деятельности, так и при возникновении экстремальных ситуаций мирного и военного времени [2]. Одной из таких ситуаций являются пожары, которые в России за последние годы приобрели масштабы национального бедствия.

Вопросы профилактики и оказания медицинской помощи пострадавшим при пожарах имеют для военной медицины особое значение [5]. Высокая пожароопасность многих специальных защитных материалов, интенсивная эксплуатация наземного, водного и воздушного военного транспорта, постоянное совершенствование современных образцов вооружения и военной техники резко усложняют задачи противопожарной защиты объектов и личного состава Вооруженных Сил РФ.

Несмотря на совершенствование технических противопожарных систем и постоянно проводимые в жизнь командным составом меры разъяснительно-запретительного характера, полностью избежать пожаров, а следовательно, и поражений при них военнослужащих не удается. В связи с этим военные врачи должны твердо знать принципы профилактики и оказания неотложной помощи пострадавшим при пожарах.

Поражения личного состава факторами пожаров возможны как в боевой обстановке, так и в повседневной деятельности войск. В ходе военных конфликтов и войн военнослужащие могут попадать в зоны пожаров, сформировавшиеся после применения обычных видов оружия или оружия массового уничтожения, действовать в ситуациях, связанных с применением боевых дымов, дымовых завес и маскирующих аэрозолей, подвергаться воздействию огнесмесей. В современных военных доктринах ряда стран индукция пожаров на вражеской территории рассматривается как элемент ведения боевых действий.

По опыту Второй мировой войны, только в Германии ущерб от пожаров составил около 80% от всех убытков, вызванных воздушными налетами, а в 54 наиболее крупных городах из-за пожаров было разрушено до 40% зданий [12].

При пожарах в Гамбурге в 1943 г. из 280 тыс. жителей погибло более 40 тыс., а в Дрездене в 1945 г. — около 100 тыс. человек. В результате применения зажигательных и фугасных бомб 67 японских городов были разрушены более чем наполовину, ненамного меньшим был ущерб, причиненный в годы войны городам Великобритании. Значительные проблемы для населения и многонациональных сил представляли массовые пожары на нефтяных промыслах Кувейта в период проведения операции «Буря в пустыне» [14].

Основными причинами возникновения пожаров в мирное время являются нарушения противопожарного режима или

## В МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЕ МОСКОВСКОГО ВОЕННОГО ОКРУГА



Командующий Московским военным округом генерал армии **В.Ю.Бакин** принимает доклад на пункте управления медицинской службы округа

Начальник медицинской службы Московского военного округа полковник медицинской службы **В.А.Новиков** на отработке лечебно-эвакуационных мероприятий в ходе учений с применением авиатранспорта



Главный анестезиолог Московского военного округа полковник медицинской службы **И.И.Баранов** (справа) проводит показательные занятия для слушателей академии Генерального штаба ВС РФ



Лапароскопическую операцию выполняют главный хирург округа полковник медицинской службы **А.В.Сахаров** (справа) и заведующий хирургическим отделением 574 ВКГ **В.И.Радченко**



Офицеры управления медицинской службы округа — участники учений «Регион 2007»

# В МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЕ МОСКОВСКОГО ВОЕННОГО ОКРУГА



Занятия по военно-медицинской подготовке на приказарменной учебно-материальной базе

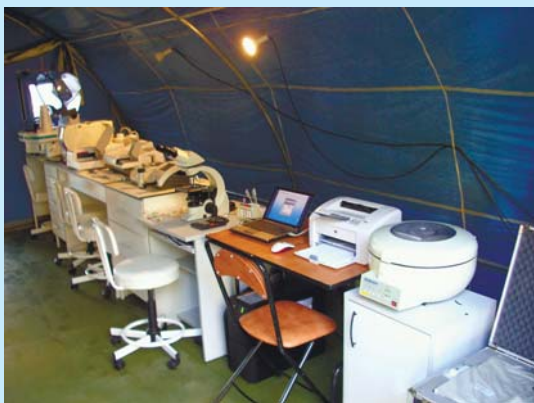
Первые в округе совместные учения с гражданским здравоохранением по развертыванию инфекционного подвижного госпиталя (2005)



Готовый к работе комплекс операционно-реанимационный подвижный (КОРП) во время учений



Развернутая клиническая лаборатория передвижного рентгенодиагностического комплекса



Военный санаторий «Звенигородский» — реабилитационный центр округа



## В МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЕ МОСКОВСКОГО ВОЕННОГО ОКРУГА



Главный лечебный корпус головного лечебно-профилактического учреждения округа – окружного военного клинического госпиталя



Сеанс видеосвязи: консультация пульмонологом ОВКГ пациента в 9-й консультативно-диагностической поликлинике



Новая операционная в Нарофоминском госпитале



Отделение анестезиологии и реанимации в Смоленском госпитале



Современный дизайн территории Нарофоминского госпиталя



Медицинская сестра **Г.С.Сергиенко** (Нарофоминский госпиталь) проводит исследование пациента методом магнитно-резонансной томографии



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008  
УДК 616.24-002-036.22

## Организационно-эпидемиологические аспекты профилактики внебольничных пневмоний в Московском военном округе

*МАРЬИН Г.Г., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
КЛОЧКОВ О.И., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы  
МОСЯГИН В.Д., доцент, полковник медицинской службы  
БОНДАРЕНКО В.И., полковник медицинской службы  
МАЙКОВ А.В., полковник медицинской службы*

**В**небольничные пневмонии (ВП) относятся к наиболее распространенным заболеваниям человека и являются одной из основных причин смерти от инфекционных болезней. Это обстоятельство ставит вопросы профилактики ВП в ряд наиболее острых проблем отечественного здравоохранения [6, 7].

Чрезвычайно актуальна эта проблема и для *Вооруженных Сил Российской Федерации* (ВС РФ) ввиду высокого уровня заболеваемости военнослужащих этими инфекциями, возникновения эпидемических вспышек, нередко приводящих к срыву выполнения планов боевой подготовки воинских частей [2, 4, 5]. При этом задачи диагностики, лечения и профилактики ВП у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, давно перестали рассматриваться как исключительно медицинские, поскольку приобрели большую социальную и экономическую значимость.

Действительно, среди наиболее остро обсуждаемых в обществе вопросов, связанных с состоянием здоровья военнослужащих, высокая заболеваемость ВП, и особенно случаи смерти от этого заболевания воспринимаются наиболее болезненно. На предупреждение ВП сосредоточено основное внимание в профилактической работе в ВС РФ в течение последних 5 лет [2]. Вместе с тем сохраняющиеся высокие уровни за-

болеваемости военнослужащих ВП свидетельствуют о недостаточной эффективности проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

В связи с вышеизложенным целью нашего исследования явилось изучение особенностей эпидемиологии ВП, определение эффективности и оптимизация существующей системы их профилактики в *Московском военном округе* (МВО).

За объект исследования взяли действующую систему профилактики ВП в МВО. Изучались проводимые профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия, оказывающие влияние на особенности течения эпидемического процесса: мероприятия организационно-гигиенического направления и иммунопрофилактика. В основу методов исследования положен системный подход: использовали экспериментальный, статистический, социологический и эпидемиологический методы диагностики.

Многолетнюю динамику заболеваемости определяли по данным официальной статистики за 5 лет (с 2002 по 2006 г.). В качестве обобщающей характеристики тенденций использовали показатели среднего темпа прироста заболеваемости. Военно-эпидемиологическую значимость пневмоний оценивали по показателям неэффективности использования личного состава. Общую характеристику



© А. В. САХАРОВ, 2008  
УДК [616-089:355](470.34)

## Организация хирургической помощи в военных госпиталях Московского военного округа

САХАРОВ А. В., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,  
полковник медицинской службы

В условиях продолжающегося реформирования Вооруженных Сил Российской Федерации хирургическая помощь занимает ведущее место в лечебно-диагностической работе федеральных государственных лечебно-профилактических учреждений *Московского военного округа* (МВО). Происходит совершенствование и укрепление материально-технической базы их подразделений. Так, в ряде *военных госпиталей* (ВГ) за последние 2 года проведен капитальный ремонт хирургических отделений — 1586 ОВКГ, 1273 ВГ, 574 ВКГ, 427 ВГ, 421 ВГ, 1234 ВГ; операционных блоков — 1273 ВГ, 574 ВКГ; центров анестезиологии и реанимации — 1586 ОВКГ, 574 ВКГ, 1273 ВГ. На оснащение госпиталей поступили общехирургические, артроскопические, оториноларингологические мобильные эндовидеохирургические комплексы КСТ-01-ЭХ, а также оборудование для рабочих мест оториноларинголога, офтальмолога.

В округе осуществляется большая работа по подготовке кадров хирургов при участии ВМедА им. С. М. Кирова, ГИУВ МО РФ и военно-медицинских институтов. В настоящее время госпитали укомплектованы такими специалистами на 94%, практически все врачи окончили факультет руководящего медицинского состава ВМедА им. С. М. Кирова или клиническую ординатуру. В округе трудятся 4 заслуженных врача РФ, 3 доктора и 25 кандидатов медицинских наук. Более 75% хирургов имеют высшую и первую квалификационную категории. Вместе с тем острой проблемой остается укомплектованность ВГ Московского региона средним медицинским персоналом (дефицит до 50%).

На территории МВО функционируют 18 федеральных государственных лечебно-профилактических учреждений (108 хирургических отделений) на 2117 хирургических коек, в которых оказывается квалифицированная и специализированная помощь раненым и больным, осуществляются медицинская реабилитация и военно-врачебная экспертиза. Ежегодно в ВГ МВО хирургическую помощь получают более 39 тыс. человек.

В соответствии с указаниями начальника ГВМУ МО РФ в округе проводятся мероприятия по совершенствованию хирургической помощи в соответствии с территориальным принципом медицинского обеспечения, разрабатываются и внедряются должные стандарты в зависимости от коечной емкости ВГ, продолжается внедрение в практику высокотехнологичных видов хирургической помощи, новых технологий «двойного» назначения.

У больных хирургического профиля, поступающих в госпитали емкостью до 300 коек, в основном преобладают гнойная патология кожи и подкожной клетчатки, травмы и острые хирургические заболевания органов брюшной полости. В базовых госпиталях (400–500 коек) за счет развития диагностической базы и повышения квалификации врачебного состава спектр лечебных мероприятий расширен оказанием помощи при более сложной абдоминальной хирургической патологии, в т. ч. при ряде онкологических заболеваний, и проведением специализированной хирургической помощи.



при раке мочевого пузыря, малоинвазивные оперативные вмешательства с применением эндовидеохирургии при гиперплазии предстательной железы.

Гинекологическую помощь оказывают в 6 отделениях на 80 коек и 8 кабинетах, число лечившихся больных достигает 1300 в год, из них 60% оперируют. В 1586 ОВКГ и 574 ВКГ при патологии женской половой сферы проводят до 110 (9 видов) малоинвазивных хирургических вмешательств с использованием эндовидеохирургии.

Для оказания оториноларингологической помощи в госпиталях округа развернуто 14 отделений на 300 коек и 4 кабинета. Ежегодно лечится свыше 6500 пациентов, выполняется более 3000 операций, преимущественно при заболеваниях носа и околоносовых пазух, затем при заболеваниях глотки и уха. С 2007 г. в 1273 ВГ стали применять эндовидеохирургические операции с использованием мобильного комплекса КСТ-01-ЭХ.

В 14 отделениях на 150 коек ежегодно получают помощь до 3000 больных офтальмологического профиля, 40% из которых оперируют, включая до 49% сложных хирургических вмешательств. В госпиталях округа емкостью более 400 коек выполняются операции по поводу катаракты, глаукомы, при отслойке сетчатки, микрохирургические вмешательства по исправлению близорукости и ас-

тигматизма. В 1586 ОВКГ с 2005 г. функционирует внештатный специализированный кабинет лазерной офтальмохирургии, где проведено свыше 250 операций с применением лазера.

Стоматологическую помощь оказывают в 11 отделениях (115 коек) и 7 кабинетах. Ежегодно лечится до 2100 больных, 79% из них оперируется, 25% составляют сложные операции, в т. ч. пластические вмешательства по устранению дефектов на лице, в полости рта, используются имплантаты с последующим протезированием.

В округе впервые в Вооруженных Силах были изучены возможности применения воздушно-плазменных потоков, вырабатываемых аппаратом «Гемоплазм-ВП», а в последующем аппаратом «Плазон». По данной тематике защищены 2 докторские и 5 кандидатских диссертаций. В настоящее время аппарат «Плазон» поступил на оснащение в 11 госпиталей, он широко используется в гнойной хирургии, при лечении трофических язв, а также для остановки паренхиматозного кровотечения при травмах внутренних органов. Продолжаются научные разработки по применению оксида азота.

Дальнейшее совершенствование организации хирургической помощи в военных госпиталях Московского военного округа невозможно без ее оптимизации, развития инновационных технологий и внедрения их в широкую практику.

© М.И.ШУВАРИН, 2008  
УДК 616.132.2-089

## Опыт применения методов коронарной хирургии в ЦВКГ им. А.А.Вишневого

ШУВАРИН М.И., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

**И**шемическая болезнь сердца (ИБС) занимает первое место среди болезней сердечно-сосудистой системы взрослого населения России.

Современные эндоваскулярные и хирургические методы реваскуляризации и восстановления функции поврежден-

ного миокарда позволяют существенно расширить возможности медицинской помощи, повысить ее эффективность, что подтверждено опытом развитых стран Европы и Америки.

Развитие коронарной хирургии в госпитале началось 12 мая 1981 г., когда





больному К. была выполнена операция *аортокоронарного шунтирования* (АКШ) *передней межжелудочковой артерии*.

Быстрый рост числа мужчин и женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями и малый объем хирургической помощи при данной патологии стимулировали активное развитие этого направления в госпитале.

Становление хирургии сердца проходило тяжело. Требовалось закупить дорогостоящее оборудование, в короткие сроки подготовить персонал, обеспечивающий обследование пациентов перед операциями, обучить хирургов, анестезиологов, перфузиологов, помочь специалистам отделения правильно выхаживать больных после операций.

Помогли работники *Российского научного центра хирургии* (РНЦХ), особенно сотрудники отдела хирургического лечения ИБС, которые не жалели времени и сил, обучая коллег военного госпиталя методике, приемам проведения операций.

Поначалу хирургические вмешательства выполнялись эпизодически и с высокой летальностью на базе сосудистого отделения. Лишь в сентябре 1987 г. в госпитале открылось первое в Вооруженных Силах СССР кардиохирургическое отделение на 30 коек, задачей которого было оказание специализированной кардиохирургической помощи военнослужащим, членам их семей и военным пенсионерам.

С 1992 г. начинался второй период развития кардиохирургии, в ходе которого конкретизировалась идеология развития интеграционных связей с основными лечебно-диагностическими подразделениями госпиталя, а также с ведущими специализированными клиниками ближнего и дальнего зарубежья.

До 1994 г. операции выполнялись в небольшом объеме и не превышали 100 в год, а в последнее десятилетие их стало ежегодно проводиться от 220 до 390. За тот же период количество операций *коронарного шунтирования* (КШ) увеличилось в 8 раз. До 1994 г. все пациенты были не старше 60 лет, а с 1998 г. начали оперировать тех, кому более 70 лет. В различные годы больные старше 60 лет составляли 25–33% всех оперируемых.

На оперативное лечение кардиологами направляются пациенты с наиболее сложной патологией коронарных артерий. В 1995 г. больные, имеющие поражение трех основных артерий сердца, составляли 45%, а с 2001 г. их количество увеличилось до 88%. Треть оперируемых, по данным коронароангиографии, имели поражение основного ствола левой коронарной артерии. Всем им выполнялось множественное обходное КШ от двух до пяти коронарных артерий, в среднем 2,8 шунта на больного.

В 1996 г. кардиохирургия разделилась на два направления: хирургическое лечение ИБС и пороков сердца. Соответственно образовалось два отделения.

В течение всего периода развития коронарной хирургии совершенствовалась методика проведения оперативных вмешательств. Этому способствовали ежедневные тренировки на муляжах и на трупах, регулярное посещение операций в РНЦХ, стажировки в кардиохирургическом центре Королевского госпиталя Дании, клинической больницы «Святой Елизаветы» г. Софии (Болгария). Итогом стало сокращение вдвое времени операции (среднее время работы аппарата *искусственного кровообращения*, ИК, при формировании 3 анастомозов не превышает 50 мин, а период пережатия аорты – не более 35 мин). Стало возможным проведение двух операций в день с ИК на одном операционном столе, резко снизилась летальность, которая с 1998 г. не превышает 1%.

В нынешнем тысячелетии в коронарной хирургии использование аутоартериальных кондуитов показало лучшие отдаленные результаты прямой реваскуляризации миокарда по сравнению с аутовенозной. В нашем отделении с 1994 г. начали использовать левую *внутреннюю грудную артерию* в качестве шунта к системе *передней межжелудочковой артерии*, с 2001 г. она применяется у всех больных. С 2001 г. в качестве аутоартериального трансплантата используем *лучевую артерию*. Выполнено 88 операций прямой реваскуляризации миокарда с использованием двух аутоартериальных кондуитов: одной или двух внутренних грудных артерий и лучевой артерии. Последняя использовалась в 35 случаях и как самостоятельный шунт, и в анастомозе с внут-



## Операции коронарного шунтирования в России

Город	Учреждение	Всего КШ		В т. ч. без ИК		При ОРКК	
		2003 г.	2004 г.	2003 г.	2004 г.	2003 г.	2004 г.
Москва	НЦССХ	543	725	59	104	50	44
Пермь	ОКБ № 2	413	598	–	–	6	1
Екатеринбург	ОКБ	450	529	102	112	42	8
Краснодар	ККБ № 4	384	508	7	1	–	27
Новосибирск	НИИПК	466	484	31	4	10	9
Красногорск	3 ЦВКГ	401	462	34	31	47	39

**Примечание.** ОРКК – острые расстройства коронарного кровообращения.

активизации больных. При этом удалось не только сократить послеоперационный койко-день, но и снизить количество осложнений;

– использование нормотермической и поверхностной гипотермии позволило сократить длительность ИК, снизить количество случаев гипотермической коагулопатии;

– заменена традиционная кристаллоидная фармако-холодовая кардиоплегия на более эффективную кровяную. В последующем разработана и внедрена методика тепловой кардиоплегии на основе аутокрови, что обеспечило шестикратное снижение случаев развития

острой сердечной недостаточности.

Цифровые показатели убедительно доказывают: кардиохирургическое отделение не просто встало на ноги, а шагнуло далеко вперед. По количеству операций коронарного шунтирования ЦВКГ им. А.А.Вишневого входит в шестерку лидеров Российской Федерации (см. таблицу).

В госпитале сформирована и успешно функционирует комплексная программа перспективного развития кардиохирургии, базирующаяся на высоких медицинских технологиях, стандартизации и управления качеством медицинской помощи.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008  
УДК 616.65-079.4

## Современные онкомаркёры в дифференциальной диагностике болезней предстательной железы

ШАПЛЫГИН Л.В., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы  
БЕЛОХВОСТОВ А.С., профессор  
ГАЛИЦКИЙ Т.В., майор медицинской службы

Болезни предстательной железы являются одними из наиболее значимых в патологии мочеполовой системы [3]. Ими страдало в России в 2000 г. 572 855 человек. Отмечается тенденция к росту числа пациентов данной категории [6].

Рак предстательной железы (РПЖ) в структуре онкологической заболеваемости мужского населения России зани-

мает 4-е место после рака легких, желудка и кожи [7]. Заболеваемость РПЖ в стране составила в 2004 г. 15,7 на 100 000 мужского населения. По темпам прироста РПЖ находится на 2-м месте, уступая только раку почки.

Ежегодный прирост заболеваемости РПЖ в России достиг 63,9%. Распространенность РПЖ из расчета на 100 000



мужского населения возросла с 16 в 1995 г. до 38,2 в 2004 г. Удельный вес числа больных с IV стадией болезни из впервые выявленных в течение 10 лет практически не изменился: 21,5% – в 1995 г., 22,7% – в 2004 г. [8].

Схожая клиническая картина, наблюдающаяся при болезнях предстательной железы, их чрезвычайная распространенность (до 58% мужчин имеют проявления хронического простатита и более 70% старше 60 лет – гиперплазии простаты) приводит к тому, что РПЖ распознается, как правило, на стадии генерализации, что является причиной высокой летальности [1]. Наиболее распространенным маркером, который используется для диагностики РПЖ, является *простатоспецифический антиген* (ПСА).

Повышение уровня ПСА происходит помимо РПЖ при *доброкачественной гиперплазии предстательной железы* (ДГПЖ), воспалительных заболеваниях простаты, после эякуляции, массажа простаты, инвазивных исследований и оперативных вмешательствах на железе, ее ишемии и инфаркте [4]. Эти обстоятельства обуславливают невысокую специфичность ПСА в так называемой «серой зоне» – от 4 до 10 нг/мл.

Нельзя не учитывать, что у 25–40% больных РПЖ отмечаются нормальные уровни ПСА (как правило, высокодифференцированные формы локализованного рака), а длительный прием ингибиторов 5- $\alpha$ -редуктазы существенно снижает значения ПСА, что затрудняет диагностику [5].

К новым направлениям диагностики относится поиск молекулярно-биологических онкомаркеров. Для нашего исследования мы выбрали *три* гена, которые наиболее часто (по литературным данным) изменяются при РПЖ:

1) ген-супрессор опухоли *p53*, являющийся ключевым регулятором клеточного цикла, контролирующим переход из G1 фазы митоза в S фазу;

2) *K-ras* – ген мембранного фактора сигнальной трансдукции;

3) *глутатион-S-трансфераза P1* типа (GSTP1) – это ген, кодирующий фермент, защищающий клетки от эндогенно или экзогенно продуцируемых карциноген-

ных факторов, катализируя присоединение к ним глутатиона [2].

Гиперметилирование *GSTP1* обладает 75–90% чувствительностью и 100% специфичностью при исследовании в ткани РПЖ. Другие исследователи определили гиперметилирование *GSTP1* в ткани простаты и при ДГПЖ (29%), хотя и со значительно меньшей частотой, чем при РПЖ и *простатической интраэпителиальной неоплазии* (ПИН) 2 (91,3 и 53,6% соответственно). Некоторые авторы приводят результаты исследований, в которых частота выявления гиперметилированной формы *GSTP1* в ткани ДГПЖ составляет 40%.

### Материал и методы

Для клиницистов большой интерес представляют онкомаркеры, которые могут быть обнаружены в жидких средах организма (кровь, моча, слюна и т. д.) на ранних стадиях онкологических заболеваний. Поэтому у 22 мужчин с уровнем ПСА от 4 до 10 нг/мл нами проведено дополнительное исследование указанных онкомаркеров в клеточном осадке мочи и крови с последующим обязательным выполнением трансректальной биопсии предстательной железы под трансректальным ультразвуковым контролем.

Средний возраст обследованных составил 64 года. Определение молекулярно-генетических онкомаркеров (*GSTP1*, *p53* и *K-ras*) проводили, используя *полимеразную цепную реакцию* (ПЦР), специфичную к метилированным фрагментам ДНК.

### Результаты и обсуждение

На основании результатов гистологических исследований материала, полученного при биопсии предстательной железы, все пациенты были разделены на *три* группы.

В 1-ю группу вошли больные РПЖ ( $n=11$ ), во 2-ю – 2 пациента с выявленной при биопсии ПИН 2, в 3-ю – 9 больных с ДГПЖ.

У всех пациентов определяли уровень ПСА сыворотки крови перед биопсией предстательной железы. Также производился расчет плотности ПСА, соотношения уровней свободного и общего ПСА (табл. 1).



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008  
УДК 616.5-084

## Проблемы эпидемиологии и профилактики болезней кожи и подкожной клетчатки в войсках

*МАРЬИН Г.Г., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
КОРНИЛОВ А.Б., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
ВАЛЕВСКИЙ В.В., полковник медицинской службы  
БОНДАРЕНКО В.И., полковник медицинской службы  
ШАРЫГИН С.И., подполковник медицинской службы*

Более 5 млн человек в России ныне трудятся на рабочих местах, не соответствующих санитарно-гигиеническим нормативам. Удельный вес числа предприятий с неудовлетворительными условиями труда достигает 40%. В последние годы в стране не отмечается улучшения условий и охраны труда [3]. Проблема профессиональной патологии кожи, обусловленной воздействием различных факторов производственной среды и трудового процесса, по-прежнему остается одной из актуальных в дерматологии [9, 10].

Особенностью современных условий производства, в т. ч. и военного труда, является комбинированное, сочетанное комплексное воздействие на организм человека различных неблагоприятных профессиональных факторов (физических, химических, биологических и психогенных), каждый из которых может ослаблять или усиливать суммарный патогенный эффект. Между тем, как показывает анализ научных исследований проблемы профессиональной патологии кожи, изучается главным образом неблагоприятное влияние на кожу химических раздражителей, преимущественно их сенсибилизирующий эффект, реже – токсический, фотодинамический и канцерогенный, тогда как физическим факторам, вызывающим поражение кожи, уделяется мало внимания.

По заключению экспертов ВОЗ, при воздействии производственных раздражителей проявляется патогенный «сверхаддитивный» (потенцированный) механизм неблагоприятных влияний на организм человека, способствуя развитию профессиональной патологии [6].

Актуальность проблемы профессиональной патологии кожи как для гражданского здравоохранения, так и для медицинской службы Вооруженных Сил остается высокой. Социально-эпидемиологическая значимость этих болезней определяется тенденцией к росту заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, значительными затратами на их лечение, большим числом трудопотерь и отрывом личного состава от занятий по боевой подготовке и повседневной деятельности. Ежедневно в *лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Московского военного округа (МВО)* на стационарном лечении с данной патологией находятся более 200 человек. Экономические затраты только на лечение таких больных в учебных частях МВО в последние 5 лет составили свыше 12 млн руб.

Объектом исследования явилась действующая система профилактики болезней кожи и подкожной клетчатки в МВО, а его предметом – профилактические мероприятия, влияющие на особенности течения эпидемического процесса.

Базой исследования являлись учебные части МВО. В его основу положены системный подход и такие методы, как аналитический, статистический, социологический, эпидемиологической диагностики и формальной логики.

Многолетнюю динамику заболеваемости личного состава определяли по данным официальной статистики с 1995 по 2007 г. В качестве обобщающей характеристики тенденций использовали показатели среднего темпа прироста заболеваемости. Военно-эпидемиологическую



## Литература

1. Баткаев Э.А., Шапаренко М.В., Рюмин Д.В. Пиодермиты: Современные подходы к наружной терапии // Вестн. постдиплом. образов. — 2002. — № 2. — С. 1–4.
2. Гладько В.В., Масюкова С.А., Кахишвили Н.Н., Тарасенко Г.Н. Опыт применения фуцидина и фуцикорта в лечении пиодермии у военнослужащих // Воен.-мед. журн. — 2007. — Т. 328, № 5. — С. 21–24.
3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации // Здравоохранение населения РФ. — 1997. — № 5. — С. 5–9.
4. Деятельность военного госпиталя по оказанию методической и практической помощи медицинской службе военных частей в зоне ответственности: Метод. рекомендации / ГВМУ МО РФ. — М., 2004.
5. Диагностика, лечение и профилактика кожных заболеваний в воинской части:

Метод. рекомендации / ГВМУ МО РФ. — М., 2006.

6. Малишевская И.П., Селицкий Г.Д., Молочков В.А., Фёдоров С.М. Роль физических промышленно-экологических факторов в развитии патологии кожи // Вестн. дерматол. — 1999. — № 2. — С. 25–28.

7. Методические указания по организации и содержанию работы медицинского специалиста гарнизона / ГВМУ МО РФ. — М., 1999.

8. Мухаммед Дайа, Халдин А.А., Кошелева И.В. Иммунопатогенез хронических пиодермий, новые возможности терапии и профилактики // Рос. журн. кожных и вен. бол. — 2006. — № 6. — С. 43–48.

9. Скрипкин Ю.К., Селицкий Г.Д., Кубанова А.А., Фёдоров С.М. Профессионально-зависимые заболевания кожи. — Смоленск: Полиграфиздат, 1997. — 150 с.

10. Galagher., Eitwood I.M. Epidemiology of malignant melanoma. — Berlin: Springer, 1986.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008  
УДК 616-036.8-085.83

## Клинические аспекты реабилитации больных в условиях военного санатория «Звенигородский»

СКИПИН М.В., полковник медицинской службы  
ГРЕЧАНИК П.М., подполковник медицинской службы  
ЛИТВИНОВА Т.А., капитан медицинской службы  
АЛЕКСЕЕВ В.В., подполковник медицинской службы

Военный санаторий «Звенигородский» Московского военного округа (МВО) является ведущей здравницей в системе восстановительного лечения больных, перенесших инфаркт мозга, инфаркт миокарда (ИМ) и реконструктивные операции на сердце.

Более 20 лет назад в Вооруженных Силах РФ образовалась система медицинской реабилитации, и военная здравница стояла у истоков формирования первого отделения восстановительного лечения. Приобретенный и наработанный опыт позволяет констатировать, что система санаторного этапа реабилитации существует только в ВС РФ и является на сегодняшний день ключевым звеном в восстановительном лечении больных, направленных для продолжения терапии, адаптации и перехода на амбулаторно-поликлинический этап лечения.

За 20 лет существования отделения реабилитационное лечение прошли более 6 тыс. человек, из них с перенесенным ИМ — 5,5 тыс., после аортокоронарного шунтирования (АКШ) — 522, острого нарушения мозгового кровообращения — 94, обострения ишемической болезни сердца (ИБС) — 269, гипертонической болезни — 84. Основное количество профильных пациентов поступали из главного, центральных, окружных, гарнизонных госпиталей МВО, Северного флота. За эти годы отмечена тенденция увеличения количества больных после АКШ и реконструктивных операций на сердце — с 2 пациентов в 1987 г. до 90 в 2007 г. Количество перенесших острый ИМ остается примерно на одном уровне (216 в 1985 г., 225 в 2007 г.). Среди больных преобладают офицеры запаса и в отставке — 60,4% (военнослужащих кадра было 39%).



По нозологическим формам ИМ доминирует по всем годам и колеблется в пределах 76,2–91,6% (в среднем 82%). Суммарный удельный вес остальных нозологических форм составляет примерно 18% и по годам распределяется неравномерно. Доля больных до 50 лет, а это, как правило, офицеры кадра, остается на уровне 32,5–35%. Заметна тенденция сохранения превалирования больных старшего возраста (старше 50 лет) – 67,2%.

Существенное значение при оценке эффективности реабилитации по завершении санаторного этапа имеет исходный функциональный класс (ФК) больных при поступлении. Самый многочисленный за все годы – ФК III (в среднем 65,8%). Эта категория пациентов по сравнению с больными с ФК I и II требует более пристального внимания, дифференцированного подхода при определении программы реабилитации. Детальный анализ в первые дни пребывания в санатории показал, что для части больных с ФК III применяемые нагрузочные пробы этого функционального класса непосильны и могут привести к отрицательной клинической и ЭКГ-симптоматике.

У большинства пациентов, направленных на реабилитацию из гарнизонных госпиталей, ФК определяется только клинически, без проведения нагрузочных проб. Поэтому у 23,3% больных с ранее диагностируемым ФК III он вынужденно перестраивается с изменением на ФК IV. Безусловно, это самая трудоемкая группа больных, в программу реабилитации которых постоянно приходится вносить коррективы.

По тяжести и глубине поражения миокарда 43,4% составляют больные с трансмуральным ИМ. Обширность, глубина поражения, безусловно, сказываются на функциональных возможностях миокарда, темпах развития коллатерального кровообращения и адаптационно-приспособительных механизмов, проведении в дальнейшем эффективной реабилитации.

Многочисленной является группа пациентов с крупноочаговым ИМ – 40,6%. Следует отметить, что повторный

ИМ существенно отражается на функционировании сердечно-сосудистой системы, психологическом статусе больных и выборе двигательного режима. В 18,2% случаев имеет место повторный ИМ со сроками развития от 6 мес до 10 лет и более. Основные осложнения при ИМ (нарушение ритма и проводимости, аневризма сердца и недостаточность кровообращения) сохраняют свое значение и в функционально-восстановительный период и требуют дифференцированного подхода при определении программы реабилитации, подборе медикаментозной терапии.

В реабилитации больных ИБС после ИМ и реконструктивных операций на сосудах сердца большую роль играет физическая тренировка. Известно, что недостаточная двигательная активность имеет обратную связь с распространенностью ИБС и числом смертельных исходов. Физические тренировки увеличивают двигательную активность и физическую работоспособность. Вместе с тем они оказывают прямое и опосредованное влияние на сердечно-сосудистую систему, в определенной мере сравнимое с фармакодинамическим и клиническим эффектами лекарственных препаратов, применяемых в качестве базисной терапии при ИБС (нитраты, β-адреноблокаторы, дезагреганты, гипотензивные препараты). К таким эффектам относятся улучшение коллатерального кровотока и функции эндотелия сосудов, снижение артериального давления и потребности миокарда в кислороде на фоне улучшения функциональных показателей сердца, уменьшение класса стенокардии, склонности к тромбообразованию и выраженности дислипидемии.

Эффективность санаторного этапа реабилитации определяется к концу пребывания в здравнице. Оценка проводится на основании динамики показателей функционального состояния больного за время реабилитации, данных контрольных комплексных клинико-инструментальных исследований и сравнения полученных результатов с показателями, зарегистрированными при выписке из стационара. Главным критерием является



© В.А.РЕШЕТНИКОВ, А.М.РЕЗНИК, 2008  
УДК 616-001-092.19-07

## Нейрофизиологические и морфологические проявления посттравматического стрессового расстройства

(Обзор литературы)

РЕШЕТНИКОВ В.А., профессор, генерал-майор медицинской службы  
РЕЗНИК А.М., доцент, полковник медицинской службы

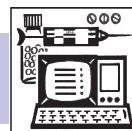
Распространенность *посттравматических стрессовых расстройств* (ПТСР) у ветеранов войн, трудности их профилактики, дифференциальной диагностики и лечения определяют актуальность изучения этой патологии.

Еще в первой половине XX в. в трудах отечественных ученых неоднократно указывалось, что психогенный фактор действует по единым биологическим механизмам с физиогенными вредностями. Наблюдавшиеся у ветеранов обеих мировых войн изменения личности, ослабление познавательных способностей, преждевременное старение организма объяснялись развитием «метаболического самоотравления», вызывающего «токсическую энцефалопатию» [2].

Применение современных нейрохимических и нейровизуальных методов позволяет расширить наши представления о том, каким образом «нематериальный» стрессор вызывает изменения в головном мозге и какие отклонения или особенности нервной системы могут служить предикторами развития боевых стрессовых расстройств. По ряду причин в отечественной литературе имеется немного работ, посвященных изучению нейрофизиологических механизмов и нейроморфологии ПТСР. Поэтому сведения о результатах таких исследований за рубежом могут представить интерес для военных психиатров и психофизиологов.

В целях определения нейрофизиологических и нейроморфологических маркеров боевого стресса и его последствий применялись разнообразные технологии. Например, для выяснения физиологических механизмов интрузии и гиперреактивности использовался метод провокации симптомов. В ответ на прослушивание аудиозаписей, аналогичных персонально травмирующему событию, у страдающих ПТСР возникали реакции активации симпатической нервной системы с учащением сердечных сокращений, повышением артериального давления и электрического сопротивления кожи, субъективным дистрессом [1, 4].

При электрофизиологическом изучении интенсивности ответов на аудиальные стимулы, связанные с травмой, у большинства обследуемых с ПТСР отсутствовало увеличение реакции при возрастании интенсивности звукового сигнала. Считается, что этот феномен играет защитную роль при возрастании амплитуды угрожающих стимулов: у лиц с низкой реактивностью отмечались менее тяжелые симптомы ПТСР, чем у больных, которым присуща возрастающая реактивность при повышении интенсивности аудиосигналов [27]. Ослабление электрической реактивности головного мозга является ЭЭГ-признаком стадии компенсации. При полисомнографии у лиц с боевым ПТСР установлен подъем порога пробуждения в ответ на аудиаль-



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008  
УДК 615.451.13

## Анализ путей совершенствования изготовления стерильных растворов в военных аптеках

МИРОШНИЧЕНКО Ю.В., заслуженный работник здравоохранения РФ, профессор,  
полковник медицинской службы  
УМАРОВ С.З., заслуженный работник здравоохранения РФ, профессор,  
полковник медицинской службы  
ГЕЛЬЦЕР Т.В., подполковник медицинской службы

Анализ производственной деятельности аптечных учреждений, в т. ч. военных аптек, показывает, что значительный вклад в ее объем вносит изготовление *стерильных растворов* (СР) различного назначения и состава. Во многом это обусловлено тем, что отечественная фармацевтическая промышленность не в состоянии удовлетворить потребность здравоохранения в СР вообще и в *инъекционных растворах* (ИР) в частности. Это относится как к СР, включенным в Перечень жизненно необходимых и важнейших *лекарственных средств*<sup>1</sup> (ЛС), так и к наиболее часто применяемым в медицинской практике (0,9% раствор натрия хлорида, растворы декстрозы и прокаина различной концентрации и др.). Причем некоторые ИР российской фармацевтической промышленностью либо не производятся, либо производятся в ограниченных количествах (5% раствор натрия гидрокарбоната, растворы Рингера, Рингера—Локка и пр.). Вместе с тем неоднократно декларировалось, что выпуск СР, и в первую очередь ИР, должен осуществляться преимущественно промышленностью [3, 7, 8]. Однако, несмотря на все попытки наладить производство СР в необходимом количестве, основной объем их выпуска на сегодняшний день приходится на аптечные учреждения [1].

Среди СР, изготавливаемых в аптеках, принято выделять [1, 6, 9]:

- ИР объемом 100 мл и более, в т. ч. инфузионные растворы;
- капли глазные и офтальмологические растворы;
- растворы для новорожденных для внутреннего и наружного применения;
- некоторые растворы для наружного применения.

Особую группу СР составляют растворы, используемые службой крови.

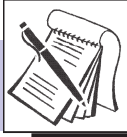
В аптечных учреждениях изготовление СР должно быть организовано так, чтобы обеспечивалось выполнение требований, предъявляемых Всемирной организацией здравоохранения к ЛС. Так, для СР предусматривается, что независимо от места выпуска (промышленное производство или изготовление в аптеках) они должны быть: терапевтически эффективными, безопасными для пациента, стерильными или с минимальной микробной загрязненностью перед стерилизацией, а ИР, кроме того, и апиrogenными<sup>2</sup>.

Особенности технологии и условий изготовления каждой группы СР обусловлены спецификой введения в организм больного, а требования к качеству и безопасности — возможными клиническими и другими осложнениями в результате их применения [1, 7].

<sup>1</sup> Утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 марта 2007 г. № 376-р.

<sup>2</sup> Испытанию на пирогенность подлежат все ЛС для парентерального применения при объеме одноразовой дозы 10 мл и более, а также при меньшей дозе, если есть указание в частной статье (Государственная фармакопея, XI изд., вып. 2, с. 142).





© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008  
УДК [615.4:355](470)

## Изменения в законодательстве Российской Федерации по организации медицинского обеспечения Вооруженных Сил

НОВИКОВ В.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
СКИПИН М.В., полковник медицинской службы  
ГАБРИЛЬЯНЦ М.А., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы

Прогресс медицины, в т. ч. военной, реформируют Вооруженных Сил обуславливают потребность в совершенствовании правового регулирования системы медицинского обеспечения военнослужащих, находящихся на действительной военной службе и в запасе (отставке), и членов их семей на новую, более высокую ступень. Однако остаются неизблемыми провозглашенные принятой в 1993 г. Конституцией Российской Федерации общегражданские права и свободы:

- право на жизнь (ст. 20);
- право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь (ст. 41);
- право на благоприятную окружающую среду и возмещение ущерба, причиненного здоровью человека экологическим правонарушением (ст. 42).

Вместе с тем, отражая кардинальные изменения социально-экономического уклада, меняется правовая база здравоохранения, в т. ч. и военного. Вступают в силу (или) существенно обновляются федеральные законы и подзаконные нормативные правовые акты.

Важные изменения произошли в статусе Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации (директива министра обороны РФ от 5 мая 2007 г. № Д-17 «О мерах по совершенствованию организации деятельности медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации»). Речь идет о его подчинении в мирное

время министру обороны РФ, а в военное — начальнику Генерального штаба Вооруженных Сил. Медицинские службы видов и родов войск Вооруженных Сил, военных округов и флотов теперь непосредственно подчиняются соответствующим командирам (начальникам).

В новом *Уставе внутренней службы Вооруженных Сил Российской Федерации*, утвержденном Указом Президента РФ от 10 ноября 2007 г. № 1495 (далее — *Устав внутренней службы*), более четко определены права и обязанности военнослужащих по охране здоровья. Вопросам же безопасности военной службы впервые отведена отдельная глава (глава 7 «Безопасность военной службы», ст. 317–334).

В частности, ст. 321 обязывает военнослужащих немедленно докладывать своему непосредственному командиру (начальнику) о любой сложившейся по вине военнослужащих ситуации, угрожающей жизни и здоровью военнослужащих, жизни, здоровью местного населения либо причинением вреда окружающей среде, а также о каждом факте получения им или другим военнослужащим увечий (ранений, травм, контузий) при выполнении мероприятий повседневной деятельности или об ухудшении состояния своего здоровья. Эта обязанность является новой по сравнению с содержанием прежнего Устава внутренней службы, утвержденного Указом Президента РФ от 14 декабря 1993 г. № 2110.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2008  
УДК [615.4:355](73)

## Современная организация медицинского обеспечения дивизии США

ШЕЛЕПОВ А.М., профессор, генерал-майор медицинской службы  
ВАСИЛЬЧЕНКО А.Д., доцент, полковник медицинской службы  
РУСЕВ И.Т., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

Основная роль в проведении лечебно-эвакуационных мероприятий в дивизии США принадлежит медицинским ротам.

Медицинские роты (передового и основного обеспечения) дивизии предназначены для оказания медицинской помощи на уровне 2-го эшелона тем раненым и больным, которые поступают из батальонов, имеющих штатные медицинские взводы, а также медицинской помощи на уровне 1-го и 2-го эшелонов по территориальному принципу пациентам из частей дивизии, не имеющих штатных медицинских подразделений.

Каждая медицинская рота развертывает *сортировочно-эвакуационный пункт* (СЭП) дивизии как этап медицинской эвакуации (роты передового обеспечения — в бригадном районе, рота основного обеспечения — в тылу дивизии).

На медицинские роты возлагаются:

- проведение медицинской сортировки при массовом поступлении раненых и больных и оказание им медицинской помощи повышенного уровня (первой врачебной);
- проведение первичных реанимационных мероприятий, направленных на стабилизацию состояния раненых и больных;
- лечение легкораненых и пациентов с заболеваниями, небоевыми травмами и боевым стрессом со сроками выздоровления до 72 ч;
- подготовка к эвакуации раненых и

больных, которые не могут быть возвращены в строй в короткие сроки;

- эвакуация раненых и больных наземным транспортом из медицинских взводов и частей дивизии, не имеющих штатных медицинских подразделений;
- оказание неотложной и плановой стоматологической помощи;
- амбулаторно-консультативное обслуживание пациентов из медицинских подразделений уровня 1-го эшелона;
- лабораторное и рентгенологическое обслуживание сокращенного объема на уровне дивизии (бригады);
- срочное пополнение медицинскими материальными средствами подразделений в зоне ответственности;
- ремонт медицинского оборудования частей дивизии (бригады);
- усиление поддерживаемых медицинских взводов батальонов дивизии личным составом, имуществом и транспортом;
- восстановление (замена в случае выхода из строя) медицинских подразделений зоны ответственности.

В каждой медицинской роте (см. рисунок) имеются управление, лечебный взвод и взвод санитарного транспорта. Кроме того, в состав медицинской роты основного обеспечения входят некоторые специальные отделения, развертываемые в интересах всей дивизии.

На командира медицинской роты передового обеспечения возложены функции начальника медицинской службы бригады, а на командира медицинской



Количество отрядов, предназначенных для работы в корпусе, соответствует числу боевых бригад в его составе. Нормативы работы ПХО:

- продолжительность автономного режима — 72 ч;
- максимальное время для оказания хирургической помощи одному раненому — 135 мин;
- число хирургических вмешательств в сутки — до 10;
- максимальное время послеоперационного лечения — 6 ч.

Пополнение (усиление) отряда необходимо после 48 ч непрерывной работы. При отсутствии такой возможности личному составу предоставляется время для отдыха или ПХО переходит на сменный режим работы.

Изложенное позволяет выделить основные особенности медицинского обеспечения дивизии США.

Модульный принцип медицинского обеспечения в войсковом звене дает воз-

можность оперативно реагировать на изменения обстановки, объема работы и задач, решаемых подразделениями медицинской службы.

Система управления медицинской службой дивизии характеризуется отсутствием централизации, дублированием обязанностей и ответственности должностных лиц, исполняющих обязанности по нескольким штатным и нештатным должностям.

Все медицинские силы и средства дивизии выведены из подчинения начальника медицинской службы и сведены в центр управления медицинской службой дивизии и медицинские роты передового и основного обеспечения.

В дивизии штатные силы и средства медицинской службы осуществляют мероприятия в пределах первой врачебной помощи по неотложным показаниям. Квалифицированная хирургическая помощь оказывается силами приданных передовых хирургических отрядов.

© А.А.БУДКО, А.М.БАРАНОВСКИЙ, 2008  
УДК [61:355](051)(94)

## Журнал медицинской службы австралийских сил обороны

---

БУДКО А.А., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы  
БАРАНОВСКИЙ А.М., доцент, полковник медицинской службы в отставке

---

Журналу медицинской службы австралийских сил обороны «Здоровье австралийских сил обороны» (*Australian Defence Force Health — ADF Health*) в 2008 г. исполняется 10 лет. Журнал выходит дважды в год, всего появилось 17 выпусков объемом около 50 с. каждый. Настоящий обзор охватывает содержание журнала за 2006 г.

Редакционная статья первого выпуска посвящена значению инфекционных болезней для медицинской службы. До Второй мировой войны от инфекционных болезней погибало больше солдат, чем от ран, полученных на поле боя. Но и по сей день инфекционные болез-

ни остаются опаснейшим противником для вооруженных сил. Несколько последующих статей данного выпуска представляют современную информацию о конкретных инфекциях — лихорадке цуцугамуши, малярии, гепатите С.

В статье о хламидиозе у военнослужащих [3] отмечается, что в Австралии наиболее частым возбудителем бактериальных инфекций, передающихся половым путем, является *Chlamydia trachomatis*. В течение последних 5 лет заболеваемость хламидиозом увеличивалась ежегодно на 20%, в 2003 г. зарегистрировано 30 тыс. случаев. Наибольший уровень заболеваемости наблюдается в возрастной группе до 30 лет.



Хламидии считаются основным этиологическим фактором эпидидимитов, вызывающих у мужчин стерильность. У женщин хламидии вызывают аднексит с последующей трубной стерильностью или трубной беременностью и рассматриваются в настоящее время как главная причина женского бесплодия.

К сожалению, эпидемия хламидиоза разворачивается скрытно, т. к. у 50% мужчин и 80% женщин хламидиоз протекает бессимптомно. В результате месяцами больной является потенциальным распространителем этой инфекции.

Выявлены следующие факторы риска заболевания хламидиозом: появление нового полового партнера, наличие более одного партнера, половая жизнь с партнером, который имеет другие половые контакты. К факторам риска относят также молодой возраст.

Учитывая наличие неинвазивных тестов, служба контроля за здоровьем половой сферы и СПИДом провела соответствующее обследование отдельных групп населения в г. Брисбене (Австралия), фокусируясь на учащих старших классов, студентах университетов и гомосексуальных сообществах. Описываемое в статье исследование, проводимое Министерством обороны Австралии, является развитием вышеупомянутого. Оно было нацелено на молодых военнослужащих, риск хламидиоза у которых высок, пожалуй, даже выше, чем у гражданской молодежи, т. к. военнослужащие часто направляются в страны с высоким уровнем инфицированности хламидиозом. Результаты данной работы позволят разработать в вооруженных силах Австралии меры по предотвращению неблагоприятных отдаленных последствий хламидиоза у личного состава.

В статье, посвященной медицинскому обеспечению военных действий в Ираке [4], написанной участниками событий, отмечается, что медицинская служба австралийских вооруженных сил тесно сотрудничает с военно-медицинской службой США еще со времени Второй мировой войны. В период первой «войны в заливе» (1991) австралийские военные медики работали на госпитальном судне ВМС США «Комфорт». Австралийский персонал перенимает знания и опыт, работая в рамках американской

военной системы. В свою очередь американцы усваивают элементы австралийской врачебной и сестринской практики, также инкорпорируя их в свою собственную клиническую работу.

Военно-медицинская доктрина и организация медицинского обеспечения, действующие в вооруженных силах США в ходе текущей войны в Ираке, имеют много общих черт с соответствующей идеологией, разработанной в австралийских вооруженных силах.

В боевых порядках на передовой для лечения раненых используются методы оказания первой врачебной помощи по жизненным показаниям (Advanced Trauma Life Support) с последующей безотлагательной эвакуацией раненого вертолетом или санитарным автомобилем в *передовые оперативные базы* (ПОБ – Forward Operating Bases), где раненым оказывается квалифицированная медицинская помощь по жизненным показаниям *передовыми хирургическими командами* (ПХК – Forward Surgical Teams). Ядро ПХК составляют 2 общих хирурга и анестезист-техник/анестезиологическая медицинская сестра. Время пребывания в ПОБ для оперативного вмешательства и проведения мероприятий по клинической стабилизации раненых – до 6 ч. Пропускная способность ПОБ – 30 раненых в течение 72 ч.

Далее раненые транспортируются специализированными медицинскими вертолетами в полевые госпитали. На случай переполнения ПОБ и при появлении очагов массовых потерь раненых с переднего края эвакуируют сразу в госпитали, минуя ПОБ. В Багдаде в качестве полевого госпиталя функционирует 31-й *полевой госпиталь поддержки* (ПГП – Combat Support Hospital) армии США, развернутый в помещении госпиталя Ибн-Сини. Госпиталь оснащен компьютерным томографом, магнитно-резонансной и ангиографической аппаратурой. Другой полевой госпиталь, из состава 332-й *экспедиционной медицинской группы* ВВС США (ЭМГ – US Air Force 332nd Expeditionary Medical Group Hospital) расположен на военно-воздушной базе Анаконда в Баладе, в 60 километрах к северу от Багдада. Еще один полевой госпиталь армии США расположен в тюрьме Абу Грэйб.



© П.Ф.ГЛАДКИХ, 2008  
УДК [61:355](091)

## Развертывание формирований медицинской службы Русской армии в начале и в ходе Русско-турецкой войны 1877–1878 гг. (К 130-летию со дня окончания войны)

ГЛАДКИХ П.Ф., заслуженный работник высшей школы РФ, профессор,  
полковник медицинской службы в отставке

Началу Русско-турецкой войны 1877–1878 гг. предшествовало жестокое подавление османскими властями апрельского восстания болгарского народа 1876 г. против 500-летнего владычества Турции в Болгарии. После этих событий центр освободительной борьбы переместился на территорию Сербии и Черногории. Заключив в июле 1876 г. между собой союз, они объявили войну Турции, но вскоре потерпели поражение.

Россия, обеспечив с помощью русской дипломатии нейтралитет западноевропейских государств, 31 октября 1876 г., вслед за предъявлением турецкому правительству ультиматума, объявила о частичной мобилизации своих войск. 12 (24) апреля 1877 г. состоялось обнародование манифеста о войне с Турцией, в тот же день войска Дунайской армии пересекли границу Румынии и стали выдвигаться к Дунаю. Одновременно войска Кавказской армии перешли границу с Турцией в Закавказье.

Мобилизационный план медицинской службы Русской армии на случай войны с Турцией был утвержден 28.09.1876 г. [3]. Согласно этому плану, при полном от мобилизации Дунайской армии должно было быть сформировано 84 *военно-временных госпиталя* (ВВГ), из которых 48 обеспечивались собственным обозом, а 36 именовались «безобозными». С объявлением мобилизации для

Дунайской армии к декабрю 1877 г. было сформировано 64 военно-временных госпиталя (каждый на 630 мест) общей емкостью 40 320 мест. Из этого числа госпитальных средств к началу 1878 г. на театре военных действий развернулись 13 ВВГ всего на 8190 мест, в тылу действующей армии – 28 госпиталей на 17 640 мест, 14 госпиталей общей емкостью 8820 мест – в приграничных военных округах; 9 ВВГ на 5670 мест были сформированы, но до конца войны не использовались.

Для Кавказской армии удалось мобилизовать 78 ВВГ на 210 мест каждый, общей емкостью 16 380 мест.

В целом Дунайская армия к концу войны располагала в госпиталях 130 тыс. мест, не считая многочисленных учреждений Общества попечения о раненых и больных воинах, которых, по неполным данным, насчитывалось около 250 с общим числом 14 510 мест [6]. Уже в ходе войны Общество было вынуждено заняться открытием своих лечебных формирований полевого типа. Так, им создаются и направляются в действующую армию 8 летучих санитарных отрядов, 13 «выдвижных» госпиталей, 16 местных лазаретов. На территории 54 российских губерний лечением раненых и больных воинов занимались 454 лазарета Общества [12]. Все это вызывалось к жизни нехваткой у военного ведомства госпитальных средств.



чения Дунайской армии на территории Румынии систематических заседаний военных и гражданских врачей, проходивших в Кишинёве, по проблемам военно-полевой хирургии, а также обязанностям врачей в военное время. Всего за время с

10 января по 4 апреля 1877 г. состоялось 6 таких заседаний, имевших важное значение для повышения общего уровня специальной военно-медицинской подготовки врачебного состава накануне открытия военных действий [4].

### Литература

1. Вестн. народной помощи. — 1877. — № 1. — 5 июня. — С. 5; № 14. — 4 сентября. — С. 3.
2. Воен.-мед. журн. — 1877. — Ч. 130, кн. 11. — С. 43, 45, 47; 1878. — Ч. 131, кн. 2. — С. 23–29; Ч. 132, кн. 8. — С. 58–60, 63–64; Ч. 133, кн. 12. — С. 52.
3. Военно-медицинский отчет за войну с Турцией 1877–1878 гг. Дунайская армия. — Ч. 1. — СПб, 1885. — С. 2–5, 27, 32–33, 77–79.
4. Георгиевский А.С., Мицов З.В. Медицинская общественность и военная медицина в Освободительной войне на Балканах в 1877–1878 гг. — М., 1978. — С. 72–73, 82.
5. Геселевич А.М. Летопись жизни Н.И.Пирогова (1810–1881). — М., 1976. — С. 77–80.
6. Геселевич А.М., Семека С.А. Комментарии к тексту труда Н.И.Пирогова «Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877–1878 гг.». Часть первая и вторая, 1879 г. // Пирогов Н.И. Собр. соч. в 8 томах. — Т. 7. — М., 1960. — С. 546–547.
7. Кадацкий Н.М. Жизнь перевязочных пунктов в кампании 1877–1878 гг. // Воен.-мед. журн. — 1904. — Т. 3, кн. 9. — С. 99.
8. Курпьянов П.А., Банайтис С.И. Краткий курс военно-полевой хирургии. — М., 1942. — С. 20.

9. Леонов И.Т. Ученые и студенты академии в войне на Балканах // Воен. врач. — 1978. — № 9. — С. 4.

10. Пирогов Н.И. Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877–1878 гг. // Пирогов Н.И. Собр. соч. в 8 томах. — Т. 7. — М., 1960. — С. 85.

11. Полное собрание законов Российской империи. — Т. 53. — № 58 386. — С. 261.

12. Российский государственный военно-исторический архив, ф. 485, оп. 1, д. 1158, л. 93–94; д. 7855, л. 37–38.

13. Российское общество Красного Креста: Исторический обзор деятельности. — СПб, 1902. — С. 12.

14. Скалон Д.А. Мои воспоминания. — СПб, 1913. — С. 51.

15. Склифосовский Н.В. Перевозка раненых на войне // Избр. труды. — М., 1953. — С. 357.

16. Хаджиниколов А.Х., Куртев В.И. Исторические связи болгарской военно-медицинской службы с русской военной медициной // Воен.-мед. журн. — 1960. — № 10. — С. 13.

17. Шибков А.А. Возникновение и основные направления развития Российского общества Красного Креста (1867–1917) // Материалы науч. конф., посвященной 100-летию Красного Креста. — Л., 1968. — С. 15.

© Л.А.ЖУКОВА, 2008  
УДК [61:355](091)(479)

## Организация медицинской помощи беженцам на Кавказском фронте в годы Первой мировой войны

ЖУКОВА Л.А., профессор

Первая мировая война 1914–1918 гг. относится к тем событиям всемирной истории, влияние которых на последующее развитие человечества оказалось особенно значительным. Эта война подчинила своим интересам военные, экономические, людские ресурсы уча-

ствовавших в ней стран, оказала огромное влияние на изменение общественной психологии, морали и человеческих ценностей. Несмотря на многочисленные исследования истории Первой мировой войны, многие ее аспекты пока еще остаются вне сферы изучения историков.



До Первой мировой войны атаки и контрастступления были делом профессиональных армий, гражданское население в целом не воевало и не подвергалось массовым миграциям. Не случайно в знаменитом романе-эпопее Л.Н.Толстого мир показан как более сильное начало, нежели война. Первая мировая война изменила этот неписанный закон, выдвинув на передний план проблему беженства.

На заседании Совета министров 4 августа 1915 г. министр земледелия А.В.Кривошеин отмечал, что «из всех тяжелых последствий войны — это явление самое неожиданное, самое грозное и самое непоправимое. И что ужаснее всего — оно не вызвано действительной необходимостью или народным порывом, а придумано мудрыми стратегами для устрашения неприятеля. Голодные и оборванные повсюду вселяют панику, угашают последние остатки подъема первых месяцев войны. Идут они сплошной стеною, топчут хлеба, портят луга, леса. За ними остается чуть ли не пустыня, будто саранча прошла, либо тамерлановы полчища» [8].

Учитывая угрозу социальных катаклизмов, вызванных массовым беженством, в Министерстве внутренних дел был спешно разработан законопроект об обеспечении нужд беженцев, 30 августа 1915 г. получивший статус закона и создано Особое совещание по устройству беженцев при МВД. Следует отметить, что помощь беженцам в период Первой мировой войны, несмотря на участие многих правительственных и общественных организаций в целом, не носила системного характера и оказывалась через разобщенные между собой учреждения (Всероссийские земский и городской союзы, Российское общество Красного Креста, национальные комитеты и другие благотворительные организации).

Несмотря на принятие ряда законов о беженцах в 1915 и 1916 гг. и создание специального правительственного Особого совещания по оказанию помощи беженцам, центр тяжести в организации социальной помощи этой категории населения постепенно сместился в сторону общественности. Среди множества организаций, вызванных условиями военного времени и призванных для оказа-

ния помощи беженцам, особое место занимали *Всероссийский земский союз* (ВЗС) и *Всероссийский союз городов помощи больным и раненым воинам* (ВСГ).

В 1915 г. один из основных потоков беженцев шел из турецкой Армении. Турецкое правительство организовало настоящий геноцид против армян. «Армянский вопрос, — отмечал писатель А.Чобоньян, — не только политическая проблема: это еще более вопрос чувства. Ни один народ в мире не терпел столько, сколько терпел армянский народ, веками сгибающий спину под турецким игмом и терпевший преследования за приверженность к западной цивилизации, за верность христианству, за желание сохранить свое национальное существование, свою древнюю собственную культуру, свой сильный и богатый язык» [7]. Однако помимо таких абстрактных понятий, как этнополитика и гуманизм, была еще одна, реальная и грозная причина для оказания помощи армянским беженцам — угроза распространения эпидемий.

Наплыв беженцев из турецкой Армении способствовал распространению инфекций не только по всему Кавказу, но и в российских городах. Раздетая, голодная толпа беженцев, состоящая преимущественно из женщин и детей, заполняя все дороги, стремилась к Эчмиадзину — религиозному центру края. Вокруг монастыря скапливалось до 50 тыс. человек. Беженцы являлись источниками распространения дизентерии, тифов, холеры, а смертность у стен Эчмиадзина летом 1915 г. доходила до 400 человек в сутки [4].

Часть беженцев из Эчмиадзина двинулась в Ереван, Делижан, Александрополь и далее, распространяя инфекционные болезни по своему пути. Среди беженцев было много детей, поэтому широкое распространение получили детские инфекции — скарлатина, корь, дифтерия.

Неудержимый поток беженцев застал правительственные круги и общественные врачебно-санитарные организации совершенно не подготовленными к оказанию им какой-либо помощи. Не было руководящего органа, который занимался бы вопросами, связанными с планом переселения беженцев, направлением их движения, размещением на местах, пита-



## НАГРАЖДЕНИЯ

За активное участие в работе столичной журналистской организации Дипломом Союза журналистов Москвы награжден **Ляшенко Николай Иванович**, секретарь первичной журналистской организации «Военно-медицинского журнала».

## ЮБИЛЕИ

© *Е.П.ЛУКИН, Н.И.ЛЯШЕНКО, 2008*  
УДК 616:355 (092 Грабарев П.А.)



**7 марта 2008 г.** исполнилось 80 лет видному специалисту в области биологической защиты войск и населения, доктору биологических наук, профессору полковнику медицинской службы в отставке **Павлу Алексеевичу Грабареву**.

После окончания в 1951 г. с отличием Хабаровского государственного медицинского института Павел Алексеевич служил в должности врача-специалиста санэпидотряда 1-й Краснознаменной армии Дальневосточного военного округа. Пройдя специализацию в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова на кафедре общей биологии и паразитологии, в 1954 г. продолжил службу в научно-исследовательском учреждении Министерства обороны СССР, в котором последовательно занимал должности младшего и старшего научного сотрудника, заместителя начальника и начальника отдела. В этом же учреждении (ныне ФГУ «48 ЦНИИ Минобороны России – Вирусологический центр») он продолжает работать и после увольнения из Вооруженных Сил в 1987 г.

Научные интересы П.А.Грабарева связаны с изучением природно-очаговых трансмиссивных инфекций, экспериментальными исследованиями возбудителей вирусной и риккетсиозной природы, их экологии. С целью сбора полевых проб и эпидемиологического анализа вспышек весенне-летнего клещевого энцефалита, геморрагических лихорадок и других инфекций неоднократно выезжал в их очаги. Многие годы курировал в ведущих научно-исследовательских учреждениях страны разработку биологических средств и методов борьбы с переносчиками возбудителей трансмиссивных болезней.

Итогом его научной деятельности явились защита кандидатской (1961), а затем и докторской (1971) диссертаций, утверждение в ученом звании профессора (1982).

Павел Алексеевич – автор и соавтор более 170 научных работ, в т. ч. монографии «Экология вирусов человека и теплокровных животных» и 5 изобретений. Выполненные им и его учениками научные изыскания имеют приоритетный характер. Под его руководством защищено 11 кандидатских диссертаций.

С 1973 г. и по настоящее время П.А.Грабарев состоит членом диссертационного совета Вирусологического центра по защите докторских диссертаций. В 1994–2005 гг. активно работал в экспертном совете по биологическим наукам Высшей аттестационной комиссии России. В 1981–1985 гг. оказывал помощь органам здравоохранения Республики Куба по изучению необычной эпидемиологической ситуации и совершенствованию системы противодействия распространению инфекционных болезней.

Павел Алексеевич награжден орденами «Знак Почета», «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени и многими медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, коллектив филиала ФГУ «48 ЦНИИ Минобороны России – Вирусологический центр», редакционная коллегия, редакционный совет и редакция «Военно-медицинского журнала», товарищи и ученики сердечно поздравляют Павла Алексеевича Грабарева с юбилеем, желают ему доброго здоровья, счастья и новых творческих успехов.



## SUMMARY

*Maryin G.G., Klochkov O.I., Mosyagin V.D., Bondarenko V.I., Maykov A.V.* – **Organizational-epidemiological aspects of prophylaxis of out-hospital pneumonias in Moscow military circuit.**

The article presents broad information, which is the result of longstanding observation (2002–2006) There are also presented adequate financial data. The article unfolds peculiarities of multiyear and annual dynamics of morbidity rate by out-hospital pneumonias in Moscow military circuit, educates and proves the basic risk factors of disease, shows its value. The accent is made on military and study units. Recommendations on lowering morbidity rate by out-hospital pneumonias, existing in the article, are based on the own experience of the authors, their effectiveness is proved by real positive results.

*Grebenyuk A.N., Barinov V.A., Basharin V.A.* – **Prophylaxis and medical aid in condition of posing by toxic burning products.**

Poising by toxic burning products are possible as in conditions of battle, so in daily actions of troops. Sanitarian-hygienic arrangements and prohibitive measure, using of filtrating respirator with a complex of supplementary workholder or isolating respirator are necessary to prevent cases of poisoning. On occasion of poisoning, success of the

treatment depends on timeliness of providing of the first aid and on speed of patient evacuation in hospital. Using of antidote of carbon oxide of specimen acizol levels up the patients' chance on surviving and contributes to success of the following medical measures (oxygenation, symptom therapy).

*Reshetnikov V.A., Reznik A.M.* – **Neuro-physiological and morphological exhibition of posttraumatic stress disorder (Review of literature).**

The article presents the review of neuro-physiological and neuro-morphological researches of combat posttraumatic stress disorder. Also in the article presented data about the existence by the veterans, suffered by combat posttraumatic stress disorder, a regular dysfunction of hypothalamus-pituitary-paranephric system, approving by excessive allowance ruffling of cortisol, tending the activation neuro-trasmitteric systems. These changes conjoin with predominance of sympaticotony and of increased psycho and physiological inflammability in response to cues, associated with real or imaginable danger. Methods of neurovisulisation show the existence of changes in visceral brain, prefrontal and sense-motorical zone of cerebrum, corresponded to stress signals. The article presents the discuss of cause-and-effects conditions between the morphological changes in central nervous system, influence of stress-factors and advance of disease.

*Перевод В.Б.Божedomова  
Макет и компьютерная верстка В.В.Матишва*



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 05.03.08.  
Формат 70×108<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Усл. печ. л. 8,4.  
Заказ № 639.

Печать офсетная.  
Усл. кр.-отг. 9,8.  
Тираж 4854 экз.

Подписано к печати 31.03.08.  
Бумага офсетная.  
Уч.-изд. л. 8,6.  
Каталожная цена 42 р. 90 к.

Отпечатано в ФГУП «Издательский дом «Красная звезда»:  
123007, Москва, Хорошевское шоссе, д. 38