



ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Год
издания
197-й

ТОМ
СССXL



полиграфический комплекс
**КРАСНАЯ
ЗВЕЗДА**



8

АВГУСТ
2019

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ
И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Функция учредителя — Главное
военно-медицинское управле-
ние МО РФ

Издается с 1823 года



**РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ:**

М.В.Поддубный (*главный редактор*)
И.И.Азаров
А.Н.Бельских
Л.К.Брижань
Л.Л.Галин (*заместитель главного редактора*)
С.В.Долгих
В.В.Иванов
О.В.Калачёв
Б.Н.Котив
М.Г.Куандыков
Ю.В.Мирошниченко
М.Б.Паценко
Н.Н.Рыжман
А.А.Серговец
А.Г.Ставила
Д.В.Тришкин
А.Я.Фисун
В.Н.Цыган
А.П.Чуприна
В.К.Шамрей
А.М.Шелепов



**РЕДАКЦИОННЫЙ
СОВЕТ:**

А.Б.Бальжинимаяев (Хабаровск)
П.Г.Брюсов (Москва)
А.А.Будко (С.-Петербург)
И.Ю.Быков (Москва)
С.Ф.Гончаров (Москва)
В.В.Добржанский (Москва)
А.В.Есипов (Красногорск)
А.А.Калмыков (Екатеринбург)
П.Е.Крайнюков (Москва)
Е.В.Крюков (Москва)
И.Г.Мосягин (С.-Петербург)
Э.А.Нечаев (Москва)
С.В.Папко (Ростов-на-Дону)
П.В.Пинчук (Москва)
В.Б.Симоненко (Москва)
И.М.Чиж (Москва)
В.В.Шаппо (Москва)
С.В.Шутов (С.-Петербург)

Почтовый адрес редакции:

119160, Москва,
Фрунзенская набережная, д. 22,
редакция «Военно-медицинского
журнала»
Тел./факс (495) 656-33-41

Тел. в Санкт-Петербурге
+7 (911) 149-01-43

Non scholae, sed vitae discimus!

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2019 * АВГУСТ
Т. 340 * № 8

- *Совершенствование системы медицинской реабилитации в многопрофильном лечебно-реабилитационном центре*
- *«Сердце солдата»: от истории понятия до современных представлений*
- *Клинические проявления, диагностика и лечение саркоидоза сердца*
- *Определение понятий в комбустиологии*
- *Выездной цикл «Принципы лечения переломов костей в военно-медицинских организациях МО РФ» на базе Военного инновационного технополиса ЭРА*
- *Филиалу № 2 3-го Центрального военного клинического госпиталя имени А.А.Вишневского — 30 лет*

МОСКВА
ФГБУ «РИЦ «Красная звезда»
Минобороны России



Организация медицинского обеспечения Вооруженных Сил

Organization of medical support of the Armed Forces

Юдин В.Е., Ярошенко В.П., Будко А.А., Шегольков А.М., Шкарупа О.Ф. — Совершенствование системы медицинской реабилитации в многопрофильном лечебно-реабилитационном центре

4

Yudin V.E., Yaroshenko V.P., Budko A.A., Shchegolkov A.M., Shkarupa O.F. — Improving the system of medical rehabilitation in a multidisciplinary treatment and rehabilitation center



Медицина экстремальных ситуаций

Medicine of extreme situations

Матвеев А.В. — Определение понятий в комбустиологии

9

Matveenko A.V. — Definition of concepts in combustiology



Лечебно-профилактические вопросы

Prophylaxis and treatment

Рудченко И.В., Тыренко В.В., Фисун А.Я. — «Сердце солдата»: от истории понятия до современных представлений

17

Rudchenko I.V., Tyrenko V.V., Fisun A.Ya. — «The Heart of a Soldier»: from the history of the concept to modern ideas

Антипушина Д.Н., Крюков Е.В., Шахнович П.Г., Зайцев А.А., Чернецов В.А., Чернов С.А. — Саркоидоз сердца: клинические проявления, современная диагностика, лечение

24

Antipushina D.N., Kryukov E.V., Shakhnovich P.G., Zaitsev A.A., Chernetsov V.A., Chernov S.A. — Cardiac sarcoidosis: clinical manifestations, modern diagnostics, and treatment

Крайнюкова Л.А., Епифанов С.А., Максуюков С.Ю., Замураев В.Ю. — Роль оценки факторов кариесрезистентности у больных атопическим дерматитом при химическом отбеливании дисколоритов зубов

29

Krainyukova L.A., Epifanov S.A., Maksyukov S.Yu., Zamuraev V.Yu. — The role of evaluation factors of caries resistance in atopic dermatitis patients with chemical bleaching teeth discoloration



Краткие сообщения

36

Brief reports



Из истории военной медицины

From the history of military medicine

Юдин В.Е., Ярошенко В.П., Косухин Е.С., Шеховцов Ю.А., Овечкин И.Г. — Филиалу № 2 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского — 30 лет

50

Yudin V.E., Yaroshenko V.P., Kosukhin E.S., Shekhovtsov Yu.A., Ovechkin I.G. — Branch No. 2 of the A.A.Vishnevsky 3rd Central Military Clinical Hospital celebrates the 30th anniversary

Доля В.Н., Диденко С.В., Ольховатский О.Н. — Феодосийскому военному санаторию — 75 лет

55

Dolya V.N., Didenko S.V., Ol'khovatskii O.N. — Theodosia military health resort celebrates the 75th anniversary

Бородулин В.И., Поддубный М.В., Тополянский А.В. — Профессор Военно-медицинской академии Сергей Сергеевич Боткин (1859–1910): карьера, судьба, исторический след

59

Borodulin V.I., Poddubnyi M.V., Topolyanskii A.V. — The Professor of the Military Medical Academy Sergey Sergeevich Botkin (1859–1910): career, fate, and historical contribution



Официальный отдел

70

Official communications

Перечень циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова в 2019/2020 учебном году

72

The list of advanced training and occupational retraining courses in 2019/2020 in the S.M.Kirov Military Medical Academy



Лента новостей

16,
35, 49,
90, 91

News feed



Хроника

Chronicle

Хоминец В.В., Кудяшев А.Л. — Опыт проведения первого выездного цикла «Принципы лечения переломов костей в военно-медицинских организациях МО РФ» на базе Военного инновационного технополиса ЭРА

93

Khominets V.V., Kudyashev A.L. — The experience of the first field cycle «Principles of treatment of bone fractures in military medical organizations of the Ministry of Defense of the Russian Federation» based on the Military Innovative Technopolis ERA

Егоров О.Ю. — Научно-практическая конференция, посвященная 75-летию военной метрологии

95

Egorov O.Yu. — Scientific and practical conference dedicated to the 75th anniversary of military metrology

«Военно-медицинский журнал» входит в базу данных RSCI, включен ВАК РФ в список рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук

Подписаться на «Военно-медицинский журнал» можно через каталоги «Агентство Роспечать» (индекс 70138), «Объединенный каталог Пресса России» (индекс 43986) и интернет-каталог Почты России (индекс П8500)

CONTENTS



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019
УДК 616-036.82/.85:614.25

Совершенствование системы медицинской реабилитации в многопрофильном лечебно-реабилитационном центре

ЮДИН В.Е., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса¹
ЯРОШЕНКО В.П., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса¹
БУДКО А.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы запаса (budko_aa@mail.ru)¹
ЩЕГОЛЬКОВ А.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке²
ШКАРУПА О.Ф., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса¹

¹Филиал № 2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневого», Москва; ²Филиал ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова», Москва

Разработана и внедрена в практическую деятельность Филиала № 2 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А. Вишневого эффективная организационная система медицинской реабилитации. В основу разработок положен уникальный многолетний опыт реабилитации и лечения участников боевых действий, военнослужащих, ветеранов Вооруженных Сил и членов их семей. Система включает стандартизацию процесса оказания медицинских услуг; мультидисциплинарные технологии медицинской реабилитации; оценку качества медицинских услуг; применение методов классической и инновационной кинезотерапии, аквакинезотерапии, аппаратной физиотерапии, водолечения, бальнеотерапии и теплолечения в комплексе с методами психотерапии, гипербарической оксигенацией, гипокситерапией, мануальной и остеопатической терапией, ударно-волновой терапией, фитотерапией, рефлексотерапией, гирудотерапией, галотерапией; оценку эффективности применяемых подходов.

К л ю ч е в ы е с л о в а: организационная система медицинской реабилитации, мультидисциплинарная бригада, оценка качества медицинских услуг, индивидуальная программа реабилитации.

Yudin V.E., Yaroshenko V.P., Budko A.A., Shchegolov A.M., Shkarupa O.F. — Improving the system of medical rehabilitation in a multidisciplinary treatment and rehabilitation center. Developed and implemented into the practice of the branch No. 2 of the A.A.Vishnevsky 3rd Central Military Clinical Hospital effective organizational system of medical rehabilitation. The development is based on a unique long-term experience in the rehabilitation and treatment of combatants, military personnel, veterans of the armed forces and their families. The system includes the standardization of the process of providing medical services; multidisciplinary technology of medical rehabilitation; assessment of the quality of medical services; the use of classical and innovative kinesitherapy, aqua-kinesitherapy, apparatus physiotherapy, hydrotherapy, balneotherapy and thermotherapy in combination with psychotherapy, hyperbaric oxygen therapy, hypoxotherapy, manual and osteopathic therapy, shock wave therapy, herbal therapy, reflex therapy, hirudotherapy, salt therapy, and assessment of effectiveness of the applied methods.

K e y w o r d s: organizational system of medical rehabilitation, multidisciplinary team, assessment of the quality of medical services, individual rehabilitation program.

Одним из значимых компонентов реализации государственной политики в сфере охраны здоровья граждан является системное развитие и совершенствование медицинской реабилитации (МР), о чем свидетельствует включение ее в качестве отдельной подпрограммы в Государственную программу Российской Федерации «Развитие здраво-

охранения» (утверждена распоряжением Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640) [6].

Конечной целью мероприятий по развитию МР является создание системы и дальнейшее развитие медицинских организаций, оказывающих комплексную этапную, преемственную научно обоснованную медицинскую помощь по МР для



обратной связью и тренажеров «David» для укрепления мышц спины и живота в изометрическом и изотоническом режимах, линия тренажеров «Kinetec» для постоянной пассивной разработки (Continuous Passive Motion) суставов конечностей, роботизированный велоэргометр с функциональной электростимуляцией для сочетанной тренировки и разработки нижних и верхних конечностей, комплекс силовых тренажеров «David», системы горизонтального и вертикального подводного вытяжения позвоночника.

В арсенале средств физической кардиореабилитации имеется система тренажеров «Kardiomed» с биологической обратной связью и индивидуальным подбором интенсивности физических нагрузок, гидро-тренажеры и подводные циклические тренажеры. В ИРП применяется ударно-волновая терапия миокарда — инновационный метод восстановления микроциркуляторного русла сердечной мышцы.

В результате проведенной работы по совершенствованию материально-технической базы, организационных и реабилитационных технологий в Филиале произошел качественный переход на современный научно-методологический уровень процесса организации, проведения и контроля эффективности комплексной МР.

Внедрение в практическую деятельность организационной системы управления качеством МР способствовало повышению качества стационарной реабили-

тации с $65,6 \pm 3,19$ до $87,9 \pm 1,41\%$ ($p < 0,001$), сокращению длительности медицинской реабилитации на втором этапе у пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата с $20,0 \pm 1,29$ до $14,7 \pm 1,51$ койко-дня ($p < 0,01$), у пациентов с нарушением функции центральной нервной системы с $33,5 \pm 1,38$ до $18,1 \pm 0,72$ койко-дня ($p < 0,01$), у пациентов после кардиохирургических вмешательств с $21,9 \pm 0,81$ до $15,7 \pm 0,29$ койко-дня ($p < 0,001$). Оценка эффективности проводимых мероприятий по результатам анкетирования пациентов показала значительное улучшение показателей удовлетворенности пациентов достигнутыми результатами реабилитации с $60,0 \pm 2,88$ до $94,2 \pm 1,21\%$ ($p < 0,001$) и работой лечебно-реабилитационного центра в целом с $71,2 \pm 2,79$ до $84,6 \pm 1,28\%$ ($p < 0,001$).

Таким образом, благодаря совершенствованию организации медицинской реабилитации, накопленному клиническому опыту, разработке и оптимизации программ медицинской реабилитации, оснащению современным оборудованием и систематическому повышению профессионализма специалистов Филиал сегодня является одной из ведущих клиник страны по оказанию комплексной, в т. ч. высокотехнологичной, лечебно-реабилитационной помощи, что позволяет успешно решать весь спектр задач второго этапа медицинской реабилитации на высоком научно-методологическом уровне.

Литература

1. Белякин С.А., Юдин В.Е., Шегольков А.М. Формирование современной системы медицинской реабилитации военнослужащих // Вестн. восстанов. медицины. — 2011. — № 1. — С. 2–5.
2. Брескина Т.Н. Основные направления совершенствования качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук — М.: Науч.-исслед. ин-т общест. здоровья РАМН, 2008. — 48 с.
3. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития // Consilium Medicum. — 2016. — Т. 18, № 2.1. — С. 9–13.
4. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Белкин А.А. и др. Как организовать медицинскую реабилитацию? // Вестн. восстанов. медицины. — 2018. — № 2. — С. 2–12.
5. Норенко В.В. Методологические основы интегрирования процесса управления ка-

чеством медицинской помощи на этапе восстановительного лечения // Вестн. восстанов. медицины. — 2011. — № 1. — С. 8–11.

6. Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info> (дата обращения 20.05.2019).

7. Прилико Н.С. Совершенствование организации медицинской реабилитации взрослого населения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М.: Рос. науч. центр мед. реабил. и курорт., 2015. — 49 с.

8. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и реабилитационный план // Вестн. восстанов. медицины. — 2017. — № 2. — С. 16–22.



© А.В.МАТВЕЕНКО, 2019
УДК 616-001.17

Определение понятий в комбустиологии

МАТВЕЕНКО А.В., доцент, полковник медицинской службы в отставке
(matveenko.45@list.ru)

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова», Санкт-Петербург

Тезаурус комбустиологии содержит большое число неопределенных понятий и терминов, что обуславливает непригодность методов и способов изучения объекта, искажение информации. В связи с этим осложняются организация научных исследований, процессы подготовки специалистов и создание нормативных документов. Для перевода содержания общих понятий и терминов в конкретные показатели их необходимо операционализировать — привести их к такому виду, который позволит работать с ними на практическом уровне, оперировать ими при решении конкретных аналитических и прогнозных задач, верифицировать или фальсифицировать гипотезы исследования. С помощью данного способа клинически классифицированы ожоги I—III степени по тяжести травмы. Предложено исключение в окончательном диагнозе травмы фактической площади ожогов I степени.

К л ю ч е в ы е с л о в а: комбустиология, парадигма, тяжесть состояния, операциональность, индикатор, понятия, термины.

Matveenko A.V. — Definition of concepts in combustiology. The combustiology thesaurus contains a large number of indefinite concepts and terms, which makes the methods and methods of studying an object unsuitable, and information is distorted. In this connection, the organization of scientific research, the training of specialists and the creation of regulatory documents are complicated. To translate the content of general concepts and terms into concrete indicators, they need to be operationalized — bring them to a form that allows you to work with them on a practical level, operate with them when solving specific analytical and forecast tasks, verify or falsify research hypotheses. With this method, I class III burns are clinically classified according to the severity of the injury. An exception was proposed in the final diagnosis of injury of the actual area of I degree burns.

K e y w o r d s: combustiology, paradigm, severity of condition, operability, indicator, concepts, terms.

Наличие парадигмы со свойственной ей терминологией еще не означает, что мы имеем дело с наукой. Понятия науки проявляются с помощью определений. Существует необходимость знания того, что понимается под тяжелым ожогом, тяжестью травмы, ожоговым шоком, легкообожженным, тяжелообожженным, тяжестью состояния, удовлетворительным состоянием, обширным, ограниченным и множеством других. Будут ли эффективными исследования, если это неизвестно? Поскольку слова не имеют точного определения, они допускают свободу интерпретаций и понимаются разными специалистами неоднозначно. Их неопределенный смысл нередко меняется в ходе рассуждений даже у одного

автора. В зависимости от преследуемой цели в одно и то же понятие часто вкладывается разное содержание. Неопределенность понятий, неправильное использование слов ведет к беспечности в формулировке мыслей, искажению мышления и, как следствие, к неправильным действиям [3]. Слова не имеют значения, если их нельзя преобразовать в действия, с которыми соглашаются все. Для передачи однозначного смысла с помощью понятий им необходимо дать операциональное определение [4].

Цель исследования

Показать методику определения терминов в комбустиологии и примеры ее практического значения.



Литература

1. Алексеев А.А., Бобровников А.Э., Богданов С.Б. и др. Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей: Клинические рекомендации. — М.: Общероссийская общественная организация «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017. — 115 с. [электронный ресурс combustiolog].
2. Алексеев А.А., Тюриков Ю.И. Анализ работы ожоговых стационаров Российской Федерации за 2016 год: Сб. науч. тр. V съезда комбустиологов России. — М., 2017. — С. 5–8.
3. Гжегорчик А. Популярная логика: Пер. с польского, 3-е изд. — М.: Наука, 1979. — 111 с.
4. Деминг Э. Выход из кризиса: Новая парадигма управления людьми, системами и процессами. — М.: Альпина Паблишер, 2011. — 424 с.
5. Зильбер А.П. Медицина критических состояний: общие проблемы. — Петрозаводск: Изд-е ПГУ, 1995. — 360 с.
6. Матвеев А.В., Плутников С.А., Шиндяпин С.В. Модель прогноза исхода ожоговой травмы на основе пробит-анализа // Вестник хирургии. — 2006. — Т. 165, № 4. — С. 50–53.
7. Матвеев А.В., Чмырёв И.В., Петрачков С.А. Определение тяжести состояния обож-

женных с помощью координатных сеток вероятности летального исхода // Скорая мед. помощь. — 2013. — Т. 14, № 1. — С. 34–43.

8. Матвеев А.В., Тарасенко М.Ю., Петрачков С.А., Самарев А.В. О значении и содержании понятия «ожоговый шок» в клинической практике // Вестник Рос. воен.-мед. акад. — 2012. — № 1 (37). — С. 49–54.
9. Матвеев А.В., Чмырёв И.В., Скворцов Ю.Р., Тарасенко М.Ю. О критериях тяжести ожоговой травмы // Воен.-мед. журн. — 2018. — Т. 339, № 3. — С. 21–26.
10. Миронов П.И., Александрович Ю.С., Иванов Д.О., Кузнецова И.В., Лекманов А.У. Оценка валидности педиатрических шкал оценки тяжести состояния в детских многопрофильных отделениях интенсивной терапии // Анестезиология и реаниматология. — 2009. — № 1. — С. 22–25.
11. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей: Пер. с англ. — М.: Практика, 1994. — 208 с.
12. Чмырёв И.В. Некрэктомия у обожженных: инновационные подходы при оказании специализированной медицинской помощи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб, 2014. — 32 с.
13. Эмпирик С. Сочинения в двух томах — М.: Мысль, 1976. — Т. 2. — 424 с.
14. Herndon D.N. (Ed.): Total Burn Care. — 3-th. ed.: Saunders, 2007. — 878 p.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В Санкт-Петербурге завершилось тактико-специальное учение с медицинскими и авиационными подразделениями Западного военного округа, в ходе которого отработывалась авиамедицинская эвакуация военнослужащих, раненных в ходе боевых действий.

Военно-медицинские специалисты совместно с летчиками отработали алгоритмы эвакуации пострадавших военнослужащих в различных условиях и при разных видах травм и ранений. Достигнутый уровень взаимодействия позволил почти на треть сократить временной норматив от получения военнослужащим ранения на поле боя до его доставки на операционный стол военного госпиталя.

В ходе учения личный состав филиала окружного военного клинического госпиталя развернул на аэродроме полевой госпиталь в составе приемного, перевязочного, хирургического, реанимационного отделений со всей необходимой инфраструктурой. Экипажи вертолетов Ми-8, оборудованных реанимационными модулями, осуществляли вывоз из района основных боевых действий пострадавших, которых встречали врачебные бригады госпиталя. «Раненых» доставляли в операционные, где проходили операции, в т. ч. с применением телемедицины, соединившей полевой госпиталь с военными врачами в Москве и Санкт-Петербурге.

С опытом проведения авиамедицинской эвакуации познакомились также иностранные военные специалисты, проходящие обучение в военных вузах Минобороны РФ. В учении приняли участие около 500 военнослужащих ЗВО, до 60 ед. вооружения и военной техники.



Пресс-служба Западного военного округа, 15 июня 2019 г.

https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12236933@egNews



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019
УДК 616.12-008.64-036.12-07

«Сердце солдата»: от истории понятия до современных представлений

РУДЧЕНКО И.В., кандидат медицинских наук, капитан медицинской службы
(ignatrudchenko@mail.ru)¹

ТЫРЕНКО В.В., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы²

ФИСУН А.Я., заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАН, профессор,
генерал-майор медицинской службы запаса²

¹ФГАУ «Военный инновационный технополис ЭРА» МО РФ, г. Анапа, Краснодарский край;
²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова», Санкт-Петербург

В статье отражена характеристика понятия «сердце солдата» и как исторически менялось понимание данной проблемы. Публикация подготовлена на основе изучения доступных отечественных и зарубежных источников литературы. Вначале приводится историческая справка о симптомо-комплексе, именуемом «сердце солдата», в периоды различных военных действий. Далее более детально описываются исследования по генетической диагностике этиологии и патогенеза данного состояния.

К л ю ч е в ы е с л о в а: «сердце солдата», секвенирование генома, посттравматическое стрессовое расстройство.

Rudchenko I.V., Tyrenko V.V., Fisun A.Ya. — «The Heart of a Soldier»: from the history of the concept to modern ideas. The article reflects the characteristics of the concept of «the heart of a soldier» and how the understanding of this problem has historically changed. The publication is based on a study of available domestic and foreign sources of literature. First, a historical background of the symptom complex, called «the heart of a soldier», during periods of various hostilities. Further, studies on the genetic diagnosis of the etiology and pathogenesis of this condition are described in more detail.

K e y w o r d s: «the heart of a soldier», sequencing of the genome, post-traumatic stress disorder.

На заседании врачебного общества в Филадельфии 3 июня 1863 г. американский врач Henry Hartshorne впервые опубликовал доклад о болезнях сердца у военнослужащих, генез которых продолжает дискутироваться и сегодня. В разное время эти болезни называли по-разному: «раздраженное сердце», «солдатское сердце», «сердце старого сержанта», «мышечное утомление сердца», «невроз сердца», «синдром Да Коста» и т. п. В своем докладе Henry Hartshorne представил наблюдения солдат американской гражданской войны («American Civil War», 1861–1865 гг.), имевших схожую необычную клиническую картину, которая была интерпретирована как проявление продолжительного перенапряжения, дефицита отдыха, плохого питания, недостатка

сна и названа «muscular exhaustion of the heart» («мышечное истощение сердца»). H. Hartshorne отметил, что четыре месяца ранее Alfred Stille [19], уже описывал подобное расстройство, которое является «очень частым симптомом среди солдат, возможно, обусловлено межреберной невралгией, но часто, по-видимому, возникает в состоянии крайнего истощения» [26].

Основной работой о синдроме «солдатского сердца» является статья американского военного врача Jakob Mendes Da Costa, опубликованная в январе 1871 г. В последующем Da Costa расширил свои представления о данной проблеме, и в 1951 г. была опубликована научная статья в American Journal of Medicine: «Раздраженное сердце: клиническое иссле-



Литература

1. Боткин С.П. Клинические лекции. Составитель В.Н.Сиротинин Т. 1–3. — СПб, 1887–1888. — 207 с.
2. Вейн А.М., Яковлев Н.А., Слюсарь Т.А. Вегетативная дистония. — М.: Медицина, 1996. — 373 с.
3. Котляров С.Н. Соматические гипотезы военных синдромов // Наука молодых (Eruditio Juvenium). — 2013. — № 3. — С. 122–129.
4. Марво А. Болезни солдата, их этиология, эпидемиология, клиника и профилактика. — Санкт-Петербург: типография С.Н.Худкова, 1895. — 883 с.
5. Нестерко А.О. Нейроциркуляторная дистония: взгляды на этиологию, патогенез, методы терапии // Тер. арх. — 1994. — Т. 66, № 4. — С. 19–21.
6. Озерецковский А.И. Об истерии в войсках. — М.: Унив. тип., 1891. — 267 с.
7. Орбели Л.А. Учение И.П.Павлова о высшей нервной деятельности: Избранные труды. Вопросы высшей нервной деятельности и ее развития. — М.—Л.: Наука, 1964. — Т. 3. — С. 115–205.
8. Павлов И.П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. — Л.: Тип. Печатный двор. — 1927. — 371 с.
9. Павлов И.П. О трофической иннервации: Полное собрание сочинений. — Л.: Изд-во АН СССР. — 1951. — Т. 1. — С. 577–582.
10. Редакционная коллегия и редакционный совет журнала «Клиническая медицина». Владимир Борисович Симоненко (к 65-летию со дня рождения) // Клин. мед. — 2013. — Т. 9, № 8 — С. 79.
11. Сененко А.Н. Сердце и очаговая инфекция. — Л.: Медицина, 1973. — 215 с.
12. Сеченов И.М. Рефлексы головного мозга. — М.: УРСС—Комкнига. — 2007. — 123 с.
13. Andero R., Brothers S.P., Jovanovic T. et al. Amygdala-dependent fear is regulated by Oprl1 in mice and humans with PTSD // Science translational medicine. — 2013. — Vol. 5, N 188. — P. 188.
14. Breen M.S., Maihofer A.X., Glatt S.J. et al. Gene networks specific for innate immunity define post-traumatic stress disorder // Molecular psychiatry. — 2015. — Vol. 20, N 12. — P. 1538.
15. Cho J.H., Lee I., Hammamieh R. et al. Molecular evidence of stress-induced acute heart injury in a mouse model simulating posttraumatic stress disorder // Proceedings of the National Academy of Sciences. — 2014. — Vol. 111, N 8. — P. 3188–3193.
16. Da Costa J.M. On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences // The American Journal of Medicine. — 1951. — Vol. 11, N 5. — P. 559–567.
17. Gill J.M., Saligan L., Woods S. et al. PTSD is associated with an excess of inflammatory immune activities // Perspectives in psychiatric care. — 2009. — Vol. 45, N 4. — P. 262–277.
18. Gola H., Engler H., Sommershof A. et al. Posttraumatic stress disorder is associated with an enhanced spontaneous production of pro-inflammatory cytokines by peripheral blood mononuclear cells // BMC psychiatry. — 2013. — Vol. 13, N 1. — P. 40.
19. Hartshorne H. Art. Xi—summary of the Transactions of the College of Physicians of Philadelphia. 1863. June 3. On Heart Disease in the Army // The American Journal of the Medical Sciences. — 1864. — Vol. 48, N 7. — P. 89–91.
20. Insel T.R. The NIMH research domain criteria (RDoC) project: precision medicine for psychiatry // American Journal of Psychiatry. — 2014. — Vol. 171, N 4. — P. 395–397.
21. Logue M.W., Baldwin C., Guffanti G. et al. A genome-wide association study of post-traumatic stress disorder identifies the retinoid-related orphan receptor alpha (RORA) gene as a significant risk locus // Molecular psychiatry. — 2013. — Vol. 18, N 8. — P. 937.
22. Pollard H.B., Shivakumar C., Starr J. et al. «Soldier's Heart»: A genetic basis for elevated cardiovascular disease risk associated with post-traumatic stress disorder // Frontiers in molecular neuroscience. — 2016. — Vol. 9. — P. 87.
23. Rosett H.L. The post-Vietnam syndrome // Letters to the Editor. New York Times. — 1971. — 13 июня.
24. Roy S.S., Foraker R.E., Giron R.A. et al. Posttraumatic stress disorder and incident heart failure among a community-based sample of US veterans // American journal of public health. — 2015. — Vol. 105, N 4. — P. 757–763.
25. Stein M.B., Chen C.Y., Ursano R.J. et al. Genome-wide association studies of posttraumatic stress disorder in 2 cohorts of US Army soldiers // JAMA psychiatry. — 2016. — Vol. 73, N 7. — P. 695–704.
26. Stille A. Address before the Philadelphia County Medical Society. Delivered February 11 1863 // The American Journal of the Medical Sciences. — 1863. — Vol. 46, N 91. — P. 185–187.
27. Tabor H.K., Risch N.J., Myers R.M. Candidate-gene approaches for studying complex genetic traits: practical considerations // Nature Reviews Genetics. — 2002. — Vol. 3, N 5. — P. 391.
28. Vaccarino V., Goldberg J., Rooks C. et al. Post-traumatic stress disorder and incidence of coronary heart disease: a twin study // Journal of the American College of Cardiology. — 2013. — Vol. 62, N 11. — P. 970–978.
29. Wood A.R., Tuke M.A., Nalls M. et al. Whole-genome sequencing to understand the genetic architecture of common gene expression and biomarker phenotypes // Human molecular genetics. — 2014. — Vol. 24, N 5. — P. 1504–1512.
30. Xie P., Kranzler H.R., Yang C. et al. Genome-wide association study identifies new susceptibility loci for posttraumatic stress disorder // Biological psychiatry. — 2013. — Vol. 74, N 9. — P. 656–663.
31. Zhou J., Nagarkatti P., Zhong Y. et al. Dysregulation in microRNA expression is associated with alterations in immune functions in combat veterans with post-traumatic stress disorder // PLoS One. — 2014. — Vol. 9, N 4. — P. e94075.



Саркоидоз сердца: клинические проявления, современная диагностика, лечение

АНТИПУШИНА Д.Н., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы (antipushina@mail.ru)
КРЮКОВ Е.В., заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАН, профессор, генерал-майор
медицинской службы (evgeniy.md@mail.ru)
ШАХНОВИЧ П.Г., доктор медицинских наук, подполковник медицинской службы
ЗАЙЦЕВ А.А., профессор, полковник медицинской службы
ЧЕРНЕЦОВ В.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы
ЧЕРНОВ С.А., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы
в отставке

ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н.Бурденко», Москва

Системность поражения предполагает мультидисциплинарный подход к его диагностике и лечению и регулярное диспансерное наблюдение. Поражение сердца и нервной системы часто приводит к летальному исходу. При этом саркоидоз сердца зачастую протекает бессимптомно. В связи с чем крайне важны ранняя диагностика и своевременное лечение. В статье описаны клинические проявления саркоидоза сердца, современные методы обследования и возможные схемы терапии. Клиницистам при первичном обследовании необходимо сохранять настороженность в отношении кардиальных поражений. Современный неинвазивный метод визуализации сердца — позитронно-эмиссионная томография/компьютерная томография позволяет врачу уже на начальном этапе обследования исключить или подтвердить саркоидоз сердца, корректно стратифицировать риск неблагоприятного исхода и начать оптимальную терапию.

К л ю ч е в ы е с л о в а: саркоидоз сердца, диагностика, лечение.

Antipushina D.N., Kryukov E.V., Shakhnovich P.G., Zaitsev A.A., Chernetsov V.A., Chernov S.A. — Cardiac sarcoidosis: clinical manifestations, modern diagnostics, and treatment. Systemic damage involves a multidisciplinary approach to its diagnosis and treatment and regular follow-ups. Damage of the heart and nervous system is often fatal. At the same time, cardiac sarcoidosis is often asymptomatic. In this connection, early diagnosis and timely treatment are extremely important. The article describes the clinical manifestations of cardiac sarcoidosis, modern methods of examination and possible treatment regimens. Clinicians in the initial examination should remain wary of cardiac lesions. Modern non-invasive method of visualization of the heart — positron emission tomography/Computed tomography allows the doctor to exclude or confirm cardiac sarcoidosis at the initial stage of the examination, correctly stratify the risk of adverse outcome and initiate optimal therapy.

K e y w o r d s: heart sarcoidosis, diagnosis, treatment.

Саркоидоз — хроническое мульти-системное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием неказеифицирующих эпителиоидно-клеточных гранул в пораженных органах. Заболеваемость саркоидозом отмечается у мужчин и женщин любого возраста и расы. Однако наиболее часто болеют взрослые в возрасте от 20 до 40 лет [1, 5, 7, 10]. Наибольшая распространенность — у представителей негроидной расы и жителей Северной Европы, особенно скандинавского происхождения. В подавляющем большинстве случаев (90%) саркоидоз поражает легкие и внутригрудные лимфатические узлы [7, 10]. Но в процесс могут быть вовлече-

ны практически любые органы — сердце, печень, орган зрения, кожа, мышцы, суставы, репродуктивная система, орган слуха, нос, глотка, гортань, ротовая полость, слюнные железы и др. [1, 7, 10].

Перевод больных саркоидозом из фтизиатрических учреждений в общетерапевтическую сеть привлек к проблеме данного заболевания еще больше внимания медицинской общественности. Связано это не только с необходимостью регулярного диспансерного наблюдения пациентов с саркоидозом, но и с системностью поражения, а следовательно, с мультидисциплинарным подходом [7]. Необходимо отметить, что поражение сердца и нервной системы резко ухуд-



миокарда (нарастание нарушений перфузии), МРТ либо ПЭТ.

В настоящее время нет четких схем лечения, дозировок и режимов дозирования глюкокортикостероидов. В федеральных рекомендациях указано, что «все существующие схемы являются рекомендательными, и в каждом случае лечащий врач берет на себя обоснованную знаниями ответственность за назначенное лечение» [7, 10]. Наиболее часто в литературе встречается схема терапии, используемая в Японии: преднизолон в стартовой дозе 30–60 мг/сут в течение месяца с последующим снижением дозы на 5 мг каждые 2–4 нед до поддерживающей дозы 10 мг/сут. Отмечается [14, 15], что лечение по данной схеме приводит к положительному результату в большинстве случаев: 54% – улучшение, 40% – без динамики (что тоже расценивается как позитивный эффект терапии), 6% – ухудшение. Общий курс приема преднизолона при поражении сердца составляет не менее 2 лет, а в некоторых случаях показана пожизненная терапия.

При тяжелом течении кардиосаркоидоза возможна пульс-терапия метил-

преднизолоном (трехдневный курс – 500 мг метилпреднизолона внутривенно ежедневно) с переходом на преднизолон 40 мг/день в течение как минимум 4 нед. Суточная доза преднизолона постепенно снижается до поддерживающей 10 мг.

Заключение

В диагностике саркоидоза сердца по-прежнему существует ряд сложностей, обусловленных преимущественно латентным течением, неспецифичностью редких проявлений и многочисленностью методов обследования. В настоящей статье неоднократно подчеркнуты важность ранней верификации поражений сердца при данном гранулематозе, высокая потенциальная летальность, непредсказуемость течения СС. Клиницистам при первичном обследовании необходимо сохранять настороженность в отношении кардиальных поражений. Современный неинвазивный метод визуализации ПЭТ/КТ позволяет врачу уже на начальном этапе обследования исключить или подтвердить СС, корректно стратифицировать риск неблагоприятного исхода и начать оптимальную терапию.

Литература

1. Антипушина Д.Н. Клинические и прогностические аспекты саркоидоза органов дыхания у военнослужащих: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2016. – 19 с.
2. Зайцев А.А., Антипушина Д.Н., Сивокозов И.В. Практические возможности ПЭТ/КТ в оценке активности и распространенности саркоидоза // Пульмонология. – 2013. – № 6. – С. 119–122.
3. Иванова Д.А., Борисов С.Е., Недоступ А.В. и др. Поражение сердца при саркоидозе: клинические особенности, влияние стероидной терапии // Пробл. туберкулеза. – 2009. – № 2. – С. 22–28.
4. Интерстициальные болезни легких: Практическое руководство / Под ред. Н.А. Мухина. – М.: Литера, 2007. – 416 с.
5. Крюков Е.В., Антипушина Д.Н., Зайцев А.А. Саркоидоз – актуальная проблема различных силовых ведомств // Вестник Рос. воен.-мед. акад. – 2016. – № 4 (56). – С. 224–227.
6. Лебедева Е.В. Функциональное состояние миокарда и особенности гемодинамики малого круга кровообращения у больных саркоидозом легких по данным эхокардиографии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2004. – 22 с.

7. Овчинников Ю.В., Крюков Е.В., Зайцев А.А., Антипушина Д.Н. Клинико-диагностические и организационные аспекты оказания помощи больным саркоидозом органов дыхания в Вооруженных Силах // Воен.-мед. журн. – 2014. – Т. 335, № 11. – С. 35–43.
8. Саркоидоз: от гипотезы к практике / Под ред. А.А. Визеля. – Казань: Фэн, 2004. – 348 с.
9. Сковрцов К.Ю., Головачева Т.В. Поражение сердца при саркоидозе // Современная медицина: теория и практика. – 2004. – № 1. – С. 23–27.
10. Рекомендации Российского респираторного общества «Саркоидоз». – М., 2016. – 11 с. Доступно на: <http://spulmo.ru/upload/SARCOID03%20-%20%20рекомендации%20PRO%20дек%202016.pdf>
11. Ayyala U.S., Nair A.P., Padilla M.L. Cardiac sarcoidosis // Clin. Chest Med. – 2008. – Vol. 29, N 3. – P. 493–508.
12. Deng J.C., Baughman R.P., Lynch J.P. Cardiac involvement in sarcoidosis // Semin. Respir. Crit. Care Med. – 2002. – Vol. 23. – P. 513–527.
13. Fleming H.A. Sarcoid heart disease // Br. Heart J. – 1974. – Vol. 36. – P. 54–68.
14. Sarcoidosis treatment guidelines <https://www.stopsarcoidosis.org/wp-content/uploads/FSR-Physicians-Protocol1.pdf>



15. Houston B.A., Mukherjee M. Cardiac sarcoidosis: clinical manifestations, imaging characteristics, and therapeutic approach // Clin. Med. Insights Cardiol. — 2014. — Vol. 8, Suppl. 1. — P. 31–37.
16. Judson M.A., Baughman R.P., Teirstein A.S. et al. Defining organ involvement in sarcoidosis: the ACCESS proposed instrument. ACCESS Research Group A Case Control Etiologic Study of Sarcoidosis // Sarcoidosis Vasc. Diffuse Lung Dis. — 1999. — Vol. 16, N 1. — P. 75–86.
17. Lagana S.M., Parwani A.V., Nichols L.C. Cardiac sarcoidosis: a pathology-focused review // Arch. Pathol. Lab. Med. — 2010. — Vol. 134, N 7. — P. 1039–1046.
18. Matsui Y., Iwai K., Tachibana T. et al. Clinicopathological study of fatal myocardial sarcoidosis // Ann. NY Acad. Sci. — 1976. — Vol. 278. — P. 455–469.
19. Matsumori A., Hara M., Nagai S. et al. Hypertrophic cardiomyopathy as a manifestation of cardiac sarcoidosis // Japan Circ. J. — 2000. — Vol. 64, N 9. — P. 679–683.
20. Okamoto H., Mizuno K., Ohtoshi E. Cutaneous sarcoidosis with cardiac involvement // Eur. J. Dermatol. — 1999. — Vol. 9, N 6. — P. 466–469.
21. Okayama K., Kurata C., Tawarahara K. et al. Diagnostic and prognostic value of myocardial scintigraphy with thallium-201 and gallium-67 in cardiac sarcoidosis // Chest. — 1995. — Vol. 107, N 2. — P. 330–334.
22. Roberts W.C., McAllister H.A., Ferrans V.J. Sarcoidosis of the heart. A clinicopathologic study of 35 necropsy patients (group 1) and review of 78 previously described necropsy patients (group 11) // Am. J. Med. — 1977. — Vol. 63, N 1. — P. 86–108.
23. Rubinstein I., Fisman E.Z., Rosenblum Y. et al. Left-ventricular exercise echocardiographic abnormalities in patients with sarcoidosis without ischemic heart disease // Isr. J. Med. Science. — 1986. — Vol. 22, N 12. — P. 865–872.
24. Sarac R., Agbaba-Primorac R., Rozman A. et al. Echocardiography in the diagnosis of cardiac Sarcoidosis // Lijec Vjesn. — 1992. — Vol. 114, N 5–8. — P. 137–142.
25. Schule W., Kirsten D., Drent M., Costabel U. Cardiac involvement in Sarcoidosis // Eur. Respir. Monograph. — 2005. — Vol. 32. — P. 130–149.
26. Sekiguchi M., Yazaki Y., Isobe M. et al. Cardiac sarcoidosis: diagnostic, prognostic and therapeutic considerations // Cardiovasc. Drugs Ther. — 1996. — Vol. 10. — P. 495–510.
27. Sharma O.P. Diagnosis of cardiac sarcoidosis: an imperfect science, a hesitant art // Chest. — 2003. — Vol. 123. — P. 18–19.
28. Silverman K.J., Hutchins G.M., Bulkley B.H. Cardiac sarcoid: a clinicopathologic study of 84 unselected patients with systemic sarcoidosis // Circulation. — 1978. — Vol. 58, N 6. — P. 1204–1211.
29. Smedema J.P., Snoep G., Marinus P. et al. Cardiac involvement in patients with pulmonary sarcoidosis assessed at two university medical centres in the Netherlands // Chest. — 2005. — Vol. 128. — P. 30–35.
30. Stewart R.E., Graham D.M., Godfrey G.W. et al. Rapidly progressive heart failure resulting from cardiac sarcoidosis // Am. Heart J. — 1988. — Vol. 115. — P. 1324–1326.
31. Teirstein A., Hannuzzi M., Padilla M.L. Cardiac sarcoidosis // Chest. — 2006. — Vol. 129. — P. 11–13.
32. Umetani K., Ishihara T., Yamamoto K. et al. Successfully treated complete atrioventricular block with corticosteroid in a patient with cardiac sarcoidosis: usefulness of gallium-67 and thallium-201 scintigraphy // Intern. Med. — 2000. — Vol. 39, N 3. — P. 245–248.
33. Yazaki Y., Isobe M., Hayasaka M. et al. Cardiac sarcoidosis mimicking hypertrophic cardiomyopathy: clinical utility of radionuclide imaging for differential diagnosis // Japan Circ. J. — 1998. — Vol. 62. — P. 465–468.
34. Yazaki Y., Isobe M., Hiramitsu S. et al. Comparison of clinical features and prognosis of cardiac sarcoidosis and idiopathic dilated cardiomyopathy // Am. J. Cardiol. — 1998. — Vol. 82, N 4. — P. 537–540.
35. Yazaki Y., Isobe M., Hiroe M. et al. Prognostic determinants of long-term survival in Japanese patients with cardiac sarcoidosis treated with prednisone // Am. J. Cardiol. — 2001. — Vol. 88, N 9. — P. 1006–1010.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

УДК [616.5-056.3-06:616.314-002-085.242]-079.6

Роль оценки факторов карьерезистентности у больных атопическим дерматитом при химическом отбеливании дисколоритов зубов

КРАЙНЮКОВА Л.А. (krainukov68@gmail.com)¹

ЕПИФАНОВ С.А., доктор медицинских наук, доцент (epiphanoff@gmail.com)²

МАКСЮКОВ С.Ю., профессор³

ЗАМУРАЕВ В.Ю., полковник медицинской службы запаса¹

¹ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка», Москва;

²ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И.Пирогова» МЗ РФ, Москва;

³ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону



Целью исследования явилось определение зависимости эффективности и безопасности химического отбеливания дисколоритов зубов у взрослых пациентов на фоне atopического дерматита от состояния минерального обмена, факторов кариесрезистентности, микробиоты полости рта и некоторых антимикробных пептидов. Основную группу составили 38 пациентов с дисколоритами зубов на фоне atopического дерматита, группу сравнения — 46 пациентов с дисколоритами зубов, но без atopического дерматита. Показано, что у пациентов с atopическим дерматитом следует учитывать особенности нарушения растворимости и минерализации зубной эмали, нарушенное соотношение колонизации полости рта кариесогенной флорой и ее антагонистами одновременно со снижением активности врожденных антимикробных иммунных реакций, поскольку эти факторы могут негативно отразиться на эффективности отбеливания и способствовать развитию осложнений.

К л ю ч е в ы е с л о в а: atopический дерматит, минеральный обмен, кариесрезистентность, дисколориты зубов, химическое отбеливание зубов.

Krainyukova L.A., Epifanov S.A., Maksyukov S.Yu., Zamuraev V.Yu. — The role of evaluation factors of caries resistance in atopic dermatitis patients with chemical bleaching teeth discoloration. The aim of the study was to determine the dependence of the effectiveness and safety of chemical bleaching of dental discoloration in adult patients against the background of atopic dermatitis on the state of mineral metabolism, factors of caries resistance, oral microbiota and some antimicrobial peptides. The main group consisted of 38 patients with dental discoloration against the background of atopic dermatitis, the comparison group — 46 patients with dental discoloration but without atopic dermatitis. It has been shown that patients with atopic dermatitis should consider the characteristics of solubility and mineralization of tooth enamel, impaired ratio of colonization of the oral cavity by cariogenic flora and its antagonists simultaneously with a decrease in the activity of innate antimicrobial immune reactions, since these factors may adversely affect the effectiveness of whitening and contribute to the development of complications.

Key words: atopic dermatitis, mineral metabolism, caries resistance, dental discoloration, chemical teeth whitening.

Последние десятилетия характеризуются значительным ростом аллергических заболеваний, в структуре которых одно из ведущих мест занимает *атопический дерматит* (АтД), или, по старой номенклатуре, — нейродермит [5, 6]. В настоящее время большинство специалистов относят АтД к мультифакториальным заболеваниям, фенотипические проявления которого определяются совокупностью генетических и внешнесредовых факторов, способствующих формированию аллергической патологии [3, 5, 7, 8]. Ведущая роль в этиологии и патогенезе АтД принадлежит генетически детерминированной патологии иммунного ответа [2]. Проявления АтД не ограничиваются только кожей, а могут сочетаться с поражением других органов и тканей [3–6]. Нередко пациентам с АтД требуется стоматологическая помощь, в т. ч. связанная с дисколоритами зубной эмали. Относительно простым и достаточно эффективным способом коррекции дисколоритов является химическое отбеливание зубов. Однако ввиду использования химически активных перекисных соединений его применение изменяет микробиоту ротовой полости и, вероятно, спектр антимикробных пептидов [1]. Данные последствия

могут сказаться на резистентности пациентов к кариесу. Кроме того, если химическое отбеливание зубов проводят у пациентов на фоне АтД, то исходные нарушения врожденного иммунитета, защитных свойств слизистых и низкая кариесрезистентность могут привести к активному разрушению коронок зубов после вмешательства.

Анализ доступной литературы показал, что перечисленные факторы, которые оказывают или могут оказать влияние на тактику лечения дисколоритов у пациентов с АтД и результат химического отбеливания зубов, не нашли должного отражения.

Цель исследования

Определение прогностической ценности некоторых факторов минерального обмена зубов, состояния микробиоты полости рта, защитных свойств ротовой жидкости у больных АтД при выборе тактики лечения дисколоритов зубов.

Материал и методы

Исследование проспективное. Критерии включения: дисколорит зубов, мотивация пациента к его коррекции путем отбеливания химическими системами с дополнительной активацией, возраст пациентов старше 18 лет. Критерии исклю-



Заключение

Проведенные исследования показали, что АтД у взрослых пациентов сопровождается изменениями минерального обмена и микробиоты полости рта, сни-

жением иммунной резистентности. Эти особенности следует учитывать, поскольку такие факторы могут негативно отразиться на эффективности отбеливающих процедур.

Литература

1. Акулович А.В., Манаширова О.Г. Отбеливание зубов: чего мы боимся // Профилактика today. — 2008. — № 8. — С. 14–20.
2. Максимова Ю.В., Свечникова Е.В., Максимов В.Н. и др. Алгоритм идентификации этиологии торпидных форм атопического дерматита // Клиническая дерматология и венерология. — 2015. — № 3. — С. 61–66.
3. Торопова Н.П., Сорокина К.Н., Лепешкова Т.С. Атопический дерматит детей и подростков — эволюция взглядов на патогенез и подходы к терапии // Рос. журн. кожных и венерических болезней. — 2014. — № 6. — С. 50–59.
4. Феденко Е.С., Филимонова Т.М., Елисютина О.Г. и др. Патогенетическое обоснование интегрального подхода к наружной терапии атопического дерматита // Рос. аллергологич. журн. — 2012. — № 4. — С. 50–55.

5. Хаитов Р.М., Кубанова А.А. Атопический дерматит: Рекомендации для практических врачей. Российский национальный согласительный документ по атопическому дерматиту. — М.: Фармарус-Принт, 2002. — 192 с.

6. Чикин В.В., Знаменская В.Ф., Монахов К.В. и др. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом. — М.: Рос. об-во дерматовенерологов и косметологов, 2013. — 40 с.

7. Silverberg J.I., Simpson E.L. Association between severe eczema in children and multiple comorbid conditions and increased healthcare utilization // Pediatric Allergy and Immunology. — 2013. — Vol. 24, N 5. — P. 476–486.

8. Simpson E., Silverberg J. Eczema severity is associated with multiple comorbid conditions // Brit. J. of Dermatology. — 2012. — Vol. 167, N 2. — P. 24.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В канун Дня медицинского работника в Главном военно-клиническом госпитале имени Н.Н.Бурденко состоялось чествование врачей, медицинских сестер, всех, кто своими знаниями, профессионализмом, милосердием оказывает помощь в выздоровлении российским военнослужащим, членам их семей, ветеранам.

Более чем сорока сотрудникам были вручены государственные и ведомственные награды. Их трудом славен госпиталь, который несколькими днями раньше отметил 313-ю годовщину со дня основания.

Ярким, праздничным концертом собравшихся в торжественном зале поздравили артисты ансамбля песни и пляски Воздушно-десантных войск России.

В День России пациентов ГВКГ им. Н.Н.Бурденко приветствовал ансамбль «Славься, Отечество!». Песни военных лет, современные произведения о России, ее армии, популярной песен 60–70-х гг. звучали на открытой площадке, у памятника великому русскому хирургу Н.И.Пирогову.

16 июня, в День медицинского работника в госпитальном парке выступил оркестр Преображенского полка. Ежегодные выступления военных оркестров в госпитале стали продолжением замечательных российских традиций, они создают праздничное настроение, благотворно влияют на скорейшее выздоровление.

Завершил праздничные мероприятия концерт органной музыки, который дал профессор Московской консерватории А.А.Паршин.

Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 16 июня 2019 г.
https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12237045@egNews



КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

УДК [616.127-005.4:616.12-009.72]-085.837.3

Щегольков А.М.¹, Юдин В.Е.², Ярошенко В.П.², Сычёв В.В. (SVVdoc@yandex.ru)², Косухин Е.С.², Коршикова Н.В.², Анучкин А.А.¹ — Применение ударно-волновой терапии в лечении больных ишемической болезнью сердца с рефрактерной стенокардией.

¹Филиал ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» МО РФ, Москва; ²Филиал № 2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневского» МО РФ, Москва

Изучена эффективность применения метода ударно-волновой терапии в лечении больных ишемической болезнью сердца с рефрактерной стенокардией. Проанализированы результаты лечения и медицинской реабилитации 46 пациентов-мужчин возрастом от 59 до 71 года, составивших основную и контрольную группы по 23 человека в каждой. Больным основной группы наряду со стандартной медикаментозной терапией назначался курс ударно-волновой терапии сердца, состоявший из 9 процедур. После его проведения уменьшилось количество приступов стенокардии, требующих дополнительного приема нитропрепаратов, а через 6 мес сократилось общее число приступов. Уменьшилось количество ишемизированных сегментов миокарда. Улучшилась сократительная функция левого желудочка, повысилась толерантность к физической нагрузке, снизился функциональный класс стенокардии.

К л ю ч е в ы е с л о в а: ишемическая болезнь сердца, рефрактерная стенокардия, ударно-волновая терапия.

Shchegolkov A.M., Yudin V.E., Yaroshenko V.P., Sychev V.V., Kosukhin E.S., Korshikova N.V., Anuchkin A.A. — The use of shock wave therapy in the treatment of patients with coronary heart disease with refractory angina. The effectiveness of the use of shock wave therapy in the treatment of patients with ischemic heart disease with refractory angina has been studied. The results of treatment and medical rehabilitation of 46 male patients aged from 59 to 71 years, who made up the main and control groups of 23 people in each, are analyzed. Patients of the main group, along with standard drug therapy, were prescribed a course of shock wave therapy for the heart, consisting of 9 procedures. After the meeting, the number of angina attacks requiring additional intake of nitropreparations decreased, and after 6 months the total number of attacks decreased. The number of ischemic myocardial segments decreased. Improved contractile function of the left ventricle, increased exercise tolerance, decreased functional class of angina.

К е у w o r d s: coronary heart disease, refractory angina, shock wave therapy.

У части больных ишемической болезнью сердца (ИБС) не удается добиться стойкого положительного клинического эффекта несмотря на современное медикаментозное и хирургическое лечение. У некоторых из них ИБС проявляется в виде рефрактерной стенокардии, стойкой к проводимому медикаментозному лечению.

Одним из новых методов в лечении рефрактерной стенокардии является ударно-волновая терапия (УВТ), которая основана на дистанционном воздействии на миокард акустической ударной волны от внешнего источника. Ударные волны с 80-х годов прошлого века используют в урологии, с 90-х годов — в травматологии и с конца 90-х годов — в кардиологии. Электрогидравлический источник волн генерирует ударную акустическую волну, которая фокусируется в определенных точках по периферии ишемизированного участка миокарда. Механическое воздействие на клетки эндотелия со-

судов сердца производит «эффект сдвига», активирует эндотелиальную NO-синтазу, что приводит к синтезу оксида азота, который вызывает вазодилатацию и быстрое улучшение кровоснабжения. Этим обеспечивается краткосрочный антиангинальный эффект.

Результатом воздействия акустической волны является увеличение количества матричной рибонуклеиновой кислоты (мРНК), кодирующей NO-синтазу, выброс эндотелиального фактора роста сосудов (VEGF), увеличение продукции ангиогенных факторов (VEGF — основной фактор роста фибробластов), что в итоге приводит к притоку циркулирующих стволовых клеток в зону ишемии и увеличению числа вновь образованных капилляров. Воздействие импульсной волны приводит также к выбросу ряда противовоспалительных факторов, способствующих неоангиогенезу, что определяет отдаленные эффекты УВТ, улучшение кровоснабжения миокарда в зоне ишемии.



Цель исследования

Изучение эффективности применения УВТ сердца в комплексном лечении и реабилитации больных ИБС с рефрактерной стенокардией.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения и медицинской реабилитации 46 мужчин, больных ИБС с рефрактерной стенокардией III–IV функционального класса (ФК) по классификации Канадской ассоциации кардиологов (1976). Возраст больных — от 59 до 71 года, средний возраст — $65,8 \pm 1,4$ года. Методом рандомизации больные были разделены на 2 группы по 23 человека — основную и контрольную. Группы больных были сопоставимы по возрасту, клиническому состоянию, сопутствующей патологии и лекарственной терапии.

Основная группа включала 15 больных со стенокардией напряжения III ФК и 8 больных — IV ФК. В контрольной группе больных с такими функциональными классами стенокардии было 16 и 7 соответственно.

Инфаркт миокарда в основной группе переносил 21 больной, в контрольной — 19. Чрескожные коронарные вмешательства в анамнезе имели 20 больных в основной и 21 — в контрольной группе. Операции коронарного шунтирования выполнялись 20 больным в основной и 18 больным в контрольной группе.

Сердечная недостаточность у всех больных не превышала III ФК по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (New York Heart Association, 1964).

Из сопутствующих заболеваний 22 больных основной и 20 в контрольной группе имели гипертоническую болезнь, сахарный диабет II типа — 6 больных в основной и 7 в контрольной группе. Хроническая обструктивная болезнь легких диагностировалась у 2 больных основной и у 3 — в контрольной группе. Пациентам обеих групп ранее выполнялась коронарография, при этом у всех больных выявлялись стенозирующий атеросклероз и многососудистое поражение коронарных артерий.

План обследования больных предусматривал общеклинические, лабораторные, функциональные и психологические методы исследования.

Программа лечения и медицинской реабилитации больных основной группы включала:

- климатодвигательный режим в зависимости от состояния больного: щадящий (I), щадяще-тренирующий (II);
- диету № 10, 9;
- лечебную гимнастику, дозированную ходьбу;

- рациональную психотерапию;
- базисную медикаментозную терапию (антиагреганты, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты, блокаторы медленных кальциевых каналов, статины);
- УВТ сердца, которая проводилась при помощи системы «Cardiospec».

Программа лечения и медицинской реабилитации больных контрольной группы была аналогичной за исключением применения УВТ.

Пациентам до УВТ сердца выполнялась стресс-эхокардиография с физической нагрузкой по общепринятой методике, определялись зоны гипокинезии. Курс лечения УВТ сердца состоял из 9 процедур: через день по три в неделю с перерывом в три недели между каждой неделей лечения. Использовался стандартный протокол лечения. Воздействие проводилось на 3 зоны по 100 ударов на одну зону, при уровне энергии 4 мДж/мм². Курс состоял из 9 процедур по 3 сеанса терапии в неделю с однодневными перерывами между сеансами и трехнедельными перерывами между неделями лечения. УВТ сердца проводилась на фоне комплексной медикаментозной терапии.

Всем пациентам перед началом лечения, после курса из 3, 6 процедур и по окончании курса УВТ сердца (9 процедур), а также по истечении 6 мес после его окончания проводились: оценка качества жизни путем анкетирования по Сизтлскому и Миннесотскому опроснику, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. До лечения, через каждые 3 процедуры и в конце лечения оценивались клиническое состояние, показатели ЧСС, АД, ЭКГ в 12 стандартных отведениях на аппарате, данные ЭхоКГ. После 1-й процедуры каждого этапа лечения определялись уровень активности в сыворотке крови тропонина I, миоглобина, креатинфосфокиназы (КФК) и МВ-фракция КФК, показатели коагулограммы, липидный профиль плазмы.

Результаты и обсуждение

При поступлении на стационарное лечение жалобы на ангинозные боли за грудной, в области сердца, купируемые дополнительным назначением нитратов, предъявляли 100% больных. На общую слабость жаловались 74,6, одышку при обычной физической нагрузке 78,8, на периодически учащенное сердцебиение — 35,4% больных.

Среди факторов риска преобладали:

- нарушения липидного обмена у всех больных обеих групп;
- курение — в основной группе у 19 больных (82,6%) и 18 (78,3%) в контрольной;
- отягощенная наследственность по раннему развитию ИБС — в основной группе



у 17 (73,9%) и у 16 (69,5%) больных в контрольной группе.

При суточном мониторингировании ЭКГ горизонтальная депрессия сегмента *ST* до 1–2 мм во время нагрузок выявлена у 84,5% больных, из них у 32,3% – безболевого ишемия миокарда. Нарушение сократительной способности миокарда, снижение толерантности к физической нагрузке отмечалось у всех больных. Средняя мощность пороговой нагрузки составила $44,5 \pm 3,4$ Вт.

В результате проведенного лечения и медицинской реабилитации количество жалоб и их интенсивность уменьшились в обеих группах. В то же время более выраженная динамика отмечалась у больных основной группы: по окончании курса УВТ сердца снизилась частота ангинозных приступов и потребность в нитратах.

Уменьшение числа приступов стенокардии отмечалось у 19 больных основной группы (82,6%), в контрольной группе – у 12 больных (52%). Количество приступов стенокардии, требующих дополнительного приема нитропрепаратов короткого действия, уменьшилось в неделю в основной группе с $18,1 \pm 1,8$ до $9,3 \pm 0,9$ ($p < 0,001$), в контрольной – с $17,3 \pm 1,7$ до $13,8 \pm 1,4$ ($p > 0,05$).

До начала лечения пациенты обеих групп принимали в сутки в среднем по 80 мг пролонгированных нитратов. После завершения курса УВТ сердца доза принимаемых нитропрепаратов сократилась до 40 мг/сут у 17 (73,9%) больных основной группы. В контрольной группе доза уменьшилась у 5 (21,7%) пациентов, а у 18 за время наблюдения осталась прежней.

Все пациенты процедуры УВТ сердца перенесли хорошо, они не сопровождалась изменениями гемодинамических показателей, повышением уровня кардиоспецифичных ферментов. Показатели тропонина I, миоглобина, КФК и МВ-фракции КФК до и после проведения курса УВТ были в пределах нормы.

Повторное контрольное обследование пациентов обеих групп было проведено через 6 мес после завершения курса УВТ сердца. Эффект лечения оценивался на основе анализа клинических проявлений, толерантности к физической нагрузке, сократительной способности миокарда, показателей центральной гемодинамики.

Количество приступов стенокардии, требующих дополнительного приема нитропрепаратов короткого действия, уменьшилось в основной группе с $18,1 \pm 1,8$ до $3,2 \pm 0,5$ ($p < 0,001$) в неделю, в контрольной группе – с $17,3 \pm 1,7$ до $14,1 \pm 0,9$ ($p > 0,05$). Кроме того, 11 больным основной группы, которым сразу после окончания УВТ сердца была умень-

шена доза пролонгированных нитратов до 40 мг/сут, в последующем (к 5–6 мес наблюдения) удалось отказаться от приема этих препаратов. В контрольной группе таких больных было два.

У больных основной группы толерантность к физической нагрузке возросла с $49,5 \pm 4,7$ до $76,3 \pm 5,1$ Вт ($p < 0,001$), у больных контрольной группы – с $50,4 \pm 4,3$ до $52,2 \pm 4,8$ Вт ($p > 0,05$).

Зарегистрировано повышение сократительной способности миокарда: фракция выброса возросла в основной группе с $42,2 \pm 2,1$ до $49,8 \pm 2,4\%$ ($p < 0,05$), в контрольной – с $43,1 \pm 2,5$ до $45,9 \pm 2,2\%$ ($p > 0,05$). Улучшение данного показателя сопровождалось положительной динамикой размеров левого желудочка сердца. Так, конечный систолический объем уменьшился в основной группе с $79,6 \pm 5,5$ до $62,3 \pm 6,2$ мл ($p < 0,05$), а в контрольной группе он остался практически прежним – уменьшился с $77,9 \pm 6,6$ до $76,7 \pm 6,1$ мл. Изменения конечного диастолического объема были аналогичными. Его динамика в сторону уменьшения в основной группе составила с $176,8 \pm 5,6$ до $157,4 \pm 6,4$ мл ($p < 0,05$), в контрольной группе – с $175,6 \pm 5,8$ до $172,8 \pm 6,9$ мл ($p > 0,05$).

У больных основной группы уменьшилось количество ишемизированных сегментов с $4,3 \pm 0,4$ до $2,8 \pm 0,3$ ($p < 0,02$).

Динамика основных показателей у больных ИБС с рефрактерной стенокардией через 6 мес после курса УВТ представлена в таблице.

Распределение больных основной группы по функциональным классам через 6 мес после проведения комплексной медицинской реабилитации с применением курса УВТ сердца свидетельствует о переходе большинства пациентов в более легкие ФК II и ФК III, уменьшении числа пациентов ФК IV. Так, при поступлении в основную группу было 15 (65,2%) больных III ФК и 8 (34,8%) больных IV ФК. В результате проведенного лечения в этой группе во II ФК перешли 10 больных, в III ФК – 5, в ФК IV осталось 3 (13%) пациента. В контрольной группе при поступлении было 16 (69,6%) больных III ФК и 7 (30,4%) больных IV ФК. Через 6 мес в результате проведенного лечения в контрольной группе во II ФК перешли 2 (8,7%) больных, в III ФК – 1 (4,3%) пациент.

Через 6 мес после окончания курса лечения и медицинской реабилитации в основной группе большая часть больных (15 человек – 56,5%) перешли в более легкие ФК II и ФК III. В то же время в контрольной группе перешли в эти ФК только 3 (13%) больных.



Динамика основных показателей деятельности сердца у больных ИБС с рефрактерной стенокардией через 6 мес после проведения курса УВТ (М±m)

Показатель	Группа больных			
	основная, n=23		контрольная, n=23	
	до лечения	через 6 мес после лечения	до лечения	через 6 мес после лечения
Частота приступов стенокардии в неделю, n	18,2±1,9	3,2±0,5**	17,3±1,7	14,1±0,9
Конечный диастолический объем левого желудочка, мл	176,8±5,6	157,4±6,4*	175,6±5,8	172,8±6,9
Конечный систолический объем левого желудочка, мл	79,6±5,5	62,3±6,2*	77,9±6,6	76,7±6,1
Ударный объем левого желудочка, мл	65,4±3,7	76,4±3,2*	66,9±3,5	68,1±4,2
Фракция выброса, %	42,2±2,1	49,8±2,4*	43,1±2,5	45,9±2,2
Толерантность к физич. нагрузке, Вт	49,5±4,7	76,3±5,1**	50,4±4,3	52,2±4,8
Двойное произведение, усл. ед.	143,9±4,2	184,3±5,2**	142,6±4,5	146,5±4,9

Примечания: *Различия между показателями до и после проведения курса УВТ сердца достоверны при $p<0,05$; **Различия между показателями до и после проведения курса УВТ сердца достоверны при $p<0,001$.

Таким образом, комплексная медицинская реабилитация больных ИБС с рефрактерной стенокардией с применением УВТ сердца привела к достоверному уменьшению числа приступов, требующих дополнительного приема нитропрепаратов короткого дей-

ствия, уменьшению дозы и/или отказу от нитропрепаратов пролонгированного действия, увеличению сократительной функции левого желудочка, повышению толерантности к физической нагрузке, снижению функционального класса стенокардии.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019
УДК [617.753-092:159.938]-057.36-07

Овечкин И.Г. (doctoro@mail.ru)¹, **Юдин В.Е.**¹, **Беликова Е.И.**², **Кожухов А.А.**², **Пожарицкий М.Д.**², **Коновалов М.Е.**², **Шакула А.В.**³ — Состояние психологической адаптации и рефракционно-аккомодационной системы у военнослужащих операторов зрительно-напряженного труда.

¹Филиал № 2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневского» МО РФ, Москва; ²ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА России, Москва; ³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» МЗ РФ, Москва

Профессиональная деятельность военных специалистов-операторов зрительно-напряженного труда связана с риском развития психологической дизадаптации, что проявляется в выраженной субъективной симптоматике (астенопии, синдроме хронической усталости) и общем снижении качества жизни. Приведены результаты комплексного обследования 88 военнослужащих в возрасте 25–34 года, профессиональная деятельность которых связана с электронными средствами отображения информации. Показано, что эффективными прогностическими показателями оценки уровня психологической и зрительной дизадаптации являются параметры объективной аккомодографии. Наличие признаков психологической дизадаптации свидетельствует о возможном снижении профессиональной надежности специалиста и требует применения мультидисциплинарного подхода к коррекции данных нарушений.

К л ю ч е в ы е с л о в а: зрительно-напряженный труд, психологическая адаптация, состояние рефракционно-аккомодационной системы.



Ovechkin I.G., Yudin V.E., Belikova E.I., Kozhukhov A.A., Pozharitsky M.D., Kononov M.E., Shakula A.V. — The state of psychological adaptation and refractive-accommodative system of visually-active labor servicemen. Professional activities of military specialists of visual-intensive work are associated with the risk of developing signs of psychological disadaptation, which is manifested in pronounced subjective symptoms (asthenopia, chronic fatigue syndrome) and a general decrease in the quality of life. The results of a comprehensive survey of 88 military personnel at the age of 25–34 years, whose professional activity is associated with electronic means of displaying information, are presented. It is shown that the effective prognostic indicators for assessing the level of psychological and visual disadaptation are the parameters of objective accommodation management. The presence of signs of psychological disadaptation indicates a possible decrease in the professional reliability of a specialist and requires the use of a multidisciplinary approach to correcting these violations.

Key words: visual intensive work, psychological adaptation, the state of the refractive-accommodative system.

Сохранение профессиональной надежности военных специалистов-операторов зрительного профиля имеет прямое отношение к состоянию боеготовности подразделения и воинской части. Современная военная служба характеризуется высоким темпом повседневной деятельности и быстрыми изменениями обстановки, обуславливающими риск возникновения у личного состава психоэмоциональной напряженности. Это ведет к возможному возникновению у военного специалиста-оператора психологической и зрительной дизадаптации. Данные нарушения возникают у практически здоровых людей вследствие различных психотравмирующих ситуаций, ведущими из которых признаются условия профессиональной деятельности.

Целью настоящей работы являлась комплексная оценка состояния рефракционно-аккомодационной системы у военнослужащих зрительно-напряженного труда с расстройствами психологической адаптации.

Методика работы основывалась на комплексном обследовании 88 военнослужащих в возрасте 25–34 года (средний возраст $28,6 \pm 1,2$ года), профессиональная деятельность которых связана с использованием электронных средств отображения информации.

Основными критериями включения пациентов в исследование являлись:

- повседневная интенсивная зрительная работа с высоким уровнем ответственности за результат;

- отсутствие выраженной соматической и зрительной патологии за исключением близорукости или дальнозоркости слабой степени;

- наличие астенопических жалоб;

- отсутствие в анамнезе за последний год психотравмирующих ситуаций.

Всем пациентам было выполнено медико-психологическое обследование по тесту СМОЛ (сокращенный многофакторный опросник для исследования личности), по результатам которого определялся уровень психологической дизадаптации (ПД) военнослужащего-специалиста. Все обследованные лица были разделены на три группы:

- без признаков ПД (группа I, 32 человека);

- со слабо выраженными признаками ПД (группа II, 30 человек);

- с умеренно выраженными признаками ПД (группа III, 26 человек).

Комплексное обследование специалистов выполнялось однократно и включало:

- исследование основных зрительных функций (величина монокулярной и бинокулярной остроты зрения вдаль, величина средней рефракции обоих глаз);

- обследование аккомодационной системы глаза с помощью методики объективной аккомодографии по показателям коэффициента аккомодационного ответа (КАО) и коэффициента микрофлюктуаций аккомодационной мышцы глаза (КМФ);

- исследование субъективного статуса (количественно, в баллах) по методикам (анкетам) определения показателей «качество зрительной жизни» (КЗЖ), коэффициент выраженности астенопии (КВА), выраженность субъективных симптомов хронической усталости (СХУ) и «субъективный психофизиологический статус» (СПС).

Полученные результаты показали статистически значимые различия показателей аккомодографии у пациентов группы I по сравнению с пациентами групп II и III. В общем виде наличие признаков ПД сопровождается ухудшением КАО (на 56,4–62,8%, $p < 0,05$) и КМФ (на 7,6–12,6%, $p < 0,05$). При этом показатели основных зрительных функций между группами существенно не различались.

Параметр КЗЖ в группах II и III по сравнению с группой I снизился в среднем на 8,6–9,2% ($p < 0,05$). Наиболее выраженная и «ступенчатая» динамика была выявлена применительно к показателю КВА. При этом средние (по группе) величины у пациентов группы I соответствовали нормальному функциональному состоянию, в группе II — состоянию функционального напряжения зрительной системы, а в группе III средний показатель КВА соответствовал состоянию хронического зрительного утомления. Вклю-



ченные в опросник зрительные симптомы («усталость» глаз, «пелена» перед глазами, затуманивание зрения, трудность фокусировки и др.) – «классические» субъективные проявления зрительного утомления, возникающего в процессе интенсивной визуальной деятельности. Аналогичная динамика различий между группой I и группами II, III отмечена по показателям СХУ (5,2–6,9%, $p < 0,05$) и СПС (8,7–12,4%, $p < 0,05$).

Выявлены различия между группами по данным объективной аккомодографии. Установлено, что наиболее характерными признаками расстройств аккомодационной системы глаза при нарушениях психологической адаптации являются выраженное снижение КАО, отображающего степень напряжения цилиарной мышцы, и существенное повышение КМФ, который оценивает отклонение качественного состава аккомодационных микрофлюктуаций от нормы (при этом, чем выше данный показатель, тем больше «сил» затрачивает цилиарная мышца для преодоления предъявляемой зрительной нагрузки в единицу времени высокочастотного компонента аккомодационных микрофлюктуаций).

В отношении возможных механизмов выявленных нарушений следует подчеркнуть, что к настоящему моменту наиболее изученным является физиологический тонус аккомодации парасимпатической природы, который может быть определен с помощью циклоплегического обследования, основанного на медикаментозном расширении зрачка и параличе меридиональной и циркулярной порций цилиарной мышцы. В этом случае признается ведущее место парасимпатической иннервации в обеспечении фиксации взора вблизи. Симпатическая составляющая физиологического тонуса аккомодации, напротив, изучена мало и, как правило, связывается с обеспечением аккомодации вдаль.

Интенсивная профессиональная деятельность лиц зрительно-напряженного труда на фоне высокого уровня ответственности за конечный результат сопровождается возникновением характерных признаков «вегетатив-

ного невроза», связанного с активацией симпатико-адреналовой системы. Это, в свою очередь, приводит к дисфункции аккомодационной системы глаза при выполнении основной задачи – фиксации зрения вблизи, что подтверждается отрицательной динамикой результатов аккомодографического обследования. При этом необходимо особо подчеркнуть, что выявленные аккомодационные нарушения могут являться фактором риска ошибочных действий и существенного снижения зрительной работоспособности при возникновении у оператора зрительного профиля дефицита времени для принятия решения.

Таким образом, профессиональная деятельность военнослужащих-операторов зрительно-напряженного труда связана с риском развития психологической дизадаптации, что проявляется выраженной субъективной симптоматикой, характеризующей астенопию (зрительное утомление), синдром хронической усталости и общее снижение качества жизни. Параметры объективной аккомодографии следует рассматривать как эффективные прогностические показатели уровня психологической и зрительной дизадаптации. Функциональные нарушения аккомодации у военнослужащих с признаками психологической дизадаптации связаны с дисфункцией вегетативного баланса вследствие активации симпатико-адреналовой системы и с возрастными изменениями. Наличие у военнослужащих-операторов зрительно-напряженного труда признаков психологической дизадаптации рассматривается как фактор риска снижения их профессиональной надежности.

Выявленная в настоящей работе взаимосвязь объективных (аккомодационных – КАО, КМФ) и субъективных (КВА, КЗЖ, СХУ, СПС) показателей, отображающих уровень зрительной работоспособности, указывает на необходимость применения мультидисциплинарного подхода к лечению военнослужащих-операторов с явлениями психологической дизадаптации.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

УДК [616-092:159.938]-057.36-036.82/.85

Дыбов М.Д. (mddybov@gmail.com)¹, **Юдин В.Е.**¹, **Щегольков А.М.**², **Ярошенко В.П.**¹, **Анушкин А.Д.**¹, **Косухин Е.С.**¹, **Пушкарев Е.П.**¹, **Горнов С.В.**² – Применение метода компьютерного биоуправления в комплексной медицинской реабилитации военнослужащих с психосоматической патологией.

¹Филиал № 2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневого» МО РФ, Москва; ²Филиал ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова», Москва

Представлены результаты изучения эффективности комплексной медицинской реабилитации с применением компьютерного биоуправления у военнослужащих с психосоматической патологией.



Обследовано 69 больных с диагнозом гипертонической болезни, 65 — с инфарктом миокарда и 63 — с персистирующей бронхиальной астмой (в каждой категории выделены основная и контрольная группы). Реабилитационные программы для всех пациентов включали режим, диету № 10, физиотерапию, фитотерапию, лечебную гимнастику, фармакотерапию. Больные основных групп дополнительно получали сеансы биоакустической коррекции. Установлено, что оптимизация функционального состояния центральной нервной системы с помощью биоакустической коррекции способствует улучшению вегетативной регуляции кардиореспираторной системы, нормализации артериального давления, снижению периферического сосудистого сопротивления. Возрастает толерантность к физической нагрузке, улучшается бронхиальная проходимость. Все это существенно повышает эффективность реабилитационных мероприятий.

К л ю ч е в ы е с л о в а: психосоматические заболевания, медицинская реабилитация, компьютерное биоуправление, биоакустическая коррекция.

Dybov M.D., Yudin V.E., Shchegol'kov A.M., Yaroshenko V.P., Annushkin A.D., Kosukhin E.S., Pushkarev E.P., Gornov S.V. — Application of the method of computer biofeedback in the complex medical rehabilitation of military personnel with psychosomatic pathology. The results of a study of the effectiveness of complex medical rehabilitation using computerized biocontrol in military personnel with psychosomatic pathology are presented. 69 patients were diagnosed with hypertension, 65 with myocardial infarction, and 63 with persistent bronchial asthma (the main and control groups were identified in each category). Rehabilitation programs for all patients included regimen, diet number 10, physiotherapy, phytotherapy, physiotherapy, and pharmacotherapy. Patients of the main groups additionally received bioacoustic correction sessions. It has been established that optimization of the functional state of the central nervous system with the help of bioacoustic correction contributes to the improvement of the vegetative regulation of the cardiorespiratory system, the normalization of blood pressure, and the reduction of peripheral vascular resistance. Increases tolerance to exercise capacity, improves bronchial patency. All this significantly increases the effectiveness of rehabilitation measures.

К е у о r d s: psychosomatic diseases, medical rehabilitation, computer biocontrol, bioacoustic correction.

Психосоматическими принято считать расстройства функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов, приводящих к нервному перенапряжению, вегетативной дисфункции и, как следствие, — к соматическим расстройствам. Острая или хроническая психотравмирующая ситуация, возникающая в процессе военно-профессиональной деятельности, может приводить к снижению функционального состояния *центральной нервной системы* (ЦНС) у военнослужащих вследствие астенических нарушений и вегетативных дисфункций, которые наряду с различными невротическими проявлениями являются общими для психосоматических заболеваний.

При психосоматической патологии лечебные и реабилитационные мероприятия должны быть направлены на восстановление регуляторных систем организма, основаны на мобилизации естественных его резервов и не связаны с фармакологическими воздействиями. Этим требованиям отвечает метод компьютерного биоуправления на основе *биоакустической обратной связи* (БОС).

Биоуправление — это деятельность, требующая активного отношения больного к проводимым сеансам и мобилизации резервных возможностей ЦНС. Оно направлено на развитие и совершенствование механизмов саморегуляции физиологических функций при различных патологических со-

стояниях. Произвольная саморегуляция предполагает сохранность эмоционально-волевой сферы и наличие выраженной мотивации.

Клиническое применение БОС-терапии затрагивает практически все медицинские направления, в т. ч. и психосоматику. В последнее время возрастает интерес к нейроуправлению по *электроэнцефалограмме* (ЭЭГ), особенно при коррекции пограничных состояний и лечении психосоматической патологии. ЭЭГ отражает функциональное состояние ЦНС и, как следствие, адекватность коркового контроля над функционированием вегетативной нервной системы и внутренних органов.

Принципиально новый подход в использовании ЭЭГ-зависимой БОС реализован в методе *биоакустической коррекции* (БК), который отличается отсутствием задания пациенту по какой-либо переделке собственной ЭЭГ и созданием сигнала обратной связи, являющегося образом реального физиологического процесса, а не его формальной заменой. Единственная задача обследуемого в этих условиях — «слушать» работу собственного мозга. Ключевым моментом, обеспечивающим эффективность такой процедуры, является личная психоэмоциональная оценка больным звукового образа собственной текущей биоэлектрической активности головного мозга.

Цель настоящего исследования состояла в изучении эффективности комплексной медицинской реабилитации с применением компьютерного биоуправления у военнослужащих с психосоматической патологией.



Для достижения поставленной цели обследовано:

– 69 больных (основная группа – 38, контрольная – 31 человек) в возрасте от 30 до 56 лет (средний возраст $41 \pm 2,3$ года) с диагнозом гипертонической болезни 2-й стадии, артериальной гипертензией 2–3-й степени, среднего и высокого риска, без ассоциированной патологии;

– 65 больных (основная группа – 34, контрольная – 31 человек) в возрасте от 40 до 57 лет (средний возраст $48,7 \pm 5,1$ года) с диагнозом инфаркта миокарда. На госпитальный этап реабилитации больные переводились в среднем на $21 \pm 2,4$ сутки после инфаркта;

– 63 пациента (основная группа – 33, контрольная – 30 человек) с подтвержденным диагнозом персистирующей бронхиальной астмы легкой и средней степени тяжести с недостаточным контролем над симптомами заболевания в возрасте от 35 до 44 лет (средний возраст $39,5 \pm 4,1$ года).

Все пациенты были мужского пола, военнослужащие по контракту.

Комплексная методика обследования пациентов включала традиционные (общеклинические, инструментальные и лабораторные) методы, а также проведение ЭЭГ и оценку психоэмоционального статуса по показателям реактивной и личностной тревожности пациента, а также теста САН (самочувствие, активность настроение). Все пациенты выполняли обычные реабилитационные программы, которые включали режим, диету № 10, физиотерапию, фитотерапию, лечебную гимнастику, фармакотерапию. Больные основных групп дополнительно получали сеансы БК. Курс процедур состоял из 8 сеансов по 30 мин каждый через день.

В результате проведенного курса реабилитации жалобы астеноневротического характера, которые отмечались практически всеми пациентами, исчезли полностью почти у 70% больных, получавших сеансы БК, в то время как у пациентов, получавших базовую терапию, их количество не превысило 40%.

Количество больных гипертонической болезнью с жалобами на головные боли уменьшилось в основной группе с 84 до 9%, в контрольной – с 80 до 33%.

Количество больных инфарктом миокарда с ангинозными болями снизилось в основной группе с 82 до 52%, в контрольной – с 80 до 63%.

Вегетативная регуляция у обследованных кардиологических больных была в основном обусловлена симпатическим доминированием. По окончании курса реабилитации количество больных гипертонической болезнью

с симпатикотонией снизилось в основной группе на 33, в контрольной – на 13%, у больных инфарктом миокарда на 36% в основной и 19% в контрольной группе.

У больных гипертонической болезнью в обеих группах отмечалось достоверное снижение как среднего систолического, так и диастолического давления. При этом у больных основной группы систолическое артериальное давление (САД) уменьшилось на 13,1, диастолическое на 13,4%, а у больных контрольной группы на 12,2 и 9,4% соответственно. Вариабельность дневного САД и ночного диастолического артериального давления (ДАД) у пациентов обеих групп пришла к норме. Вариабельность ночного САД у больных контрольной группы осталось повышенной ($12,9 \pm 2,0$ мм рт. ст.), а у больных основной группы нормализовалось ($10,7 \pm 1,4$ мм рт. ст; $p < 0,05$). В обеих группах произошло достоверное снижение нагрузки САД и ДАД как днем, так и ночью. Уровень ночного снижения САД и ДАД в контрольной и ДАД в основной группе соответствовал нормальным показателям и в процессе реабилитации существенных изменений не претерпел. Ночное снижение САД в основной группе было недостаточным и в процессе реабилитации нормализовалось. У больных основной группы произошло уменьшение минутного объема крови с $7,3 \pm 0,6$ до $4,5 \pm 0,5$ л/мин ($p < 0,001$) и снижение периферического сопротивления сосудов с $3200 \pm 92,3$ до $2246 \pm 72,9$ дин·с⁻¹·см⁻⁵ ($p < 0,001$). В контрольной группе минутный объем крови уменьшился с $6,9 \pm 0,7$ до $5,1 \pm 0,6$ л/мин ($p < 0,05$), периферическое сопротивление сосудов – с $3222 \pm 96,9$ до $2994 \pm 91,7$ дин·с⁻¹·см⁻⁵ ($p > 0,05$).

Проведенные реабилитационные мероприятия оказали положительное воздействие на гемодинамические показатели всех больных инфарктом миокарда. Фракция выброса у больных основной группы увеличилась с $48,2 \pm 2,4$ до $54,7 \pm 2,1\%$ ($p < 0,05$), в контрольной – с $46,1 \pm 2,5$ до $50,6 \pm 2,2\%$ ($p > 0,05$). Ударный объем возрос в основной группе с $69,3 \pm 3,2$ до $78,6 \pm 3,1$ мл ($p < 0,05$), в контрольной – с $66,9 \pm 3,5$ до $71,4 \pm 4,4$ мл ($p > 0,05$). У больных, получавших сеансы БК, произошло более выраженное увеличение толерантности к физической нагрузке с $68,8 \pm 4,8$ до $91,9 \pm 4,7$ Вт ($p < 0,001$), в то время как у больных, проходивших реабилитацию по обычной реабилитационной программе, – с $69,8 \pm 4,5$ до $83,9 \pm 3,9$ Вт ($p < 0,05$). В ходе реабилитации у пациентов основной группы отмечено более выраженное улучшение показателей функции внешнего дыхания, что способствовало увеличению парциального давления кислорода с $69,5 \pm 4,5$ до $76,0 \pm 3,8$ мм рт. ст.



($p < 0,05$), у пациентов контрольной группы — с $71,3 \pm 4,5$ до $74,1 \pm 2,8$ мм рт. ст. ($p > 0,05$).

Проведенные реабилитационные мероприятия привели к улучшению психоэмоционального состояния всех больных. У больных кардиологического профиля в основных группах достоверно снизился показатель реактивной тревожности более чем на 10 баллов, в контрольных группах снижение этого показателя было недостоверным. Существенных изменений личностной тревожности не произошло ни в одной из групп больных. Более выраженное улучшение психоэмоционального состояния пациентов, получавших сеансы БК, подтверждается результатами теста САН (самочувствие, активность настроения).

В процессе реабилитации у больных наблюдалась реорганизация биоэлектрической активности головного мозга. При поступлении в реабилитационный центр более чем у 70% больных с гипертонической болезнью и инфарктом миокарда отмечалось снижение уровня альфа-ритма и увеличение бета-активности, что рассматривалось как повышенный уровень десинхронизации, характерный для функциональных расстройств ЦНС и свидетельствующий о повышенном уровне возбудимости и лабильности коры головного мозга. У остальных больных регистрировалась полиритмичная организация электрической активности коры головного мозга, характерная преимущественно для органических расстройств со стороны ЦНС.

В ходе проведения сеансов БК у больных с инфарктом миокарда было зарегистрировано увеличение доли периодов альфа-ритма на $22,1 \pm 4,5\%$ ($p < 0,001$) и снижение доли периодов бета-ритма на $26,8 \pm 6,2\%$ ($p < 0,05$), у больных гипертонической болезнью — на $13,9 \pm 3,5\%$ ($p < 0,01$) и на $9,6 \pm 2,3\%$ ($p < 0,05$) соответственно. Для больных с инфарктом миокарда и гипертонической болезнью, проходивших реабилитацию без БК, и у больных с полиритмичной организацией электрической активности головного мозга рост альфа-ритма был менее выраженным и недостоверным.

Реабилитационная программа с применением БК оказала также более выраженное положительное воздействие на клинико-психологические показатели *больных бронхиальной астмой*. При этом количество больных, предъявляющих жалобы на ночные и дневные симптомы дыхательной недостаточности, снизилось в основной группе на 27, в контрольной — на 17%. У больных основной группы достоверно снизился показатель реактивной тревожности с $42,9 \pm 1,5$ до $38,9 \pm 1,1$ ($p < 0,05$), в контрольной группе — с $43,0 \pm 1,4$ до $39,9 \pm 1,3$ ($p > 0,05$).

Значительно улучшились показатели функции внешнего дыхания у всех больных, однако у больных основной группы эти показатели были более выраженными и достоверными. Объем форсированного выдоха за 1 секунду у этих больных увеличился с $68,1 \pm 1,2$ до $72,9 \pm 1,4$ ($p < 0,05$), в контрольной группе — с $67,8 \pm 1,3$ до $70,7 \pm 1,2$ процентов от должной величины ($p > 0,05$), индекс Тиффно с $71,9 \pm 1,2$ до $75,9 \pm 1,0$ ($p < 0,05$) и с $72,1 \pm 1,4$ до $73,7 \pm 1,5$ ($p > 0,05$) соответственно. Положительная динамика функции внешнего дыхания обусловлена уменьшением спазма мелких периферических дыхательных путей за счет оптимизации вегетативной регуляции и, как следствие, — улучшения их проходимости.

Включение в комплексные программы медицинской реабилитации больных с психосоматической патологией сеансов БК обеспечило улучшение их психоэмоционального состояния, повышение активности и работоспособности. Динамику параметров биоэлектрической активности головного мозга и психологического тестирования больных гипертонической болезнью, инфарктом миокарда и бронхиальной астмой можно характеризовать как нормализацию психофизиологического состояния и повышение функционального состояния ЦНС. Наблюдаемые спектральные перестройки биоэлектрической активности головного мозга сопровождались улучшением звукового образа ЭЭГ. По-видимому, звуковой образ в процедуре БК является внешним критерием функционального состояния ЦНС, и его улучшение свидетельствует об «упорядоченности» электрической активности ЦНС.

Таким образом, применение биоакустической коррекции в комплексной медицинской реабилитации военнослужащих с психосоматической патологией существенно повышает эффективность реабилитационных мероприятий. Механизмы положительного воздействия этого метода связаны с повышением функционального состояния ЦНС, что обеспечивает оптимизацию коркового контроля вегетативной нервной системы. Снижение симпатических влияний на внутренние органы и, как следствие, — снижение частоты сердечных сокращений, уменьшение спазма мелких бронхов, снижение общего периферического сопротивления сосудов ведет к улучшению бронхиальной проходимости, снижению артериального давления, уменьшению нагрузки на миокард, увеличению сократительной способности сердечной мышцы, сердечного выброса и повышению толерантности к физической нагрузке.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

УДК 616.728.3-089.81.168.1-085.849.19

Дударев В.В.¹, Щегольков А.М.², Ярошенко В.П.¹, Поправка С.Н.¹, Сидоркин Д.Н. (sidorkinn1@list.ru)¹ – Применение лазерного излучения высокой интенсивности для медицинской реабилитации больных, перенесших артроскопическую операцию на коленном суставе.

¹Филиал № 2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневского» МО РФ, Москва; ²Филиал ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Москва

Изучено влияние лазерного излучения высокой интенсивности (длина волны 1064 нм, выходная мощность 12 Вт) на эффективность медицинской реабилитации 50 больных, прооперированных методом артроскопии по поводу хронической дегенеративной и травматической патологии коленного сустава. Были выделены основная и контрольная группы пациентов по 25 человек в каждой. В обеих группах в послеоперационный период применялось медикаментозное лечение. Больным основной группы, помимо общепринятой послеоперационной реабилитации, проводилась терапия лазерным излучением высокой интенсивности. Курсовое его применение привело к коррекции показателей микроциркуляторной перфузии и дало выраженный противовоспалительный и противоотечный эффект, что способствовало снижению болевого синдрома, улучшению локомоторной функции пораженного сустава и повышению результативности медицинской реабилитации в целом. Показано, что применение лазерного излучения высокой интенсивности является эффективным методом лечения больных, перенесших артроскопическую операцию на коленном суставе.

К л ю ч е в ы е с л о в а: патология коленного сустава, артроскопия, медицинская реабилитация, применение лазерного излучения высокой интенсивности.

Dudarev V.V., Shchegolkov A.M., Yaroshenko V.P., Popravka S.N., Sidorkin D.N. – The use of high-intensity laser radiation for medical rehabilitation of patients undergoing arthroscopic surgery on the knee joint. The effect of high-intensity laser radiation (wavelength 1064 nm, output power 12 W) on the efficiency of medical rehabilitation of 50 patients operated on by arthroscopy for chronic degenerative and traumatic pathology of the knee joint was studied. Were allocated to the main and control groups of patients by 25 people each. In both groups, in the postoperative period, drug treatment was applied. In addition to the generally accepted postoperative rehabilitation, patients of the main group received high-intensity laser therapy. Its course application led to the correction of microcirculatory perfusion and gave a pronounced anti-inflammatory and anti-edema effect, which contributed to the reduction of pain, improved locomotor function of the affected joint and increased the effectiveness of medical rehabilitation in general. It has been shown that the use of high-intensity laser radiation is an effective method for treating patients who have undergone arthroscopic surgery on the knee joint.

К е у в о р д s: pathology of the knee joint, arthroscopy, medical rehabilitation, the use of high-intensity laser radiation.

В настоящее время артроскопия признана в качестве безальтернативного метода диагностики и лечения внутрисуставных повреждений коленного сустава и их последствий.

В реабилитации больных после артроскопической операции на коленном суставе одно из главных мест принадлежит физиотерапии и лечебной физкультуре.

В последние годы в клинической практике широкое применение получили методы лазеротерапии. Механизм воздействия лазерного излучения основан на стимуляции тканей на клеточном уровне, на уровне сосудистой структуры, интерстициальной ткани и иммунной системы. Одним из актуальных направлений лазеротерапии признается применение с лечебной целью лазерного излучения высокой интенсивности, обуславливающего выраженный обезболивающий и противовоспалительный эффект.

Важным критерием терапевтической эффективности различных физиотерапевтических методов является состояние микроциркуляции в области воздействия до и после курсового лечения. Объективная регистрация микроциркуляторных нарушений позволяет определить прогноз течения тех или иных заболеваний и производить дифференцированный подбор методов лечения. Это особенно важно при патологии опорно-двигательного аппарата. Эти положения послужили основой для исследования состояния микроциркуляции в области коленного сустава у больных до и после лечебно-диагностической артроскопии, а также оценки влияния лазерного излучения высокой интенсивности на этот показатель в послеоперационный период и эффективности медицинской реабилитации в целом.

Под наблюдением находилось 50 больных в возрасте от 20 до 60 лет (средний воз-



раст $33,4 \pm 2,6$ года): 15 больных с гонартрозом разных стадий, 15 — со свежими и 5 — с застарелыми повреждениями менисков, 12 больных с повреждениями передней и 3 — задней крестообразных связок.

После предоперационной подготовки больным была проведена лечебно-диагностическая артроскопия коленного сустава, во время которой выполнялись дебрайтмент, санация сустава, удаление свободнолежащих внутрисуставных тел, шейверная обработка суставного хряща в месте повреждения. При наличии полнотелого дефекта суставного хряща проводилась остеоперфорация, при наличии повреждения менисков — резекция части или всего мениска, при наличии разрыва крестообразных связок выполнялась аутопластика STG, ВТВ, пластика лавсаном ДОНА-М.

После оперативного лечения больные были распределены на основную и контрольную группы по 25 человек в каждой. Пациентам контрольной группы проводилась традиционная послеоперационная реабилитация (медикаментозное лечение, физиотерапия и др.). Больным основной группы дополнительно к этим методам применялась терапия лазерным излучением высокой интенсивности. При этом режимы и техника проведения терапии комбинировались. Первые трое суток после операции в связи с наличием болевого синдрома использовался режим анальгезии с применением статодинамической методики проведения. Параметры терапии при этом составляли: мощность излучения 8–10 Вт, режим импульсный с частотой 25–50 Гц, коэффициент заполнения — 25%, доза 12 Дж/см², продолжительность воздействия 5–7 мин. С 4-х и по 10-е сутки режим анальгезии конвертировался в режим биостимуляции с лабильной методикой проведения. Параметры терапии при этом составляли: 5–6 Вт, режим постоянный, доза постепенно увеличивалась до 120 Дж/см², продолжительность воздействия 5–7 мин. В обеих группах проводилось медикаментозное лечение.

Состояние капиллярного кровотока оценивалось по данным *лазерной доплеровской флоуметрии* (ЛДФ), которая осуществлялась с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-02 (Россия). В ходе исследования регистрировались и рассчитывались среднее значение показателя микроциркуляции и его среднеквадратичное отклонение (σ). Анализ амплитуды и частоты ритмических составляющих флуксуометрии (колебания потока эритроцитов) производился на основе использования математического аппарата вейвлет-преобразования. При использовании вейвлет-анализа рассчитывались и анализировались амплитуда и частота рит-

мических составляющих. Кроме того, проводилось нормирование показателей амплитуды (А) каждого ритма по уровню ЛДФ-сигнала (М) — А ритма/М·100% и к величине его максимального разброса (σ) — А ритма/3 σ ·100%.

До оперативного лечения у пациентов были выявлены нарушения микроциркуляции, позволившие (в соответствии с классификацией В.И.Маколкина) разделить пациентов на две группы: А-группа (91%) — пациенты с гиперемически-застойным типом микроциркуляции; Б-группа (9%) — пациенты с ее нормоциркуляторным типом.

У больных А-группы было установлено увеличение амплитуды миогенных и нейрогенных осцилляций на 17% ($17,62 \pm 0,3$; $p < 0,05$) и на 15% ($19,70 \pm 0,8$; $p < 0,05$) соответственно. Эти данные подтвердились низким миогенным и нейрогенным тонусом артериол. Кроме того, выявлено снижение амплитуды эндотелиальных осцилляций на 12% ($12,20 \pm 0,3$; $p < 0,05$) и наличие застойных явлений в капиллярном и веноулярном звеньях микроциркуляторного русла. Различную степень нарушения микроциркуляции характеризуют амплитудно-частотные спектры (частотные гистограммы). До лечения на гистограмме большинства пациентов выявлено преобладание пульсовых и дыхательных ритмических составляющих в общем уровне вазомоторной активности, что предполагает подавление механизмов активной модуляции тканевого кровотока и сопровождается компенсаторным возрастанием роли пассивной модуляции. Вышеуказанные изменения коррелируют с увеличением показателя, характеризующего вклад пульсовых и дыхательных колебаний — Ас/3 σ ·100% и Ад/3 σ ·100% соответственно.

У больных Б-группы показатели ЛДФ были в пределах нормальных значений. При обследовании пациентов в раннем послеоперационном периоде выявлено увеличение микроциркуляторных нарушений в этой группе, заключающееся в снижении лимфатического, венозного оттока и артериального притока, что в целом сопровождалось прогрессированием отека тканей в области коленного сустава. Курсовое применение высокоинтенсивной лазерной терапии привело к статистически достоверным изменениям показателей микроциркуляторной перфузии. В частности, у больных, получавших терапию лазерным излучением высокой интенсивности, было установлено устранение эндотелиальной дисфункции ($14,0 \pm 0,9$; $p < 0,05$), снижение вклада нейрогенных ($17,0 \pm 0,4$; $p < 0,05$) и миогенных ($16,09 \pm 0,8$; $p < 0,01$) колебаний в общий уровень флуксуометрии, что в конечном счете привело к улуч-



шению капиллярного кровотока и веноулярного оттока.

Данные, полученные с помощью ЛДФ, соотносились с положительной клинической динамикой. У подавляющего большинства пациентов основной группы (22 человека) выявлено быстрое купирование болевого синдрома, причем у 50% из них его уменьшение отмечено на 2–3-й процедуре. Регресс болевого синдрома сопровождался уменьшением отечности суставов, улучшением locomotorной функции, увеличением расстояния, проходимого в течение дня. Значимое клиническое улучшение в виде увеличения объема активных и пассивных движений в ко-

ленном суставе позволило пациентам полностью отказаться от медикаментозной терапии. У больных контрольной группы, проходивших общепринятую реабилитацию, восстановление указанных функций происходило в большие сроки.

Таким образом, послеоперационная реабилитация пациентов, перенесших лечебно-диагностическую артроскопию коленного сустава, с курсовым использованием лазерного излучения высокой интенсивности оказывает выраженное корригирующее действие на систему микрогемодинамики и повышает эффективность медицинской реабилитации в целом.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019
УДК 616.727.13-002-085.828

Матвиенко В.В. (matvy1@yandex.ru)¹, **Бучнов А.Д.**², **Юдин В.Е.**¹, **Егорова И.А.**², **Ярошенко В.П.**¹, **Косухин Е.С.**¹ — Остеопатическое лечение при плечелопаточном периартрозе.

¹Филиал № 2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневского» МО РФ, Москва; ²ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», г. Великий Новгород

Проведена сравнительная оценка эффективности лечения пациентов с плечелопаточным периартрозом с применением стандартного и комплексного (стандартного и остеопатического) подходов. В исследование включены 30 пациентов в возрасте от 50 до 55 лет (12 мужчин и 18 женщин), разделенных на основную и контрольную группы. Контрольная группа получала стандартное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение (нестероидные противовоспалительные препараты, местные анестетики, массаж, физиотерапевтические процедуры), основная группа — дополнительно остеопатическое лечение. При остеопатическом обследовании оценивалось состояние мышечно-скелетной, краниосакральной и висцеральной систем, после чего проводилось лечение по общепринятым схемам. Включение методов остеопатии в протокол лечения пациентов, страдающих плечелопаточным периартрозом, позволило быстрее купировать болевой синдром, увеличить объем движения в пораженном суставе, что свидетельствует о повышении эффективности реабилитационных мероприятий при данной патологии.

К л ю ч е в ы е с л о в а: плечелопаточный периартроз, функциональное состояние организма, остеопатическое лечение.

Matvienko V.V., Buchnov A.D., Yudin V.E., Egorova I.A., Yaroshenko V.P., Kosukhin E.S. — Osteopathic treatment for humeroscapular periarthritis. A comparative evaluation of the effectiveness of treatment of patients with shoulder-blade periarthritis using the standard and complex (standard and osteopathic) approaches was carried out. The study included 30 patients aged 50 to 55 years (12 men and 18 women), divided into main and control groups. The control group received standard medical and physiotherapeutic treatment (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, local anesthetics, massage, physiotherapy procedures), the main group received additional osteopathic treatment. During osteopathic examination, the state of the musculo-skeletal, craniosacral and visceral systems was assessed, after which treatment was carried out according to generally accepted regimens. The inclusion of osteopathic methods in the treatment protocol for patients suffering from humeroscapular periarthritis allowed to relieve pain syndrome faster, increase the volume of movement in the affected joint, which indicates an increase in the effectiveness of rehabilitation measures for this pathology.

К е у в о р д s: shoulder scapular periarthritis, functional state of the body, osteopathic treatment.

Плечелопаточный периартроз — собирательное понятие, объединяющее различные патологические состояния, характеризующиеся болями и ограничением объема движений в плечевом суставе. По распространенности данная патология занимает второе место после заболеваний коленного сустава

(Алешкевич А.И., 2005; Исайкин А.И., 2017). Этим термином обозначаются поражения как мышц, так и капсулы сустава. В повседневной клинической практике более обосновано разграничение периартикулярных поражений на патологию вращающей манжеты и поражение собственно капсулы. Диагноз



ставится на основании клинических данных, данных лучевой диагностики, объема позволенных движений в пораженном суставе (Исайкин И.П. и соавт., 2017).

Исследования последнего десятилетия показали значение психологических, социальных и экологических факторов в развитии и поддержании болевого синдрома, связанного с плечевым суставом (Подчуфарова Е.В. и соавт., 2010).

Современные подходы к лечению плечелопаточного периартроза включают несколько направлений — нестероидная противовоспалительная терапия, физиотерапия, массаж, лечебная физкультура, механотерапия и игло-рефлексотерапия. Однако они назначаются без учета типов ограничений движений в плечевом суставе и диагностики миофасциального компонента болевого синдрома.

Цель исследования

Сравнительная оценка эффективности лечения пациентов с плечелопаточным периартрозом с помощью стандартного и комплексного (стандартного и остеопатического) подходов.

Материал и методы

На базе филиала № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого» и кафедры остеопатии НовГУ им. Ярослава Мудрого проведено комплексное психофизиологическое и остеопатическое обследование 30 пациентов (военнослужащих в запасе и членов их семей возрастом 50–55 лет), страдающих плечелопаточным периартрозом. Среди обследованных было: мужчин 12 (40%), женщин — 18 человек (60%). Правосторонний плечелопаточный периартроз наблюдался у 20 (67%), левосторонний — у 10 пациентов (33%).

Из числа обследованных было сформировано две группы по 15 человек: контрольная получала стандартное комплексное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение (нестероидные противовоспалительные препараты, местные анестетики, массаж, физиотерапевтические процедуры), основная группа — дополнительное остеопатическое лечение.

В исследование не включались пациенты, имеющие последствия травм плечевого сустава, онкологические заболевания в анамнезе, системные воспалительные заболевания суставов, остеопороз.

Психофизиологическое тестирование обследуемых лиц проведено с помощью аппаратно-программного психодиагностического комплекса АПК «Мультипсихометр». Определялись показатели субъективного состояния по анкете самооценки здоровья, выраженность боли по визуально-аналоговой шкале. Наряду с этим до и после лечения выполнялись гониометрические исследования амплитуды движений в плечевом суста-

ве. Показатели качества жизни оценивались по опроснику SF-36 (Новик А.А. с соавт., 2002; Бучнов А.Д. с соавт., 2016).

Рентгенологическое обследование плечевых суставов у больных проводилось с целью уточнения диагноза и выраженности патологического процесса по стандартной методике (Дыскин Е.А., 2002). Анализ рентгенограмм свидетельствовал о дегенеративно-дистрофическом поражении плечевых суставов у пациентов обеих групп.

Остеопатическое обследование включало оценку состояния мышечно-скелетной, краниосакральной и висцеральной систем, лечение проводилось по общепринятым в остеопатии схемам (Егорова И.А. с соавт., 2013). Остеопатическое лечение длительно — 40–45 мин проводилось 1 раз в 5 дней, 4 сеанса на курс лечения.

Результаты и обсуждение

Установлено, что в основной группе после лечения отмечалось уменьшение выраженности боли в плечевом суставе в 3,5 раза ($p < 0,001$), тогда как в контрольной — только в 2 раза ($p < 0,001$).

В основной группе пациентов после лечения уменьшалась частота жалоб на боли в шее, в грудной клетке и на снижение работоспособности (в 6–8 раз; $p < 0,05$), а также на боли в плече и головную боль (в 4–5 раз; $p < 0,05$). В контрольной группе частота перечисленных жалоб уменьшилась в 2–4 раза ($p < 0,05$). В основной группе после лечения отмечено улучшение по сравнению с исходными данными значений показателя субъективного состояния (в 1,5 раза, $p < 0,05$). В контрольной группе это увеличение было несущественным.

При тестировании объема активных движений в плечевом суставе на фоне остеопатического лечения в основной группе пациентов отмечено увеличение функции разгибания в больном плечевом суставе в 53, в контрольной — только в 13% случаев. Увеличение объема наружной ротации в основной группе встречалось в 2 раза ($p < 0,05$) чаще, чем в контрольной. Увеличение объема внутренней ротации в основной группе отмечалось в 80% случаев, что в 4 раза ($p < 0,05$) чаще, чем в контрольной.

В основной группе после лечения отмечено увеличение по сравнению с исходными данными значений показателей качества жизни — как физического (на 18,7%; $p < 0,05$), так и психологического компонента здоровья (на 12,3%; $p < 0,05$). В основной группе пациентов после лечения наибольшее увеличение значений показателей качества жизни выявлено по шкалам ролевого физического функционирования и боли (в 2 раза; $p < 0,05$), общего здоровья (в 1,3 раза; $p < 0,05$). В контрольной группе пациентов после ле-



чения отмечено лишь увеличение значений по шкале боли (в 1,3 раза; $p < 0,05$).

Остеопатическое обследование пациентов основной группы после остеопатического лечения показало отсутствие признаков соматических дисфункций черепной, грудной и тазовой диафрагм, до лечения их величина составляла от 73 до 87%. Выявлено уменьшение признаков дисфункции позвонков C_1-C_2 (в 9 раз; $p < 0,05$), а признаки дисфункций C_0-C_1 практически не встречались. Остеопатическое лечение способствовало уменьшению в основной группе частоты признаков соматических дисфункций позвонков C_7-Th_1 (в 8 раз; $p < 0,05$) и практически полному устранению дисфункций печени.

В контрольной группе пациентов на фоне стандартного лечения существенного уменьшения по сравнению с исходными данными частоты признаков соматических дисфункций не отмечено.

Таким образом, включение методов остеопатии в протокол лечения пациентов, страдающих плечелопаточным периартрозом, позволило быстрее купировать болевой синдром, увеличить объем движения в пораженном суставе, что свидетельствует о повышении эффективности реабилитационных мероприятий при данной патологии. Показатели качества жизни по опроснику SF-36 являются надежными критериями эффективности остеопатического лечения.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В преддверии Дня медицинского работника в конференц-зале КЛФК ЦСКА прошло торжественное мероприятие «Современная медицина и ее роль в поддержании спортивной формы спортсменов».

«Равнодушных людей здесь нет — это факт. Поэтому мне вдвойне приятно поздравить всех вас — и особенно медицинских работников, которые, я знаю, находятся в зале — поздравить с Днем медицинского работника и пожелать самого главного — здоровья. В этом помогает спорт, к которому все мы имеем самое непосредственное отношение», — отметил на мероприятии летчик-космонавт, Герой России, заместитель директора Института медико-биологических проблем РАН, полковник медицинской службы **Олег Котов**.

Также Олег Котов отметил, что спортсмены и космонавты занимаются одним делом — стараются создать модель здорового образа жизни у всего населения: «Что спортсмены, что космонавты олицетворяют собой некий стандарт отношения к себе, к здоровью и служению своей родине».

Начальник Центрального спортивного клуба Армии полковник **Артём Громов** поздравил всех присутствующих с наступающим праздником, а также поблагодарил почетных гостей за интересные истории.

«Сегодня такой момент, когда ни один спортсмен не может обойтись без помощи медицины. Приходя на помощь в экстремальных для спортсменов ситуациях, врач работает не только как медицинский работник, но и как психолог, — добавил Громов, — это одна из отраслей, которая не видна своей работой, но очень нужна. Но, как говорили сегодня наши гости, давайте поменьше встречаться в ваших кабинетах и побольше на таких приятных мероприятиях. Ваш труд неоценим. Мы без него — никуда».

Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 16 июня 2019 г.

https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12237047@egNews

В День медицинского работника командующий *Северным флотом* Герой России вице-адмирал **Александр Моисеев** поздравил личный состав медицинской службы флота, военных врачей, медсестер и гражданский персонал Североморского военно-морского клинического госпиталя и его филиалов с профессиональным праздником.

Командующий СФ отметил важность кропотливого и самоотверженного труда военных медиков по укреплению здоровья воинов-североморцев, профилактике заболеваний и выделит их вклад в укрепление боеготовности сил и войск флота.

«Сегодня военные медики надежно обеспечивают успешное выполнение задач дальних походов и боевых служб боевых кораблей, судов обеспечения и подводных лодок СФ в Арктике и других районах Мирового океана», — подчеркнул вице-адмирал Александр Моисеев в своем поздравлении.

Командующий СФ пожелал всем медицинским работникам крепкого здоровья и успехов в их самой гуманной деятельности на благо Родины и Флота.

Пресс-служба Северного флота, 16 июня 2019 г.

https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12237011@egNews



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019
УДК [614.25:355](091)(470.311)

Филиалу № 2 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского — 30 лет

ЮДИН В.Е., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса
ЯРОШЕНКО В.П., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса
КОСУХИН Е.С., кандидат медицинских наук
ШЕХОВЦОВ Ю.А., заслуженный работник здравоохранения РФ,
полковник медицинской службы в отставке
ОВЕЧКИН И.Г., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса
(doctoro@mail.ru)

Филиал № 2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневского»
МО РФ, Москва

Авторами представлена 30-летняя история функционирования и современное состояние Филиала № 2 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского Министерства обороны Российской Федерации. В настоящее время филиал обеспечен всем необходимым лечебно-реабилитационным оборудованием. Основная практическая деятельность учреждения направлена на дальнейшее совершенствование медицинской помощи военнослужащим и членам их семей путем внедрения инновационных методов медицинской реабилитации. Накопленный многолетний опыт специалистов в проведении медицинской реабилитации раненых и больных позволяет оказывать медицинскую помощь на уровне мировых стандартов.

К л ю ч е в ы е с л о в а: медицинская реабилитация, медицинское обеспечение, лечебно-реабилитационный центр, Филиал № 2 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского.

Yudin V.E., Yaroshenko V.P., Kosukhin E.S., Shekhovtsov Yu.A., Ovechkin I.G. — Branch No. 2 of the A.A.Vishnevsky 3rd Central Military Clinical Hospital celebrates the 30th anniversary. The authors presented a 30-year history of operation and the current state of the branch No. 2 of the A.A.Vishnevsky 3rd Central Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of the Russian Federation. Currently, the branch is provided with all necessary medical and rehabilitation equipment. The main practical activity of the institution is aimed at further improving medical care for servicemen and their families by introducing innovative methods of medical rehabilitation. The accumulated long-term experience of specialists in conducting medical rehabilitation of the wounded and sick allows us to provide medical care at the level of world standards.

К е у в о р д s: medical rehabilitation, medical care, treatment and rehabilitation center, Branch No. 2 of the A.A.Vishnevsky 3rd Central Military Clinical Hospital.

В историческом аспекте основополагающим документом о формировании Филиала № 2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневского» Минобороны России явилось решение Исполкома Моссовета от 25.11.1983 г. № 3489 «Об отводе Министерству обороны СССР земельного участка по Левобережной улице под

строительство пансионата ветеранов армии и флота» на 200 мест. Спустя три года решением руководства Центрального военно-медицинского управления МО СССР от 12 ноября 1988 г. функциональное назначение «пансионата» было изменено на филиал ГВКГ им. Н.Н.Бурденко для проведения восстановительного лечения контингента МО СССР.

Филиалу № 2 3 ЦВКГ имени А.А.Вишневого — 30 лет



Начальник
филиала № 2
ФГБУ «3 ЦВКГ
им. А.А.Вишне-
вского» МО РФ
профессор
В.Е.Юдин

Сеанс полирецепторного воздействия
с применением альфа-капсулы



Процедура
галотерапии

Восстановление навыков
ходьбы на аппаратно-
программном комплексе
«Lokomat»



Филиалу № 2 3 ЦВКГ имени А.А.Вишневого – 30 лет



Электроэнцефалографическое исследование проводит врач **Н.В.Пятаева**

Сеанс ударно-волновой терапии сердца проводит кандидат медицинских наук **Е.П.Пушкарёв**



Процедура ручных и ножных гидромассажных ванн

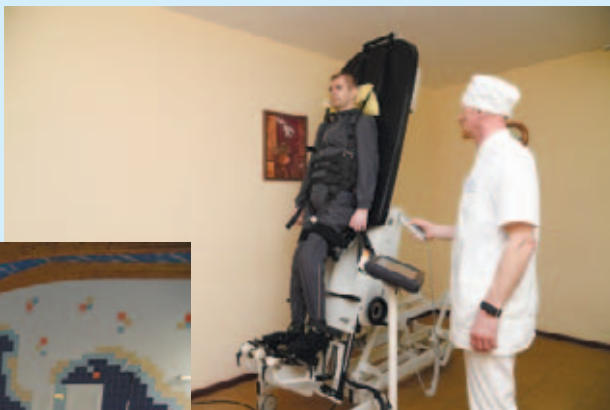
Сеанс вертикального подводного вытяжения



Процедура в гидромассажной ванне

Филиалу № 2 3 ЦВКГ имени А.А.Вишневого — 30 лет

Вертикализацию пациента на аппаратно-программном комплексе «Erigo» проводит заведующий отделением ЛФК С.К.Евстафьев



Групповое занятие лечебной физкультурой в бассейне

Активно-пассивная реабилитация пациентов на аппаратах «THERA»



Расширение физических возможностей пациента на экзоскелете «ExoAtlet»

Сеанс восстановления двигательных навыков верхней конечности на аппаратно-программном комплексе «ARMEO»



Статья к юбилею госпиталя опубликована в рубрике «Из истории военной медицины»



Ежегодно в филиале проходят лечение и медицинскую реабилитацию более 9 тыс. больных, выполняется более 350 тыс. лечебных процедур. При этом большинство пациентов до поступления имеют тяжелую сочетанную патологию и выраженные функциональные нарушения. На базе филиала (на основе повседневной работы мультидисциплинарных бригад) проводится медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата и соматическими заболеваниями, а также при пограничных психических состояниях и психосоматических расстройствах.

Филиал непрерывно развивается, совершенствует свою работу, а его сотрудники успешно решают практические задачи по медицинской реабилитации, используя при этом весь арсенал современных методов. Ввод в эксплуатацию в 2018 г. нового лечебно-реабилитационного цен-

тра с бассейном позволил внедрить в процесс медицинской реабилитации новые медицинские технологии, такие как водолечение, грязелечение, современные аппаратные методы физиотерапии, аква-термальный комплекс.

В настоящее время учреждение обеспечено всем необходимым лечебно-реабилитационным оборудованием. Основная практическая деятельность филиала направлена на дальнейшее совершенствование медицинской помощи военнослужащим и членам их семей путем внедрения инновационных методов медицинской реабилитации. Многолетний опыт наших специалистов в проведении медицинской реабилитации раненых и больных позволяет сотрудникам Филиала № 2 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского оказывать медицинскую помощь на уровне мировых стандартов и с уверенностью смотреть в будущее.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019
УДК [615.838:614.2](091)(477.75)

Феодосийскому военному санаторию — 75 лет

ДОЛЯ В.Н., полковник запаса
ДИДЕНКО С.В., подполковник медицинской службы запаса
ОЛЬХОВАТСКИЙ О.Н. (l-s@bk.ru)

ФГБУ «Феодосийский военный санаторий» МО РФ, г. Феодосия, Республика Крым

В статье изложена история становления и развития военной здравницы с момента ее создания. Приведены данные о работе учреждения в разные годы в интересах совершенствования санаторно-курортного лечения и реабилитации военнослужащих, пенсионеров Минобороны, членов их семей.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Феодосийский военный санаторий, история становления, санаторно-курортное лечение военнослужащих.

Dolya V.N., Didenko S.V., Ol'khovatskii O.N. — Theodosia military health resort celebrates the 75th anniversary. The article describes the history of the formation and development of a military health resort since its inception. The data on the work of the institution in different years in the interests of improving sanatorium-resort treatment and rehabilitation of servicemen, pensioners of the Ministry of Defense, and their family members are given.

К е у в о р д s: Theodosia military sanatorium, history of formation, sanatorium-resort treatment of military personnel.

В июле 2019 г. исполнилось 75 лет со дня образования одной из старейших военных здравниц Крыма — Феодосийского военного санатория. Территория, на которой уютно расположен сана-

торий, овеяна славой великих имен — первого градоначальника Феодосии Семёна Михайловича Броневского, легендарного полководца, героя Кавказской войны генерала Петра Степановича Кот-

Феодосийскому военному санаторию — 75 лет



В бьюте минеральной воды «Феодосийская»



Подготовка к сеансу грязелечения



Кабинет ультразвуковых исследований



Пляж санатория



Руководство и врачебный состав санатория

Статья о санатории опубликована в рубрике «Из истории военной медицины»



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019
УДК 616(092 Боткин)

Профессор Военно-медицинской академии Сергей Сергеевич Боткин (1859–1910): карьера, судьба, исторический след

БОРОДУЛИН В.И., профессор¹
ПОДДУБНЫЙ М.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса
(voen-med-journal@mtu-net.ru)^{1,2}
ТОПОЛЯНСКИЙ А.В., профессор³

¹ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко», Москва;
²Редакция «Военно-медицинского журнала», Москва; ³Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова Минздрава России

Представлена научная биография одного из лидеров отечественной клиники внутренних болезней начала XX в., профессора Военно-медицинской академии Сергея Сергеевича Боткина (1859–1910). Авторами проанализирован обширный корпус работ ученого, публикации о нем, ряд архивных источников впервые вводится в научный оборот. С.С.Боткин известен также своей деятельностью в области художественного собирательства, с 1904 г. он являлся действительным членом Императорской академии художеств. По мнению авторов, из-за ранней кончины вхождение С.С.Боткина в группу лидеров терапевтической элиты того времени осталось незавершенным.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Сергей Сергеевич Боткин, Военно-медицинская академия, история военной медицины, медицинская наука в России начала XX в., медики — деятели культуры.

Borodulin V.I., Poddubnyi M.V., Topolyanskii A.V. — The Professor of the Military Medical Academy Sergey Sergeevich Botkin (1859–1910): career, fate, and historical contribution. The scientific biography of one of the leaders is presented. national clinic of internal diseases of the beginning of the 20th century, professor of the Military Medical Academy Sergey Sergeevich Botkin (1859–1910). The authors analyzed the extensive body of work of the scientist, publications about him, several archival sources for the first time found in scientific circulation. S.S.Botkin is also known for his activity in the field of artistic gathering, since 1904. He was a full member of the Imperial Academy of Arts. According to the authors, due to the early death, the entry of S.S.Botkin into the group of leaders of the therapeutic elite of that time remained unfinished.

K e y w o r d s: Sergey Sergeyevich Botkin, the Military Medical Academy, history of military medicine, medical science in Russia at the beginning of the 20th century, physicians — cultural workers.

В многочисленной и знаменитой семье Боткиных — купцов-чаеоторговцев, литераторов, коллекционеров и врачей XIX — начала XX в. было три выдающихся врача: сын основателя династии купца Петра Кононовича — глава семьи и основоположник научной клиники в России Сергей Петрович Боткин (1832–1889) и два его сына. Если младший из них Евгений Сергеевич Боткин (1865–1918), лейб-медик Николая II, в 1918 г. расстрелянный вместе с семьей Романовых, канонизирован РПЦ и в XXI веке заслуженно стал одним из героев Интернета, прессы и телевидения, то старший сын — Сергей Сергеевич — значительно менее известен, имя его сегодня полузабыто. Однако литература и архивные материалы свидетельствуют, что в начале XX в. он входил в терапевтическую элиту России.

Выдающиеся врачи-«знаменитости» в отечественной клинике внутренних болезней были, конечно, и во второй половине XIX столетия: не только С.П.Боткин, но и Э.Э.Эйхвальд, и В.А.Манассеин в Петербурге, Г.А.Захарьин и А.А.Остроумов в Москве, Н.А.Виноградов в Казани, Ф.Ф.Меринг в Киеве. Но терапевтической элиты как единого функционирующего организма не было — условия для этого сложились только в начале XX в. Решающую роль в организации научно-общественной жизни терапевтов страны сыграли создание научных обществ и проведение российских терапевтических съездов. Первый из них состоялся в конце декабря 1909 г. в Москве, председателем был избран В.Н.Сиротинин (Военно-медицинская академия, ВМА, Петербург), научным лидером



оказался В.П.Образцов (Университет Св. Владимира, Киев).

Переписка третьего признанного лидера — В.Д.Шервинского (Московский университет), руководившего организационной подготовкой съезда, сохранилась в его архиве¹, она свидетельствует о заметной роли С.С.Боткина как члена-учредителя и активного участника первого съезда. На съезде он выступил с докладом о новой нозологической форме, названной им «маньчжурским тифом» (современное название — эндемический крысиный сыпной тиф). Исследование было выполнено совместно с С.С.Зимницким; первая их публикация — в 1904 г., во время Русско-японской войны, окончательный текст работы опубликован в 1910 г.) [5]. На одной из своих последних фотографий С.С.Боткин запечатлен в президиуме съезда между Образцовым и Сиротининым (см. фото). Поскольку он был хорошо известен как воспитанный и мягкий по характеру человек, чуждый всякой официозности, никогда не торопившийся занять престижное место в первом ряду, этот снимок надежно свидетельствует: лидеры терапевтической элиты признавали С.С.Боткина своим равноправным коллегой и товарищем.

Сергей Сергеевич родился в первом браке С.П.Боткина с А.А.Крыловой 13 декабря 1859 г. в Париже (отец проходил стажировку у А.Труссо). Детство провел в Петербурге и за границей, где подолгу жил с больной матерью. Получил превосходное домашнее образование, затем с золотой медалью окончил в Петербурге 2-ю классическую гимназию (1879) и поступил на естественное отделение физико-математического факультета университета.

В отделе рукописей Российской национальной библиотеки имеется единственный автограф С.С.Боткина — его письмо от 12.02.1880 г. композитору М.А.Балакиреву. Речь в нем идет о близком адресату пациенте С.П.Боткина: *«Процесс правой верхушки за последние*

*полтора месяца, в продолжении которых папа не видел больного, приостановился...»*² Архивный документ фиксирует будущую связь пока еще студента-естественника с медициной и столь характерную для него впоследствии близость с художественно-музыкальной средой.

Окончив университет (1883) со степенью кандидата естественных наук и с серебряной медалью за исследование «О выветривании полевых шпатов», С.С.Боткин после проверочных экзаменов поступил на 3-й курс Военно-медицинской академии. В академической клинике С.П.Боткина он выполнил свое первое научное медицинское исследование, посвященное проблеме соотношения химического состава и физиологического действия металлов щелочной группы (по Д.И.Менделееву) [4]. По окончании Академии удостоен премии

² Российская национальная библиотека, ф. 41, оп. 1, д. 734.



Лидеры отечественной клиники внутренних болезней за столом президиума I-го съезда терапевтов (фрагмент): В.Д.Шервинский, В.П.Образцов, С.С.Боткин, В.Н.Сиротинин. Москва, декабрь 1909 г. Личный архив М.В.Поддубного

¹ Архив В.Д.Шервинского находится в отделе истории медицины Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко, Москва.



искусства"... В военном докторском мундире и профессор, он весь был таков, что ни о каком "мундире" и "урочных часах службы" не приходило на ум тому, с кем он разговаривал или кто на него смотрел. Ощущение "частного"... исключительно "домашнего" — веяло вокруг него, в близости с ним. Не было фигуры менее официальной и "должностной", чем он...

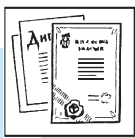
шаловливая ящерица смеха, шутки, остроумия вилась у него в речи, тихим баском... — Счастливый человек, — невольно приходило на ум» [17].

Что же касается места С.С.Боткина в терапевтической элите того времени, то несомненное его восхождение в группу ее лидеров осталось, к сожалению, незавершенным.

Литература

1. Бенуа А. Памяти С.С.Боткина (1924). В кн. «Александр Бенуа размышляет». — М., 1968. — С. 168–175.
2. Больничная газета Боткина. — 1892. — № 42.
3. Боткин С.С. Влияние солей рубидия и цезия на сердце и кровообращение в связи с законностью физиологического действия щелочных металлов / Диссертация. — СПб, 1888.
4. Боткин С.С., Зимницкий С.С. Маньчжурским действием и химическими свойствами металлов щелочной группы по Д.И.Менделееву // Клинич. газета. — 1885. — № 23.
5. Боткин С.С., Зимницкий С.С. Маньчжурский тиф, его клиническая картина и возбудитель. — М.: Т-во тип. А.И.Мамонтова, 1910. — 31 с.
6. Боткина А.П. Воспоминания о семействе Боткиных // Клинич. медицина. — 1957. — № 8. — С. 131.
7. Верховская И. Коллекция Сергея Сергеевича Боткина / В кн. «Коллекции Михаила и Сергея Боткиных» (Из серии «Коллекции и коллекционеры Русского музея. — Вып 2.» // Альманах. — Вып 316. — СПб: Palace Editions, 2011. — С. 73–85.
8. Врач. — 1898. — № 24. — С. 717.
9. Довинер Д.Г. Сергей Сергеевич Боткин и его научное наследие // Клинич. медицина. — 1954. — Т. XXXII, № 1. — С. 90.
10. Жданов К.В., Лобзин Ю.В., Волжанин В.М. и др. Первая в России кафедра инфекционных болезней: от истоков к современности (к 115-летию кафедры инфекционных болезней ВМА им. С.М.Кирова) // Журн. инфектологии. — 2011. — Т. 3. — № 4. — С. 5.

11. История Императорской Военно-медицинской (бывшей Медико-хирургической) академии за сто лет. 1798–1898. — Под ред. проф. Иванковского. — СПб, 1898. — 828 с.
12. Манухин И.И. С.Боткин, И.Мечников, М.Горький // Новый журнал (Нью-Йорк). — 1967. — Кн. 86. — С. 140–143.
13. Олейников Г.П. Исторический очерк кафедры общего учения о заразных болезнях с бактериологией и клиники остро-заразных болезней ИВМА. — СПб, 1899. — С. 14.
14. Петров Н.С. Сергей Сергеевич Боткин (к 125-летию со дня рождения) // Клинич. медицина. — 1984. — Т. LXII, № 11. — С. 139.
15. Протоколы заседания Конференции ИВМА за 1898–1899 г. — СПб, 1912. — С. 114, 151.
16. Протоколы заседания Конференции ИВМА за 1899–1900 г. — СПб, 1903. — С. 238, 390.
17. Розанов В.В. Собр. соч. в 11 т. / Под общ. ред. А.Н.Николюкина. — М.: Республика, 1994. — Т. 1. — С. 326–327.
18. Русский врач. — 1910. — № 11.
19. Сергей Сергеевич Боткин (некролог). Памяти Сергея Сергеевича Боткина. — СПб: Типография «Я.Трейд», 1910. — С. 8 (автор не указан).
20. Фарбер В.Б. Сергей Сергеевич Боткин (К 100-летию со дня рождения) // Клинич. медицина. — 1959. — Т. XXXVII, № 12. — С. 134.
21. Хохлова А.С. Мой отец Сергей Сергеевич Боткин // Клинич. медицина. — 1984. — Т. LXII, № 11. — С. 141.
22. Berliner klinische Wochenschrift. — 1892. — N 29. — S. 470.



ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

Ю Б И Л Е И

© Т.Н.ВЛАСЕНКО, 2019

УДК 616:355 (092 Воронков О.В.)



8 августа 2019 г. исполнилось 85 лет заслуженному работнику здравоохранения РФ, доктору фармацевтических наук, профессору полковнику медицинской службы в отставке **Олегу Валентиновичу Воронкову**.

О.В. Воронков родился в г. Кутаиси Грузинской ССР. После окончания в 1957 г. ВМФ при Харьковском мединституте последовательно проходил военную службу на должностях начальника аптеки медико-санитарного батальона, военного госпиталя, старшего офицера армейского медицинского склада, начальника отдела хранения окружного медицинского склада, старшего офицера по медицинскому снабжению Киевского военного округа, преподавателя кафедры военно-медицинского снабжения ВМедА им. С.М.Кирова, заместителя начальника отдела медицинского снабжения и складов, начальника отдела мобилизационной подготовки и неприкосновенных запасов управления медицинского снабжения ЦВМУ МО СССР.

О.В.Воронков — участник боевых действий в Демократической Республике Афганистан и ликвидации аварии на ЧАЭС. Награжден орденами Красной Звезды, «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, многими медалями.

Руководство Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Филиала Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Олега Валентиновича Воронкова с 85-летием и желают ему здоровья, оптимизма, долгих лет жизни и профессионального долголетия.

© Б.И.ЖОЛУС, А.Ю.ЗЕТКИН, В.С.ПОЛЯКОВ, 2019

УДК 616:355 (092 Реммер В.Н.)



8 июля 2019 г. исполнилось 75 лет заслуженному врачу РСФСР полковнику медицинской службы в отставке **Владимиру Николаевичу Реммеру**.

В.Н.Реммер родился в г. Житомире УССР. В 1968 г. окончил Военно-медицинский факультет при Куйбышевском государственном мединституте им. Д.И.Ульянова. Служил начальником медпункта зенитно-ракетной бригады, медицинской службы радиотехнической бригады, дивизии ПВО Ленинградского объединения ПВО.

В 1980 г. окончил факультет руководящего медицинского состава ВМедА им. С.М.Кирова и был назначен старшим преподавателем военной кафедры Челябинского мединститута, затем последовательно занимал должности начальника медицинской службы полигона Капустин Яр, военно-медицинской службы тыла Свердловской отдельной армии ПВО страны.

С 1988 г. Владимир Николаевич — заместитель начальника медицинской службы — главный врач авиации Войск противовоздушной обороны страны.

После увольнения из ВС (1998) В.Н.Реммер плодотворно трудился врачом-консультантом 736 ГЦСЭН МО РФ, с 2008 по 2012 г. работал главным специалистом исполнительной дирекции Всероссийской общественной организации «Трудовая доблесть России». В периодических изданиях организации, буклетах и книгах публиковал статьи о проблемах медицины, достижениях ее корифеев. С 2015 г. вновь работает в ГЦСЭН (специального назначения) МО РФ.



Награжден орденом «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, многими медалями, литературной премией имени А.С.Грибоедова «За верное служение на благо отечественной литературы».

Руководство Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Главного центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора (специального назначения) МО РФ, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» горячо и сердечно поздравляют Владимира Николаевича Реммера с юбилеем и желают ему крепкого здоровья, активного долголетия, счастья и новых успехов.

© В.П.ЯРОШЕНКО, 2019

УДК 616:355 (092 Овечкин И.Г.)



24 сентября 2019 г. исполняется 60 лет заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы запаса **Игорю Геннадьевичу Овечкину**.

И.Г.Овечкин после окончания с золотой медалью Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова был направлен в ГНИИИ авиационной и космической медицины МО СССР, где с 1982 по 1997 г. последовательно прошел путь от младшего научного сотрудника до начальника лаборатории зрения — ведущего специалиста Военно-воздушных сил в области авиационной офтальмологии и офтальмоэргномики. Под его непосредственным руководством был выполнен цикл клинико-функциональных исследований, результаты которых позво-

лили внедрить в практику медицинского обеспечения летного состава эффективную диагностику цветового зрения, а также метод контактной коррекции близорукости.

С 1997 г. по настоящее время И.Г.Овечкин заведует медицинским кабинетом (реабилитации органа зрения) Филиала № 2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневского» МО РФ, основным направлением деятельности которого является сохранение профессионального зрения военных специалистов с аномалиями рефракции. Им лично было выполнено более 5 тыс. эксимер-лазерных операций по восстановлению зрения, а также разработаны практические рекомендации по функциональной коррекции зрения и лечению компьютерного зрительного синдрома.

Игоря Геннадьевича отличает высокий уровень научной деятельности, он является автором (соавтором) более 400 научных работ, в т. ч. 3 монографий и нескольких специальных пособий по сохранению зрения на производстве и в бытовых условиях. Под его научным руководством 18 соискателей успешно защитили диссертации на соискание ученых степеней кандидата и доктора медицинских наук.

Руководство Главного военно-медицинского управления МО РФ, коллектив Филиала № 2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневского» Минобороны России, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Игоря Геннадьевича Овечкина с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и новых творческих успехов.

* * *

Руководство Главного военно-медицинского управления МО РФ, медицинской службы Южного военного округа, друзья и сослуживцы с прискорбием извещают, что **16 июня 2019 г.** на 68-м году ушел из жизни видный организатор военного здравоохранения, бывший начальник медицинской службы Северо-Кавказского военного округа (1999–2001), заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, кавалер 5 боевых орденов полковник медицинской службы в отставке

УЛУНОВ Анатолий Дмитриевич

и выражают соболезнование родным и близким покойного.



Перечень циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки в Военно- медицинской академии им. С.М.Кирова в 2019/2020 учебном году

Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Факультет дополнительного профессионального образования ВМедА (Санкт-Петербург)		
Профессиональная переподготовка		
Для замещения должностей начальников (заместителей начальника), руководителей военно-медицинских организаций (воинских частей), код группы 19150		
Организация здравоохранения и общественное здоровье	заочное	05.09.19–23.10.19, 16.12.19–08.02.20, 02.03.20–20.04.20
	очное	24.10.19–13.12.19, 10.02.20–01.04.20, 21.04.20–11.06.20
Для замещения воинских должностей врачей-специалистов военно-медицинских организаций (воинских частей) по видам профессиональной деятельности, код группы 19155		
Авиационная и космическая медицина	3,5 мес	02.09.19–11.12.19, 16.12.19–02.04.20
Аллергология и иммунология	3,5 мес	02.09.19–11.12.19
Бактериология	3,5 мес	16.12.19–02.04.20
Водолазная медицина	3,5 мес	02.09.19–11.12.19, 16.12.19–02.04.20, 06.04.20–17.07.20
Гастроэнтерология	3,5 мес	02.09.19–11.12.19
Гематология	3,5 мес	06.04.20–17.07.20
Дерматовенерология	3,5 мес	06.04.20–17.07.20
Инфекционные болезни	3,5 мес	02.09.19–11.12.19, 16.12.19–02.04.20
Кардиология	3,5 мес	16.12.19–02.04.20
Колопроктология	3,5 мес	16.12.19–02.04.20
Мануальная терапия	3,5 мес	02.09.19–11.12.19
Нефрология	3,5 мес	02.09.19–11.12.19
Общая врачебная практика (семейная медицина)	3,5 мес	06.04.20–17.07.20
Онкология	3,5 мес	06.04.20–17.07.20
Патологическая анатомия	3,5 мес	16.12.19–02.04.20
Профпатология	3,5 мес	16.12.19–02.04.20



Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Психиатрия – наркология	4 мес	02.09.19–25.12.19
Психотерапия	3,5 мес	16.12.19–02.04.20
Психофизиология и профессиональный отбор	3,5 мес	02.09.19–11.12.19
Пульмонология	3,5 мес	02.09.19–11.12.19, 16.12.19–02.04.20
Радиология	3,5 мес	02.09.19–11.12.19
Ревматология	3,5 мес	02.09.19–11.12.19
Рентгенология	4 мес	02.09.19–25.12.19
Рефлексотерапия	3,5 мес	16.12.19–02.04.20
Скорая медицинская помощь	3,5 мес	02.09.19–11.12.19, 16.12.19–02.04.20, 06.04.20–17.07.20
Судебно-медицинская экспертиза	3,5 мес	02.09.19–11.12.19
Терапия	3,5 мес	02.09.19–11.12.19, 16.12.19–02.04.20, 06.04.20–17.07.20
Токсикология	3,5 мес	02.09.19–11.12.19
Трансфузиология	3,5 мес	16.12.19–02.04.20
Ультразвуковая диагностика	3,5 мес	02.09.19–11.12.19, 16.12.19–02.04.20
Физиотерапия	3,5 мес	02.09.19–11.12.19
Фтизиатрия	3,5 мес	16.12.19–02.04.20
Функциональная диагностика	3,5 мес	02.09.19–11.12.19, 16.12.19–02.04.20
Хирургия	3,5 мес	02.09.19–11.12.19
Эндоскопия	3,5 мес	02.09.19–11.12.19, 16.12.19–02.04.20
Для замещения врачей-стоматологов военно-медицинских организаций (воинских частей), код группы 19160		
Стоматология ортопедическая	3,5 мес	02.09.19–11.12.19, 06.04.20–17.07.20
Стоматология терапевтическая	3,5 мес	02.09.19–11.12.19, 16.12.19–02.04.20, 06.04.20–17.07.20
Стоматология хирургическая	3,5 мес	02.09.19–11.12.19, 16.12.19–02.04.20, 06.04.20–17.07.20
Для замещения должностей военных специалистов медико-профилактических специальностей военно-медицинских организаций (воинских частей), код группы 19165		
Общая гигиена	3,5 мес	16.12.19–02.04.20
Радиационная гигиена	3,5 мес	16.12.19–02.04.20
Эпидемиология	3,5 мес	02.09.19–11.12.19



Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Для замещения должностей военных специалистов-провизоров военно-медицинских организаций (воинских частей), код группы 19170		
Управление и экономика фармации	3,5 мес	16.12.19–02.04.20, 06.04.20–17.07.20
Фармацевтическая технология	3,5 мес	02.09.19–11.12.19
Для выполнения нового вида профессиональной деятельности в сфере педагогики высшей школы, код группы 19175		
Педагогика высшей школы	2,5 мес	01.10.19–12.12.19, 02.03.20–15.05.20
Повышение квалификации		
Руководящего состава медицинской службы видов ВС, военных округов, флотов, родов войск ВС, ГВМУ МО РФ, код группы 19000		
Медицинское обеспечение боевых действий соединений ВС РФ	2 нед	13.05.20–28.05.20
Медицинское обеспечение Военно-морского флота	2 нед	21.11.19–06.12.19
Медицинское обеспечение военных действий оперативных объединений ВС РФ	2 нед	15.01.20–30.01.20
Медицинское обеспечение военных действий стратегических объединений ВС РФ	2 нед	21.11.19–06.12.19
Организация работы военного госпиталя	2 нед	05.09.19–20.09.19
Информационно-статистическая работа в медицинской службе ВС РФ	2 нед	13.05.20–28.05.20
Военных специалистов учебно-методических отделов вузов МО, код группы 19005		
Планирование и организация образовательной деятельности в вузе	2 нед	21.11.19–06.12.19
Военных специалистов научно-исследовательских подразделений вузов МО РФ и научно-исследовательских организаций МО, код группы 19010		
Методология научного исследования	2 нед	18.02.20–05.03.20
Планирование и организация научно-исследовательской деятельности в вузе	2 нед	18.02.20–05.03.20
Военных специалистов военно-медицинских организаций (воинских частей) для оказания специализированной (высокотехнологичной) медицинской помощи, код группы 19015		
Авиационная и космическая медицина	1 мес	05.09.19–04.10.19, 21.11.19–20.12.19, 18.02.20–20.03.20, 01.04.20–30.04.20
Врачебно-летная экспертиза	1 мес	09.10.19–08.11.19, 15.01.20–13.02.20
Акушерство и гинекология (с курсом оперативной гинекологии и эндовидеохирургии в гинекологии)	1 мес	13.05.20–11.06.20



Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Акушерство и гинекология (с курсом гинекологической эндокринологии)	1 мес	18.02.20–20.03.20
Акушерство и гинекология (с курсом кольпоскопии и офисной гистероскопии)	1 мес	21.11.19–20.12.19
Акушерство и гинекология (с курсом инфекции и репродукции)	1 мес	01.04.20–30.04.20
Аллергология и иммунология	1 мес	01.04.20–30.04.20
Анестезиология и реаниматология	1 мес	09.10.19–08.11.19, 21.11.19–20.12.19, 18.02.20–20.03.20
Анестезиология и реаниматология (с курсом ультразвуковых технологий)	1 мес	09.10.19–08.11.19, 18.02.20–20.03.20
Анестезиология и реаниматология (с курсом экстракорпоральной детоксикации)	1 мес	01.04.20–30.04.20
Бактериология	1 мес	15.01.20–13.02.20
Водолазная медицина (с курсом гипербарической оксигенации)	1 мес	18.02.20–20.03.20
Водолазная медицина (с курсом медицинского обеспечения поисковых и аварийно-спасательных работ на море)	1 мес	09.10.19–08.11.19
Водолазная медицина (с курсом физиологии военно-морского труда)	1 мес	13.05.20–11.06.20
Гастроэнтерология	1 мес	21.11.19–20.12.19, 15.01.20–13.02.20
Гематология	1 мес	21.11.19–20.12.19
Дерматовенерология (инфекции, передаваемые половым путем)	1 мес	09.10.19–08.11.19, 15.01.20–13.02.20
Дерматовенерология (с курсом лазерных технологий и дерматоскопии)	1 мес	13.05.20–11.06.20
Дерматовенерология (современные методы диагностики и лечения дерматологических заболеваний)	1 мес	05.09.19–04.10.19, 16.06.20–15.07.20
Диетология	1 мес	18.02.20–20.03.20
Инфекционные болезни	1 мес	05.09.19–04.10.19, 09.10.19–08.11.19, 21.11.19–20.12.19, 15.01.20–13.02.20, 18.02.20–20.03.20, 16.06.20–15.07.20
Кардиология	1 мес	05.09.19–04.10.19, 15.01.20–13.02.20, 18.02.20–20.03.20
Кардиология с диагностикой и лечением нарушения сердечного ритма и проводимости	1 мес	09.10.19–08.11.19
Кардиология с курсом неотложной кардиологии	1 мес	13.05.20–11.06.20



ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Клиническая лабораторная диагностика	1 мес	09.10.19–08.11.19, 18.02.20–20.03.20
Клиническая лабораторная диагностика (цитологическая диагностика)	1 мес	21.11.19–20.12.19, 01.04.20–30.04.20
Клиническая трансфузиология с курсом экстракорпоральной детоксикации	1 мес	09.10.19–08.11.19
Клиническая фармакология	1 мес	15.01.20–13.02.20
Колопроктология	1 мес	05.09.19–04.10.19
Лечебная физкультура и спортивная медицина	1 мес	21.11.19–20.12.19
Мануальная терапия	1 мес	01.04.20–30.04.20
Медицинская реабилитация	1 мес	15.01.20–13.02.20
Медицинская реабилитация	2 нед	01.04.20–15.04.20
Неврология	1 мес	09.10.19–08.11.19, 18.02.20–20.03.20
Неврология с курсом лечебно-диагностических блокад	1 мес	21.11.19–20.12.19
Неврология с курсом ультразвуковой доплерографии	1 мес	13.05.20–11.06.20
Неврология с курсом функциональной диагностики	1 мес	15.01.20–13.02.20
Нейрохирургия (с курсом высоких технологий в нейрохирургии)	1 мес	01.04.20–30.04.20
Нейрохирургия (с курсом микронейрохирургии)	1 мес	09.10.19–08.11.19
Нефрология	1 мес	13.05.20–11.06.20
Общая врачебная практика (семейная медицина)	1 мес	09.10.19–08.11.19, 15.01.20–13.02.20
Онкология	1 мес	13.05.20–11.06.20
Организация здравоохранения и общественное здоровье с курсом правовых основ медицинской деятельности	1 мес	05.09.19–04.10.19, 24.10.19–23.11.19, 18.02.20–20.03.20, 01.04.20–30.04.20
Организация здравоохранения и общественное здоровье с курсом управления качеством в здравоохранении	1 мес	15.01.20–13.02.20, 13.05.20–11.06.20
Отоларингология с курсом современных методов диагностики и лечения отоларингологических заболеваний	1 мес	05.09.19–04.10.19, 15.01.20–13.02.20
Отоларингология с курсом современных направлений специализированной хирургической помощи больным оториноларингологического профиля	1 мес	21.11.19–20.12.19, 15.01.20–13.02.20
Офтальмология с курсом витреоретинальной хирургии	1 мес	09.10.19–08.11.19
Офтальмология с курсом лазерной хирургии и офтальмоонкологии	1 мес	13.05.20–11.06.20
Офтальмология с курсом поражения органа зрения	1 мес	21.11.19–20.12.19
Офтальмология с курсом рефракционной хирургии и кератопластики	1 мес	01.04.20–30.04.20



Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Паразитология	1 мес	16.06.20–15.07.20
Патологическая анатомия	1 мес	09.10.19–08.11.19
Педиатрия	1 мес	09.10.19–08.11.19, 15.01.20–13.02.20
Пластическая хирургия (с курсом комбустиологии)	1 мес	21.11.19–20.12.19
Профпатология	1 мес	05.09.19–04.10.19, 13.05.20–11.06.20
Психиатрия	1 мес	05.09.19–04.10.19, 01.04.20–30.04.20
Психиатрия – наркология	1 мес	01.04.20–30.04.20
Психиатрия с курсом суицидологии	1 мес	15.01.20–13.02.20
Психотерапия	1 мес	16.06.20–15.07.20
Пульмонология	1 мес	05.09.19–04.10.19, 15.01.20–13.02.20
Радиология (с курсом радиационной безопасности)	1 мес	05.09.19–04.10.19, 13.05.20–11.06.20
Ревматология	1 мес	18.02.20–20.03.20
Рентгенология (с курсом магнитно-резонансной томографии)	1 мес	21.11.19–20.12.19, 01.04.20–30.04.20
Рентгенология (с курсом радиационной безопасности)	1 мес	05.09.19–04.10.19, 13.05.20–11.06.20
Рентгенология (с курсом рентгеновской компьютерной томографии)	1 мес	09.10.19–08.11.19, 18.02.20–20.03.20
Рефлексотерапия	1 мес	18.02.20–20.03.20
Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение (с курсом рентгенэндоваскулярных технологий в диагностике и лечении врожденных и приобретенных пороков сердца и магистральных сосудов)	1 мес	15.01.20–13.02.20
Судебно-медицинская экспертиза (с курсом судебно-медицинской травматологии)	1 мес	05.09.19–04.10.19
Судебно-медицинская экспертиза (актуальные вопросы судебной медицины)	1 мес	09.10.19–08.11.19
Судебно-медицинская экспертиза (экспертное сопровождение уголовного и гражданского судопроизводства по делам о причинении врачом вреда здоровью пациента)	1 мес	21.11.19–20.12.19
Судебно-медицинская экспертиза (с курсом «Избранные методы исследования в медицинской криминалистике»)	1 мес	15.01.20–13.02.20
Судебно-медицинская экспертиза (с курсом экспертиза в состязательном процессе)	1 мес	18.02.20–20.03.20
Судебно-медицинская экспертиза (судебно-медицинская оценка результатов лабораторных исследований в судебной медицине)	1 мес	13.05.20–11.06.20



Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Сердечно-сосудистая хирургия (с курсом актуальных вопросов хирургии вен)	1 мес	13.05.20–11.06.20
Терапия	1 мес	05.09.19–04.10.19, 09.10.19–08.11.19, 21.11.19–20.12.19, 13.05.20–11.06.20
Терапия (с курсом актуальных аспектов курации терапевтических больных в многопрофильном стационаре)	1 мес	01.04.20–30.04.20
Терапия (с курсом амбулаторно-поликлинической помощи)	1 мес	21.11.19–20.12.19,
Терапия (с курсом геронтологии и гериатрии)	1 мес	16.06.20–15.07.20
Терапия (с курсом интенсивной терапии неотложных состояний в клинике внутренних болезней)	1 мес	15.01.20–13.02.20
Терапия (с курсом терапевтической помощи в экстремальных ситуациях)	1 мес	05.09.19–04.10.19
Терапия с диагностикой и лечением обструктивной патологии легких	1 мес	09.10.19–08.11.19, 15.01.20–13.02.20
Токсикология (с курсом профилактической токсикологии и санитарных токсико-радиологических исследований)	1 мес	01.04.20–30.04.20
Токсикология (с курсом основ обеспечения химической и радиационной безопасности при чрезвычайных ситуациях)	1 мес	09.10.19–08.11.19
Торакальная хирургия (с курсом торако- и лапароскопической хирургии)	1 мес	05.09.19–04.10.19
Травматология и ортопедия (с курсом хирургии кисти и реконструктивной хирургии конечностей)	1 мес	21.11.19–20.12.19, 13.05.20–11.06.20
Травматология и ортопедия (с курсом артрологии и артроскопии)	1 мес	09.10.19–08.11.19, 01.04.20–30.04.20
Травматология и ортопедия (внешний и внутренний остеосинтез)	1 мес	05.09.19–04.10.19, 16.06.20–15.07.20
Травматология и ортопедия (с курсом вертебрологии)	1 мес	18.02.20–20.03.20
Травматология и ортопедия (с курсом эндопротезирования крупных суставов)	1 мес	15.01.20–13.02.20
Трансфузиология с курсом клинической трансфузиологии	1 мес	09.10.19–08.11.19
Трансфузиология с курсом производственной трансфузиологии	1 мес	13.05.20–11.06.20
Ультразвуковая диагностика в гастроэнтерологии	1 мес	13.05.20–11.06.20
Ультразвуковая диагностика в сердечно-сосудистой хирургии (с курсом ультразвуковой ангиологии)	1 мес	13.05.20–11.06.20
Ультразвуковая диагностика в сердечно-сосудистой хирургии (с курсом эхокардиографической диагностики)	1 мес	05.09.19–04.10.19



Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Ультразвуковые исследования в акушерстве и гинекологии (с курсом скринингового исследования в первом триместре)	1 мес	09.10.19–08.11.19
Ультразвуковая диагностика	1 мес	05.09.19–04.10.19, 15.01.20–13.02.20
Ультразвуковая диагностика (с курсом эхокардиографии)	1 мес	21.11.19–20.12.19
Урология (лапароскопия в урологии)	1 мес	09.10.19–08.11.19
Урология (онкоурология)	1 мес	18.02.20–20.03.20
Урология (хирургия полового члена и уретры)	1 мес	13.05.20–11.06.20
Физиотерапия	1 мес	05.09.19–04.10.19, 15.01.20–13.02.20, 13.05.20–11.06.20
Фтизиатрия	1 мес	13.05.20–11.06.20
Функциональная диагностика	1 мес	05.09.19–04.10.19, 15.01.20–13.02.20
Функциональная диагностика (с курсом мониторинга функций у больных кардиологического, пульмонологического и гастроэнтерологического профиля)	1 мес	09.10.19–08.11.19
Функциональная диагностика с курсом эхокардиографии	1 мес	09.10.19–08.11.19, 15.01.20–13.02.20
Хирургия	1 мес	09.10.19–08.11.19, 21.11.19–20.12.19
Хирургия (с курсом хирургии повреждений)	1 мес	05.09.19–04.10.19, 09.10.19–08.11.19, 21.11.19–20.12.19, 15.01.20–13.02.20, 18.02.20–20.03.20, 01.04.20–30.04.20, 13.05.20–11.06.20, 16.06.20–15.07.20
Хирургия (с курсом амбулаторной хирургии)	1 мес	09.10.19–08.11.19, 15.01.20–13.02.20, 18.02.20–20.03.20
Хирургия (с курсом минимально инвазивных вмешательств)	1 мес	09.10.19–08.11.19, 01.04.20–30.04.20
Хирургия (с курсом неотложной хирургической гастроэнтерологии)	1 мес	09.10.19–08.11.19, 15.01.20–13.02.20, 01.04.20–30.04.20
Хирургия (с курсом стационарозамещающих технологий)	1 мес	05.09.19–04.10.19, 21.11.19–20.12.19, 01.04.20–30.04.20, 13.05.20–11.06.20
Хирургия (с курсом эндовидеохирургии)	1 мес	01.04.20–30.04.20
Хирургия с курсом абдоминальной хирургии	1 мес	09.10.19–08.11.19



Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Хирургия с курсом лапароскопической хирургии	1 мес	21.11.19–20.12.19, 01.04.20–30.04.20
Хирургия с основами эндовидеохирургии	1 мес	18.02.20–20.03.20
Хирургия. Современные подходы и лечение хирургических инфекций	1 мес	09.10.19–08.11.19
Эндокринология	1 мес	05.09.19–04.10.19, 15.01.20–13.02.20
Эндоскопическая диагностика в гастроэнтерологии	1 мес	21.11.19–20.12.19, 13.05.20–11.06.20
Эндоскопия с курсом бронхологии	1 мес	21.11.19–20.12.19
Эндоскопия. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта	1 мес	13.05.20–11.06.20
Врачей-стоматологов военно-медицинских организаций (воинских частей), код группы 19020		
Стоматология ортопедическая	1 мес	05.09.19–04.10.19, 13.05.20–11.06.20
Стоматология терапевтическая	1 мес	05.09.19–04.10.19, 21.11.19–20.12.19, 15.01.20–13.02.20, 18.02.20–20.03.20, 01.04.20–30.04.20, 13.05.20–11.06.20
Стоматология хирургическая	1 мес	05.09.19–04.10.19, 21.11.19–20.12.19, 15.01.20–13.02.20, 18.02.20–20.03.20, 16.06.20–15.07.20
Челюстно-лицевая хирургия	1 мес	01.04.20–30.04.20
Военных специалистов медико-профилактических специальностей военно-медицинских организаций (воинских частей), код группы 19025		
Общая гигиена	1 мес	21.11.19–20.12.19, 01.04.20–30.04.20
Радиационная гигиена	1 мес	01.04.20–30.04.20
Эпидемиология (с курсом аэрозольных антропонозов)	1 мес	15.01.20–13.02.20
Эпидемиология (с курсом военной эпидемиологии)	1 мес	09.10.19–08.11.19, 18.02.20–20.03.20
Военных специалистов военно-медицинских организаций (воинских частей) в системе непрерывного медицинского (фармацевтического) образования, код группы 19030		
Актуальные вопросы травматологии и ортопедии	2 нед	13.05.20–28.05.20
Военно-врачебная экспертиза военнослужащих	2 нед	05.09.19–20.09.19, 15.01.20–30.01.20, 18.02.20–05.03.20, 13.05.20–28.05.20



Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Вопросы медицинского обеспечения при радиационных авариях и катастрофах	2 нед	21.11.19–06.12.19
Диагностика и лечение радиационных поражений	2 нед	21.11.19–06.12.19
Профпатология для врачей-специалистов комиссий по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров	2 нед	05.09.19–20.09.19, 17.09.19–01.10.19, 09.10.19–24.10.19
Экспертиза временной нетрудоспособности	2 нед	05.09.19–20.09.19, 15.01.20–30.01.20, 18.02.20–05.03.20, 11.03.20–25.03.20, 13.05.20–28.05.20
Экстракорпоральная детоксикация и гемокоррекция	2 нед	01.04.20–16.04.20
ВМедА не позднее 1 месяца до начала цикла (п. 8 при-ложения) размещает информацию с перечнем программ повышения квалификации и образовательных мероприятий, сроками и формами их проведения на официальном сайте vmeda.org в разделе «Образовательный портал»	1 нед	в течение учебного года
Военных специалистов-провизоров военно-медицинских организаций (воинских частей), код группы 19035		
Управление и экономика фармации	1 мес	09.10.19–08.11.19, 18.02.20–20.03.20
Фармацевтическая технология	1 мес	21.11.19–20.12.19, 01.04.20–30.04.20
Фармацевтическая химия и фармакогнозия	1 мес	18.02.20–20.03.20
Педагогических работников вузов МО и учебных военных центров при медицинских вузах Минздрава России, код группы 19040		
Информационные технологии в здравоохранении	2 нед	21.11.19–06.12.19, 15.01.20–30.01.20
Информационные технологии в образовании	2 нед	05.09.19–20.09.19, 15.01.20–30.01.20, 13.05.20–28.05.20
Современные проблемы высшего образования	1 мес	05.09.19–04.10.19, 15.01.20–14.02.20, 13.05.20–12.06.20
Военных специалистов военно-медицинских организаций (воинских частей) по организации медицинского снабжения в Вооруженных Силах, код группы 19045		
Управление и экономика фармации	1 мес	21.11.19–20.12.19
Организация работы с наркотическими средствами и психотропными веществами	2 нед	09.09.19–24.09.19, 07.10.19–19.10.19, 21.11.19–06.12.19, 18.02.20–05.03.20, 13.05.20–28.05.20, 16.06.20–01.07.20



Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Организация работы с новыми образцами комплектно-табельного оснащения	2 нед	15.01.20–30.01.20, 01.04.20–16.04.20
Основы национальной лекарственной политики и ее роль в системе безопасности России	2 нед	09.09.19–24.09.19, 18.03.20–01.04.20
Клинических психологов, код группы 19050		
Психофизиология конфликта	1 мес	01.04.20–30.04.20
Психологов групп психологической работы воинских частей и вузов МО по клинической психологии, код группы 19135		
Избранные вопросы клинической психологии	1 мес	09.10.19–08.11.19, 01.04.20–30.04.20
Начальников групп психологической работы воинских частей и вузов МО по психофизиологии военного труда и профессионального психологического отбора военных специалистов, код группы 19140		
Психофизиология военного труда и профессиональный психологический отбор военных специалистов	2 нед	21.11.19–06.12.19, 13.05.20–28.05.20
Филиал Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (Москва)		
Профессиональная переподготовка		
Для замещения воинских должностей начальников (заместителей начальников) медицинских организаций (воинских частей), код группы 20150		
Организация здравоохранения и общественное здоровье	3,5 мес	09.09.19–17.12.19, 10.02.20–29.05.20
Для замещения воинских должностей врачей-специалистов военно-медицинских организаций (воинских частей) по видам профессиональной деятельности, код группы 20155		
Рентгенология	3,5 мес	14.01.20–29.04.20
Колопроктология	3,5 мес	14.01.20–29.04.20
Эндоскопия	3,5 мес	14.01.20–29.04.20
Онкология	3,5 мес	14.01.20–29.04.20
Скорая медицинская помощь	3,5 мес	14.01.20–29.04.20
Ультразвуковая диагностика	3,5 мес	14.01.20–29.04.20
Терапия	3,5 мес	14.01.20–29.04.20
Функциональная диагностика	3,5 мес	14.01.20–29.04.20
Кардиология	3,5 мес	14.01.20–29.04.20
Рефлексотерапия	3,5 мес	14.01.20–29.04.20
Для замещения воинских должностей военных специалистов-провизоров медицинских организаций (воинских частей), код группы 20160		
Управление и экономика фармации	3,5 мес	03.09.19–10.12.19



Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Повышение квалификации		
Руководящего состава медицинской службы видов ВС, военных округов, флотов, родов войск ВС, ГВМУ МО РФ, код группы 20000		
Актуальные вопросы информационно-статистической деятельности медицинской службы ВС РФ	2 нед	11.11.19–25.11.19
Начальников (заместителей начальников) военно-медицинских организаций (воинских частей), код группы 20005		
Актуальные вопросы педагогической деятельности в высшей медицинской школе	2 нед	03.02.20–17.02.20, 13.04.20–27.04.20
Организация работы с наркотическими средствами и психотропными веществами в военно-медицинских учреждениях, воинских частях и подразделениях	2 нед	03.02.20–17.02.20, 13.04.20–27.04.20
Военно-врачебная экспертиза (для председателей ВВК ВМО и их заместителей)	2 нед	09.10.19–22.10.19, 13.11.19–26.11.19, 02.12.19–14.12.19
Организация освидетельствования граждан, исполняющих воинскую обязанность (для врачей-специалистов ВВК военных комиссариатов)	2 нед	04.09.19–17.09.19, 19.09.19–02.10.19, 29.01.20–11.02.20, 19.02.20–05.03.20
Врачебно-летная экспертиза	2 нед	14.01.20–27.01.20
Военных специалистов укрупненной группы медико-профилактических специальностей военно-медицинских организаций (воинских частей), код группы 20010		
Эпидемиология	1 мес	23.09.19–21.10.19, 02.03.20–31.03.20
Общая гигиена	1 мес	11.11.19–09.12.19, 30.03.20–27.04.20
Военных специалистов военно-медицинских организаций (воинских частей) в системе непрерывного медицинского (фармацевтического) образования, код группы 20015		
Экспертиза временной нетрудоспособности	2 нед	23.09.19–05.10.19, 14.10.19–26.10.19, 11.11.19–23.11.19, 09.12.19–21.12.19, 20.01.20–01.02.20, 10.02.20–22.02.20, 16.03.20–28.03.20, 13.04.20–25.04.20, 18.05.20–30.05.20
Организация военно-врачебной экспертизы в ВС РФ	2 нед	03.10.19–17.10.19, 13.05.20–27.05.20
Катетеризация сосудов под УЗ-навигацией	1 нед	11.11.19–16.11.19, 18.05.20–23.05.20
Избранные вопросы военно-полевой хирургии	1 нед	02.12.19–07.12.19



Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Профпатология	2 нед	18.11.19–30.11.19, 10.02.20–22.02.20, 22.06.20–04.07.20
Нарушение сердечного ритма в терапии	1 нед	16.09.19–21.09.19, 15.06.20–20.06.20
Медицинские информационные системы, актуальные вопросы телемедицины	2 нед	30.03.20–13.04.20
Корпоративная культура	1 нед	20.01.20–25.01.20
Организация производственного контроля в медицинских организациях	2 нед	16.09.19–30.09.19
Организация работы с наркотическими средствами и психотропными веществами в медицинских организациях	2 нед	11.11.19–25.11.19, 03.02.20–17.02.20, 23.03.20–06.04.20
Управление материальными ресурсами в здравоохранении	2 нед	16.03.20–30.03.20
Военных специалистов военно-медицинских организаций по специальности «Управление сестринской деятельностью», код группы 20020		
Управление сестринской деятельностью	1 мес	18.05.20–16.06.20
Врачей-стоматологов военно-медицинских организаций (воинских частей), код группы 20025		
Стоматология ортопедическая	1 мес	04.09.19–02.10.19, 20.01.20–17.02.20
Стоматология терапевтическая	1 мес	04.09.19–02.10.19, 13.01.20–10.02.20
Военных специалистов-провизоров военно-медицинских организаций (воинских частей), код группы 20030		
Управление и экономика фармации	1 мес	11.11.19–09.12.19, 10.03.20–07.04.20, 01.06.20–30.06.20
Фармацевтическая технология	1 мес	13.01.20–10.02.20, 13.05.20–10.06.20
Военных специалистов военно-медицинских организаций (воинских частей) для оказания специализированной (высокотехнологичной) медицинской помощи, код группы 20035		
Организация здравоохранения и общественное здоровье с курсом мобилизационной подготовки	1 мес	07.10.19–05.11.19, 17.02.20–18.03.20, 15.06.20–13.07.20
Организация здравоохранения и общественное здоровье с курсом боевой подготовки	1 мес	13.01.20–10.02.20, 15.06.20–13.07.20
Организация здравоохранения и общественное здоровье с курсом медицинского обеспечения в чрезвычайных ситуациях	1 мес	04.09.19–02.10.19, 13.01.20–10.02.20, 02.03.20–31.03.20, 13.05.20–10.06.20



Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Организация здравоохранения и общественное здоровье с курсом организации медицинского обеспечения войск (сил)	1 мес	11.09.19–09.10.19, 02.03.20–31.03.20
Организация здравоохранения и общественное здоровье с курсом организации медицинского обеспечения группировок войск (сил)	1 мес	17.02.20–18.03.20, 13.05.20–10.06.20
Организация здравоохранения и общественное здоровье с курсом контроля качества и безопасности медицинской деятельности	1 мес	07.10.19–05.11.19, 24.03.20–21.04.20
Организация здравоохранения и общественное здоровье с курсом правовых основ медицинской деятельности	1 мес	11.09.19–09.10.19, 11.11.19–09.12.19, 20.01.20–17.02.20
Организация здравоохранения и общественное здоровье с курсом организации платных медицинских услуг в медицинских организациях Минобороны России	1 мес	05.11.19–03.12.19
Организация здравоохранения и общественное здоровье с курсом организации военно-врачебной экспертизы	1 мес	01.04.20–29.04.20
Судебно-медицинская экспертиза	1 мес	23.09.19–21.10.19
Анестезиология и реаниматология	1 мес	04.09.19–02.10.19, 13.01.20–10.02.20
Оториноларингология	1 мес	11.09.19–09.10.19, 11.11.19–09.12.19, 20.01.20–18.02.20, 16.03.20–13.04.20
Офтальмология	1 мес	11.09.19–09.10.19, 11.11.19–09.12.19, 20.01.20–18.02.20, 16.03.20–13.04.20
Рентгенология	1 мес	13.05.20–10.06.20
Хирургия с курсом эндовидеохирургии	1 мес	01.10.19–29.10.19, 23.03.20–20.04.20
Хирургия для врачей поликлиник	1 мес	28.10.19–26.11.19, 02.03.20–31.03.20
Хирургия с курсом абдоминальной хирургии	1 мес	01.10.19–29.10.19, 23.03.20–20.04.20
Хирургия с курсом гнойной хирургии	1 мес	01.10.19–29.10.19, 10.02.20–11.03.20
Хирургия с курсом неотложной хирургии	1 мес	11.11.19–09.12.19
Хирургия с курсом реконструктивной и пластической хирургии	1 мес	13.01.20–10.02.20
Хирургия с курсом хирургической гастроэнтерологии	1 мес	28.10.19–26.11.19, 13.01.20–10.02.20
Травматология и ортопедия	1 мес	01.10.19–29.10.19, 10.02.20–11.03.20



ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Урология	1 мес	01.10.19–29.10.19, 10.02.20–11.03.20
Онкология	1 мес	01.10.19–29.10.19
Ультразвуковая диагностика	1 мес	20.01.20–18.02.20, 02.03.20–31.03.20, 22.04.20–22.05.20
Колопроктология	1 мес	13.05.20–10.06.20
Эндоскопия	1 мес	13.01.20–10.02.20, 13.05.20–10.06.20
Сердечно-сосудистая хирургия	1 мес	04.09.19–02.10.19, 13.01.20–10.02.20
Хирургия	1 мес	11.09.19–09.10.19, 13.05.20–10.06.20
Клиническая лабораторная диагностика	1 мес	25.11.19–23.12.19, 20.01.20–18.02.20, 30.03.20–27.04.20, 13.05.20–10.06.20
Неврология	1 мес	11.09.19–09.10.19, 25.11.19–23.12.19, 13.05.20–10.06.20
Терапия	1 мес	04.09.19–02.10.19, 01.10.19–29.10.19, 28.10.19–26.11.19, 25.11.19–23.12.19, 20.01.20–18.02.20, 25.02.20–25.03.20, 30.03.20–27.04.20, 13.05.20–10.06.20, 08.06.20–07.07.20
Кардиология	1 мес	25.11.19–23.12.19, 20.01.20–18.02.20, 11.03.20–08.04.20, 13.05.20–10.06.20
Функциональная диагностика	1 мес	14.10.19–12.11.19, 13.05.20–10.06.20
Гастроэнтерология	1 мес	20.01.20–18.02.20, 13.05.20–10.06.20
Пульмонология	1 мес	14.10.19–12.11.19, 13.05.20–10.06.20
Эндокринология	1 мес	14.10.19–12.11.19, 30.03.20–27.04.20
Нефрология	1 мес	30.03.20–27.04.20
Организация здравоохранения и общественное здоровье с курсом информационно-статистической деятельности	1 мес	16.09.19–14.10.19



Наименование цикла	Срок обучения	Начало и окончание цикла
Рефлексотерапия	1 мес	13.01.20–10.02.20
Мануальная терапия	1 мес	25.11.19–23.12.19
Лечебная физкультура	1 мес	14.05.20–11.06.20
Медицинская реабилитация	1 мес	03.02.20–03.03.20
Физиотерапия	1 мес	14.05.20–11.06.20

Примечания:

1. Отбор военнослужащих и гражданского персонала МО РФ (далее – военные специалисты) из воинских частей и организаций ВС РФ и направление на обучение по дополнительным профессиональным программам проводятся в соответствии с Методическими рекомендациями по организации и осуществлению дополнительного профессионального образования в организациях Министерства обороны Российской Федерации, осуществляющих образовательную деятельность, утвержденными статс-секретарем – заместителем министра обороны Российской Федерации от 30 октября 2015 г. № 173/УВО/3/6590.

2. Ответственность за качественное проведение отбора военных специалистов в подчиненных органах военного управления, объединениях, соединениях, воинских частях и организациях для направления на обучение по дополнительным профессиональным программам в Военно-медицинскую академию им. С.М.Кирова (далее – ВМедА) и (или) Филиал Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова в г. Москве (далее – Филиал ВМедА) возлагается на начальников медицинских служб военных округов (флотов), видов (родов войск) ВС РФ. При несоответствии военного специалиста, направленного на обучение, требованиям, указанным в дополнительной профессиональной программе, ВМедА (Филиал ВМедА) уведомляет об этом направляющую сторону для принятия решения о целесообразности обучения военного специалиста.

3. На циклы профессиональной переподготовки направляются военные специалисты, планирующие выполнение нового вида медицинской (фармацевтической) деятельности, при наличии интернатуры и (или) ординатуры по соответствующей основной специальности (основание: приказ Минздрава России № 707н 2015 г.), а также имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) образование, не соответствующее квалификационным характеристикам и квалификационным требованиям, но имеющие непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской (фармацевтической) специальности более 5 лет или имеющие 5-летний перерыв в стаже практической работы по специальности (основание: п. 8 приложения к приказу Минздрава России № 66н 2012 г.), с выдачей по окончании обучения диплома о профессиональной переподготовке.

4. На циклы повышения квалификации принимаются военные специалисты, ранее получившие первичную специализацию (интернатура, ординатура) по основной специальности и (или) прошедшие профессиональную переподготовку по данной специальности, занимающие должности, соответствующие специальности, по которой проводится повышение квалификации (основание: приказ Минздрава России № 707н 2015 г.), а также военные специалисты, имеющие непрерывный стаж работы по данной специальности 10 лет и более при отсутствии интернатуры и (или) ординатуры и (или) профессиональной переподготовки по данной специальности (основание: п. 8 приложения к приказу Минздрава России № 66н 2012 г.), с выдачей по окончании обучения удостоверения о повышении квалификации.

5. Командиры (начальники) воинских частей и организаций не позднее чем за 1 (один) месяц до начала учебного года представляют в ВМедА (Филиал ВМедА) именной список отобранных военных специалистов для обучения по представленной форме. При отсутствии информации об отобранных военных специалистах на места, выделенные для воинских частей и организаций в соответствии с планом комплектования, ВМедА (Филиал ВМедА) имеет право комплектовать учебные группы по дополнительным заявкам в пределах установленной численности. По дополнительным заявкам направлять на учебу военных специалистов только после получения положительного ответа от ВМедА (Филиала ВМедА).

В случае невозможности прибытия военного специалиста к началу цикла по уважительной причине, замены или отказа от обучения необходимо сообщить об этом по адресу ВМедА (Филиала ВМедА) телеграммой, факсом. Опоздание на обучение свыше 3-х суток не допускается.



Контакты:

ВМедА: 190013, г. Санкт-Петербург, ул. Рузовская, д. 12. Начальник факультета (дополнительного профессионального образования) ВМедА. Телефон/факс (812) 316-76-13.

Филиал ВМедА: 107392, г. Москва, ул. Малая Черкизовская, д. 7. Начальник филиала ВМедА. Телефоны: учебно-методического отдела (499) 168-96-42; дежурного/факс (499) 168-95-78.

6. Направление и прием на обучение военных специалистов сверх установленной Планом-графиком комплектования численности групп без разрешения начальника ВМедА не допускаются. Дополнительные заявки (с обоснованием необходимости обучения) по прилагаемой форме направляются в ВМедА не позднее 1 месяца до начала обучения.

7. При очно-заочном (заочном) обучении в ВМедА (Филиале ВМедА) по дополнительным профессиональным программам заочную часть цикла организуют начальники медицинских служб военных округов (флотов), видов (родов войск) ВС РФ. В соответствии с Планом-графиком комплектования ВМедА командиры (начальники) воинских частей и организаций не позднее чем за 1 (один) месяц до начала учебного года представляют в ВМедА (Филиал ВМедА) заявку на очно-заочное (заочное) обучение, которая содержит именной список военных специалистов, коды (или наименование) учебных групп подготовки, срок их обучения, вид дополнительного профессионального образования, начало и конец обучения, номер телефона, адрес электронной почты и адрес почтового отделения (для отправки документов об образовании при заочной форме обучения).

ВМедА (Филиал ВМедА) рассматривает и утверждает кандидатуры военных специалистов, отобранных для направления на обучения по дополнительным профессиональным программам, с учетом соответствия квалификационным требованиям и действующему законодательству.

ВМедА (Филиал ВМедА) отправляет в адрес командиров (начальников) воинских частей и организаций уведомление о зачислении на обучение по очно-заочной (заочной) форме с указанием номера приказа о зачислении, наименования программы обучения, сроков и индивидуальных учебных заданий на заочную часть, а также срока прибытия в ВМедА (Филиал ВМедА) на очную часть освоения дополнительной профессиональной программы и сдачи итоговой аттестации.

Военные специалисты, зачисленные на обучение в ВМедА (Филиал ВМедА) по очно-заочной (заочной) форме обучения, выполняют индивидуальные учебные задания, разработанные кафедрой ВМедА (Филиала ВМедА), осуществляющей обучение, в соответствии с учебной программой, и представляют отчеты о выполнении учебных заданий по прибытии на очную часть обучения.

8. Обучение в группе повышения квалификации военных специалистов военно-медицинских организаций (воинских частей) в системе непрерывного медицинского (фармацевтического) образования (далее – НМО) проводится по программам повышения квалификации в течение календарного года для военных специалистов, получивших последний сертификат специалиста после 1 января 2016 г.

ВМедА размещает информацию с перечнем программ повышения квалификации и образовательным мероприятиям, сроками и формами их проведения на официальном сайте vmeda.org в разделе «Образовательный портал».

Для зачисления на цикл по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации военный специалист должен:

- 1) зарегистрироваться на Портале НМО sovetnmo.ru, rosminzdrav.ru;
- 2) создать индивидуальный цикл обучения по специальности;
- 3) выбрать цикл по программе повышения квалификации;
- 4) сформировать, распечатать и подписать предварительную заявку на выбранный цикл;
- 5) согласовать предварительную заявку у командира (начальника) медицинской организации (учреждения);
- 6) направить согласованную заявку на цикл в ВМедА (Филиал ВМедА) (по почте, по электронной почте, по факсу или очно);

7) получить уведомление для прибытия на обучение из ВМедА (Филиала ВМедА).

ВМедА (Филиал ВМедА) вносит сведения на Портал НМО о зачислении и результатах обучения на всех военных специалистов, сформировавших заявку на обучение на циклах, информация о которых размещена на Портале НМО, не позднее 1 (одного) месяца со дня окончания цикла. По завершении обучения и прохождения итоговой аттестации военному специалисту выдается удостоверение о повышении квалификации.

9. Военные специалисты, прибывающие на учебу, обязаны иметь:

- документ, удостоверяющий личность (удостоверение личности офицера, паспорт);
- один экземпляр командировочного удостоверения;

Форма представления именного списка отобранных военных специалистов для обучения

УТВЕРЖДАЮ

(должность, воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)
« » 20 г.

ИМЕННОЙ СПИСОК военных специалистов, направляемых на профессиональную переподготовку и повышение квалификации

№ п/п	Воинское звание	Фамилия, имя, отчество	Дата рождения, личный номер	Занимаемая воинская должность (должность), с какого года в воинской должности (должности)	Место военной службы (работы) (наименование в/ч, организации ВС РФ)	Наименование организации, где получено высшее (среднее) профессиональное образование, специальность подготовки	Наименование программы подготовки	Начало и окончание цикла	Примечание (номер телефона, адрес эл. почты, почтового отделения при заочной форме обучения). Сведения о форме допуска (при необходимости)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность									
Наименование группы подготовки									

(воинская должность (должность), воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия) Список подписывается руководителем кадрового органа

Форма представления дополнительной заявки сверх установленной численности

ЗАЯВКА на выделение дополнительных мест на циклах дополнительного профессионального образования военных специалистов

№ п/п	Воинское звание	Фамилия, инициалы	Год рождения	Воинская должность	Стаж работы		Предыдущее послезвуковое или дополнительное профессиональное образование (вид подготовки)	Планируемое дополнительное профессиональное образование (вид подготовки, код группы)	Сроки направления на подготовку (год, месяц)	Примечание (номер телефона, адрес эл. почты и почтового отделения при заочной форме обучения)
					по специальности	в должности				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Должность, (воинское звание, подпись, инициал имени, фамилия)





ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

- документы о высшем, дополнительном профессиональном образовании (подлинники и заверенные копии);
- выписку из послужного списка (для военнослужащих), заверенную копию трудовой книжки (для гражданского персонала МО РФ);
- две фотографии 3×4 для оформления учебного дела;
- офицеры, прибывающие на учебу, должны иметь повседневную форму одежды по сезону.

10. Для оформления сертификата специалиста дополнительно необходимо иметь:

- заверенные копии документов о дополнительном профессиональном образовании: профессиональной переподготовке и повышении квалификации;
- ранее выданный сертификат специалиста (подлинник и копия).

11. Командиры воинских частей, начальники военно-медицинских организаций принимают решение о командировании для прохождения процедуры аккредитации военных специалистов, завершивших обучение по программам профессиональной переподготовки в соответствии с приказом Минздрава России от 22.12.2017 г. №1043н (в ред. приказа Минздрава России от 21.12.2018 г. № 898н) «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов», в сроки, определенные аккредитационной комиссией (из расчета не менее 2-х недель), с выдачей командировочных удостоверений.

12. **Командировочные расходы (суточные деньги, компенсация за проезд и проживание) военным специалистам осуществляются направляющей стороной. ВМедА (Филиал ВМедА) общежитие не предоставляет.**

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В **Южно-Сахалинске** военные строители возведут три основных корпуса современного госпитального комплекса: главный или лечебно-диагностический, административный с поликлиникой и инфекционный.

В госпитале будут собственные службы ремонта медтехники, газоснабжения (медицинскими газами), аптека, хранилище для продуктов и даже свой клуб с библиотекой.

Военнослужащие, члены их семей, а также другие категории граждан, имеющих право на медицинскую помощь в лечебных учреждениях МО РФ, и гражданские лица (по системе ОМС) смогут пройти в госпитале всестороннее диагностическое обследование, получить заключение военно-врачебной экспертизы, амбулаторное и стационарное лечение. В стационаре госпиталя смогут одновременно находиться 150 человек.

На этапе проектирования специалисты военно-строительного комплекса уже учли особенности климата и географию острова. Остров Сахалин — регион с высокой сейсмической активностью, здесь возможны сильные землетрясения, поэтому рекомендованная высотность зданий в подобных районах — три этажа. Исключением станет один из корпусов госпиталя, который будет выше, в связи с чем разработаны специальные решения, усиливающие конструкцию.

Госпиталь полностью будет оснащен высокотехнологичным оборудованием и техникой. Оригинальная конфигурация зданий, соединенных теплыми переходами на разных этажах, позволит быстро перемещать пациентов между палатами хирургии, операционным блоком и реанимацией.

Масштабное военное строительство стало возможным благодаря ранее подписанному соглашению между МО РФ и правительством Сахалинской области.



Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 20 июня 2019 г.
https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12237547@egNews



Министр обороны РФ генерал армии **Сергей Шойгу** проинспектировал 201-ю российскую военную базу на территории Таджикистана.

Глава военного ведомства заслушал командование соединения о темпах оснащения новыми видами боевой техники, совершенствовании его военной и социально-бытовой инфраструктуры.

На базу Сергей Шойгу прибыл после встречи с президентом Таджикистана **Эмомали Рахмоном**, а до этого он провел переговоры с министром обороны республики **Шерали Мирзо**, в ходе которых обсуждались и вопросы, связанные с функционированием российского соединения.



Министр обороны России проверил работу *военного госпиталя* базы, который по оснащенности и квалификации персонала является одним из лучших лечебных учреждений на территории Таджикистана, посетил воскресную школу, где обучаются дети военнослужащих, пообщался с юнармейцами, возложил цветы к мемориалу на Аллее славы.

На территории Душанбинского военного городка с мая 2007 г. действует храм-часовня Иверской иконы Божией Матери, возведенный на пожертвования личного состава базы и при участии меценатов России.

Отмечается, что в строительстве храма участвовали не только христиане, но и представители других религиозных конфессий.

Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 28 мая 2019 г.
https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12233745@egNews

Министерство обороны РФ в течение пяти лет выделит на строительство и поддержку своих объектов на Сахалине более 18 млрд руб. Об этом в беседе с журналистами сообщил заместитель министра обороны РФ **Тимур Иванов** во время визита в **Южно-Сахалинск**.

«Мы считаем, что этих денег вполне достаточно для создания необходимой инфраструктуры, соответствующей самым высшим стандартам, предъявляемым к Вооруженным Силам», — отметил Тимур Иванов.

По его словам, планируется строительство нового современного госпиталя и инфраструктуры нового воинского подразделения, которое появится из-за передислокации воинских частей, расположенных в других местах.

«Также предполагается строительство служебного жилья. Мы посмотрели новый земельный участок в центре города, где хотим построить новый культурно-досуговый центр, который будет полностью обеспечен всем необходимым», — рассказал замминистра.

Также в планах продолжение работ по модернизации инженерного хозяйства и инфраструктуры существующих военных городков, которых на Сахалине 37.



Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 20 июня 2019 г.
https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12237558@egNews

Профессиональный праздник в Центральном военном клиническом госпитале имени П.В.Мандрыка



Слева направо: начальник ЦВКГ им. П.В.Мандрыка генерал-майор медицинской службы **Павел Крайнюков**, заместитель министра обороны Российской Федерации **Тимур Иванов**, начальник Главного военно-медицинского управления МО РФ **Дмитрий Тришкин**, заместитель председателя комитета Государственной думы по обороне **Виктор Заварзин**. 15 июня 2019 г.

День медицинского работника в этом году военные медики Московского региона отметили в Центральном военном клиническом госпитале им. П.В.Мандрыка. С профессиональным праздником присутствовавших тепло поздравили заместитель министра обороны Российской Федерации **Тимур Иванов** и начальник Главного военно-медицинского управления МО РФ **Дмитрий Тришкин**, вручившие ряду военных медиков государственные награды. Также прошла церемония награждения военно-медицинских специалистов общественной премией «За выдающийся вклад в военную медицину», учрежденной Ассоциацией объединений офицеров запаса Вооруженных Сил «Мегапир».

В сквере госпиталя был торжественно открыт памятник военным медикам. «Этот памятник — дань уважения за те подвиги, которые совершают военные врачи в мирное и военное время. Роль военного врача во все времена нельзя недооценивать», — отметил на церемонии открытия **Тимур Иванов**.

Скульптурная композиция представляет собой три фигуры в форме военных медиков разных периодов прошлого и нынешнего столетий. Автор памятника — скульптор Студии военных художников им. М.Б.Грекова **Дмитрий Клавсуц**.

Среди участников торжества были офицеры и сотрудники ГВМУ МО РФ, ЦВКГ им. П.В.Мандрыка, представители военно-медицинских организаций Московского региона.



Выступления участников церемонии чередовались с музыкальными номерами

Создано московское региональное отделение Объединения ветеранов военно-медицинской службы

В филиале Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (Москва) **6 июня 2019 г.** прошла учредительная конференция по созданию московского регионального отделения межрегиональной общественной организации «Объединение ветеранов военно-медицинской службы».

В работе конференции приняли участие члены совета объединения и делегаты — представители военно-медицинских организаций Московского региона (более 70 человек).

С приветственным словом к участникам конференции обратился начальник организационно-планового управления — заместитель начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ генерал-майор медицинской службы **О.В.Калачёв**. Он высоко оценил деятельность общественной организации ветеранов и пожелал дальнейших успехов в укреплении ее рядов.

В своем докладе председатель совета объединения генерал-майор медицинской службы в отставке **И.Г.Корнюшко** отметил проведенную организационную работу по созданию к настоящему времени 32 региональных ветеранских военно-медицинских организаций и доложил о результатах такой работы по созданию аналогичного ветеранского отделения в Москве.

В состав правления московского регионального отделения избраны представители 13 военно-медицинских организаций столицы (военные госпитали, лечебные и клинично-диагностические центры, филиалы научно-исследовательских и учебных заведений).

После избрания состава правления его председателем единогласно избран заслуженный врач РФ генерал-майор медицинской службы в отставке **В.Л.Солнцев**, имеющий богатый организационный опыт (в прошлом — начальник медицинской службы Воздушно-десантных войск).

С приветствием к участникам конференции обратился генерал-майор медицинской службы **О.В.Калачёв**



Председатель совета объединения генерал-майор медицинской службы в отставке **И.Г.Корнюшко** доложил о результатах организационной работы по созданию ветеранских организаций в регионах

Избранный председателем московского регионального отделения генерал-майор медицинской службы в отставке **В.Л.Солнцев** поблагодарил участников конференции за оказанное доверие





© В.В.ХОМИНЕЦ, А.Л.КУДЯШЕВ, 2019
УДК [616-001.5-08:355](063)

Опыт проведения первого выездного цикла «Принципы лечения переломов костей в военно-медицинских организациях МО РФ» на базе Военного инновационного технополиса ЭРА

ХОМИНЕЦ В.В., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы
(khominets_62@mail.ru)
КУДЯШЕВ А.Л., доктор медицинских наук, доцент, подполковник медицинской службы

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова», Санкт-Петербург

Представлен отчет о проведении на базе Военного инновационного технополиса ЭРА и филиала № 4 419-го военного госпиталя Минобороны России выездного цикла обучения «Принципы лечения переломов костей в военно-медицинских организациях МО РФ». Целью цикла являлось получение базовых знаний о принципах хирургического лечения переломов костей и приобретение практических навыков их применения в повседневной практике в условиях травматологического отделения военного госпиталя. Успешное проведение первого в истории военной травматологии выездного цикла позволяет планировать ежегодное проведение данного мероприятия в военных округах (флотах) Вооруженных Сил РФ.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Военный инновационный технополис ЭРА, хирургическое лечение переломов костей, военная травматология и ортопедия.

Khominets V.V., Kudyashev A.L. — The experience of the first field cycle «Principles of treatment of bone fractures in military medical organizations of the Ministry of Defense of the Russian Federation» based on the Military Innovative Technopolis ERA. Presented a report on the conduct of based on the Military Innovation Technopolis «Era» and branch No. 4 of the 419th Military Hospital of the Ministry of Defense of Russia field training cycle «Principles of treatment of bone fractures in military medical organizations of the Ministry of Defense of the Russian Federation.» The purpose of the cycle was to obtain basic knowledge of the principles of surgical treatment of bone fractures and the acquisition of practical skills for use in everyday practice in the conditions of the trauma department of a military hospital. Successful conduct of the first cycle in the history of military traumatology allows planning the annual holding of this event in the military districts (fleets) of the Armed Forces of the Russian Federation.

К е у о р д s: Military Innovation Technopolis Era, surgical treatment of bone fractures, military traumatology and orthopedics.

В соответствии с решением начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ от 8 апреля 2019 г., **22–26 апреля 2019 г.** на базе Военного инновационного технополиса (ВИТ) ЭРА и филиала № 4 ФГКУ «419 ВГ» МО РФ прошел выездной цикл обучения «Принципы лечения переломов костей в военно-медицинских организациях МО РФ». Цикл был предназначен для слушателей ординатуры по специальности «Травматология и ортопедия» факультета подготовки руководящего медицинского состава ВМедА, военных хирургов и травматологов-ортопедов военно-медицинских организаций азово-причерноморского направления Южного военного округа.

Целью цикла являлось получение базовых знаний о принципах хирургического лечения переломов костей и приобретение практических навыков их применения в повседневной практике в условиях травматологического отделения военного госпиталя МО РФ.

Задачами цикла были:

— ознакомить обучающихся с организационно-штатной структурой военного госпиталя и особенностями работы травматологического отделения;

— ознакомить обучающихся с инновационными направлениями в специальности «Травматология и ортопедия» и перспективами их применения в практической деятельности военного травматолога;

Выездной цикл по принципам лечения переломов костей в Военном инновационном технополисе ЭРА



Преподаватели и слушатели курса в Военном инновационном технополисе ЭРА



Практическое занятие на пластиковых моделях костей проводит преподаватель цикла **А.В.Шукин**

Слушатели курса отрабатывают технику минимально инвазивного остеосинтеза



Практическое упражнение на пластиковом муляже бедренной кости



Профессор **В.В.Хоминец** проводит показательную операцию — остеосинтез перелома большеберцовой кости



Материал о выездном цикле опубликован в рубрике «Хроника»



© О.Ю.ЕГОРОВ, 2019
УДК 006.91/.92(063)

Научно-практическая конференция, посвященная 75-летию военной метрологии

ЕГОРОВ О.Ю., кандидат военных наук, подполковник в отставке (fbi96484@mail.ru)

Центральная лаборатория измерительной техники (медицинской) ФГКУ «Центр фармации и медицинской техники» МО РФ, г. Мытищи, Московская область

Представлен краткий отчет о проведении научно-практической конференции, посвященной 75-летию метрологической службы Вооруженных Сил Российской Федерации. Основное внимание было уделено проблемным вопросам метрологического обеспечения военно-медицинских организаций и перспективам развития Центральной лаборатории измерительной техники (медицинской) в свете новых требований аккредитации.

К л ю ч е в ы е с л о в а: метрологическое обеспечение военно-медицинских организаций, метрологическая служба Вооруженных Сил, аккредитация.

Egorov O.Yu. — Scientific and practical conference dedicated to the 75th anniversary of military metrology. A brief report on the scientific and practical conference dedicated to the 75th anniversary of the metrological service of the Armed Forces of the Russian Federation is presented. The main attention was paid to the problematic issues of metrological support of military medical organizations and prospects for the development of the Central Laboratory of Measuring Equipment (medical) in the light of new accreditation requirements.

К е у в о р д s: metrological support of military medical organizations, metrological service of the Armed Forces, accreditation.

В ФГКУ «Центр фармации и медицинской техники» (ЦФиМТ) Министерства обороны Российской Федерации **29 апреля 2019 г.** прошла научно-практическая конференция, посвященная 75-летию метрологической службы Вооруженных Сил Российской Федерации.

Конференция была организована силами Центральной лаборатории измерительной техники (медицинской) ФГКУ «ЦФиМТ» Минобороны России (далее — ЦЛИТ(м)). Для участия в ней были приглашены ветераны метрологии медицинской службы ВС РФ, представители ФГБУ «Главный научный метрологический центр» (ГНМЦ) Министерства обороны Российской Федерации, подвижной лаборатории измерительной техники филиала (г. Грязи) ФГКУ «ЦФиМТ» Минобороны России, метрологи военно-медицинских организаций центрального подчинения.

Перед началом конференции, в соответствии с приказом начальника Управления метрологии Вооруженных Сил РФ полковника И.В.Лисуна от 26 апреля 2019 г., начальник ФГКУ «ЦФиМТ» МО РФ полковник медицинской службы **В.Н.Левченко** вручил ее участникам памятные медали «75 лет метрологической службе Вооруженных Сил Российской Федерации» и поблагодарил каждого из

них за вклад в метрологическое обеспечение медицинской службы ВС РФ.

Открыл конференцию начальник ЦЛИТ(м) ФГКУ «ЦФиМТ» Минобороны России кандидат военных наук **О.Ю.Егоров**, выступивший с докладом «Становление военной метрологии в России, странички истории из жизни 480 ЦЛИТ и ЦЛИТ(м)».

Основное внимание на конференции было уделено проблемным вопросам метрологического обеспечения военно-медицинских организаций и перспективам развития ЦЛИТ(м) в свете новых требований в национальной системе аккредитации.

С кратким обзором итогов работы 44-й научно-технической конференции молодых ученых — военных метрологов, проведенной в апреле 2019 г., выступил начальник отдела ФГБУ «ГНМЦ» Минобороны России подполковник **А.В.Талалай**.

Далее старший научный сотрудник ФГБУ «ГНМЦ» Минобороны России **Н.А.Тришина** ознакомила присутствовавших с тезисами своего доклада «Метрологическое обеспечение военно-медицинских организаций как фактор сохранения их потенциальных возможностей».

Инженер отдела ФГКУ «ЦФиМТ» Минобороны России **Г.И.Юриков** познакомил



Участники конференции

участников конференции с вопросами организации технического обслуживания и ремонта военной техники и технических средств медицинской службы в ФГКУ «ЦФиМТ» Минобороны России, представленными в разработанном им пособии.

Были заслушаны и другие выступления участников конференции, касающиеся про-

блем развития военной метрологии в медицинской службе ВС РФ.

Участники и выступающие высказали мнение о целесообразности проведения подобных мероприятий, т. к. они позволяют установить обратную связь с должностными лицами на местах, обсудить общие проблемы, найти пути их решения, обменяться опытом и знаниями.

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

<input type="checkbox"/>	За содержание и достоверность сведений в рекламном объявлении ответственность несет рекламодатель.	
<input type="checkbox"/>	Учредитель — Министерство обороны Российской Федерации. Зарегистрирован Министерством печати и информации Российской Федерации. Номер регистрационного свидетельства 01975 от 30.12.1992 г.	
Сдано в набор 20.06.19. Формат 70×108 ¹ / ₁₆ Усл. печ. л. 8,4. Заказ № 2471-2019.	Печать офсетная. Усл. кр.-отт. 9,8. Тираж 0000 экз.	Подписано к печати 12.07.19. Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 8,6. Цена свободная.
Отпечатано в АО «Красная Звезда», 125284, Москва, Хорошевское шоссе, д. 38, http://www.redstarprint.ru , тел. 8(499)7626302, отд. распр. — 8(495)9413952. E-mail: kr_zvezda@mail.ru Издатель: ФГБУ «РИЦ «Красная звезда» Минобороны России, 125284, Москва, Хорошевское шоссе, д. 38, тел. 8(495) 9412380, e-mail: ricmorf@yandex.ru , отдел рекламы — 8(495) 9412846, e-mail: reklama@korrnet.ru		