

МЕДИЦИНСКАЯ СЛУЖБА ЗАПАДНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА

ФГКУ "442 ВКГ" МИНОБОРОНЫ РОССИИ

ФИЛИАЛ №10 (35 ВОЕННО-МОРСКОЙ ГОСПИТАЛЬ)

ФГКУ "442 ВКГ" МИНОБОРОНЫ РОССИИ

1717



2017

МАТЕРИАЛЫ

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ,
ПОСВЯЩЕННОЙ 300-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ
КРОНШТАДТСКОГО ВОЕННО-МОРСКОГО ГОСПИТАЛЯ**

***«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ
И ВОЕННО-МОРСКОЙ МЕДИЦИНЫ»***

г. Кронштадт, 2017

Под общей редакцией начальника 442 Военного клинического госпиталя Министерства обороны Российской Федерации заслуженного врача Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора, полковника медицинской службы Лютова Владимира Викторовича.

Члены редакционной коллегии: заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук Паскарь С.В., доктор медицинских наук подполковник медицинской службы Лютов Р.В.; заслуженный врач Российской Федерации, кандидат медицинских наук Цымбал А.Н., заслуженный врач Российской Федерации Сергеев Н.А., подполковники медицинской службы Роскостов М.В., Коваленко С.А., Махновский А.И., Чикин О.В.

© Авторы работ, 2017.

© Редактор: В.В. Лютов, 2017.

ISBN 978_5_9500124_1_9

ПРЕДИСЛОВИЕ

Кронштадтский Военно-морской госпиталь является одним из старейших военно-медицинских учреждений России. Он основан в период становления российского Военно-Морского Флота и его 300-летняя история связана со многими яркими страницами отечественной, особенно военно-морской медицины. Основание госпиталя тесно связано с именем великого преобразователя России – Петра I.

На протяжении всей своей истории госпиталь постоянно совершенствовал деятельность по оказанию медицинской помощи, внедрению в практику работы всего прогрессивного и передового, чем располагала медицинская наука. Видные ученые в области медицины, трудившиеся в госпитале, своим трудом и талантом внесли огромный вклад в развитие отечественной военной медицины и военно-морской медицинской науки. Среди них были выдающийся хирург И.Ф. Буш, основоположник русской медицинской терминологии М.И. Шейн, первый профессор акушерства в России Н.М. Максимович-Амбодик, видный эпидемиолог доктор медицины В.И. Исаев, академики Н.А. Подкопаев, Л.А. Орбели, А.Л. Поленов, С.С. Гирголав, профессор В.К. Лубо и многие другие.

Врачи госпиталя, являясь участниками кругосветных плаваний и больших морских экспедиций, произвели медико-топографическое описание более 150 портов, побережий и других географических пунктов. Среди них были А.Ф. Кибер, А.А. Бунге, А.Е. Фигурин, Л.М. Старокадомский и другие, имена которых отмечены на географической карте почти во всех частях света.

В госпитале широко велась научно-исследовательская работа, чему способствовало создание Общества морских врачей.

Кронштадтский военно-морской госпиталь, как одно из передовых учреждений флота, всегда был в центре событий российской жизни. Его сотрудники принимали участие почти во всех войнах, которые пришлось вести стране за истекшие три века. Особенно весомым был вклад госпиталя в нашу Победу в годы Великой Отечественной войны, когда благодаря мужеству и стойкости работников госпиталя более 40 тысяч матросов и солдат были возвращены в строй. Не случайно, уже в 1942 г. Кронштадтский военно-морской госпиталь первым на флоте был награжден орденом Ленина.

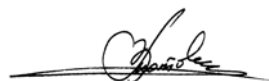
300-летняя годовщина госпиталя - знаменательная дата в жизни его коллектива, деятельность которого непрерывно связана с родным флотом. Как структурное подразделение 442 ВКГ Минобороны России, 35 Военно-морской госпиталь успешно решает актуальные задачи в территориальной системе медицинского обеспечения войск округа.

К празднованию 300-летия со дня основания госпиталя спланирована и подготовлена юбилейная междисциплинарная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы военной и военно-морской медицины», а также учебно-методические сборы врачей Западного военного округа и мастер-классы. Мероприятие аккредитовано Минздравом России в системе непрерывного медицинского образования по специальностям «организация здравоохранения и общественное здоровье», «хирургия», «терапия».

В настоящее время накоплен большой научный и практический опыт деятельности медицинских специалистов, что нашло отражение в публикуемых тезисах, в которых освещен широкий спектр вопросов совершенствования лечебно-диагностической и профилактической работы.

В публикуемых материалах конференции представлены работы профессорско-преподавательского состава Военно-медицинской академии, специалистов военно-медицинских организаций округа и гражданского здравоохранения по актуальным для военно-медицинской службы вопросам, что позволит успешно решать задачи по сохранению и укреплению здоровья военнослужащих.

Начальник ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России
заслуженный врач Российской Федерации,
доктор медицинских наук, профессор,
полковник медицинской службы



В. ЛЮТОВ

Артюшин Б.С.^{1,3}, Мовчан К.Н.², Исхаков Р.Б.², Русакевич К.И.¹

МЕСТО МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВОТОКА В НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ ПРИ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ИХ АРТЕРИЙ

¹СПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург; ²СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; ³НовГУ им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород

Актуальность. Удельный вес случаев окклюзии артериальных сосудов нижних конечностей (ОАСНК) в структуре патологии сердечно-сосудистой системы составляет 15–20%. Используемые в медицинской практике схемы оценки состояния артериального русла (АР) и прогнозирования результатов лечения неоднозначны в своей объективности. Разработка новых методов оценки состояния АР, прогнозирования течения ОАСНК, выбора оптимального способа реваскуляризации АР НК представляет собой актуальную задачу науки и практики.

Материалы и методы. На основании параметров, полученных при анализе данных инструментального обследования 10 человек (компьютерная томография, ультразвуковое исследование сосудов НК) с помощью пакета программ SolidWorks-2013 созданы математические модели кровотока (КРТ) в артериях круро-поплитеальных сегментов ног.

Результаты исследования. Осуществлена оценка показателей КРТ в артериях круро-поплитеальных сегментов НК при разной локализации их окклюзионно-стенотического поражения (ОСП): динамического и статического давления, а также скорости КРТ. Степень стенотических изменений стандартизирована: 20%, 50% и 75%, окклюзия артерии. Оценены изменения КРТ, возникающие при сочетанном поражении артерий. Доказано: скорость КРТ при стенозе артерии НК увеличивается; сужение артерий голени >65% значимо обедняет КРТ, а при стенозе сосудов >75% КРТ практически прекращается; при сочетанном ОСП нескольких артерий значимое нарушение КРТ отмечается уже при стенозах >50%. ОСП не только ухудшает КРТ в артериях, но и отрицательно влияет на гемодинамику в других сосудах НК.

Выводы. Предлагаемый метод моделирования КРТ в артериях НК может, прежде всего, применяться при оценке состояния сосудов и при прогнозе результатов лечения. Также очевидно, что данная технология оценки КРТ в сосудах может оказаться востребованной специалистами военно-врачебных комиссий в случаях определения годности призывников и военнослужащих к военной службе.

Ключевые слова: математическое моделирование, ишемия нижних конечностей, окклюзионно-стенотическое поражение.

Архангельский Д.А.¹, Закревский Ю.Н.³, Барачевский Ю.Е.², Бутиков В.П.¹

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В УСЛОВИЯХ АРКТИКИ

¹1469 ВМКГ Минобороны России, г. Североморск; ²Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск; ³Медицинская служба Северного флота,
г. Североморск

Актуальность. Вопрос определения критериев медицинской эвакуации пациентов с тяжёлыми пневмониями из отдалённых районов арктической зоны Российской Федерации остаётся мало изученным. Целью исследования явилась оценка значимости показателей гемоглобина и количества эритроцитов крови при внебольничной пневмонии для прогноза возможного развития острой дыхательной недостаточности у заболевших призывников и принятия решения на медицинскую эвакуацию в специализированный стационар.

Материалы и методы. Тип исследования - ретроспективное, клиническое. Объект исследования – 27 историй болезни военнослужащих по призыву с тяжёлым течением ВП в возрасте 18-25 лет, эвакуированных в Центр анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ЦАРИТ) Военно-морского клинического госпиталя г. Североморска. При госпитализации устанавливался диагноз ВП, изучались показатели общеклинического анализа крови, данные рентгенологического исследования, пульсоксиметрии, проводилась балльная оценка по шкале SMRT-CO. Сравнительный анализ проводился в связанных выборках на вторые сутки пребывания переведенных в ЦАРИТ при наличии отрицательной динамики течения заболевания.

Результаты исследования. Установлена статистически значимая связь показателя респираторного индекса (PaO_2/FiO_2) с уровнем гемоглобина ($r=0,689$ при $p=0,001$) и количеством эритроцитов крови ($r=0,683$ при $p=0,001$).

Выводы. Следовательно, при выявлении в удалённом гарнизоне Арктики военнослужащего по призыву больного внебольничной пневмонией с показателями гемоглобина крови ниже 117 г/л и количества эритроцитов меньше $3,8 \times 10^{12}/л$ целесообразно принимать решение о медицинской эвакуации в специализированный стационар, где есть возможность оказания медицинской помощи при тяжёлой дыхательной недостаточности.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, военнослужащие, медицинская эвакуация.

Бакиев М.Н.², Новиков С.А.¹, Семенов Н.М.¹, Сосновский А.А.³

РАЗРАБОТКА И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИАФРАГМИРУЮЩИХ МЯГКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ С ОТВЕРСТИЕМ У ЛИЦ С АМЕТРОПИЯМИ

¹КДП ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург, ²Клиника семейной медицины «Медиус», Санкт-Петербург, ³Медицинская служба Балтийского Флота, г. Калининград

Актуальность. О действии диафрагм на зрение было известно задолго до изобретения корригирующих очков. Экран с небольшим отверстием, помещенный перед глазом, увеличивает глубину фокусной области и тем самым повышает остроту зрения при любых оптических дефектах глаза. В случае некорригированной или неправильно корригированной аметропии ретинальное изображение получается в виде размытых кругов. Диафрагмы отсекают часть пучка, исходящего от каждой точки объекта, и таким образом уменьшают диаметр кругов светорассеяния.

Цель исследования. Изучить возможность повышения зрительных функций у пациентов со сложными аномалиями рефракции при помощи окрашенной мягкой контактной линзы (МКЛ) с диафрагмой в центре.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 20 человек (40 глаз), в возрасте от 20 до 35 лет со сферическими аномалиями миопической рефракции слабой степени (до 0,75Д). Применялась окрашенная мягкая контактная линза с прозрачным центром, диаметром 2,0 мм Alcon Vision Care (США). Исследуемому контингенту проверялась острота зрения правого глаза без коррекции и с окрашенной МКЛ с отверстием 2,0 мм с использованием жидкокристаллического дисплея с контрольными опто типами Снеллена.

Результат: использование окрашенной мягкой контактной линзы с отверстием 2,0 мм привело к улучшению остроты зрения на 20 – 25%.

Вывод. Применение диафрагмирующей МКЛ может приводить к повышению зрительных функций и улучшению показателей военно-профессиональной работоспособности специалистов зрительного профиля. Представляется целесообразным применение при высоких степенях аметропий, диафрагмирующих МКЛ, имеющих оптическую силу, обеспечивающую полную нейтрализацию оптических ошибок глаза.

Ключевые слова: мягкие контактные линзы, аметропия, острота зрения.

Бекмухаметов А.Ф, Кузьмич В.Г., Фомичев А.В.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОТРАВЛЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ С ОПИАТНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ ПРИ ПОМОЩИ ШКАЛЫ PSS+

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Актуальность. В Санкт-Петербурге токсикологическая помощь ежегодно оказывается более чем 10 тыс. пациентам с острыми отравлениями. Следует отметить, что системы оценки степени тяжести отравлений с учётом влияния фоновой соматической патологии в настоящий момент отсутствуют.

Цель исследования: совершенствование лечебно-диагностической тактики у пациентов с опиатной интоксикацией с использованием прогностической шкалы.

Материалы и методы. У 47 пациентов с опиатной интоксикацией (мужчин – 89%, женщин – 11%) для оценки степени тяжести отравлений использовалась шкала PSS+ (усовершенствованная шкала Poisoning Severity Score, Persson et al., 1998). Статистическую обработку проводили с использованием пакета прикладных программ Excel 2013 и SPSS Statistics 23 for Windows. Оценка информативности клинико–лабораторных признаков осуществлялась с помощью метода дивергенции Кульбака.

Результаты. Основным токсикантом в исследованной группе пациентов являлся метадон, его доля составляла 89,4%. Комбинированные отравления составили 68%, в их число вошли наркотические вещества другой группы, а также этанол и психофармакологические средства. Тяжесть отравлений по шкале PSS+ при среднетяжелых отравлениях составила $25,7 \pm 3,1$ баллов, при тяжелых - $37,9 \pm 2,4$ баллов, при крайне-тяжелых - $50 \pm 8,6$ баллов. Среди 6 умерших пациентов тяжесть отравлений по шкале PSS+ составила $54,8 \pm 6,03$ баллов.

Выводы. Использование усовершенствованной шкалы PSS+ позволило усовершенствовать лечебно-диагностическую тактику и улучшить прогноз у пациентов с опиатной интоксикацией с учетом клинической картины отравления, характера токсиканта и степени тяжести отравления.

Ключевые слова: отравления опиатами, система PSS+, степень тяжести, количество баллов по шкале, группа исследуемых.

Бекмухаметов А.Ф., Кузьмич В.Г., Фомичев А.В.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОТРАВЛЕНИЙ СНОТВОРНО-СЕДАТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ПОМОЩИ ШКАЛЫ PSS+

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Актуальность. По данным статистического сборника «Здравоохранение в России» Росстата в Российской Федерации в 2000 - 2014 гг. ежегодно регистрировалось от 80,5 до 120,2 тыс. отравлений химической природы (60,6 - 82,7 случаев на 100 тыс. чел.) В структуре отравлений лекарственными препаратами преобладают интоксикации феназепамом и производные фенобарбиталом. Следует отметить, что системы оценки степени тяжести таких отравлений с учётом влияния фоновой соматической патологии в настоящий момент отсутствуют.

Цель исследования: совершенствование лечебно-диагностической тактики при отравлениях снотворно-седативными препаратами.

Материалы и методы. У 66 пациентов с опиатной интоксикацией (женщин – 67%, мужчин – 33%) для оценки степени тяжести отравлений использовалась шкала PSS+ (усовершенствованная шкала Poisoning Severity Score, Persson et al., 1998). Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета прикладных программ Excel 2013 и SPSS Statistics 23 for Windows. Оценка информативности клинико-лабораторных признаков осуществлялась с помощью метода дивергенции Кульбака.

Результаты. Тяжесть отравлений по шкале PSS+ при легких отравлениях составила $8,3 \pm 1,7$ баллов, при среднетяжелых $11,4 \pm 0,9$ баллов, при тяжелых - $23,4 \pm 2,7$ баллов, при крайне-тяжелых - 17 баллов. Средняя продолжительность госпитализации при легких отравлениях составила 1 день, при среднетяжелых – $3,5 \pm 0,5$ дней, при тяжелых - $11,3 \pm 5,7$ дней, при крайне-тяжелых – 28 дней.

Выводы. Применение шкалы PSS+ позволяет оценить степень тяжести отравления с учетом фоновой соматической патологии, клинической картины заболевания, предварительно определить вид токсиканта, что в существенной мере ускоряет постановку диагноза и назначение адекватной терапии, тем самым улучшает прогноз больного.

Ключевые слова: шкала PSS+, отравления, снотворно-седативные, соматические заболевания, степень тяжести.

Беляев А.А., Касимов Р.Р., Хугаев Л.А.

РАСШИРЕННЫЙ ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ БОЕВОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ (FAST)

ФГКУ «422 военный госпиталь» Минобороны России, г. Нижний Новгород

Современная боевая хирургическая травма характеризуется полиморфизмом клинических проявлений и патологических состояний, связанных с ее механизмом, характером ранящего снаряда, локализацией поражения и другими факторами. Одной из актуальных проблем, определяющих степень ее тяжести, тактику лечения и дальнейший прогноз, является своевременная диагностика повреждений паренхиматозных органов, сопровождающихся внутриполостным кровотечением - особенно при закрытых травмах, когда видимые повреждения отсутствуют.

Известно, что каждые 3 минуты отсрочки при неостановленном внутрибрюшном кровотечении увеличивают госпитальную смертность на 1%. С целью наиболее раннего выявления внутриполостных кровотечений на догоспитальном этапе (а в ВС РФ это уровень медицинской роты) разработан и используется протокол ультразвукового исследования FAST (Focused assessment with sonography in trauma - сокращенное (направленное) ультразвуковое исследование при травме).

Благодаря высокой чувствительности и специфичности ультразвука при выявлении свободной жидкости (крови), достигающей 95% (а также при обнаружении пневмоторакса), эта методика позволяет в кратчайшие сроки (2-2,5 минуты) обнаружить скопление излившейся крови при травмах паренхиматозных органов, ведя ее поиск в естественных карманах (углублениях) брюшной полости: гепаторенальном кармане (пространство Морисона), периселезеночном пространстве и в малом тазу. Если речь идет о грудной клетке – это будет правый и левый синусы при повреждении легких, полость перикарда при ранениях сердца. Кроме того, повреждения легких сопровождаются скоплением воздуха в плевральной полости. Физические и анатомические предпосылки протокола FAST определяют морфологический субстрат, который может выявить данное исследование (гемоперитонеум, гемоторакс, гемоперикард и пневмоторакс), и формируют показания к его применению: закрытая травма груди и живота; проникающие торакоабдоминальные ранения; подозрение на тампонаду сердца; травма у пациентов с гипотонией неизвестной этиологии.

При этом совсем необязательно в совершенстве владеть УЗ-диагностикой. FAST протокол может (и должен) выполнять *любой специалист*, работающий с ургентной хирургической патологией и

прошедший краткий курс обучения этому методу исследования (начиная от уровня медицинской роты: хирург, реаниматолог, рентгенолог).

В зависимости от результата FAST и параметров гемодинамики пострадавший либо направляется в операционную, либо подлежит дополнительному обследованию (КТ, диагностическая лапароскопия).

В настоящее время прорабатывается вопрос об обязательном включении цикла обучения FAST-протоколу в процедуру аккредитации специалистов хирургического профиля, работающих с ургентной хирургической патологией.

Ключевые слова: боевая хирургическая травма, внутриполостное кровотечение, сокращенное ультразвуковое исследование при травме, FAST-протокол.

Блинда И.В., Чикин ОВ.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ОБУЧЕНИЮ НАВЫКАМ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

ФГКУ «442 Военный клинический госпиталь» Минобороны России, Санкт-Петербург

Актуальность. В США регистрируется 300 тысяч внезапных сердечных смертей за 12 месяцев. На 1000 населения в год приходится один случай. В странах Евросоюза внегоспитальная остановка сердца случается примерно у 500 тысяч человек каждый год, при этом выживает только 5%. Статистические данные по РФ отсутствуют, однако можно предположить, что имеют место сопоставимые цифры. Одним из способов профилактики внезапной смерти является своевременное проведение комплекса сердечно-легочной реанимации. Для этого необходим подготовленный персонал и оборудование.

Проведенные мероприятия. В течение 2016 и первого квартала 2017 года в ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России внедрены:

практическое обучение всего медицинского персонала навыкам сердечно-легочной реанимации, оказанию экстренной медицинской помощи при анафилактическом шоке, асфиксии;

практическое обучение переменного личного состава из числа военнослужащих по призыву навыкам проведения базового комплекса сердечно-легочной реанимации.

Обучение проводилось в несколько этапов. Сотрудниками отделения реанимации и интенсивной терапии были проведены практические занятия со всем врачебным и средним медицинским персоналом. В дальнейшем силами начальников (заведующих) медицинских отделений проводятся ежедневные

практические тренажи с дежурной сменой. Врачами медицинских отделений совместно с дежурными медицинскими сестрами в рамках военно-медицинской подготовки проводятся еженедельные практические занятия по сердечно-легочной реанимации с переменным личным составом из числа военнослужащих по призыву. При обучении использовался манекен-тренажер.

Предложения.

1. Поэтапно распространить опыт 442 ВКГ в Вооруженных Силах РФ. На первом этапе организовать обучение практическим навыкам сердечно-легочной реанимации персонала военно-лечебных учреждений. На втором этапе, на базе гарнизонных госпиталей, провести обучение личного состава медицинской службы войскового звена. На третьем этапе организовать практическое обучение переменного личного состава госпиталей из числа военнослужащих по призыву базовому комплексу сердечно-легочной реанимации. И на завершающем этапе ввести данный предмет в систему подготовки всего личного состава ВС РФ. В результате проведенных мероприятий, через несколько лет сотни тысяч граждан Российской Федерации будут владеть практическими навыками проведения сердечно-легочной реанимации.

2. С целью создания материальной базы для обучения практическим навыкам сердечно-легочной реанимации провести многоуровневое оснащение медицинских частей и учреждений учебным оборудованием (манекенами-тренажерами). Уровень «медицинский пункт войсковой части - медицинский батальон» оснастить «помощником реаниматолога» для отработки навыков непрямого массажа сердца. Ориентировочная стоимость 10-12 тысяч рублей. Уровень «гарнизонный (базовый) военный госпиталь» оснастить манекенами-тренажерами для отработки навыков непрямого массажа сердца и ИВЛ. Ориентировочная стоимость – 30 тысяч рублей. Уровень «окружной (центральный) госпиталь» – оборудовать учебные классы симуляторами и тренажерами для отработки навыков врачей-реаниматологов и бригад специализированной медицинской помощи.

3. Поэтапное оснащение автоматическими дефибрилляторами. На первом этапе – лечебных учреждений. На втором этапе – медицинских подразделений. На третьем этапе – оснащение автоматическими дефибрилляторами общественных мест воинских частей и соединений.

Ключевые слова: сердечно-легочная реанимация, навыки, обучение, тренажеры-манекены, госпиталь, медицинский батальон.

Воронов В.В.

СУБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ОБИТАЕМОСТИ В РИСК– ОРИЕНТИРОВАННОМ НАДЗОРЕ ЗА СЛОЖНЫМИ МОРСКИМИ ТЕХНИЧЕСКИМИ ОБЪЕКТАМИ

ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия им. Н.Г. Кузнецова», г. Санкт-Петербург

Актуальность. Анализ субъективных оценок членов экипажей кораблей позволяет определить факторы среды обитания, требующие контроля в процессе эксплуатации и принятия решений по совершенствованию гигиенических регламентов в процессе исследовательского проектирования.

Цель исследования: оценить обитаемость кораблей с использованием субъективного метода.

Материалы и методы. Проведен опрос членов 5 экипажей кораблей с использованием адаптированного к условиям военно-морского труда опросника, разработанного Ивановским НИИ охраны труда. В опросе приняли участие 171 военнослужащий по контракту (мужчин – 100%), годные по состоянию здоровья к службе в плавсоставе: офицеров - 44, мичманов - 35, старшин - 29, матросов - 63.

Результаты исследования. Распределение доли лиц, отметивших неблагоприятное воздействие факторов обитаемости с указанием продолжительности экспозиции такого влияния от фактического времени выполнения служебных обязанностей представлено в таблице:

неблагоприятные факторы	субъективная оценка продолжительности экспозиции неблагоприятного фактора				
	100%	75%	50%	25%	0%
шум	19,9%	26,3%	28,7%	17,5%	7,6%
вибрация	2,3%	16,4%	21,1%	29,2%	31,1%
освещенность	5,3%	10,5%	13,5%	28,1%	42,7%
температура воздуха	7,6%	15,2%	19,3%	21,6%	36,3%
ядовитые пары	2,3%	5,8%	9,4%	11,1%	71,3%
пыль	14,6%	8,8%	12,9%	31,6%	32,2%
опасные механизмы	5,2%	8,1%	12,8%	21,6%	52,0%
неудобство рабочего места	9,4%	11,7%	21,6%	29,8%	27,5%
спецодежда и средства защиты	15,2%	9,9%	12,3%	15,8%	46,8%

Вывод: Приведенные показатели субъективных оценок соответствуют выводам экспертных комиссий по рассмотрению проектов и комиссий по государственной приёмке кораблей, что свидетельствует о достоверности применённой методики. Формализованный опрос может быть включён в качестве экспресс-метода оценки условий труда риск - ориентированного надзора.

Ключевые слова: морская медицина, корабль, экипаж, здоровье, риск.

Грипась С.А., Насибов Р.М., Корецкий В.Н., Сапелкин Е.В., Жуков Д.Е.

**КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ПСЕВДОМЕМБРАННОГО КОЛИТА У ТЯЖЕЛЫХ И
ОСЛАБЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
ФГБУ «1409 Военно-морской клинический госпиталь» Минобороны РФ, г.
Калининград**

Введение. Большое значение для развития хирургии последнего столетия имело внедрение в широкую клиническую практику антибиотикотерапии. Однако по данным различных исследователей у 10% пациентов, получающих антибиотики широкого спектра, развивается диарея, а в 1% случаев возникает псевдомембранозный колит. В 1978г. установлено этиологическое значение *Clostridium difficile* в развитии антибиотик-ассоциированной диареи и псевдомембранозного колита (ПМК). Опасность ПМК заключается в том, что в тяжелых случаях может развиваться токсический мегаколон и некротическая перфорация толстой кишки. Летальность при развитии ПМК в хирургическом стационаре составляет более 30%. В литературе имеются многочисленные описания внутрибольничных вспышек антибиотикопосредованных диарей, что позволяет говорить об инфекции, обусловленной *C.difficile* как о нозокомиальной инфекции. Важнейшим методом верификации диагноза ПМК является обнаружение токсинов *C. difficile* в стуле. К сожалению, в большинстве окружных (флотских) госпиталей этот метод диагностики не может быть выполнен.

Цель исследования: изучить возможность использования в комплексной диагностике ПМК инструментальных методов лучевой и эндоскопической диагностики, проанализировать эффективность различных методов лечения ПМК у тяжелых и ослабленных больных хирургического стационара.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ диагностики и лечения тяжелого псевдомембранозного колита у 5 больных. Двое больных

проходили лечение в реанимационном отделении по поводу сочетанной травмы. Один больной перенес ампутацию обеих ног по поводу атеросклеротической гангрены. Один больной ранее перенесший инсульт, проходил лечение в неврологическом отделении, а затем был оперирован по поводу гнойного орхоэпидидимита. Еще один пациент перенес операцию по поводу паховой грыжи, однако до этого длительное время получал антибактериальную терапию по поводу мочекаменной болезни, вторичного пиелонефрита. Все больные получали цефалоспорины III поколения и относились к категории тяжелых или ослабленных больных, а поэтому имели косвенные признаки нарушения иммунного статуса. Возраст больных составлял от 50 до 80 лет.

Результаты и обсуждение. Клинические симптомы ПМК проявились от 5 дней до 2,5 недель от начала проведения антибактериальной терапии – диарея от 5 до 15 раз в сутки, нарастание признаков интоксикации, повышение температуры тела до 38–39,5°C, в анализах крови лейкоцитоз свыше $25 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до юных форм, в некоторых случаях боли в животе и вздутие живота, в двух случаях гипотония до 80/40 мм рт. ст. Все больные из-за тяжести состояния переведены для лечения в ОРИТ. Проводилась дифференциальная диагностика с сепсисом, «острым животом» и паранефритом.

Для исключения острой хирургической патологии проводили УЗИ органов брюшной полости в динамике. Свободная жидкость в брюшной полости в виде анэхогенных зон шириной от 1,0 до 4,0 см обнаружена у 2 больных. У всех больных отмечалось утолщение стенок толстой кишки от 0,7 до 2 см, снижение ее эхогенности (отек), расширение просвета кишки, наличие в нем газа и жидкого содержимого. В правых отделах (слепая и восходящая ободочная кишка) изменения были более выраженными. Как правило, для уточнения характера выявленных при УЗИ изменений, выполняли МСКТ брюшной полости. Выявляли утолщение стенок слепой кишки до 30-35 мм, отек окружающей клетчатки, утолщение париетальной брюшины, минимальное количество жидкости в брюшной и плевральных полостях.

В одном случае для исключения острой хирургической патологии потребовалось проведение диагностической лапароскопии, в другом для исключения тромбоза мезентериальных сосудов у тяжелого больного выполнен лапароцентез. При лапароцентезе получен серозный выпот. При лапароскопии выявлено поражение слепой и восходящей ободочной кишки в виде отека и гиперемии стенки, увеличения диаметра кишки и ее пареза, также имели место признаки параколита в виде стекловидного отека забрюшинной клетчатки и

париетальной брюшины. Тонкая кишка была не изменена. Фибрина на петлях кишечника и брюшине не было.

Учитывая невозможность проведения микробиологической или иммунологической диагностики для верификации диагноза ПМК у 2 больных выполняли колоноскопию с биопсией. На всем протяжении слизистой оболочки обнаруживались серовато-желтые псевдомембранозные бляшки от 0,3 до 0,5 см, больше в правой половине ободочной кишки. Гистологическая картина соответствовала ПМК – отек слизистой оболочки толстой кишки, инфильтрация ее лимфоцитами, наличие на поверхности слизистой толстого слоя фибрина с неравномерными скоплениями лейкоцитов.

Умер 1 больной. Непосредственной причиной смерти была ТЭЛА. У остальных больных после назначения этиотропной терапии наблюдалась положительная динамика. Обязательным условием была отмена ранее используемого антибиотика. Лечение проводили по следующей схеме: метронидазол 500 мг в/в 3 р/сут, ванкомицин 500 мг внутрь (тяжелым больным через зонд) 4 р/д в течение 7 суток. Одному больному в связи с угрозой развития токсического мегаколона потребовалось внутрикшечное введение ванкомицина в дозе 1,0 г в виде микроклизм в течение 5 суток. Хорошо зарекомендовал себя для лечения ПМК антибиотик группы рифампицина Альфа Нормикс (рифаксимин). Прием по 200 мг каждые 8 ч в течение 7 дней приводил к полному исчезновению симптомов.

Выводы. ПМК является грозным осложнением при лечении тяжелых и ослабленных больных хирургического стационара. В ряде случаев дифференциальную диагностику приходится проводить с острой хирургической патологией брюшной полости и сепсисом. В диагностике ПМК следует широко использовать УЗ-исследование толстой кишки, МСКТ брюшной полости и по возможности колоноскопию. Своевременно (при первых признаках) начатое этиотропное лечение с отменой ранее назначенных антибиотиков в большинстве случаев приводит к исчезновению симптомов ПМК и улучшению состояния тяжелых больных.

Ключевые слова: псевдомембранозный колит, диагностика, лечение, стационар.

Грибова Л.Н., Литвиненко Р.И., Пистюльга И.В., Чикин О.В.
**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦЕФТАРОЛИНА ФОСАМИЛА У
ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ТЯЖЕЛОГО
ТЕЧЕНИЯ**

ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить эффективность применения цефтаролина фосамила в комбинации с моксифлоксацином для лечения внебольничных пневмоний тяжелого течения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в ФГКУ «442 ВКГ» МО РФ с 01 января 2015 года по 31 декабря 2016 года. В исследование включены пациенты с внебольничной пневмонией тяжелого течения, получавшие лечение в виде комбинированной парентеральной антибиотикотерапии цефтаролином фосамилем с моксифлоксацином (группа 1), либо комбинации цефтриаксона с моксифлоксацином (группа 2), которые впоследствии составили группу сравнения. Выбор антибиотикотерапии происходил эмпирически на основании рекомендации начальника ГВМУ МО РФ по лечению внебольничной пневмонии 2015 года. Пациенты, которым по какой-либо причине в терапию был добавлен другой антибиотик, в исследование не включались. Всего в исследование отобраны 73 пациента в возрасте от 18 до 36 лет (средний возраст – 22,17 лет), первая группа – 36 пациентов, вторая группа – 37 пациентов. Все пациенты были мужчинами, военнослужащими. Дозировки лекарств использовались стандартные, исходя из аннотаций препаратов. Тяжесть течения пневмонии на момент поступления оценивалась по шкале SMRT-CO. Исходно обе группы не имели достоверных различий по тяжести течения заболевания.

Результаты. При сравнении обеих групп отмечается более короткие сроки рентгенологического разрешения пневмонии в первой группе. На 10 сутки лечения в первой группе отмечалось рентгенологическое разрешение пневмонии в 33,3% случаев; в группе сравнения - в 19,4% случаев. Общая длительность лечения первой группы составила 19,3 суток, второй группы 25 суток.

Выводы. Полученные результаты позволяют говорить о большей эффективности применения комбинации цефтаролина фосамила и моксифлоксацина для лечения внебольничных пневмоний тяжелого течения по сравнению с терапией цефтриаксоном в сочетании с моксифлоксацином.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, тяжелое течение, цефтаролин фосамил, моксифлоксацин.

Грибова Л.Н., Литвиненко Р.И., Пистюльга И.В., Чикин О.В.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФТАРОЛИНА ФОСАМИЛА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить безопасность применения цефтаролина фосамила в комбинации с моксифлоксацином для лечения внебольничных пневмоний тяжелого течения.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в ФГКУ «442 ВКГ» МО РФ с 01 января 2015 года по 31 декабря 2016 года. В исследование включены пациенты с внебольничной пневмонией тяжелого течения, получавшие лечение в виде комбинированной парентеральной антибиотикотерапии цефтаролином фосамилем с моксифлоксацином (группа 1), либо комбинации цефтриаксона с моксифлоксацином (группа 2), которые впоследствии составили группу сравнения. Выбор антибиотикотерапии происходил эмпирически на основании рекомендации начальника ГВМУ МО РФ по лечению внебольничной пневмонии 2015 года. Пациенты, которым по какой-либо причине в терапию был добавлен другой антибиотик, в исследование не включались. Всего в исследование отобраны 73 пациента в возрасте от 18 до 36 лет (средний возраст – 22,17 лет), первая группа – 36 пациентов, вторая группа – 37 пациентов. Все пациенты были мужчинами, военнослужащими. Дозировки лекарств использовались стандартные, исходя из аннотаций препаратов. Тяжесть течения пневмонии на момент поступления оценивалась по шкале SMRT-CO. Исходно обе группы не имели достоверных различий по тяжести течения заболевания.

Результаты. В ходе проведенного нами анализа историй болезни летальных случаев на применение данных групп препаратов не фиксировалось. Единственным встречающимся осложнением была токсическая гепатопатия. При этом в первой группе отмечалось лишь 1 случай токсической гепатопатии на фоне приема цефтаролина фосамила, в то время как на фоне назначения цефтриаксона отмечено 4 подобных случая.

Выводы. Цефтаролин фосамил показал себя более безопасным препаратом по сравнению с цефтриаксоном. Из побочных эффектов применения данного препарата нами встретилась токсическая гепатопатия, которая была успешно медикаментозно купирована.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, тяжелое течение, цефтаролин фосамил, токсическая гепатопатия.

Губин В.Н., Воробьёв С.А., Галомзик Н.С.

ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПОЛИКЛИНИКИ В 2014-2016 гг.

КДП ФКГУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Дневной стационар (госпитальное отделение) Консультативно-диагностической поликлиники ФКГУ «442 ВКГ» МО РФ (КДП) функционирует с мая 1999 г., оказывает квалифицированную, а также реабилитационную помощь больным на основе современной медицинской науки и техники. В отделении проводятся мероприятия по выполнению критериев и показателей эффективности деятельности по должностям медицинского персонала, согласно плану достижения целевых показателей деятельности по программе «Дорожная карта» и других регламентирующих документов.

По виду, объему и характеру оказываемой медицинской помощи и системе организации работы дневной стационар КДП является: по профилю – многопрофильным; по системе организации – дневной стационар поликлиники; по объему деятельности – мощность 10 коек, с 2–3-х кратным их оборотом.

В штате отделения: 2 врача-терапевта (заведующий отделением и ординатор), 3 медицинские сестры, младшая медицинская сестра по уходу и санитарка.

Дневной стационар оснащен необходимым оборудованием, инструментарием, хозяйственным имуществом и обеспечен медикаментозными средствами в соответствии со стандартами лечения и профилем находящихся в нём больных.

В 2014–2016 гг. в дневном стационаре получили стационарное лечение 995 больных, из них улучшение достигнуто у 99,0%, (985 больных), состояние здоровья не изменилось у 0,4% (4 больных), переведены для продолжения лечения в клиники ВМедА и стационары города 6 больных (0,6%) в связи с выявлением у них осложнений сопутствующих заболеваний (острое нарушение ритма и проводимости, острый коронарный синдром и др.). Среди лечившихся в дневном стационаре пенсионеры МО составили – 77,9% (775 больных), члены семей военнослужащих в запасе и отставке – 22,1% (220 больных). Основной контингент в дневном стационаре составляли больные с хроническими сосудистыми заболеваниями головного мозга и заболеваниями сердечно-сосудистой системы (различные формы ИБС, гипертоническая болезнь, облитерирующие заболевания периферических сосудов и пр.).

Неотложная помощь в условиях кабинета неотложной помощи оказывалась 1217 больным, из них 309 были госпитализированы в стационары города, у остальных больных неотложные состояния (гипертонический криз, коллаптоидные состояния, приступ стенокардии и др.) были купированы на месте и необходимости в их госпитализации не было. В дневном стационаре было выполнено более 15000 процедур, из них инфузионная терапия составила более 85%.

Положительную оценку работе дневного стационара, как форме оказания медицинской помощи, дали 98,1% больных по результатам анонимного анкетирования.

За период работы дневного стационара КДП подтверждены следующие его преимущества:

– медицинские: приближение стационарной формы медицинской помощи к больным – возможность получать качественное лечение без госпитализации в стационар с круглосуточным режимом работы; улучшение использования коечного фонда стационаров для более тяжелых больных; повышение доступности и улучшение качества оказания неотложной помощи в поликлинике; организация долечивания и реабилитации больных после окончания госпитального лечения.

– социально-психологические: доступность плановой стационарной помощи больным в условиях поликлиники – очередность ожидания сроков госпитализации 1–7 дней; возможность больным вести обычный образ жизни и режим питания («терапия средой»); более быстрое возвращение пациентов к трудовой деятельности, а также возможность обследования и лечения без прекращения трудовой деятельности.

– экономические: сокращение длительности временной утраты трудоспособности; снижение стоимости одного дня пребывания в условиях дневного стационара по сравнению с днем пребывания в стационаре с круглосуточным режимом работы; многим больным вследствие краткосрочного пребывания в дневном стационаре не возникала потребность в оформлении листа временной нетрудоспособности.

Представленные итоги работы дневного стационара КДП показывают, что данная форма лечебно-профилактических и восстановительно-реабилитационных мероприятий является современной и перспективной в системе военного здравоохранения в условиях амбулаторно-поликлинической помощи на современном этапе.

Ключевые слова: дневной стационар, поликлиника, неотложная помощь, восстановительно-реабилитационные мероприятия.

Гуляев Н.И.¹, Чикин О.В.²

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АПОЛИПОПРОТЕИДОВ У БОЛЬНЫХ С КАЛЬЦИНОЗОМ КЛАПАНА АОРТЫ

Кафедра госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М.
Кирова¹,

ФГКУ «442 Военный клинический госпиталь» МО РФ², Санкт-Петербург,

Цель исследования: оценить содержание аполипопротеинов А-1 [АпоА-1] и В-100 [АпоВ-100] в группах с различной степенью выраженности кальциноза клапана аорты.

Материалы и методы. Исследовано 28 пациентов с кальцинозом аортальных полулуний без признаков стеноза; 26 пациентов с наличием аортального стеноза средней степени тяжести и 30 пациентов с тяжёлым аортальным стенозом. Средний возраст пациентов в исследуемых группах составил $65 \pm 8,6$ лет, из них мужчины 68%. Группу контроля составили 212 пациентов сопоставимых по возрасту и полу без признаков структурного ремоделирования и изменений клапанного аппарата сердца.

Результаты. При анализе содержания АпоА-1 обращает внимание на его существенно более низкие значения (менее 1,07 мг/дл, $p < 0,003$) во всех исследуемых группах по сравнению с группой контроля ($1,38 \pm 0,04$ мг/дл). Снижение уровня АпоВ-100 носит менее выраженный характер. Значимое снижение в сравнении с группой контроля ($1,14 \pm 0,04$ мг/дл) отмечается только у пациентов с тяжёлым аортальным стенозом ($0,79 \pm 0,08$ мг/дл; $p = 0,0003$), в то время как в группах кальциноза аортальных полулуний и умеренного аортального стеноза отмечается только тенденция к его снижению ($p < 0,1$). При этом соотношение АпоВ-100/АпоА-1 не отличался значимо в исследуемых группах и группы контроля.

Обсуждение. Данные результаты указывают на определённое участие аполипопротеина А-1 в развитии заболевания. Учитывая, что многими авторами признаётся ведущая роль атеросклероза в развитии кальциноза клапана аорты, вероятнее всего, нельзя недооценивать роль липидов и аполипопротеинов в сохранении баланса между факторами агрессии и защиты, восстановлении эндотелия после повреждения, а также в поддержании воспалительного ответа и усугублении эндотелиальной дисфункции.

Выводы. Следовательно, при определении у пациентов старше 50 лет липидного спектра необходимо дополнительно изучать уровень АпоА-1. При получении результата менее 1,1 мг/дл рекомендовать антиатеросклеротическую диету, активное диспансерное наблюдение с регулярным (не менее 1 раза в 3

года) выполнением эхокардиографического исследования с прицельным изучением функционального состояния аортального клапана. Дополнительного изучения требуют исследования влияния на процесс кальциноза в его ранней стадии препаратов, способных повысить содержание АпоА-1 [среди потенциальных препаратов - ниацин; ингибиторы СЕТР (фермента, ответственного за транспорт холестерина эфиров от липопротеидов высокой плотности к липопротеидам, содержащим апоВ-100) и др.].

Ключевые слова: кальциноз, клапан аорты, аполипопротеины.

Гуляев Н.И.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОДЕРЖАНИЯ ЛИПОПРОТЕИДА (А) У БОЛЬНЫХ С КАЛЬЦИНОЗОМ КЛАПАНА АОРТЫ

Кафедра госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить содержание липопротеина (а) [ЛП (а)] в группах с различной степенью выраженности кальциноза клапана аорты

Материалы и методы. Исследовано 28 пациентов с кальцинозом аортальных полулуний без признаков стеноза; 26 пациентов с наличием аортального стеноза средней степени тяжести и 30 пациентов с тяжёлым аортальным стенозом. Средний возраст пациентов в исследуемых группах составил $65 \pm 8,6$ лет, из них мужчины 68%. Группу контроля составили 212 пациентов сопоставимых по возрасту и полу без признаков структурного ремоделирования и изменений клапанного аппарата сердца.

Результаты. Учитывая, что уровень ЛП (а) группы контроля не носил характер нормального распределения, в исследуемых группах оценивалась медиана и квартили данного показателя. Медиана содержания ЛП (а) в группе контроля составила – 11,00 (5,00-24,00) мг/дл; в группе с кальцинозом аортальных полулуний без признаков стеноза - 27,31 (10,37-44,29) мг/дл; в группе с наличием аортального стеноза средней степени тяжести – 36,76 (10,62-57,19) мг/дл; в группе с тяжёлым аортальным стенозом – 8,22 (5,44-17,99) мг/дл. Достоверной разницы, как между исследуемыми группами, так и между группой контроля и пациентами с кальцинозом получено не было.

Обсуждение. Stewart et al., (1997) отводят роль ЛП (а), как независимому фактору риска развития кальцинированного аортального стеноза. Так, в результате обследования ими более 5000 пациентов было показано, что больные с кальцинированным аортальным стенозом имели достоверно более

высокий уровень ЛП (а) (ОР 1,23; ДИ 95% 1,14-1,32, $p < 0,001$). Других работ, подтверждающих данное утверждение, в доступной нам литературе не имеется. В нашем исследовании не удалось обнаружить значимого влияния ЛП (а) на формирование аортального стеноза - исследуемый маркер был сопоставим во всех исследуемых группах больных с группой контроля. Не исключается, что механизм действия ЛП (а) у части больных реализуется опосредованно через усиление процессов атерогенеза и дисфункции эндотелия.

Выводы. В настоящее время нет убедительных данных за прямое участие ЛП (а) в патогенезе кальцификации клапана аорты, однако возможное опосредованное участие требует дальнейшего научного изучения.

Ключевые слова: кальциноз, клапан аорты, липопротеид (а).

Завьялов Д.М., Волков А.С., Гусакова Д.Ю.
**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТАБИЛИЗАЦИИ
ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ
СИСТЕМОЙ "CONMET" ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ
ДЕГЕНЕРАТИВНОМ
ЗАБОЛЕВАНИИ ПОЗВОНОЧНИКА**

ФГКУ «1469 Военно-морской клинический госпиталь»
Минобороны России, г. Североморск

Актуальность. Проблема дегенеративных заболеваний занимает одно из первых мест в мире среди заболеваний опорно-двигательного аппарата, приводящих к инвалидизации достаточно большое количество населения трудоспособного возраста. Эту проблему можно смело назвать проблемой 21 века. Разработано масса методик по хирургическому лечению этой патологии. Особую сложность в лечении составляют ранее оперированные больные. Мы впервые в нейрохирургическом отделении применили транспедикулярную систему «Conmet», установив ее пациенту, оперированному по поводу прогрессирующего дегенеративного заболевания позвоночника.

Материалы и методы. Нами был произведен первый клинический опыт применения транспедикулярной системы «Conmet» при лечении грыжи межпозвонкового диска на уровне L4-L5 в условиях нейрохирургического отделения ФГКУ «1469 ВМКГ» Минобороны России. Больной В., 40 лет. При поступлении предъявлял жалобы на интенсивную боль в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности бедра и голени до стопы. Из анамнеза болен около десяти лет. Неоднократно проводилась консервативная терапия, без эффекта. Дважды проведена микродискэктомия на

уровне L5-S1 (периодичность между операциями два года). Основным показанием к микродискэктомии в сочетании с фиксацией транспедикулярной системой являлось наличие секвестрированной грыжи межпозвонкового диска на смежном ранее оперированному уровню, гипермобильность сегмента LV-S1, сопутствующее заболевание – алиментарно-конституциональное ожирение III степени. При проведении операции использовались оригинальные инструменты фирмы «Conmet». Транспедикулярные полиаксиальные винты «Conmet» установлены с помощью оригинального инструментария. Уложены 2 штанги в головки винтов и фиксированы 6 винтами. Послеоперационный период без особенностей. Больной активизирован на вторые сутки с фиксацией позвоночника в жестком корсете. Болевой синдром регрессировал на третьи сутки.

Выводы. Таким образом, правильное предоперационное планирование, полный объем обследования пациента, одномоментное выполнение микродискэктомии и стабилизации сегмента новой для нас транспедикулярной системой «Conmet», позволило предотвратить возможное развитие нестабильности в сегменте LV-S1 и профилактики рецидива грыжи межпозвонкового диска.

Ключевые слова: остеохондроз, синдром смежного уровня, транспедикулярная фиксация.

Закревский Ю.Н.¹, Шевченко А.Г.², Архангельский Д.А.², Перетечиков А.В.²

ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

¹Медицинская служба объединенного стратегического командования Северного флота,

г. Североморск; ²ФГКУ «1469 Военно-морской клинический госпиталь»
Минобороны России, г. Североморск

Для медицинского обеспечения и сохранения здоровья контингента, дислоцированного в экстремальных специфических условиях на Земле Франца Йосифа (о. Александра), Северная Земля (о. Средний), Новосибирские острова (о. Котельный) в построенных современных административно-жилых комплексах (АЖК), развернуты медицинские пункты с операционными, реанимационными палатами и лазаретами на 10-15 коек, оснащенные современной медицинской аппаратурой (аппараты для ИВЛ, рентгеновские аппараты, аппараты УЗИ). Проблемы оказания неотложной медицинской

помощи (квалифицированной и специализированной) коррелируются с отдаленностью островов и невозможностью предусмотреть развитие критической неотложной ситуации, требующей экстренного специализированного лечения (сердечно-сосудистого, кардиологического, торакального, нейрохирургического и др.) Для медицинского усиления штатных медицинских служб организовано прикомандирование и дежурство по 3 месяца реаниматологов из 1469 ВМКГ МО РФ г. Североморска и хирургов специализированных клиник ВМедА им С.М. Кирова. Налажена система авиамедицинской эвакуации с использованием самолетов ИЛ-76, АН-12, Ан-72, модулей медицинских вертолетных и самолетных с плечом эвакуации от 500 до 3,5 тыс. км в военно-лечебные учреждения Северного флота и в центральные лечебные учреждения Минобороны России .

Заболеваемость военнослужащих на островах Арктической зоны по основным классам заболеваний в 2016 году составила: по I классу «Инфекционные и паразитарные болезни» от 17,2‰ (Земля Александры) до 23,6‰ (п. Тикси), по XII классу «Болезни кожи и подкожной клетчатки» – от 15,3‰ (о. Котельный) до 46,2‰ (о. Земля Александры). Наибольшая заболеваемость отмечается по классу X - «Болезни органов дыхания»: о. Земля Александры - 363,2‰, п. Рогачево о. Новая земля - 204,0‰, о. Средний - 137,5‰, о. Котельный – 128,9‰, п. Тикси -116,4‰. Случаев острых пневмоний в период с 2014 по 2016 гг. не зафиксировано. Введена в строй телемедицинская аппаратура на о. Александры, о. Средний, о. Котельный и проводятся телемедицинские консультации врачей медпунктов и преподавателей ВМедА им С.М. Кирова.

Ключевые слова: медицинское обеспечение войск (сил), арктическая зона, экстремальные условия службы, авиамедицинская эвакуация.

Зубрицкая И.А.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИИ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ

Филиал № 6 ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

В статье рассмотрен случай безболевого формы ишемии миокарда по типу нарушения сердечного ритма и проводимости, как проявление не атеросклеротического поражения коронарных сосудов, а вследствие врожденной аномалии венечных артерий - мышечных «мостиков».

Пациент Ж., 48 лет обратился с жалобами на кратковременные эпизоды головной боли в височных областях, сопровождающиеся чувством жара в лице, повышение АД до 160/90 мм. рт. ст. в вечернее время. Ежедневно выполнял физическую нагрузку - бег по 1,5 км.

В ходе обследования выявлено: признаки дислипидемии (холестерин 6,5 ммоль/л, ЛПНП 4,55 ммоль/л, ЛПВП 1,13 ммоль/л; АВ блокада I степени (PQ-0,22 сек., частота сердечных сокращений 64 в минуту), по данным холтеровского мониторирования регистрировались одиночные желудочковые полиморфные экстрасистолы - 1030 и комплексы с внутрижелудочковой блокадой - 662; патологии щитовидной железы не выявлено; имелось наличие стенозов общих сонных артерий - 18% правой и 17% левой артерий; офтальмоскопия выявила ангиопатию сетчатки.

Таким образом, был поставлен клинический диагноз основного заболевания: Гипертоническая болезнь III ст. Артериальная гипертензия 2 ст. Риск ССО 4. ИБС. АВ блокада I степени. Желудочковая экстрасистолия 3 градации по Ryan. Дислипидемия. Осложнения: СН 0 ФК (по NYHA).

Риск смертельных сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет по шкале SKORE составил 3,54%.

Назначена терапия: диета с ограничением поваренной соли до 3 г/сут., гипохолестериновая диета, диротон 10 мг. по 1 таблетке утром, кардиомагнил (75+15,2 мг) 1 таблетка вечером, крестор 5 мг по 1 таблетке на ночь.

При повторном обследовании с целью оценки эффективности гипотензивной терапии и динамики изменений нарушения сердечного ритма, сохранялась дислипидемия (холестерин 6,4 ммоль/л, ЛПНП 4,46 ммоль/л, ЛПВП 1,22 ммоль/л); регистрировалась АВ блокада I степени (PQ-0,22, ЧСС 58 в минуту); количество желудочковой парасистолии - 1647, динамика артериального давления в пределах нормальных значений. Это навело на мысль о наличии ишемической болезни сердца и как проявление ее аритмического варианта.

Необходимо было дифференцировать генез желудочковой экстрасистолии. Согласно предложенному методу М.С. Кушаковским «органические» экстрасистолы отличают: амплитуда комплекса QRS ≤ 10 мм; отклонение электрической оси QRS вверх или вниз; ширина комплекса QRS > 12 мс; наличие «зазубренности»; подчеркнуты симметричные зубцы Т; инверсия либо реверсия сегмента ST. У пациента имелись 3 признака, подтверждающие «органическую» патологию сердца.

С целью установления причины аритмии, как ишемической болезни сердца, выполнена велоэргометрия. На пике нагрузки зарегистрирована полная блокада левой ножки пучка Гисса продолжительностью 1 минута, без

субъективных ощущений пациентом. Результат пробы расценен как положительный.

По наличию дислипидемии, атеросклеротического поражения сонных артерий генез ишемии миокарда расценивался как проявление атеросклероза коронарных сосудов. По морфологии экстрасистол — вид полной блокады левой ножки пучка Гисса, вероятнее всего, ее источник находился в правой ножке пучка Гисса. Сопоставляя распространение сердечного импульса по пучку Гисса и данные анатомии коронарного кровоснабжения, можно было предполагать, что ишемия миокарда возникает в бассейне левой коронарной артерии, а именно, в передней межжелудочковой артерии.

С целью дообследования была показана коронарография, как «золотой» стандарт диагностики. Как препарат первого класса рекомендаций по лечению желудочковых нарушений ритма и национальных рекомендаций по профилактике внезапной сердечной смерти (уровень доказанности «А») назначен бисопролол 2,5 мг в сутки, доза розувастатина увеличена до 10 мг в сутки. В течение 14 дней оценивались такие параметры как интервал PQ (значения не превышали 27 мсек в первые три дня приема препарата) и частота пульса (отмечалось урежение до 52 в минуту). Было рекомендовано исключить все физические нагрузки.

В целях выявления генеза заболевания выполнена коронарография. По ее результатам атеросклеротического поражения коронарных сосудов выявлено не было, однако были отмечены мышечные «мостики» в проксимальном отделе передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии и в средней трети задней межжелудочковой ветви, огибающей левой коронарной артерии, изгибающие S-образно сосуды без изменения их просвета. Таким образом, были выявлены миокардиальные мышечные «мостики», которые во время физической нагрузки сжимают коронарные артерии, уменьшая их диаметр, что приводит к безболевогой форме ишемии миокарда по типу переходящей блокады левой ножки пучка Гисса.

Такие аномалии коронарных сосудов встречаются не очень часто и в большинстве случаев остаются незамеченными. Это далеко не безобидное отклонение от нормы. При особых условиях, таких как чрезмерная физическая нагрузка, психоэмоциональное перенапряжение (в данном случае повышенная физическая нагрузка) неправильное расположение артерии может спровоцировать серьезную патологию, в том числе и внезапную сердечную смерть. Диагностика аномалий коронарных артерий чаще всего бывает случайной находкой, иногда обнаруживается только при аутопсии. Верифицировать диагноз и оценить гемодинамическую значимость мышечных «мостиков» можно только при выполнении коронарографии.

В литературе четких рекомендаций консервативного лечения подобных заболеваний нет. Тактика ведения пациентов разрабатывается в индивидуальном порядке. Препаратами выбора являются бета-блокаторы, благодаря своим отрицательным инотропным и хронотропным свойствам. Сходным действием обладают блокаторы Са-каналов.

Консервативная терапия пациенту Ж. была назначена в соответствии с рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов по лечению стабильной стенокардии напряжения: 1) в качестве антитромбоцитарной терапии назначена ацетилсалициловая кислота: кардиомагнил (75+15,2) мг в сутки; 2) как антиангинальный препарат назначен бета-блокатор без внутренней симпатомиметической активности - бисопролол 2,5 мг; 3) с целью снижения риска атеросклеротических сердечно-сосудистых осложнений назначен розувастатин в дозе 10 мг; 4) для гипотензивной терапии и с целью профилактики сердечно-сосудистых осложнений - ингибитор АПФ диротон 10 мг; 5) ограничены все физические нагрузки с целью предупреждения фатальных аритмий и внезапной сердечной смерти. Рекомендовано обследование в условиях стационара 1 раз в 6 месяцев.

В результате проводимой терапии в течение 3 месяцев уровень холестерина составлял уже 4,5 ммоль/л. Риск смертельных сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет по шкале SKORE составлял 1,03%.

Таким образом, был выявлен случай довольно редкого заболевания коронарных сосудов. А выполнение полного спектра обследований пациента с ишемической болезнью сердца позволило своевременно и правильно распознать заболевание. В свою очередь, правильный выбор тактики лечения позволил снизить риск сердечно-сосудистых осложнений у пациента в последующем.

Ключевые слова: врожденная аномалия коронарных артерий, диагностика, лечение.

Калганова И.Б., Калганов Ю.И., Никитин Е.А., Роскостов М.В.

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ АВТОРОВ МЕДИЦИНСКИХ ДИССЕРТАЦИЙ

35 Военно-морской госпиталь, г. Кронштадт

В процессе составления библиографического указателя диссертаций библиотеки Кронштадтского военно-морского госпиталя были выявлены интересные совпадения в биографиях авторов научных работ. Многие из них вышли из дворянских семей, не меньшая часть – из семей священников.

Удивляет то, что значительная часть врачей (по терминологии XIX века) далеко не сразу связала свою судьбу с медициной. Типичный путь к докторской степени: 1 - гимназия, 2 - университет (во многих случаях не медицинский факультет, а физико-математический), 3 - Военно-медицинская (Медико-хирургическая) академия, 4 - служба на флоте или в войсках.

Например, Сергей Георгиевич Смирнов, сын священника, окончил гимназический курс в 1881 г. В том же году поступил на естественное отделение физико-математического факультета Императорского С.-Петербургского университета; с третьего курса перешел в Императорскую Военно-медицинскую академию, где окончил курс в 1887 г. Пройдя службу в пехотном полку, в 1888 г. был назначен младшим судовым врачом в 4-й флотский экипаж. Участвовал в ряде дальних походов на броненосцах и крейсерах, а также исполнял обязанности ординатора при Кронштадтском морском госпитале.

Подобным образом Пётр Анатольевич Белогорский в 1885 г. поступил на тот же факультет С.-Петербургского университета, а в 1889 г. был зачислен на 2-й курс Военно-медицинской академии, окончил курс в 1894 г. В 1895-1896 гг. служил ординатором хирургического отделения Кронштадтского госпиталя.

Таких примеров оказалось очень много. Сочетание медицинского и физико-математического образования, по-видимому, проявилось и в выборе тем диссертаций, которые были связаны с новейшими для того времени научными открытиями. Медики пытались использовать в лечебных целях свет от электрических ламп накаливания и вольтовой дуги, рентгеновское излучение, излучение радия, электромагнитные волны, различные химические препараты, продукты питания, растения и травы. Поразительно, что работы конца XIX и начала XX века не кажутся устаревшими и сегодня.

Ключевые слова: диссертация, морской госпиталь, Военно-медицинская академия.

Калганова И.Б., Лобанова М.И., Никитин Е.А., Роскостов М.В.

НАУЧНАЯ РАБОТА ОБЩЕСТВА МОРСКИХ ВРАЧЕЙ

35 Военно-морской госпиталь, г. Кронштадт

По инициативе доктора Ивана Яковлевича Ланга в 1859 году при Кронштадтском госпитале создано научное общество морских врачей, которое издавало свой собственный журнал «Протоколы заседаний Общества морских врачей в Кронштадте». В этом журнале систематически освещались все научные достижения врачей госпиталя.

За 50 лет, с 1859 по 1908 гг., двести пятьдесят два врача сделали 1080 докладов, из которых 225 (20,8%) по общей и морской гигиене, 182 (16,9%) по хирургии, 138 (12,8%) по внутренним и инфекционным болезням, 108 (10,0%) по нормальной и патологической анатомии и физиологии, 98 (9,1%) по кожным и венерическим болезням, 81 (7,5%) по глазным болезням, 71 (6,5%) по нервным и душевным болезням, 32 (3,0%) по военно-морской санитарной организации и подаче помощи раненым, 24 (2,2%) по судебной медицине, 21 (1,9%) по ушным, горловым и носовым болезням, 21 (1,9%) по акушерству, женским и детским болезням, 18 (1,7%) по бактериологии, 14 (1,3%) по общей терапии, минеральным водам и рентгеноскопии, 48 (4,4%) отнесены к разделу «Прочие доклады». Благодаря сохранившимся в библиотеке Кронштадтского морского госпиталя спискам докладчиков (как членов Общества, так и не членов - рядовых корабельных врачей) можно судить о научных направлениях исследований флотских медиков того периода.

В протоколах заседаний Общества шестнадцать докладов принадлежат первому председателю Общества морских врачей в Кронштадте Ивану Яковлевичу Лангу. Главный доктор госпиталя, известный деятель науки, микробиолог и эпидемиолог Исаев Василий Исаевич, памятник которому воздвигнут в 1913 г. перед входом в Кронштадтский морской госпиталь, сделал в Обществе морских врачей семь докладов, в том числе в честь празднования 100-летия Императорской Военно-медицинской академии (1899) и о новейшем исследовании профессора Коха об открытии возбудителя туберкулеза (1899).

По вопросу об увековечении памяти морских врачей, погибших в Цусимском бою, и, вообще, при исполнении своего долга, дважды выступал доктор М.П. Филипченко (1906, 1908 гг.). О состоянии библиотеки Кронштадтского морского госпиталя и Общества морских врачей докладывал доктор Л.М. Старокадомский (1907). Описание некоторых иностранных госпиталей в портах Европы изложено в докладе доктора Н.А. Новикова (1902). Извлечение из описания гидрографической экспедиции Северного Ледовитого океана на пароходе «Пахтусов» провел доктор А.Н. Полилов (1903). Впечатления от поездки на Кавказские минеральные воды изложил доктор А.А. Сухов (1903).

Ключевые слова: госпиталь, научная работа, общество морских врачей.

Канарский В.А., Павленко Л.П., Антонов М.М.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

КДП ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. За последнее время в России отмечается рост частоты цереброваскулярных заболеваний, что возможно связано с увеличением продолжительности жизни, ухудшением экологической обстановки.

Материалы исследования. За 2016 год в неврологическом отделении прошли лечение 133 человека (3% от числа всех лечившихся в отделении) с цереброваскулярными заболеваниями. Среди разнообразных неврологических симптомов, развивающихся вследствие сосудистых поражений головного мозга, особое место занимают нарушения когнитивных функций, которые негативно влияют на качество жизни больных. Лечение пациентов с сосудистыми расстройствами в условиях КДП проводилось в процедурном кабинете дневного стационара (трентал, кавинтон, церебролизин, актовегин, цитофлавин) в комплексе с рациональной психотерапией.

Результаты исследования: С проведением краткосрочных курсов психотерапии пациенты стали отмечать улучшение или стабилизацию своего общего состояния здоровья, когнитивных функций в 1,5-2 раза быстрее.

Вывод: сочетанное использование методов фармакотерапии и психотерапевтической коррекции (рациональной психотерапии) в условиях поликлиники способствовало нормализации неврологического статуса, когнитивных функций и изменению психоэмоционального состояния больных в более короткие сроки. Данный вывод позволяет рекомендовать комплекс психокорректирующих методов в лечении и других соматических заболеваний.

Ключевые слова: церебро-васкулярные заболевания, поликлиника, психокорректирующие методы лечения.

Кароль Е.В.

ПОРЯДОК УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ

Главное бюро медико-социальной экспертизы, г. Санкт-Петербург

В течение последних десятилетий законодательство Российской Федерации в области социальной защиты инвалидов претерпело значительные изменения. В числе прочих причин, это связано с ратификацией в нашей стране международной Конвенции о правах инвалидов. В связи с этим необходимо поэтапное приведение законодательства нашей страны в соответствие с требованиями международной Конвенции.

В новой редакции Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» дано следующее определение понятия «инвалид»: «лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты». Понятие «ограничение жизнедеятельности» определено как полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Признание лица инвалидом возложено Законом на федеральные учреждения медико-социальной экспертизы, а порядок и условия признания лица инвалидом - на Правительство Российской Федерации. Законом предусмотрено, что медико-социальная экспертиза (МСЭ) осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица. В настоящее время эти функции возложены на Министерство труда и социальной защиты РФ.

С учетом изменения содержания Закона, Постановлением Правительства РФ от 6 августа 2015г. N 805 в Правила признания лица инвалидом (утвержденные Постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 г. № 95), внесены изменения, также вступившие в силу с 1 января 2016 г. Согласно Правилам, условиями признания гражданина инвалидом являются нарушение здоровья, ограничение жизнедеятельности, необходимость социальной защиты (включая реабилитацию).

Наличие одного из указанных условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом. Таким образом, только

наличие у гражданина тех или иных заболеваний не даст врачам бюро МСЭ оснований для установления инвалидности.

Ключевые слова: инвалидность, социальная защита, реабилитация.

Кароль Е.В.

СИНДРОМ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Главное бюро медико-социальной экспертизы, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить динамику распространенности и структуру инвалидности вследствие ЦВБ у граждан пожилого возраста по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга в 2010-2016 гг.

Материалы и методы: Проведен анализ структуры ведущих ограничений жизнедеятельности (ОЖД), основных дезадаптирующих синдромов, определяющих необходимость проведения мер комплексной реабилитации по результатам выборочного исследования экспертной документации (актов и протоколов МСЭ) бюро МСЭ Санкт-Петербурга в отношении 136 человек.

Результаты исследования: За указанный период вследствие ЦВБ признано инвалидами 2013 граждан пожилого возраста. Интенсивный показатель общей инвалидности вследствие ЦВБ в пожилом возрасте за 6 лет снизился в 1,7 раза. В структуре инвалидности по группам инвалиды I группы составили 34,7%, II группы – 36,8, III группы – 28,5%. При этом за 6 лет доля инвалидов III группы увеличилась в 1,8 раза, доля инвалидов II группы снизилась в 1,4 раза, удельный вес инвалидов I группы не претерпел существенных изменений. Проведенный анализ основных дезадаптирующих синдромов в структуре ЦВБ показал, что у 73,6% инвалидов имелись последствия ОНМК в виде двигательных нарушений (67,4%); речевых нарушений (31,8%), нарушений высших корковых функций (9,3%). В 26,4% случаев проявлением ЦВБ была дисциркуляторная энцефалопатия с координаторными нарушениями (72,9%), когнитивными нарушениями (71,3%), синдромом паркинсонизма сосудистого генеза (10,9%). У 79,8% инвалидов выявлены нарушения психических функций - у 34% инвалидов умеренные, у 25,6% - выраженные, у 16,3% - значительно выраженные. Анализ структуры и тяжести ограничений жизнедеятельности (ОЖД) инвалидов пожилого возраста вследствие ЦВБ в зависимости от ведущих дезадаптирующих синдромов в структуре ЦВБ показал, что наиболее тяжелые ОЖД имеются у инвалидов с

двигательными нарушениями, нарушениями высших корковых функций вследствие ОНМК, когнитивные нарушения на фоне дисциркуляторной энцефалопатии и синдромом паркинсонизма сосудистого генеза.

Ключевые слова: дезадаптация, инвалидность, пожилой возраст.

Карташова Н.К., Шестаков Н.Л.
**СКАНДИНАВСКАЯ ХОДЬБА - ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ
В ВОЕННО-МОРСКОЙ МЕДИЦИНЕ**

Русская Национальная Ассоциация Скандинавской ходьбы, Санкт-Петербург

Актуальность. В Военно-морской медицине вопросам реабилитации уделяется большое значение. Этапная система медицинской реабилитации включает госпитальный, амбулаторно-поликлинический и санаторный этапы. На каждом этапе восстановления здоровья моряков физическая активность самого пациента является залогом успеха конечного результата. Nordic Walking (NW - скандинавская, северная, финская ходьба), как вид физической активности с помощью специальных палок, широко используется в адаптивной физической культуре для лиц с отклонениями в состоянии здоровья. Военный врач любой специальности, который предлагает физическую реабилитацию пациенту, может назначить NW. Но необходимо понимать, что назначение не может состояться без определенного уровня подготовки. Теоретические и практические знания можно получить только на профессиональных курсах обучения.

Материалы и методы: проведено анкетирование медицинской аудитории среди врачей различных специальностей (121 человек) по специально составленному опроснику для определения знаний и отношения врачей к роли NW в реабилитации заболеваний.

Результат исследования: 95% врачей знают о реабилитационном эффекте NW; 82% понимают, что необходимы знания по правильной технике ходьбы; 46% не знают о научных исследованиях по реабилитационному эффекту NW; 87% не знают, что для NW нужны специальные палки; 68% никогда не пробовали ходить с палками; 98% врачей считают, что занятия должен проводить сертифицированный инструктор; 70% считают, что без специального обучения нельзя проводить занятия и рекомендовать NW в реабилитации различных заболеваний.

Выводы: для введения NW в реабилитацию различных заболеваний необходима не только теоретическая, но и практическая подготовка врачей

совместно с инструкторами Скандинавской ходьбы (RNWA). Личный практический опыт освоения техники NW поможет врачу рекомендовать её пациентам. В отделениях реабилитации госпитального, амбулаторного и санаторного звена необходимы сертифицированные инструкторы по NW.

Ключевые слова: реабилитация, Nordic walking, практическое обучение.

Касимов Р.Р., Тутаев О.И., Елфимов Д.А., Беляев А.А.,
Неганов И.М., Хугаев Л.А.

**ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ДОЛЖНОСТНАЯ ПОДГОТОВКА
В ФГКУ "422 ВОЕННЫЙ ГОСПИТАЛЬ" МИНОБОРОНЫ РОССИИ
ФГКУ "422 Военный госпиталь" Минобороны России, г. Нижний Новгород**

Последние годы в госпитале активно ведется учебно-методическая работа с врачами, средним медперсоналом военно-медицинских организаций (ВМО) и воинских частей территориальной зоны ответственности (ТЗО). Под эгидой секции ВПХ Российского общества хирургов (РОХ) в госпитале реализуются мероприятия непрерывного медицинского образования, за которые начисляются образовательные кредиты. Уже традиционным стало проведение в марте межрегиональных межведомственных научно-практических конференций.

17 по 18 марта 2016 года в госпитале проводилась конференция "Актуальные вопросы военной медицины: от хирургии повреждений до внебольничной пневмонии". В мероприятии приняли участие 450 врачей (Минобороны, МВД, ВВ МВД, Минздрав РФ)

30 марта 2017 г. проведена 2 конференция "Боевая хирургическая травма", собравшая 196 врачей-хирургов (Минобороны, МВД, Росгвардии, ФСБ, Минздрава РФ).

В июне 2016 г. хирурги госпиталя участвовали в организации проведения I съезда хирургов Приволжского ФО.

С врачами и средним медицинским персоналом ТЗО проводятся регулярные практические занятия (в т. ч. в полевых условиях) с использованием симуляционного и виртуального оборудования, современных средств для оказания экстренной медицинской помощи, 3-D технологий: сердечно-легочная реанимация, устранение асфиксии, остановка наружного кровотечения, медицинская эвакуация, лечебно-транспортная иммобилизация и др. К проведению практических занятий на безвозмездной основе активно привлекаются фирмы-производители медицинского имущества (Медплант, Апполо, Инмед, Кронт-М, Новопласт-М, Лизоформ и др.) и общественные

организации (РОХ, Росомед). Изданы методические рекомендации: по оптимизации диагностики острого аппендицита, по сердечно-легочной реанимации, по объективной диагностике тяжести травмы.

Ключевые слова: научно-практическая конференция, непрерывное медицинское образование, специальная подготовка, профессионально-должностная подготовка, хирургия.

Каспрук Ф.А.

ГИПОТИРЕОЗ И АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ, КАК ФАКТОР АКУШЕРСКОГО И ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

КДП ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Функционирование гипофиза и щитовидной железы является необходимым фактором для обеспечения физиологического течения беременности и развития плода. К числу самых распространенных эндокринных патологий относится патология тиреоидной системы. И практически вся территория России является зоной эндемии гипотиреоза и аутоиммунного тиреоидита.

Нарушение функции щитовидной железы относится к факторам, которые осложняют течение беременности, родов, значительно увеличивают риск перинатальной патологии, нередко приводят к не вынашиванию беременности, мертворождению, а также к рождению детей с различными пороками развития. В ряде случаев, патология щитовидной железы препятствует возникновению самой беременности вследствие нарушения в половой сфере.

Распространенность гипотиреоза среди беременных женщин составляет около 2%. Врожденный гипотиреоз диагностируют с частотой 1 на 3000 новорожденных.

Беременность и роды у этих женщин характеризуются высокой частотой осложнений: ранним и поздним гестозом (54,5%), хронической внутриутробной гипоксией плода (22,7%), дискоординацией родовой деятельности (35,2%), преждевременными родами (18,2%), угрозой прерывания беременности.

У новорожденных от матерей с патологией щитовидной железы (ЩЖ) возможно развитие перинатальной энцефалопатии, анемии, внутриутробной гипотрофии; наиболее часто происходит поражение центральной нервной системы (ЦНС) – гидроцефалия, микроцефалия, функциональные нарушения, и эндокринной системы – врожденный гипотиреоз, тиреотоксикоз. Врожденный гипотиреоз обусловлен или аплазией щитовидной железы, или выраженным дефицитом йода.

Наиболее частыми осложнениями течения беременности у женщин с патологией щитовидной железы являются не вынашивание, ранний токсикоз, фетоплацентарная недостаточность и гестоз. Фетоплацентарный барьер является относительно непроницаемым для гормонов ЩЖ и тиреотропного гормона матери, что ставит фетальную гипофизарно - тиреоидную систему в автономное положение. Частичный перенос через плаценту гормонов материнской щитовидной железы наиболее значим на ранних стадиях эмбриогенеза. Именно дисбалансу тиреоидных гормонов матери во время беременности приписывается ведущая роль в нарушении психоневрологического развития детей.

Кроме того, активность фетальной железы целиком зависит от поступления йода из материнского организма. Йод, антитела к тканям ЩЖ, тиреостатики, пропранолол без труда проникает через плаценту. Сама плацента вырабатывает тиролиберин.

Но вопросы функционирования плаценты в настоящее время еще изучены недостаточно. Кроме того, возможен трансплацентарный перенос антитиреоидных антител. У детей от матерей с повышенным уровнем антител к тиреоидной пероксидазе даже при нормальной функции ЩЖ повышен риск задержки умственного развития.

При беременности наиболее часто встречаются субклинические и легкие формы течения заболевания.

Профилактика и своевременное начатое лечение гипотиреоза и аутоиммунного тиреоидита у беременных позволит значительно снизить частоту заболеваний щитовидной железы как у матери, так и у ребенка и будут способствовать в значительной степени повышению показателей здоровья матери и ребенка.

Ключевые слова: гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит, беременность.

Коваленко С.А.², Кукоз Г.В.¹, Мурсалов А.У.², Махновский А.И.²

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ВОИНСКИХ ЧАСТЕЙ И СОЕДИНЕНИЙ

¹Медицинская служба Западного военного округа, Санкт-Петербург;

²ФГКУ «442 Военный клинический госпиталь» Минобороны России, Санкт-Петербург

В соответствии с подпунктами 18, 46, 47 пункта 1 статьи 12 федерального закона от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов

деятельности» с целью обеспечения юридических оснований для лицензирования медицинских подразделений воинских частей и соединений в Устав Объединенного стратегического командования Западного военного округа включены:

медицинская деятельность,
фармацевтическая деятельность,
оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

В соответствии Положением о лицензировании медицинской деятельности (утверждено постановлением Правительства РФ от 16.04.2012г. № 291), Требованиям к организации и выполнению работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (утверждены приказом Минздрава России от 11.03.2013г. № 121н), Положением о лицензировании фармацевтической деятельности (утверждено постановлением Правительства РФ от 22.12.2011г. № 1081), Положением о лицензировании оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (утверждено постановлением Правительства РФ от 22.11.2011г. № 1085) утвержден Перечень работ и услуг для медицинских подразделений воинских частей и соединений (приложение):

для медицинского пункта с должностью фельдшера;
для медицинского пункта с должностью врача;
для медицинской роты полка (бригады);
для отдельного медицинского батальона (медицинского отряда).

Ключевые слова: лицензирование, медицинская деятельность, фармацевтическая деятельность, оборот наркотических средств.

Коваленко С.А., Махновский А.И., Стрельникова О.В.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЕДИНОЙ ЭЛЕКТРОННОЙ СИСТЕМЫ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА ПАЦИЕНТОВ В 442 ВОЕННОМ КЛИНИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ И ЕГО ФИЛИАЛАХ

ФГКУ «442 Военный клинический госпиталь» Минобороны России, Санкт-Петербург

Актуальность. Для управления военно-медицинской организацией с филиалами необходима эффективная система сбора и обработки информации.

Цель исследования: совершенствование медико-статистической деятельности в военном клиническом госпитале с филиалами.

Материалы и методы. В соответствии со статьей 94 федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ФГКУ «442 Военный клинический госпиталь»

Минобороны России с 12 филиалами внедрена Единая система электронного персонифицированного учета пациентов с использованием единой системы реестров и кодификаторов. Для формирования табельных форм медицинских отчетов разработаны специальные программы, «нетабельные» отчеты формировались в режиме «конструктора запросов».

Результаты исследования. В Единую систему персонифицированного учета пациентов ФГКУ «442 Военный клинический госпиталь» Минобороны России за период 2003 – 2016 гг. введена информация из 418,3 тыс. историй болезни (основная клиническая база - 184,7 тыс., филиалы – 233,6 тыс.). С использованием Единой системы учета формировалась оперативная информация по любым запрашиваемым формам, осуществлялся всесторонний анализ деятельности госпиталя и его филиалов, проводились целевая экспертиза качества медицинской помощи, клинико-эпидемиологические и медико-экономические исследования. Внедрение системы позволило существенно сократить трудоемкость и время формирования медицинских отчетов. Так, время формирования одной таблицы раздела 6 медицинского отчета по форме 4/ МЕД (матрица 436 строк на 17 столбцов) составляло менее 10 секунд.

Вывод: медико-статистическую деятельность в военно-медицинской организации с сетью филиалов целесообразно осуществлять с использованием единой системы персонифицированного учета пациентов.

Коновалов П.П.¹, Шперлинг И.А.², Арсентьев О.В.³

ПОДГОТОВКА ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ К РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ СТРОГО ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА

¹ФГКУ «354 Военный клинический госпиталь» Минобороны России, Екатеринбург, ²ФГКУ «Научно-исследовательский испытательный институт (военной медицины)» Минобороны России, Санкт-Петербург, ³ФГКУ «428 Военный госпиталь» Минобороны России, Саратов

Подготовка военно-медицинских организаций, имеющих задания принимать пораженных и больных при проведении мероприятия перевода в строгий противоэпидемический режим начинается с уяснения задач и оценки реально существующих возможностей по их выполнению в установленные сроки.

В целом, подготовка включает ряд одновременно и последовательно проводимых действий: отработку планирующих документов по организации перевода организации на режим работы в чрезвычайных ситуациях; создание и

оснащение имуществом медицинских формирований; постановку задач функциональным отделениям по их подготовке к работе в чрезвычайных ситуациях их оснащение имуществом; повышение устойчивости функционирования организации в условиях возможной обстановки, прогнозируемой в границах административной территории (области, города, округа); обучение персонала отделов и отделений и созданных формирований выполнению функциональных обязанностей при приведении в готовность и организация работы организаций и формирований в чрезвычайных ситуациях; отработка вопросов управления и практической работы отделений и формирований путем проведения практических занятий, тренировок и учений.

Содержание мероприятий, повышающих устойчивость функционирования военно-медицинских организаций в чрезвычайных ситуациях определяется в зависимости от прогнозируемой обстановки и возможного воздействия поражающих факторов на организации, оказывающих влияние на организацию их работы. Это прежде всего: мероприятия по защите персонала, больных, материальных средств от воздействия поражающих факторов; подготовка и рациональное распределение кадров; оснащение имуществом и техникой; обеспечение автономного функционирования организаций; другие мероприятия с учетом специфики работы организаций в чрезвычайных ситуациях.

Организационные вопросы, основы планирования в организациях здравоохранения и управления службой изучаются на занятиях по организационно-тактической подготовке. Основными формами организационно-тактической подготовки являются: штабные тренировки; штабные учения; командно-штабные учения; объектовые тренировки и комплексные учения объекта; тактико-специальные учения и учения с медицинскими формированиями.

Все эти формы организационно-тактической подготовки целесообразно использовать потому, как они приняты в гражданской обороне и военно-медицинской службе, с которыми служба экстренной медицинской помощи тесно взаимодействует. К тому же это необходимо для совместных практических тренировок. Выбор форм организационно-тактической подготовки определяется в зависимости от организационной структуры и предназначения организации здравоохранения в составе службы экстренной медицинской помощи, уровня подготовки его органа управления (штаба).

Сочетание всех форм подготовки, соблюдение принципа обучения «от простого к сложному» дает хорошие результаты, повышает интерес обучаемых, положительно влияет на эффективное привитие навыков в управлении всеми мероприятиями в чрезвычайных ситуациях.

ВЫВОД. Успешное решение задач по организации медицинского обеспечения при чрезвычайных ситуациях во многом определяется уровнем подготовленности руководящего состава и органов управления медицинской службы к работе в экстремальных условиях, состоянием обученности всего персонала организаций и формирований медицинской службы, его готовности выполнять необходимые мероприятия с учётом сложившейся обстановки.

Королев Б.Е.

КАЛЬЦИНИРОВАННЫЕ ПОРОКИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА: ИТОГИ МНОГОЛЕТНЕГО СПОРА

КДП ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Кальцинированные пороки аортального клапана (КПАК) – самый распространенный вид приобретенных пороков сердца в настоящее время. Выход КПАК на первое место по распространенности и социальной значимости поставил вопрос о патогенезе заболевания, что вызвало острую дискуссию и стимулировало изучение этих пороков. В ходе дискуссии из причин заболевания были исключены ревматизм и инфекционный эндокардит. Основным вопросом дискуссии стал вопрос о связи КПАК с атеросклерозом. Представления о патогенезе заболевания определялись двумя разными концепциями: атеросклеротической отечественной и концепцией «изнашивания» на Западе. Последняя предопределяла безальтернативность хирургического лечения пороков. В западной медицине за данными пороками на многие десятилетия утвердился термин «дегенеративные».

В начале текущего века ряд отечественных кардиологов склонился к западной неатеросклеротической концепции патогенеза рассматриваемых пороков, сочтя доказательства в пользу принятой в нашей стране теории их патогенеза недостаточными. Термин «дегенеративный» начал внедряться и в отечественную кардиологию. Такая точка зрения вызвала возражение со стороны отечественных специалистов.

Материалы исследования. Наш 10 летний опыт обследования более 800 пациентов старше 65 лет с КПАК (300 с аортальным стенозом и более чем 500 с аортальной недостаточностью) позволил нам сделать вывод о зависимости этих пороков от признанных «факторов риска» атеросклероза (гиперлипидемии, гипертонии, курения), а также об ассоциированности их с заболеваниями, атеросклеротическая природа которых несомненна (инфаркт миокарда, облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, сахарный диабет). Аналогичные выводы были сделаны и в зарубежных исследованиях. Выводы таких исследований получили поддержку в виде результатов работ

патологоанатомов как отечественных, так и зарубежных. Вышеизложенные факты заставили западных кардиологов отказаться от ранее доминировавшей на Западе концепции неатеросклеротического генеза рассматриваемых пороков.

Признание атеросклеротической природы заболевания открыло путь для медикаментозного лечения его статинами. Ряд исследований, проведенных за рубежом, показали возможность замедления или приостановки прогрессирования заболевания. Мы так же имеем положительный опыт применения статинов у пациентов с рассматриваемыми пороками. Перемена в понимании патогенеза заболевания вызвала изменение терминологии. В настоящее время наиболее авторитетные американские и европейские специалисты отдают предпочтение термину «кальцинированные», считая прежний термин «дегенеративные» данью прошлому.

Выводы. Все предшествующие этапы дискуссии касались только кальцинированного аортального стеноза. Выявление нами в последние десятилетия большой распространенности аортальной недостаточности среди лиц пожилого возраста, а также сходство ее патогенеза с патогенезом кальцинированного аортального стеноза, послужило основанием для включения нами этого порока в рассматриваемую группу заболеваний.

Ключевые слова: кальцинированные пороки аортального клапана, аортальный стеноз, патогенез, факторы риска.

Костюченко В.А., Васильева А.В.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

КДП ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Известно, что на исходе XX столетия произошло большое количество бедствий и катастроф, мир буквально захлестывает эпидемия террористических актов. В 2000 годы показатели возникновения посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) отчетливо возросли с 7,8% (90-е годы) до 12,3%. Анализ результатов эпидемиологических исследований показал, что подверженность ПТСР коррелирует с определенными психическими нарушениями, к числу которых можно отнести невроз тревоги, депрессию, склонность к суицидальным мыслям, алкогольная или наркозависимость, психосоматические расстройства, заболевания сердечно-сосудистой системы.

За 2016 год в психиатрическом кабинете КДП 442 ВКГ было осмотрено 724 пациента с невротическими состояниями. Для лечения ПТСР используется фармакотерапия (транквилизаторы, антидепрессанты), но основным методом

лечения, показавшим достоверные результаты, является психотерапия, работающая на подкрепление основных факторов, поскольку она ведет именно к переосмыслению происшедших событий и усилению механизмов адаптации. Целью психотерапевтического лечения является помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и от интерпретации последующих эмоциональных переживаний как напоминание о травме, а также в том, чтобы пациент мог активно и ответственно включиться в настоящее.

Выводы. Проведение психотерапевтического лечения (в особенности психодинамических форм) в условиях поликлиники способствовало улучшению психоэмоционального состояния больных, их когнитивных функций, поведенческих реакций, что в конечном итоге приводило к улучшению качества жизни пациентов. Данный вывод позволяет рекомендовать комплекс психотерапевтических методов в качестве основного метода в лечении ПТСР, других невротических состояний, а также психосоматических расстройств.

Ключевые слова: психотерапия, посттравматические стрессовые расстройства, поликлиника.

Кузьмич В.Г., Халимов Ю.Ш., Гайдук С.В., Фомичёв А.В., Бекмухаметов А.Ф.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

Актуальность. Проблема качественного оказания токсикологической помощи для медицинской службы ВС РФ обусловлена широким распространением химических веществ в быту и профессиональной деятельности военнослужащих, возможностью возникновения массовых отравлений в секторе ответственности медицинской службы ВС РФ, необходимостью проводить лечение отравленных на этапах медицинской эвакуации в связи с удалённостью многих воинских гарнизонов от базовых и окружных госпиталей.

Материалы и методы. Материалами исследования были собственные клинические наблюдения, данные годовых отчётов медицинской службы ВС РФ.

Результаты исследования. Частота возникновения острых отравлений по результатам анализа годовых отчётов медицинской службы ВС РФ в 2012-2016 гг. колебалась от 163 до 206 спорадических случаев (военнослужащие по

призыву 65-96, по контракту – 90-114 случаев), при этом летальные исходы наблюдались в основном на догоспитальном этапе – из 72 случаев летальных исходов (за 5 лет наблюдений) только 12 произошли в военно-медицинских организациях. Из числа всех выписанных из военно-медицинских организаций пациентов с острыми химическими отравлениями негодными и ограниченно годными к военной службе было 4 человека, годными с незначительными ограничениями - 13 военнослужащих.

Выводы. В настоящее время требуется организация комплекса мероприятий по повышению доступности токсикологической помощи в отдалённых гарнизонах, что можно реализовать за счёт восстановления службы нештатных клинических токсикологов в округах с организацией нештатных центров лечения отравлений в окружных и флотских госпиталях в соответствии с «Порядком оказания медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями» (утв. приказом МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 925н).

Ключевые слова: клиническая токсикология, острые химические отравления, химическая травма.

Куликов А.Н.¹, Чикин О.В.²

ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург¹
ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург²

Введение. Под вариабельностью артериального давления (АД) понимают изменчивость АД в течение определенного временного интервала. В настоящее время вариабельность АД рассматривается как один из возможных предикторов сердечно-сосудистого риска. Большинство исследований вариабельности АД основано на изучении результатов суточного мониторирования АД (СМАД). Изучению вариабельности АД при традиционном врачебном (конвенциональном) измерении АД (КИАД) и самоконтроле АД (СКАД) посвящено гораздо меньшее количество работ. Вместе с тем, исследование вариабельности АД у нормотензивных пациентов при различных методах измерения АД может помочь в создании рабочих нормативов вариабельности АД.

Цель исследования. Изучить вариабельность АД у нормотензивных пациентов при различных методах измерения АД.

Материалы и методы. Обследовано 52 (n=52) пациента с нормальным уровнем АД (46 мужчин, 6 женщин, средний возраст 36±3,8 г.).

Всем обследуемым были выполнены трехкратные последовательные измерения АД конвенциональным методом, проведен самоконтроль АД по специальной методике. Пациенты самостоятельно определяли АД с помощью бытовых автоматических приборов для самостоятельного измерения АД (UA-767) (AND, Япония), класс точности «А» по BHS) каждый час в период бодрствования в течение минимум 10 дней. Результаты измерений заносились в специально разработанный протокол. Также были выполнены повторные суточные мониторирования АД с интервалом в 1 месяц в течение года. Вариабельность АД рассчитывалась как величина стандартного отклонения АД от среднего значения (мм рт. ст.) всех измерений для систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД. Исследовали вариабельность АД и ЧСС при последовательном трехкратном измерении во время визита к врачу и при самоконтроле, вариабельность АД и ЧСС при самоконтроле и при СМАД в течение суток, многодневную вариабельность АД и ЧСС при самоконтроле и при повторных СМАД.

Достоверность различия средних значений показателей определяли с помощью t-критерия по Стьюденту для зависимых выборок. Полученные данные представлены в таблице №1:

Таблица №1

Вариабельность АД у нормотензивных пациентов при разных способах ее исследования

Показатель	При однократной оценке АД (N=52)		При многократных измерениях АД в течение суток – суточная вариабельность (N=52)		При многодневном измерении АД - многодневная вариабельность (N=52)	
	КИАД	СКАД	СКАД	СМАД	СКАД	СМАД
Вариабельность САД, мм рт. ст.	4,5±2,10	2,9±2,36	5.9±1.12	12,4±3.43*	4,6±2.97	6,3±2,32
Вариабельность ДАД, мм рт. ст.	3,4±2.04	3,4±1.73	4.4±0.96	9.5±2.12*	3,3±2.47	3,8±2,10

Примечания: КИАД – конвенциональные измерения АД; СКАД – самоконтроль АД; СМАД – суточное мониторирование АД, * – различия достоверны по отношению к суточной вариабельности при СКАД

Из таблицы следует, что вариабельность АД при конвенциональном измерении во время визита к врачу и при самоконтроле была примерно одинаковой, соответственно, различия между итогами КИАД и СКАД были незначительными и недостоверными ($p>0,05$).

Вариабельность АД в течение одних суток при самоконтроле была значимо ниже, чем при СМАД (практически в два раза). Данные различия имеют высокий уровень достоверности ($p<0,001$). Возможно, это свидетельствует о лучшей воспроизводимости результатов при СКАД, обусловленной стандартизацией условий измерения. При многодневных измерениях АД различия вариабельности АД при СМАД и СКАД оказались недостоверными ($p>0,05$). Приведенные в таблице данные о вариабельности АД могут послужить в качестве основы для рабочих нормативов ее оценки при сопоставлении данных у пациентов с артериальной гипертензией.

Выводы:

1. Вариабельность АД при конвенциональном измерении во время визита к врачу и при самоконтроле не имеет существенных различий.
2. При многодневных измерениях АД различия вариабельности АД при СМАД и СКАД оказались недостоверными.
3. Вариабельность АД в течение одних суток при самоконтроле была значимо ниже, чем при СМАД (практически в два раза).

Ключевые слова: артериальное давление, вариабельность, измерение, мониторирование.

Куренкова И.Г., Чепель А.И., Абрамов В.О., Скакунова Т.Ю.

ПРЕДИКТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К ФЕНОТИПАМ СИСТЕМЫ ГРУППЫ КРОВИ LEWIS

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

Цель исследования. Исследовать жировой, углеводный и липидный обмен, как проявления метаболического синдрома у больных ИБС в зависимости от принадлежности к разным фенотипам системы группы крови Lewis.

Сочетание факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, даже умеренно выраженных, обуславливает значительно более высокий суммарный риск, чем наличие одного, даже высокого по уровню фактора риска. Поэтому метаболический синдром, включающий часто сочетающиеся у одного человека факторы риска – такие, как артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, дислипидемия, проявления инсулинорезистентности тканей в виде нарушенной толерантности к глюкозе или гиперинсулинемии, привлекает внимание кардиологов. Уровни суммарного риска развития ИБС, выявляемые при диагностике метаболического синдрома, увеличивают риск острых эпизодов ИБС в течение 10 лет до 24-48%, что определяет необходимость раннего выявления и коррекции каждого компонента, входящего в этот комплекс.

Нормативами ранних маркеров наличия метаболического синдрома являются:

1. сочетание АГ с избыточной массой тела, даже умеренно выраженной (индекс массы тела – ИМТ >25 кг/м² и <30 кг/м² при окружности талии >94 см у мужчин и >80 см у женщин, что свидетельствует об абдоминальном отложении жира) или с выраженным ожирением (ИМТ >30 кг/м²) и хотя бы одним из проявлений, даже умеренно выраженной изолированной гиперлипидемии (ХС $>5,0$ ммоль/л или ТГ $>1,7$ ммоль/л);

2. сочетание избыточной массы тела (ИМТ >25 кг/м²) с АГ и комбинированной дислипидемией (ХС $>5,0$ ммоль/л, ТГ $>1,7$ ммоль/л, ХС ЛВП $<1,0$ ммоль/л);

3. сочетание СД 2 типа или НТГ с абдоминальным ожирением.

Материал и методы. Были обследованы 92 мужчины в возрасте от 39 до 73 лет, страдающие ИБС. Больные распределились в зависимости от принадлежности к фенотипам системы группы крови Lewis на две группы: 71 пациент имел фенотип Le a⁻ b⁻, а 21 – фенотип Le a⁻ b⁺. Эти группы достоверно отличаются по ИМТ: в первой группе средний ИМТ 28,7 (25,9 – 30,8) кг/м², во второй группе – 25,9 (23,9 – 27,5) кг/м² (p $<0,001$) и уровню сахара крови: в первой группе – средние значения 6,94 (4,5 – 5,5) ммоль/л, во второй – 5,14 (4,5 – 5,5) ммоль/л (p $<0,001$). Средний уровень холестерина в первой группе выше, чем во второй: 5,75 (4,89 – 5,50) ммоль/л по сравнению с 5,24 (4,69 – 5,50) ммоль/л, но различия недостоверны (p $>0,05$). Большинство больных обеих групп имеют артериальную гипертензию: 90% в первой группе и 86% во второй. Среди больных первой группы из 71 человека 43 человека (61%) имеют метаболический синдром (т.е. сочетание факторов риска), среди больных второй группы лиц с метаболическим синдромом не выявлено. Различия между группами достоверны (p $<0,001$).

Вывод. Выявлена четкая связь у больных ИБС между метаболическим синдромом и принадлежностью к фенотипу Le a⁻ b⁻. Метаболический синдром повышает риск сердечно-сосудистых осложнений до «крайне высокого». Принадлежность больного к отрицательному фенотипу Lewis требует четкого выявления факторов риска, более жесткой коррекции липидного и углеводного обменов, существенного снижения массы тела и достижение низких цифр целевого АД (<130/80 мм рт.ст.). Коррекция компонентов метаболического синдрома улучшает отдаленный прогноз больных ИБС.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, метаболический синдром, прогноз больных ИБС.

Ласый В.П., Шалупкина В.П.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
СИСТЕМЫ И ОСОБЕННОСТЕЙ ТКАНЕВОГО МЕТАБОЛИЗМА У ЛИЦ
С МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ НА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ
ГОСПИТАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

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

Предлагаемый алгоритм инструментального обследования, особенно оценка продолжительности и дисперсии интервала Q-T на ЭКГ, проведение электрокардиотопографического и комплексного эхокардиографического исследования с использованием компьютерной программы "Эхокард", рекомендуется применять для косвенной оценки состояния тканевого метаболизма в процессе реабилитации больных с травматической болезнью.

Рекомендуется следующая последовательность инструментального обследования: электрокардиография в 12 общепринятых отведениях и отведениях по Небу; расчет показателей удлинения интервала Q-T по отношению к должным величинам; определение дисперсии Q-T; эхокардиография с применением компьютерной программы "Эхокард"; электрокардиотопография, ЭКТГ-60 или ЭКТГ-30, по показаниям; электрокардиографическая проба с калием, по показаниям. В качестве информативных лабораторных методов оценки процессов ПОЛ, активности АОС и внутриклеточного содержания ионов К, рекомендуется исследование активности каталазы эритроцитов, концентрации калия в эритроцитах.

Предложенный алгоритм комплексного обследования сердечно-сосудистой системы и оценки тканевого метаболизма целесообразно

использовать при различной патологии внутренних органов, особенно протекающей с продолжительным восстановительным периодом.

Рациональная терапия должна включать в себя антиоксидантные средства и проводиться под контролем предложенного комплексного электрокардиографического, эхокардиологического обследования и скринингового тестирования на активность свободнорадикальных окислительных процессов и наличие гипокалийгемии.

Ключевые слова: электрокардиограмма, компьютерная программа «Эхокард», тканевой метаболизм, реабилитация больных с тавматической болезнью.

Ласый В.П., Шалупкина В.П.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЯЕМЫХ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

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

Электрокардиография в ее различных модификациях остается одним из главных методов оценки состояния миокарда и применяется во всех исследованиях, посвященных оценке состояния сердечно-сосудистой системы. Возможности общепринятого электрокардиографического исследования с регистрацией стандартных, усиленных однополюсных отведений от конечностей, в том числе на задержанном вдохе, 6-ти грудных отведений, значительно возрастают при применении дополнительных отведений по Небу и Слапаку. В последние годы вновь возрос интерес к методике многополюсного прекардиального картирования. Наиболее широко используется метод прекардиального картирования – ЭКГГ-35, имеющий значительную диагностическую ценность. Данный метод хорош при выявлении изменений в переднебоковых отделах миокарда, но не дает прямой информации о нижне-диафрагмальных и задне-базальных отделах сердечной мышцы. Лишен этих недостатков метод электрокардиографии ЭКГГ-60, основанный на регистрации 60 отведений, получаемых с грудной клетки и с областей близких к сердцу – абдоминальной и поясничной. При этом множественные ЭКГ-отведения формируются при расположении 6-ти грудных электродов в 10 вертикальных рядов.

Чаще всего выявляются нарушения ритма сердечной деятельности в виде различных экстрасистол, мерцания предсердий, частичных или полных блокад, уменьшение вольтажа, депрессия или инверсия зубца Т, смещение интервала S-

Т. Ведущими остаются ЭКГ-признаки, связанные с нарушениями фазы реполяризации, в виде уплощения зубца Т, его инверсии, метаболические изменения миокарда; различные виды синусовых аритмий, как признак вегетативно-сосудистой дистонии. Важнейшую роль в выявлении степени выраженности нарушений метаболизма миокарда играет метод ЭКТГ-60, позволяющий выявить глубину и площадь метаболических изменений; определение должного интервала Q-T, его дисперсии.

Данные методики широко применяются в клинической и научной деятельности кафедры терапии для усовершенствования врачей № 2.

Ключевые слова: электрокардиография, метод ЭКТГ-60, сердечно-сосудистая система, заболевания органов пищеварения.

Лелеченко В.И., Полохова Л.А., Цымбал А.Н.

ПОСТРАДИАЦИОННЫЙ КАНЦЕРОГЕНЕЗ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ЛПА НА ЧАЭС В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

КДП ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Малые дозы облучения могут «запустить» не до конца еще установленную цепь событий, приводящую к раку или к генетическим повреждениям. Раковые заболевания проявляются спустя много лет после облучения – как правило, не ранее чем через одно-два десятилетия.

Рак – наиболее серьезное заболевание в результате последствий облучения человека при малых дозах; он является единственной причиной повышенной смертности в группе населения, переживших атомные бомбардировки в Хирасиме и Нагасаки в 1945 году.

Согласно данным Научного Комитета по действию атомной радиации при ООН (НКДАР) первыми в группе раковых заболеваний, поражающих население в результате облучения, стоят лейкозы, затем рак молочной и щитовидной желез, которые неплохо лечатся и, наконец, рак легких, который принадлежит к распространенным разновидностям раковых заболеваний среди облученных групп населения. Рак других органов и тканей, как оказалось, встречается среди облученных групп населения реже.

Материалы исследования. По данным Консультативно-диагностической поликлиники Санкт-Петербургского гарнизона отмечены другие локализации рака у ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на ЧАЭС и ветеранов подразделений особого риска (ВПОР) среди военнослужащих: злокачественные новообразования (ЗНО) органов пищеварения составили 27%, ЗНО мочеполовой системы - 23% и кожи - 20%. В контрольной группе были представлены пациенты онкологического кабинета, где удельный вес разных

локализаций рака тоже несколько отличался от общепринятых: ЗНО желудочно-кишечного тракта составили 43%, кожи - 20% и мочеполовой системы - 16%. Однотипность локализации злокачественных новообразований двух групп пациентов, вероятно, зависит от характера воинской службы, пребывания в местах с повышенным ультрафиолетовым воздействием, СВЧ, КРТ и др.

Результаты исследования. Исследуя заболеваемость злокачественными новообразованиями в группе ЛПА на ЧАЭС (424 человека) за весь период наблюдения (1992-2014гг.), были выявлены у 70 человек злокачественные новообразования; в основном были поражены органы желудочно-кишечного тракта - 22 человека (33%). В этой группе всего умерло 28 человек, из них в 43% случаев летальные исходы отмечались по причине ЗНО желудочно-кишечного тракта.

По данным НКДАР при ООН при анализе заболеваемости и летальности надо опираться на два основных критерия: 1) не существует никакой пороговой дозы, за которой отсутствует риск заболевания раком, и 2) риск заболевания возрастает прямо пропорционально дозе облучения.

При анализе наших данных смертельные случаи были даже при малых дозах и в первое десятилетие после аварий, и в последующие годы. Прямой зависимости летальных исходов от доз облучения на нашем материале не прослеживалось. Ликвидаторы иногда сами пренебрегали контролем за облучением и состоянием своего здоровья. В настоящее время лишь ориентировочно можно оценить условия их труда, как весьма неблагоприятные. Была реальная возможность их существенного, не учитываемого переоблучения, с переходящими изменениями в состоянии их здоровья, а в дальнейшем и укорочением продолжительности их жизни.

Выводы. Несомненно, облучение ускоряет процессы старения организма, что приводит к уменьшению продолжительности жизни, что обусловлено также большой частотой раковых заболеваний.

Установить зависимость летальных исходов ЛПА на ЧАЭС от официальных доз облучения не удастся, так как, вероятно, действует принцип «беспороговой концепции запуска онкологического процесса».

В структуре онкологической патологии ЛПА на ЧАЭС и ВПОР преобладают чаще всего заболевания органов пищеварения (25%), мочеполовой системы (23%) и кожи (27%). Очевидно, эти пропорции характерны для военнослужащих и пенсионеров МО РФ.

Количество умерших от злокачественных заболеваний одинаковое, как в группе ЛПА на ЧАЭС, так и в группе ВПОР, не зависимо от того, что «чернобыльцы» моложе группы ВПОР, примерно, на 10-15 лет. Это еще раз

подтверждает тот факт, что они начинают болеть и умирать раньше, чем ветераны подразделений особого риска.

Ключевые слова: карцерогенез, ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС, поликлиника.

Литвиненко Р.И.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить структуру и встречаемость когнитивных нарушений при болезни Паркинсона с синдромом депрессии.

Материалы и методы. Нами было обследовано 20 (8 мужчин и 12 женщин) пациентов пожилого возраста (в возрасте от 71 до 82 лет) с диагнозом болезнь Паркинсона 1-3 стадия по Хен и Яру, имеющих депрессию с когнитивными нарушениями. Анализ структуры когнитивных нарушений производился на основе шкалы MMSE.

Результаты. Анализ структуры когнитивных нарушений (на основе использования пунктов шкалы MMSE) показал, что у исследуемой группы пациентов часто выявлялись симптомы, связанные с нарушением концентрации внимания: нарушения обратного счета (в 85% случаев), повторения без ассоциаций (в 65% случаев). Более редкими были нарушения в ориентировке во времени (в 35% случаев), копировании геометрических фигур (в 25% случаев), письме (в 15% случаев). Наиболее редко отмечалось нарушение ориентировки в месте и ошибки в назывании предметов (в 5% случаев).

Вывод. Установлено, что наиболее частыми когнитивными нарушениями при Болезни Паркинсона у пожилых людей с депрессией являются нарушения концентрации внимания.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, синдромом депрессии, когнитивные нарушения.

Лобанова М.И.¹, Никитин Е.А.²

БИБЛИОТЕКА КРОНШТАДТСКОГО МОРСКОГО ГОСПИТАЛЯ

¹Главное военно-медицинское управление МО РФ, г. Москва,

²35 Военно-морской госпиталь, г. Кронштадт

25 ноября 1837г. основана Кронштадтская морская медицинская библиотека – первая из библиотек подобного рода в России.

Усилиями флотских врачей к середине 80-х годов XIX века фонды медицинской библиотеки насчитывали более 1 тыс. книг на русском языке и десятки книг на латинском, немецком и французском языках. Читатели имели возможность знакомиться с самыми свежими периодическими изданиями, комплектами документов по медицинскому управлению Морского ведомства, протоколами заседания различных морских медицинских комиссий, справочными изданиями. Новым импульсом к улучшению состояния медицинской библиотеки послужило создание в Кронштадте Общества морских врачей, первое заседание которого состоялось 7 февраля 1859 г.

Библиотека госпиталя оказывала большую помощь в научно-практической работе врачей. Медицинская библиотека считалась лучшей в системе военно-лечебных учреждений ВМФ. Книжный фонд госпитальной библиотеки непрерывно возрастал. К сотням книг, заботливо сбереженных в годы мировых войн, прибавились тысячи книг, полученные библиотекой в послевоенные годы, восстановительного периода, конца XX – начала XXI века. С 2014 г. по настоящее время библиотекой заведует И.Б. Калганова.

В настоящее время уникальная библиотека расположена на первом этаже лечебно-административного корпуса. Площадь помещений 248 кв. м. Состоит из абонеента, читального зала и фондов медицинской, художественной и исторической литературы. В фондах библиотеки находится 23288 книг, в том числе медицинской литературы 10189, художественной и исторической литературы 13099. Из исторических документов особый интерес представляют опубликованные протоколы заседаний Кронштадтского Общества морских врачей за 1864-1915 годы, Военно-медицинские журналы за 1827-1917 годы, отчеты о состоянии здоровья на флоте за 1862-1911 годы. К 300-летию госпиталя составлены полный перечень диссертаций, хранящихся в фондах библиотеки, алфавитный и тематический каталоги.

Библиотеку ежедневно посещают десятки сотрудников и пациентов госпиталя. Она является научным, культурным, досуговым центром старейшего Военно-медицинского учреждения Военно-морского флота России.

Ключевые слова: военно-морской госпиталь, библиотека, история медицины.

Лобанова М.И.¹, Никитин Е.А.²

ГОСПИТАЛЬНАЯ ДАЧА КАЛИНКОВСКОГО МОРСКОГО ГОСПИТАЛЯ

¹Главное Военно-медицинское управление МО РФ, г. Москва,

²35 Военно-морской госпиталь, г. Кронштадт

В 1865 году с 16 мая по 15 сентября госпитальная дача Калининского морского госпиталя (сегодня это 1-й Военно-морской клинический госпиталь) была развернута в каменном здании на Охте. Здание это не было приспособлено для лечебных целей. Близость реки вызывала избыток влаги, туманы и влажность почвы. Однако, учитывая непродолжительное пребывание в нем (только в теплое время года), с этими недостатками мирились. Портовый пароход поддерживал сообщение с Калининским госпиталем два раза в неделю. Особых приспособлений для вентиляции в зданиях не имелось.

Дача принимала пациентов с середины мая до середины сентября, что было обусловлено погодными условиями Санкт-Петербурга. Доставка больных проводилась по реке Неве на барже, буксируемой пароходом. Непосредственно в Охтинское отделение больные не поступали, так как оно не предназначалось для лечения острых болезней.

Всего за год использовано 8400 койко-дней. При анализе 215 историй болезней (скорбных листов) была установлена следующая структура заболеваний, лечившихся больных. Первое место занимали пациенты после хирургического лечения - 60 (27,9%), с венерическими болезнями - 55 (25,6%), инфекционная патология - 49 (22,8%), заболевания органов дыхания - 24 (11,2%), заболевания органов пищеварения - 11 (5,1%), прочие заболевания - 16 (7,4%).

Больных обильно кормили. В обязательный рацион питания входили хлеб, каши, яйца, молоко, лук, хрен, лимоны. Особой диеты придерживались больные цингой. Все больные получали в день по 50 грамм водки и по 0,5 литра пива. Некоторые пациенты за период пребывания в санаторных отделениях прибавляли в весе до пяти килограмм. Наибольший вес набирали пациенты после перенесенного брюшного тифа. Вода ежедневно привозилась в бочке на лошади. Перед употреблением такую воду фильтровали и кипятили. Клозеты (туалеты) помещались в деревянной пристройке.

Госпитальные дачи в течение двухвековой истории военной медицины преобразовались в современные санатории Министерства обороны Российской Федерации. Сформировались такие понятия как санаторный этап лечения, медицинская и медико-психологическая реабилитация.

Ключевые слова: госпитальная дача, медицинская реабилитация.

Лобанова М.И.¹, Никитин Е.А.²

САНАТОРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ КРОНШТАДТСКОГО МОРСКОГО ГОСПИТАЛЯ

¹Главное Военно-медицинское управление МО РФ, г. Москва,
²35 Военно-морской госпиталь, г. Кронштадт

В среде врачей в первой половине XIX века была широко распространена теория о «госпитальной миазме», по нынешней терминологии – внутрибольничной инфекции. При крупных госпиталях и больницах начали устраивать для больных особые летние помещения, так называемые дачи, тем самым стремясь уменьшить количество гнойных осложнений в основном стационаре и проводить медицинскую реабилитацию пациентов вне больничных стен.

Создание особых летних помещений давало возможность многим больным, особенно выздоравливающим, воспользоваться летним временем и пребыванием на даче для скорейшего и полного восстановления здоровья. При этом появлялась возможность проведения текущего ремонта в освободившихся помещениях основного стационара.

До 1840 года Кронштадтский морской госпиталь имел свою колонию для больных в самом городе Ораниенбаум, где на огромном плацу, в верхней части города, находилось девять деревянных одноэтажных флигелей, составляющих помещение Ораниенбаумского морского госпиталя. В 1840 году во дворе этого госпиталя были устроены четыре парусинные палатки для помещения и лечения больных цингой во время летних месяцев.

С 21 мая по 6 сентября 1875 года на санаторном отделении (госпитальной даче) находилось 414 больных. В том числе, направленных из Кронштадтского морского госпиталя 366 (88,4%), из Калининского (С.-Петербургского) морского госпиталя – 31 (7,5%), из команд обеспечения – 17 (4,1%). Средний возраст пациентов - 26-27 лет. 71% составляли больные морского ведомства, 29% - сухопутные. Выздоровели 301 (72,7%), предоставлен отпуск по болезни – 23 (5,6%), уволены в отставку – 10 (2,5%), умерли 10 (2,5%), переведены в Кронштадтский морской госпиталь – 70 (16,7%). Из 296 больных морского ведомства цинга была у 108 (36,5%). Из 118 больных сухопутного ведомства цинга была у 62 (57%).

Санаторное отделение не имело отдельного штата. Весь служебный персонал назначался из Кронштадтского морского госпиталя. В летние месяцы в санаторном отделении работали 1-4 врача, 4 фельдшера или лекарских помощника.

Ключевые слова: санаторное отделение, внутрибольничная инфекция, цинга.

Лютов В.В., Роскостов М.В.

КРОНШТАДТСКИЙ ВОЕННО-МОРСКОЙ ГОСПИТАЛЬ НА СЛУЖБЕ ОТЕЧЕСТВУ (К 300-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ)

ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Основание Кронштадтского морского госпиталя относится к одному из замечательных периодов становления и развития Российского Военно-Морского Флота и тесно связано с именем великого преобразователя России – Петра I.

В 1704 г. для защиты Санкт-Петербурга от нападения с моря была заложена крепость Кронштадт. При закладке крепости на острове Котлин предусматривалось выстроить не только оборонительные сооружения и военно-морскую базу, но и прочие сооружения для обеспечения моряков и солдат. Летом 1717 г. все запланированные объекты, в том числе госпиталь, были построены.

Первое время, после основания, госпиталь занимал часть небольших деревянных казарм, затем в 1730 г. были построены 3 одноэтажных деревянных, на каменном фундаменте, здания, рассчитанных на 400 больных, а также церковь, госпитальная школа, аптека, кухня и квартиры для служебного персонала.

Штат госпиталя до 1754 г., состоял из старшего доктора, старшего лекаря, двух лекарей, пяти подлекарей и шести учеников. Для ухода за больными и для хозяйственных работ имелось 56 матросов.

Первым старшим доктором Кронштадтского госпиталя был Матвей Миниат, который до этого был старшим доктором Санкт-Петербургского морского госпиталя. В 1730 г. на должность главного доктора назначен выдающийся морской врач Д.П. Синопеус, который был первым в России автором капитальных трудов по военно-морской гигиене, которую считал наукой о сохранении и укреплении здоровья моряков.

Содержание больных в госпитале и приобретение медикаментов для их лечения производилось за счет денег, вычитаемых из жалованья морских и адмиралтейских служащих.

Снабжение госпиталя всем необходимым имуществом часто было неудовлетворительным. Из-за переполнения госпиталя больными, особенно во время эпидемий, им не хватало места даже на полу. Особенно сильно на флоте

и среди населения приморских городов свирепствовала цинга, заболеваемость которой носила характер настоящих эпидемий.

Из-за многочисленных пожаров деревянные здания госпиталя часто перестраивались. И лишь в 1831 г. старые госпитальные постройки были снесены для строительства каменного здания морского госпиталя на 2000 коек, которое было построено по проекту архитектора Э.Х. Анерта в 1840 г. В этом здании госпиталь размещается в настоящее время.

Адмиралтейский госпиталь на острове Котлин, как и Санкт-Петербургские Адмиралтейский (морской) и Сухопутный военный госпитали, становятся одними из ведущих лечебных и научно-педагогических центров страны. При них в 1733 г. были открыты госпитальные хирургические школы по подготовке отечественных медицинских кадров для армии и флота, которые в 1786 году были объединены в Главное врачебное училище, переименованное в 1798 г. в Медико-хирургическую академию.

Впервые в штат госпиталя для преподавания ученикам и подлекарям анатомии и хирургии была введена должность оператора, на которую в дальнейшем был назначен профессор И.В. Буш, ставший одним из крупнейших представителей русской хирургии начала 19 века.

В 1840 г. при Кронштадтском морском госпитале была открыта военно-фельдшерская школа, а в 1876 г. учреждена Община сестер Красного Креста. Сестры милосердия командировались в составе специальных отрядов на борьбу с эпидемиями.

В стенах Кронштадтского морского госпиталя работали знаменитые врачи и ученые: выдающийся хирург И.Ф. Буш, основоположник русской медицинской терминологии М.И. Шейн, первый профессор акушерства в России Н.М. Максимович-Амбодик, видный эпидемиолог В.И. Исаев, академики Н.А. Подкопаев, Л.А. Орбели, А.Л. Поленов, С.С. Гирголав, профессор В.К. Лубо и многие другие. Они внесли неоценимый вклад в развитие военно-морской медицины и отечественной медицинской науки.

В 1839 г. впервые в истории мировой медицины профессором Караваевым В.А. произведена пункция перикарда.

Под руководством главного доктора госпиталя В.И. Исаева впервые в мире была разработана противочумная вакцина и применено хлорирование питьевой воды.

В госпитале в одном из первых на флоте были применены эфирный и хлороформный наркоз, произведено переливание крови в клинических условиях. По инициативе главного доктора В.И. Исаева в госпитале был открыт рентгеновский кабинет – первый в России, где установили рентгеновский аппарат, изобретенный здесь же, в Кронштадте, Александром Поповым.

Многие из врачей госпиталя являлись участниками кругосветных плаваний и больших морских экспедиций на кораблях Русского Флота. Ими было произведено медико-топографическое описание более 150 портов, побережий и других географических пунктов. Именами врачей Кронштадтского морского госпиталя А.Ф. Кибера, А.А. Бунге, А.Е. Фигурина, Л.М. Старокадомского и других названы многие точки на географической карте почти во всех частях света.

Наиболее широко научно-исследовательская работа в госпитале развернулась во второй половине XIX века, чему немало помогло, в частности, создание в 1859 г. при госпитале Общества морских врачей и регулярная публикация протоколов его заседаний.

Кронштадтский Военно-морской госпиталь, как одно из передовых учреждений флота, принимали участие почти во всех войнах, которые пришлось вести стране за истекшие три века.

Особенно весомым был вклад госпиталя в Победу нашего народа в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг., когда благодаря героическим усилиям работников госпиталя более 40 тысяч матросов и солдат были возвращены в строй. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 17 июня 1942 года Кронштадтский военно-морской госпиталь первым на флоте был награжден орденом Ленина.

За свою многовековую историю Кронштадтский военно-морской госпиталь неоднократно изменял свое название и организационно-штатную структуру. Так, в соответствии с директивой Министра обороны РФ от 04.08.2009 г. 35 ВМГ был реорганизован путем присоединения в качестве структурного подразделения в состав 442 ОВКГ на 150 коек, утратив свое историческое наименование, а затем был переименован в филиал № 10 ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России.

Во исполнение указаний начальника Генштаба ВС РФ от 8.11.2013 г. структурному подразделению ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России возвращено его историческое наименование - 35 Военно-морской госпиталь.

В честь возвращения госпиталю его исторического наименования было проведено торжественное собрание личного состава с участием Главного командования ВМФ, командования Западного военного округа, медицинской службы округа, городских властей и общественности, ветеранов госпиталя. Возвращение госпиталю исторического наименования свидетельствует о признании исторической значимости 35 ВМГ на всех этапах его многовековой истории.

В госпитале сохранилась и успешно работает уникальная библиотека, в которой находится более 23 тысяч книг, из них около 13 тыс. с медицинской тематикой.

Великим достоянием госпиталя является Музей учреждения с множеством интереснейших экспонатов, отражающих историю становления и развития военно-морской медицины.

Кронштадтский Военно-морской госпиталь работает в тесном сотрудничестве с лечебно-профилактическими учреждениями города и проводит большую работу по обеспечению здоровья, как военнослужащих, ветеранов военной службы, так и граждан города. В клиническую практику внедрены и успешно применяются современные лечебно-диагностические методики, в том числе с использованием эндовидеохирургической, ультразвуковой и лазерной техники.

Коллектив госпиталя ведет постоянную работу по совершенствованию медицинского обеспечения военнослужащих и ветеранов военной службы в зоне ответственности, поддерживая постоянную тесную связь с медицинскими службами кораблей и частей Ленинградской Военно-морской базы.

Сотрудники госпиталя своим благородным трудом приумножает боевые и трудовые традиции своих предшественников.

Ключевые слова: военно-морской госпиталь, военная медицина, медицинское обеспечение, ученые-медики, история военной медицины.

Лютов В.В., Сергеев Н.А., Шевцов Н.И.

**ОПЫТ ИЗДАНИЯ ГАЗЕТЫ «ГОСПИТАЛЬНЫЕ ВЕСТИ»
В 442 ВОЕННОМ КЛИНИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ
ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург**

Продолжая славные традиции 442 ВКГ Минобороны России, в нашем учреждении с ноября 2011 года начала выпускаться газета «Госпитальные вести». В 30-годах прошлого века в Ленинградском Красноармейском военном госпитале издавались газеты «На страже здоровья» и «Красный санитар».

За столь непродолжительное время было издано 28 номеров госпитальной газеты, как правило, на 10-12 полосах каждый выпуск. Госпитальная газета 442 ВКГ Минобороны России получила высокую оценку руководства ГВМУ МО РФ, командования Западного военного округа, Военно-медицинской академии и медицинской общественности города.

Целью нашей газеты было отражение на ее страницах многогранной жизни трудовых коллективов с обменом опыта их работы во всех сферах деятельности.

Газета своевременно и быстро стала реагировать на все, что происходит в стенах госпиталя и в медицинской службе Западного военного округа. Достойное место на ее страницах занимает информация о проведенных тактико-специальных учениях, учебно-методических сборах и научно-практических конференциях.

Так, специальный выпуск газеты (№ 9, 2013 г.) был посвящен проведенным учебно-методическим сборам, посвященным «организационным и правовым аспектам оказания экстренной медицинской помощи военнослужащим» (госпиталь п. Каменка). На этих сборах впервые участники сборов совершенствовали свои практические навыки оказания медицинской помощи. В дальнейшем все проведенные учебно-методические сборы также подробно освещались на страницах нашей газеты, обобщался опыт их проведения.

Личный состав 442 ВКГ ежегодно участвует в тактико-специальных учениях, как правило, проводимых совместно с Военно-медицинской академией (ТСУ «Рубеж»), что позволило совершенствовать нашим специалистам свое профессиональное мастерство и полевую выучку, в частности, повысить знания по организации санитарно-авиационной эвакуации раненых и больных с использованием современных табельных средств. Отчет о проведенных учениях был представлен на страницах газеты, а широкий набор фотоматериалов позволял в убедительной форме отразить поставленные задачи.

Коллектив госпиталя свято хранит и с честью приумножает славные вековые традиции предшествующих поколений. При подготовке наших газет мы постоянно отражаем памятные даты и знаменательные события в жизни выдающихся деятелей отечественной военной медицины, которые своим трудом и талантом внесли огромный вклад в развитие отечественной военной медицины, а также юбилейные даты военно-медицинских организаций. Так, в 2015 г. на страницах газеты были полно освещены: 180-летие со дня основания 442 ВКГ (бывшего 1 Военно-сухопутного госпиталя) и 300-летие со дня основания 1 Военно-морского клинического госпиталя. Торжественные собрания, юбилейные научно-практические конференции, памятные выстрелы из орудия Петропавловской крепости - вот неполный перечень тех мероприятий, которые подробно были проиллюстрированы в нашем издании.

К 300-летию 35 Военно-морского госпиталя (г. Кронштадт) приурочен специальный выпуск нашей газеты на 14 полосах, в которой в наглядной форме

отражена история становления и развития госпиталя и современный период деятельности.

Планируя выпуски нашей периодической газеты, мы заранее формируем портфель издания, в котором займет достойное место знаменательная дата в истории нашего учреждения - 170-летие со дня проведения (30 ноября 1847 г.) в I Военно-сухопутном госпитале великим русским хирургом Н.И. Пироговым первой в нашей стране операции под хлороформным наркозом, что явилось одним из переломных моментов в развитии военно-полевой хирургии, да и хирургии в целом.

История нашего учреждения приумножается теми, кто кропотливо трудится в его стенах. Среди них, прежде всего, ветераны Великой Отечественной войны и жители блокадного Ленинграда, которым наша газета уделяет особое внимание.

Большой интерес в нашем издании вызвали оригинальные статьи, дополняющие страницы истории нашего учреждения. Так, на страницах газеты № 3 - 2012 г. опубликована статья «Виллие Я.В. — 64 года служения России», в которой авторами изложена биография первого президента Императорской Медико-хирургической академии, главного медицинского инспектора армии Я.В. Виллие, обосновавшего необходимость строительства крупного военного госпиталя в Санкт-Петербурге.

В 21 номере газеты за 2016 г. опубликована работа кандидата исторических наук Талерова П.И. «О побеге князя Кропоткина из арестантского отделения Петербургского Николаевского военного госпиталя», позволившая глубже вникнуть в некоторые аспекты деятельности госпиталя в тот исторический период.

Таким образом, выход в свет госпитальной газеты, несомненно, приумножает славные традиции нашего учреждения, способствует обобщению практического опыта работы большого коллектива госпиталя и позволяет успешно решать важные задачи по поддержанию высоких морально-психологических качеств личного состава.

Ключевые слова: госпитальная газета, история военной медицины, памятные даты, юбилейные даты.

Лютов В.В., Коваленко С.А., Сергеев Н.А.

ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ И ЗНАМЕНАТЕЛЬНЫЕ СОБЫТИЯ В ИСТОРИИ 442 ВКГ МИНОБОРОНЫ РОССИИ

ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Знаменательные события и важнейшие даты в истории госпиталя связаны с именами выдающихся представителей русской медицинской науки 19-20 столетий, которые своим трудом и талантом внесли огромный вклад и дали новое направление в развитие отечественной военной медицины. Среди них были Н.И. Пирогов, М.И., Аствацатуров, А.П. Бородин, Я.А. Чистович, В.М. Бехтерев, М.И. Афанасьев, И.М. Балинский, П.Я. Мультиановский, В.М. Нарбут, А.И. Васильев, М.Г. Мгебров, С.Н. Давиденков, В.И. Воячек, П.А. Куприянов, Г.Ф. Ланг, Н.Н. Петров, С.М. Янович-Чаинский, П.А. Наранович, В.А. Оппель, Р.Р. Вреден, Б.А. Поляк, Н.В. Склифосовский, З.М. Волынский, В.А. Бейер, А.П. Быстров, Б.Ф. Коровкин и многие другие.

В госпитале на протяжении всей истории в практику работы внедрялись передовые достижения отечественной и мировой медицинской науки, здесь продолжало развиваться больничное и военно-госпитальное дело в нашей стране.

30 ноября (12 декабря) 1847 г., почти 170 лет назад, в I Военно-сухопутном госпитале великий русский хирург Н.И. Пирогов в присутствии Военно-медицинского ученого комитета произвел впервые в истории операцию под хлороформным наркозом. Это событие явилось одним из переломных моментов в развитии военно-полевой хирургии, да и хирургии в целом. Уже в 1848 году под руководством помощника главного врача по хирургической части доктора медицины П.А. Нарановича было произведено 40 операций под хлороформным наркозом с благоприятным исходом.

В 1870 году в госпитале произошло событие, открывшее новую эру в хирургии. Консультант по хирургии доктор медицины С.М. Янович-Чаинский выполнил впервые в России свободную пересадку кожи по Ревердену.

Более 20 лет трудился в госпитале академик, Герой Социалистического Труда, профессор, генерал-лейтенант медицинской службы П.А. Куприянов, к 120-летию со дня рождения которого специалистами госпиталя издана книга.

Велика роль госпиталя в развитии женского медицинского образования в России. В 1876-1887 годах в его стенах функционировали Женские врачебные курсы, преподавателями на которых были профессора Медико-хирургической академии и госпиталя. За время своего существования Женские врачебные курсы успели выпустить свыше 600 женщин - врачей.

Не раз госпиталь оказывался действующим лицом исторических событий, сыграв, например, важную роль в ликвидации эпидемий инфекционных заболеваний. Только в 1920 году лечилось в госпитале более 5 тысяч больных сыпным и возвратным тифом.

В годы Великой Отечественной войны в госпитале получили лечение более 70 тыс. раненых и больных, 82% которых, благодаря самоотверженному труду его персонала, были возвращены в строй (семь полнокровных дивизий было возвращено Красной Армии). В 1985 году за достигнутые успехи в медицинском обслуживании воинов и в связи с 40-летием Победы госпиталь награжден орденом Трудового Красного Знамени.

В 1968 году госпиталю присвоен статус клинического учреждения, прежде всего за плодотворное сотрудничество на протяжении почти двухвековой истории с кафедрами и клиниками Военно-медицинской академии.

В 2000 г. восстановлена служба в Князь-Владимирском храме бывшей церкви Петербургского Николаевского военного госпиталя, а в 2007 г. на территории госпиталя установлен бюст основателя госпиталя императора Николая I.

В 2012 г. по решению Министерства обороны РФ подлежали сокращению 442 ВКГ (основная база) и ряд обособленных структурных подразделений госпиталя. Однако в дальнейшем мероприятия по реорганизации 442 ВКГ Минобороны России были приостановлены и в настоящее время успешно реализуется концепция восстановления и развития госпиталя с целью приданию ему современного облика.

Ключевые слова: история военной медицины, госпиталь, памятные даты, видные ученые, развитие госпиталя.

Махновская Е.А.², Долгов И.М.², Махновский А.И.¹, Шилов С.Л.¹

**СКРИНИНГОВАЯ ТЕПЛОВИЗОРНАЯ ДИАГНОСТИКА
ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСИТОВ ПРИ ЛЕГКИХ ФОРМАХ ОСТРЫХ
ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У
ВОЕННОСЛУЖАЩИХ**

¹ФГКУ «442 Военный клинический госпиталь» Минобороны России (Санкт-Петербург), ²ООО «Дигносис» (Москва)

Актуальность. Параназальные синуситы выявляются более чем у 10% военнослужащих с легкими формами острых инфекций верхних дыхательных путей. Для военной и военно-морской медицины представляет практический интерес разработка методов их скрининговой диагностики в связи с

отсутствием рентгеновских кабинетов в большинстве воинских частей и соединений. По результатам исследований Mahmood et al. (2010), Maryamsadat (2014), Jung et al. (2015), Coughlan et al. (2016) одним из таких методов является тепловидение.

Цель исследования: оценить чувствительность, специфичность и достоверность метода скрининговой тепловизорной диагностики параназальных синуситов при легких формах острых инфекций верхних дыхательных путей у военнослужащих.

Материалы и методы. У 271 пациента из числа военнослужащих по призыву на этапе первичной диагностики легких форм острых инфекций верхних дыхательных путей проводилась тепловизорная диагностика заболеваний носа и околоносовых пазух. Использовался аппаратно-программный комплекс отечественного производства на основе цифрового тепловизора ТВС 300-мед (ЗАО «СТК СИЛАР») и облачного программного обеспечения (ООО «Дигносис»). Всем пациентам также выполнялась цифровая рентгенография околоносовых пазух в стандартной проекции.

Результаты исследования. Первую группу составили 205 пациентов с рентгенологически подтвержденным синуситом. Вторую группу составили 66 пациентов без рентгеновских признаков синусита. Положительная тепловизорная картина была у 196 пациентов первой группы и у 18 пациентов второй группы. Таким образом, чувствительность метода составила 91,6%, специфичность – 84,2%, достоверность $p < 0,01$ (Хи-критерий Пирсона - 140,3).

Вывод: тепловидение является чувствительным, специфичным и достоверным методом скрининговой диагностики параназальных синуситов при легких формах острых инфекций верхних дыхательных путей у военнослужащих.

Ключевые слова: острые инфекции верхних дыхательных путей, параназальный синусит, тепловидение.

Махновский А.И.², Эргашев О.Н.¹, Блинда И.В.², Усольцев Е.А.²,
Миннулин Р.И.², Хаустов М.В.², Шаповалов Н.С.²

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВАРИАНТА ТЕЧЕНИЯ ВТОРОГО ПЕРИОДА ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ НА ОСНОВАНИИ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ

¹Комитет по здравоохранению Ленинградской области,

²442 Военный клинический госпиталь Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Травмоцентры третьего и второго уровня имеют ограниченные возможности по оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с политравмой при достоверно более высоком уровне летальности. В связи с этим представляется целесообразным своевременно осуществлять перевод таких пациентов в травмоцентры первого уровня в период временной стабилизации жизненно важных функций организма (второй период травматической болезни).

Цель исследования: научно обосновать возможность прогнозирования варианта течения второго периода травматической болезни у пациентов с политравмой на основе объективной оценки тяжести повреждений по шкалам ISS, NISS, ВПХ-П.

Материалы и методы: Проанализировано течение второго периода травматической болезни у 200 пациентов с политравмой. Для оценки тяжести состояния и транспортабельности использовалась модифицированная шкала RTS. Достоверность различий показателей ISS, NISS и ВПХ-П в группах «стабилизированных» и «не стабилизированных» пациентов определялась на основании теста Манна-Уитни и методом построения таблиц сопряженности с расчетом χ^2 Пирсона. Прогностическая ценность шкал ISS, NISS и ВПХ-П определялась методом построения ROC-кривой.

Результаты исследования. У 112 (56%) пациентов во второй период травматической болезни была достигнута стабилизация жизненно важных функций организма и состояние транспортабельности. Эвакуировано санитарной авиацией - 29 пациентов, на санитарном автомобиле класса «С» - 83 пациента.

Достоверность различий показателей ISS, NISS и ВПХ-П в группах «стабилизированных» и «не стабилизированных» пациентов подтверждена тестом Манна-Уитни: $U_{ISS}=6471$ ($p<0,005$), $U_{NISS}=6395$ ($p<0,005$), $U_{ВПХ-П}=7370$ ($p<0,001$).

Определены референтные значения шкал ISS, NISS и ВПХ-П для прогнозирования благоприятного течения второго периода травматической болезни: ISS<25 ($\chi^2=26,2$; $p<0,05$), NISS<27 ($\chi^2=12,8$; $p<0,05$) и ВПХ-П<16 ($\chi^2=36,3$; $p<0,05$).

Методом построения ROC-кривой определена прогностическая ценность шкал: шкалы ISS – средняя (AUC=0,63), шкалы NISS – плохая (AUC=0,59), шкалы ВПХ-П – хорошая (AUC=0,73).

Выводы:

1. Для прогнозирования варианта течения второго периода травматической болезни у пациентов с политравмой могут быть использованы шкалы ISS, NISS и ВПХ-П.

2. Значения шкал ISS<25, NISS<27 и ВПХ-П<16 можно рассматривать как критерии прогнозирования благоприятного течения второго периода травматической болезни.

3. Прогностическая ценность шкалы ISS – средняя, шкалы NISS – плохая, шкалы ВПХ-П – хорошая.

4. Наиболее достоверный прогностический критерий благоприятного течения второго периода травматической болезни – тяжесть повреждений по шкале ВПХ-П менее 16 баллов.

Ключевые слова: прогнозирование, травматическая болезнь, политравма, шкалы ISS, NISS и ВПХ-П.

Махновский А.И.¹, Эргашев О.Н.², Болдарян А.А.³, Колесникова Д.В.³,
Дежурный Л.И.⁴, Миннулин Р.И.¹, Блинда И.В.¹, Лега Д.Н.⁵

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ INJURY SEVERITY SCORE ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ПРЕДОТВРАТИМОСТИ ГИБЕЛИ ОТ ТРАВМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

¹ФГКУ «442 Военный клинический госпиталь» Минобороны России (Санкт-Петербург), ²Комитет по здравоохранению Ленинградской области (Санкт-Петербург), ³Филиал № 1 ФГКУ «111 Главный Центр судебно-медицинской и криминалистической экспертизы» Минобороны России (Санкт-Петербург), ⁴Центральный НИИ информатизации и организации здравоохранения Минздрава России (Москва), ⁵Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург)

Актуальность. Травмы и разнообразные внешние причины являются одной из основных причин смертности населения. По данным отечественных и зарубежных авторов гибель от травм на догоспитальном этапе потенциально

предотвратима в 20-50% случаях. В то же время, единые критерии для определения потенциальной предотвратимости гибели не разработаны. В этой связи представляется целесообразным использовать шкалу Injury Severity Score - ISS.

Цель исследования: обосновать целесообразность применения гипотетического метода на основании шкалы ISS для определения потенциальной предотвратимости гибели от травм на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Изучено 100 случаев гибели от травм на догоспитальном этапе с тяжестью повреждений по шкале ISS от 18 до 57. Потенциальная предотвратимость гибели определялась методом экспертных оценок с учетом мнения 10 врачей-специалистов. Достоверность различий показателей ISS в группах случаев потенциально предотвратимой и не предотвратимой гибели определялась на основании теста Манна-Уитни и χ^2 Пирсона. Для оценки качества гипотетического метода сформирована таблица сопряженности результатов экспертной оценки предотвратимости гибели с различными диапазонами ISS, определены показатели чувствительности и специфичности метода, построена ROC-кривая, произведен расчет AUC (площади под кривой).

Результаты исследования. В 23 случаях гибель от травм на догоспитальном этапе определялась врачами-специалистами как потенциально предотвратимая, в 77 случаях – как не предотвратимая. Достоверность различий показателя ISS между соответствующими группами подтверждена тестом Манна-Уитни ($p < 0,05$). На основании анализа таблицы сопряженности результатов экспертной оценки предотвратимости гибели с показателем ISS построены кривые чувствительности и специфичности. Перекрест кривых имел место на уровне $ISS=34$ и условно разделил шкалу ISS на два диапазона по признаку потенциальной предотвратимости гибели ($\chi^2=15,7$; $p < 0,05$). О хорошем качестве разработанного гипотетического метода свидетельствует показатель $AUC=0,74$.

Выводы:

1. Гипотетический метод на основании шкалы ISS может быть использован для определения потенциальной предотвратимости гибели от травм на догоспитальном этапе.

2. Тяжесть повреждений по шкале ISS менее 34 баллов может рассматриваться как критерий потенциальной предотвратимости гибели.

3. Необходимо продолжать настоящее исследование с целью расширения доказательной базы и улучшения качества метода.

Ключевые слова: догоспитальный этап, летальность от травм, критерии предотвратимости гибели от травм, шкала Injury Severity Score - ISS.

Мещеряков Д.С., Тутаев О.И., Касимов Р.Р., Дудников А.А.
**САНИТАРНО-АВИАЦИОННАЯ ЭВАКУАЦИЯ РАНЕНОГО С
ТЯЖЕЛЫМ
МИННО-ВЗРЫВНЫМ РАНЕНИЕМ**

422 Военный госпиталь Минобороны России, г. Нижний Новгород

Актуальность санитарно-авиационной эвакуации обусловлена тем, что сегодня она представляет собой наиболее эффективное и приоритетное направление современной неотложной помощи. Данный вид эвакуации увеличивает шансы на своевременное оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пациентам, находящимся в труднодоступных местах, или нетранспортабельным другим видом санитарного транспорта.

В данном тезисе описывается клинический случай с анализом дефектов и их последствий в оказании медицинской помощи пострадавшему с тяжелым минно-взрывным ранением.

Пострадавший Н., 27 лет, получил тяжелое минно-взрывное ранение при взрыве гранаты РГД-5 15.12.2016 г во время проведения учебных стрельб около 12:45. На месте происшествия оказана доврачебная помощь: наложено два кровоостанавливающих жгута на левую нижнюю конечность выше и ниже места перелома, давящие повязки на места полученных повреждений, обезболивание внутримышечной инъекцией нестероидного противовоспалительного средства. Санитарным транспортом класса «А» доставлен в близлежащую Центральную районную больницу с диагнозом: Минно-взрывная травма. Тяжелая сочетанная травма конечностей, груди, таза. Множественная травма верхних и нижних конечностей. Открытый многооскольчатый перелом верхней трети левой большеберцовой кости с обширным дефектом кожи, размозжением мягких тканей и повреждением сосудисто-нервного пучка. Множественные слепые осколочные ранения мягких тканей правого бедра, правой голени, правой стопы, правой кисти. Острая массивная кровопотеря. Травматический шок 3 степени.

Состояние при поступлении: крайне тяжелое, нестабильное (по шкале ВПХ-СГ 46 баллов, по шкале NRTS-4 балла). Повреждение тяжелое (по шкале ВПХ-МТ (ОР)-11,2 баллов). Под общей анестезией выполнена ПХО ран, остановка продолжающегося кровотечения, на левую голень наложен спицевой аппарат внешней фиксации. В медицинскую службу ЗВО и ФГКУ «422 ВГ» Минобороны России о пострадавшем доложено лишь 16.12.2016 г. При осмотре пострадавшего врачебной бригадой ФГКУ «422 ВГ» Минобороны России 16.12.2016 г. левая нижняя конечность признана нежизнеспособной. Выполнена

ампутация её на уровне средней трети бедра. Лабораторно: анемия тяжелой степени тяжести с уровнем гемоглобина – 59 г/л, на основании показателей общего анализа крови осуществлены первые трансфузии компонентов крови с момента получения повреждения. 19.12.2016 г. медицинской службой Западного военного округа принято решение на выдвижение в ЦРБ врачебно-сестринской бригады из ФГКУ «422 ВГ» Минобороны России для методической, практической помощи в стабилизации состояния и последующей эвакуации пострадавшего.

При осмотре врачебно-сестринской бригадой 19.12.2016 г. состояние пострадавшего крайне тяжелое, нестабильное (по шкале ВПХ-СГ 57 баллов). Тяжесть состояния обусловлена сепсисом, полиорганной недостаточностью: недостаточностью кровообращения, дыхательной недостаточностью, развившимся ДВС-синдромом, острой почечной недостаточностью, постгеморрагической анемией тяжелой степени тяжести. Пациент признан нетранспортабельным (по шкале NRTS- 4 балла). Проведено хирургическое лечение (перевязка, качественный гемостаз, тампонада, провизорные швы культи), массивная инфузионно-трансфузионная терапия (перелито 5 доз эритроцитарной массы, 5 доз свежезамороженной плазмы), коррекция показателей гемодинамики, волемического статуса, респираторной поддержки, смена антибактериальной терапии ввиду развивающегося септического шока.

На фоне комплексного лечения к утру 20.12.2016г. удалось достичь стабилизации витальных функций (по шкале ВПХ-СГ 27 баллов, по шкале NRTS-8 баллов). Для проведения эвакуации задействовано оборудование из имеющегося на оснащении в «422 ВГ» модуля медицинского вертолетного: аппарат искусственной вентиляции легких pulmonetic LTV-1200 и портативный дефибрилятор-монитор соgpuls-3. Эвакуация осуществлена в 2 этапа: до близлежащей вертолетной площадки на реанимобиле (10 км), до аэродрома Чкаловский вертолетом МИ-8 (1 час 10 минут). Во время эвакуации проводился неинвазивный мониторинг гемодинамики (НАД, ЭКГ), мониторинг оксигенации (пульсоксиметрия), мониторинг вентиляции (капнометрия). За время эвакуации и на момент передачи пострадавшего бригаде ГВКГ им. Н.Н. Бурденко показатели витальных функций по данным мониторинга стабильные, в пределах референсных значений.

Дефекты, выявленные в оказании помощи: 1. Длительность и качество наложения жгута (около 90 минут), что привело к необратимой турникетной ишемии левой нижней конечности. 2. Неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия в первые сутки лечения. Несмотря на определенную кровопотерю тяжелой степени тяжести (ориентировочно 2 и более литра), трансфузии компонентов крови не проводились. 3. Несвоевременный доклад

ведущим специалистам ТСМО, в органы военного управления, как следствие, позднее подключение их к лечению.

Выводы: Санитарно-авиационная эвакуация на сегодняшний день - один из важнейших жизнеспасаяющих способов эвакуации в оказании неотложной медицинской помощи в Вооруженных Силах Российской Федерации.

Ключевые слова: санитарно-авиационная эвакуация, тяжелое минно-взрывное ранение.

Михеев А.В.

РОЛЬ 35 ВОЕННО-МОРСКОГО ГОСПИТАЛЯ В ФОРМИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВОСПИТАННИКАМ КРОНШТАДТСКОГО МОРСКОГО КАДЕТСКОГО КОРПУСА

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

В силу островного расположения города Кронштадта 35 Военно-морской госпиталь (35 ВМГ) всегда осуществлял оказание медицинской помощи не только военнослужащим, но и гражданскому населению города, в том числе и детям. Появление в 1995 году в Кронштадте Морского кадетского корпуса (КМКК) поставило вопрос об организации оказания его воспитанникам специализированной медицинской помощи в условиях 35 ВМГ. В первую очередь такая необходимость возникала в период эпидемического подъема заболеваемости острыми респираторными инфекциями и гриппом. На тот момент, это оказалось непростой задачей из-за отсутствия врача-педиатра в штате 35 ВМГ. Для лечения заболевших воспитанников в инфекционном отделении выделялась палата, прикомандировывался клинический ординатор из Военно-медицинской академии.

В 1998 году количество обучавшихся в КМКК воспитанников превысило 300 человек, остро встал вопрос о необходимости педиатрических коек для осуществления стационарного лечения воспитанников. В связи с этим в конце 1998 года в 35 ВМГ было открыто педиатрическое отделение на 15 коек, во всех лечебно-диагностических отделениях 35 ВМГ были выделены палаты для лечения воспитанников. В скором времени, в связи с сокращением Вооруженных Сил Российской Федерации (ВС РФ) и уменьшением количества военнослужащих, воспитанники КМКК стали наиболее значимым контингентом больных, получавших медицинскую помощь в 35 ВМГ. Основной причиной госпитализации воспитанников стала их заболеваемость острыми заболеваниями органов дыхания, детскими инфекциями (краснуха,

ветряная оспа), а также травмы легкой и средней степени тяжести, осуществлялось хирургическое лечение в плановом порядке и по жизненным показаниям. В этот период ежегодно не менее 500-600 воспитанников получали медицинскую помощь в условиях практических всех лечебно-диагностических отделений 35 ВМГ.

В 2009 году в период реформирования ВС РФ, а также в целях оптимизации оказания медицинской помощи воспитанникам, медицинский пункт КМКК вошел в состав 35 ВМГ как структурное подразделение. 35 ВМГ получил лицензию на осуществление медицинской деятельности, в том числе оказание медицинской помощи по направлениям «педиатрия», «детская стоматология», «детская хирургия». Это позволило осуществлять оказание медицинской помощи воспитанникам в определенном правовом поле.

В 2013 году медицинский пункт КМКК в связи с изменением направления реформ в ВС РФ перестал быть структурным подразделением 35 ВМГ и вновь был включен в состав КМКК. В связи с изменением Федерального законодательства в сфере охраны здоровья населения РФ, совершенствованием в сфере обязательного медицинского страхования существенно уменьшилось количество воспитанников КМКК, получающих стационарное лечение в условиях 35 ВМГ. В дальнейшем педиатрическое отделение было сокращено, из лицензии на медицинскую деятельность были исключены виды работ – «педиатрия», «детская стоматология», «детская хирургия», что сделало невозможным оказание медицинской помощи воспитанникам КМКК в условиях лечебно-диагностических отделений 35 ВМГ.

За двадцатилетний период оказания медицинской помощи воспитанникам КМКК в стационарных условиях лечение получили не менее 10000 воспитанников. В течение этого периода при оказании медицинской помощи врачами 35 ВМГ не было допущено ни одной врачебной ошибки, не зафиксировано жалоб законных представителей на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества их подопечным.

Ключевые слова: военно-морской госпиталь, морской кадетский корпус, медицинская помощь воспитанникам.

Мурынин В.А., Зубарев А.А.

**МИХАИЛ АКИНФИЕВ – ГЛАВНЫЙ ВРАЧ КРОНШТАДТСКОГО
И СЕВАСТОПОЛЬСКОГО МОРСКИХ ГОСПИТАЛЕЙ РОССИЙСКОГО
ИМПЕРАТОРСКОГО ФЛОТА (НЕИЗВЕСТНЫЕ СТРАНИЦЫ ЖИЗНИ И
СЛУЖБЫ)**

ФГБУ «1472 ВМКГ» Минобороны России, г. Севастополь

В 1890 г. после отмены договора, запрещавшего России держать военный флот и строить военные укрепления на Черном море, Севастополь вновь официально объявили главной базой Черноморского флота.

Возрождение Черноморского флота вызвало к жизни формирование Севастопольского морского госпиталя (СМГ) взамен лазарета. В 1888 г. был опубликован «Приказ по Морскому ведомству № 88 и временные штаты Николаевского и Севастопольского морских госпиталей».

Одновременно с организацией СМГ были предприняты меры по строительству помещений для него. Местом дислокации был избран Павловский мысок. Большую роль в строительстве сыграл В.С. Кудрин, бывший во время обороны Севастополя ординатором СМГ, а в конце XIX столетия занявший пост Главного медицинского инспектора флота.

В соответствии с вновь введенным штатом госпиталя в июле 1888 года помощник Главного доктора Кронштадтского Морского госпиталя Михаил Михайлович Акинфиев назначен Главным доктором Севастопольского Морского госпиталя. Благодаря стараниям Акинфиева, в Севастополе было так же основано Общество Морских врачей; которое начало свою деятельность 15 января 1890 года. Председателем Общества постоянно избирался М.М. Акинфиев.

В заседаниях этого общества обсуждались многие вопросы научной медицины. Когда в медицинской литературе возник вопрос о лечении чахоточных больных туберкулином, Акинфиев, как председатель Общества Морских врачей в Севастополе, подвергнул вопрос об этом новом способе лечения чахоточных обсуждению в одном из заседаний, причем решено было применить лечение туберкулином в Севастопольском Морском госпитале. Далее обсуждались в том же обществе Морских врачей причины распространения заболеваний брюшным тифом среди флотских команд и меры к пресечению этих заболеваний; обсуждались меры для предупреждения заболеваний холерой, как в городе, так и особенно среди команд, на случай появления эпидемии на юге России.

Будучи Главным доктором, он прилагал все усилия к тому, чтобы возродить Севастопольский морской госпиталь и привести его «в наилучшее

состояние». Постоянно заботился об улучшении помещений для больных, о надлежащей вентиляции в этих помещениях. Он особенно заботился о надлежащей и достаточной пище для больных, которые находились в госпитале. Лечение больных также стояло на уровне со всеми новейшими требованиями медицины того времени.

Занимая должность Главного доктора, Михаил Михайлович, при своей высокой честности и справедливости, отличался всегда гуманным отношением к своим подчиненным. Молодые врачи, только что поступившие на службу, всегда встречали с его стороны ласковое, дружеское участие и готовность помочь советом; такое отношение со стороны старшего к младшему всегда усиливало в последнем любовь к флоту, к избранной профессии.

В 1892 году Михаил Михайлович Акинфиев был вновь переведен в Кронштадт Главным доктором Кронштадтского Морского госпиталя и Медицинским инспектором Кронштадтского порта. В этой должности он находился до 1896 года, когда вышел в отставку

Ключевые слова: Севастополь, Кронштадт, Черноморский флот, морской госпиталь, строительство, возрождение, Михаил Акинфиев, общество морских врачей.

Невский К.Д.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ РАЗРАБОТКИ СОВРЕМЕННОЙ ПОРТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ ДЛЯ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ (ВОЕННО-МОРСКОЙ) МЕДИЦИНЫ

Производственное предприятие «МЕДПЛАНТ» (ООО), г. Москва

Введение. При создании медико-технических средств первой помощи необходимо хорошо понимать условия, в которых оказывается догоспитальная помощь, мероприятия, необходимые при оказании догоспитальной помощи, и, соответственно, требования к медико-техническим средствам для ее оказания.

Цель. Определить требования для разработки новых медицинских изделий для оказания догоспитальной помощи.

Содержательная часть. Важной областью применения медико-технических средств догоспитальной помощи в Вооруженных Силах является комплекс мероприятий по оказанию ПЕРВОЙ помощи раненым в ПЕРВЫЕ минуты при ведении боевых действий, который в США называется тактическая медицина - Tactical Combat Casualty Care (TCCC).

Тактическая медицина состоит из следующих этапов:

1. Оказание первой помощи раненым под огнем противника («красная» зона).
2. Экстренная эвакуация раненых в укрытие («желтую» зону) на поле боя.
3. Оказание догоспитальной помощи раненым в укрытии на поле боя («желтая» зона).
4. Тактическая эвакуация раненых в «зеленую» зону.

На первом этапе проводится единственное мероприятие:

- остановка опасных для жизни наружных кровотечений: **жгут кровоостанавливающий турникет-закрутка.**

Второй этап выполняется с применением ряда медико-технических средств:

- эвакуация пострадавшего: **средства эвакуации, в случае необходимости (в зависимости от условий применения носилки типа «ВОЛОКУШИ», стропа для извлечения раненых из труднодоступных мест ТПТ).**

На третьем и четвертом этапах проводятся мероприятия с применением медико-технических средств:

- остановка опасных для жизни наружных кровотечений: **жгут (если не наложен, либо контроль жгута, уже наложенного на предыдущем этапе); давящая повязка с использованием ИПП (дополнительно возможна плотная тампонада раны с использованием средств СЕЛОХ, ГЕМОФЛЕКС и др.)**

- восстановление проходимости дыхательных путей: **воздуховоды (трубки), аспиратор портативный механический.**

- восстановление и поддержка дыхания: **набор для устранения пневмоторакса (самоклеящаяся пленочная повязка с клапаном, катетер 14G); аппарат дыхательный ручной для проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ).**

- организация внутривенного (в/в) доступа: **катетер 18G или система для инфузии; устройство для внутрикостного введения лекарственных растворов (в отсутствие в/в доступа).**

- введение растворов лекарственных средств: **шприцевой микродозатор лекарственных средств.**

- предупреждение гипотермии: **теплоизолирующее/теплосберегающее одеяло (покрывало) или любые другие средства для укрывания.**

- мониторинг угрожающих жизни состояний (контроль сатурации и пульса): **пульсоксиметр.**

- иммобилизация при переломах и травмах: **комплект шин транспортных иммобилизационных складных многомерных пластиковых (шина-воротник, шина для верхней конечности, шина для нижней конечности).**

- раненым в грудь или имеющим тяжелые сочетанные ранения без пульса и дыхания выполняется декомпрессия обеих плевральных полостей с использованием **набора для устранения пневмоторакса (самоклеящаяся пленочная повязка с клапаном, катетер 14G)**.

- остановка опасных для жизни кровотечений в полости таза и брюшной полости: **пояс иммобилизационный для стабилизации таза**.

- тактическая эвакуация: **в зависимости от условий применения носилки типа «ПЛАЩ», «ВОЛОКУШИ», ременная система для переноски раненых РУП).**

Выводы:

Отечественная медицинская промышленность производит почти все технические средства для выполнения мероприятий всех этапов оказания догоспитальной помощи раненым при ведении боевых действий.

В округах, видах и родах войск ВС РФ продукция Производственного предприятия «МЕДПЛАНТ» известна и востребована, закупается в инициативном порядке, а ее качество подтверждено отзывами главных профильных специалистов медицинской службы Минобороны России, и различными медицинскими учреждениями МО РФ.

Предложения.

1. Решить вопрос принятия на снабжение в ВС РФ современных серийных медицинских изделий (взамен морально устаревших и не отвечающих требованиям сегодняшнего дня) для оказания **ДОГОСПИТАЛЬНОЙ** помощи раненым, а именно: **жгут кровоостанавливающий турникет-закрутка, комплекты дыхательные для проведения ручной искусственной вентиляции легких, аспиратор портативный механический, шины и шины-воротники транспортные иммобилизационные складные многоразмерные пластиковые однократного применения, шина тракционная складная, носилки серий «ПЛАЩ» и «ВОЛОКУШИ», пульсовый оксиметр.**

2. Рассмотреть вопрос о целесообразности применения на догоспитальном этапе **автоматического портативного шприцевого дозатора лекарственных средств** (применение которого при выполнении процедуры введения растворов лекарственных средств, позволит высвободить временные и человеческие ресурсы для оказания догоспитальной помощи большему числу раненых).

Список литературы.

1. «Руководство по оказанию догоспитальной помощи при ранениях для медицинского персонала» от 03.06.2016, Национальная ассоциация

специалистов экстренной медицинской помощи (National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT), США.

2. Ефименко Н.А., Валевский В.В., Лютов В.В., Махновский А.И., Сорокин С.И., Блинда И.В. «Комплект носимого медицинского имущества для врачебно-сестринских бригад» // Военно-медицинский журнал – 2015, Т.336, № 6 – с. 41-46.

3. Самохвалов И.М., Рева В.А. «Догоспитальная помощь раненым в военных конфликтах: состояние и перспективы» // Военно-медицинский журнал – 2015, Т.336, № 10 – с. 15-26.

4. Юдин А.Б., Шестаков С.В., Артемьев Н.А., Чувашеву М.Л. «Войсковые испытания перспективных образцов технических средств для подразделений медицинской службы межвидовой группировки Арктической зоны» // Военно-медицинский журнал – 2015, Т.337, № 3 – с. 64-71.

5. Мишин Ю.А., Забродский Д.С., Меркулов А.В. «Совершенствование комплектно-табельного оснащения для оказания первой помощи в Военно-морском флоте» // Научно-практический рецензируемый журнал Морская медицина – 2015, Т.1, № 1 – с. 55-57.

6. «Разработка табельных средств для остановки продолжающегося наружного кровотечения, устранения жизнеугрожающих последствий ранений груди и транспортной иммобилизации. Методические рекомендации» - 2016, ГВМУ МО РФ, 34 с.

7. «Многоэтапное хирургическое лечение при тяжелых повреждениях различных анатомических областей на этапах медицинской эвакуации и в условиях мирного времени. Методические рекомендации» - 2016, ГВМУ МО РФ, 40 с.

Ключевые слова: догоспитальная помощь, боевые действия, портативная медицинская техника.

Неганов И.М., Касимов Р.Р., Сморгалов А.Ю., Логинов В.И.
**СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МЕРОПРИЯТИЯМ
СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ**

ФГКУ "422 Военный госпиталь" Минобороны России, г. Нижний Новгород

В рекомендациях Европейского совета по реанимации 2015 г. подчеркнута принципиальная важность взаимодействия между людьми, окружающими пациента, спасателями, осуществляющими сердечно-легочную реанимацию (СЛР) и своевременным использованием автоматического наружного дефибриллятора (АНД). Эффективная, координированная реакция

людей, объединяющая эти элементы – ключевой фактор повышения выживаемости при внегоспитальной остановке сердца.

Высокоэффективная СЛР остаётся критически важной для улучшения выживаемости. Выполняющие СЛР должны обеспечивать компрессии грудной клетки достаточной глубины (приблизительно 5 см, но не более 6 см) с частотой 100-120/мин. После каждой компрессии следует дождаться полного расправления грудной клетки, при этом минимизировать интервалы между компрессиями. На вдох при выполнении искусственного дыхания/вентиляции следует тратить приблизительно 1 сек, обеспечивая объём, достаточный для видимого подъема грудной клетки. Соотношение компрессий с вдохами остаётся 30:2. Не следует прерывать компрессии грудной клетки более чем на 10 сек для выполнения вдохов. Дефибриляция, выполненная через 3-5 мин после развития остановки сердца, повышает уровень выживаемости до 50–70%. Ранняя дефибриляция возможна, если будет доступен АНД, расположенный в общественном месте.

По-прежнему акцент сделан на минимизации перерывов между высокоэффективными компрессиями грудной клетки при выполнении расширенных реанимационных мероприятий: допустима только короткая пауза для выполнения какого-либо специфического действия. К таким действиям относится выполнение дефибриляции, ради которой допустимо прерваться не более чем на 5 сек. Рекомендации по медикаментозной терапии во время СЛР не изменились, но установилось равновесие относительно роли лекарств в улучшении исходов при остановке сердца.

Ключевые слова: сердечно-легочная реанимация, непрямой массаж сердца, искусственная вентиляция, автоматический наружный дефибрилятор.

Никашин А.Н., Морозов Е.В., Степанов В.А.

ЛАТЕНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО ПО ПРИЗЫВУ
Филиал № 6 ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, пос. Стрельна.

Ревматическая болезнь сердца - это заболевание, характеризующееся поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок или порока сердца (недостаточность и/или стеноз), сформировавшихся после перенесенной острой ревматической лихорадки. Взаимоотношение БГСА (бета-гемолитический стрептококк группы А) и организма больного при ревматической лихорадке — сложная научная проблема, в которой интегрируют: микробиологические, эпидемиологические

(по стрептококку), генетические, социально-экономические, экологические, эмоционально-психологические аспекты.

По мнению многих ученых - Насонова В.А, Мазурова В.И., Кузьмина Н.Н, ревматическая лихорадка до сих пор остается важной проблемой. Острая ревматическая лихорадка утратила классические черты: острое начало, высокая лихорадка, острый «летучий» полиартрит, панкардит. Все чаще наблюдается латентное течение ревматической лихорадки с развивающимися пороками клапанов сердца, которые являются основной причиной инвалидизации лиц молодого и среднего возраста.

Краткое описание клинического случая. Больной С., возраст 21 год, военнослужащий по призыву 2016 года. Поступил с жалобами на чувство нехватки воздуха, одышку при умеренной физической нагрузке, снижение толерантности к физической нагрузке. Со слов пациента, считает себя больным с 19 лет, когда стала беспокоить одышка при умеренной физической нагрузке. Данному состоянию не придавал значения. Связь одышки после перенесенного инфекционного заболевания отрицает. За медицинской помощью по поводу возникающей одышки до призыва в ВС РФ не обращался. Согласно карте медицинского освидетельствования гражданина, подлежащего призыву на военную службу, призывной комиссией на основании статьи 68 Б-3 графы I признан – годен к военной службе с незначительными ограничениями. После призыва, в связи с увеличением физической нагрузки, участились приступы одышки. С целью определения причины одышки и снижения толерантности к физической нагрузке был направлен на обследование и лечение в терапевтическое отделение филиала № 6 442 ВКГ. В объективном статусе при аускультации сердца выявлен грубый систолический шум на верхушке сердца. В ходе проведенных рутинных лабораторных исследований выявлены: нормоцитарная анемия легкой степени тяжести, уровень гемоглобина составил - 104 г/л. Результаты биохимического анализа крови, тропонинового теста и общего анализа мочи находились в пределах нормы. С целью выявления скрытого кровотечения пищеварительного тракта выполнена ФГДС, в результате которой обнаружена геморрагическая гастродуоденопатия, дуоденогастральный рефлюкс. Выполнен анализ кала на скрытую кровь: реакция Грегерсена - отрицательная. При регистрации ЭКГ отмечался синусовый ритм с нормальной частотой сердечных сокращений и синдром ранней реполяризации желудочков. При проведении ЭХОКГ выявлена умеренная дилатация левого предсердия и ревматический сочетанный митрально-аортальный порок сердца с преобладанием митрального стеноза 2-3 ст., митральная недостаточность 1-2 ст., аортальный стеноз 1 ст., аортальная недостаточность 1-2 ст.

На основании анамнеза и полученных лабораторно-инструментальных данных был сформирован диагноз основного заболевания: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Сочетанный митрально-аортальный порок сердца. Комбинированный митральный порок: стеноз митрального клапана II степени, недостаточность митрального клапана II степени; комбинированный аортальный порок: стеноз аортального клапана I степени, недостаточность аортального клапана I степени. Сердечная недостаточность I функционального класса. Сопутствующие заболевания: Железодефицитная анемия легкой степени тяжести. Хронический гастродуоденит в фазе ремиссии.

До проведения медицинского освидетельствования был проконсультирован кардиохирургом, рекомендовано оперативное лечение по жизненным показаниям. От предложенного оперативного лечения пациент категорично отказался.

В связи с выявленным заболеванием, предусматривающим категорию годности к военной службе «Д» - не годен к военной службе, направлен на медицинское освидетельствование.

В представленном клиническом примере ярко отражена клиническая картина латентного течения ревматической лихорадки с развитием порока клапанов сердца.

Диагностика заболевания на раннем этапе крайне затруднена и требует проведения визуализирующих методов обследования (эхокардиография, магнитно-резонансная и компьютерная томография).

Ключевые слова: ревматическая болезнь сердца, ревматическая лихорадка, пороки клапанов сердца.

Никитин Е.А.

КРОНШТАДТСКИЙ ГОСПИТАЛЬ В РЕВОЛЮЦИОННЫХ СОБЫТИЯХ 1917 ГОДА

35 Военно-морской госпиталь, г. Кронштадт

На заседании Кронштадтского Совета рабочих, матросских и солдатских депутатов и его военно-технической комиссии 24 октября 1917 г. было вынесено постановление об отправке вооруженных отрядов в Петроград. С боевыми кораблями, прибывшими из Кронштадта в Петроград для участия в штурме Зимнего дворца, 25 октября прибыла и яхта «Зарница» под флагом Красного Креста, имея на своем борту медицинский отряд в количестве 50 человек, сформированный из числа курсантов фельдшерской школы и врачей и медсестер Кронштадтского морского госпиталя. Личный состав медицинского

отряда оказывал первую помощь раненым и одновременно с оружием в руках принимал непосредственное участие в боевых действиях во время штурма Зимнего Дворца. Личному составу отряда выпала также участь участвовать в охране Зимнего Дворца в составе Красногвардейского караула после его взятия. Руководство работой Кронштадтских медиков в целом, включая и медицинских работников морского госпиталя, во время вооруженного восстания осуществлялось одним из членов военно-технической комиссии Исполкома Кронштадтского Совета - врачом В.И. Дешевым.

25 октября (7 ноября) 1917 г. вооруженное восстание в Петрограде победило. Государственная власть перешла в руки Советов. Медицинская помощь солдатам и матросам Кронштадтского сводного отряда была организована медицинскими работниками кораблей и Кронштадтского военно-морского госпиталя и осуществлялась приданными отряду санитарными группами. Часть отряда Кронштадтских моряков - 3199 человек, принимавшего участие в Октябрьском вооруженном восстании, была направлена в район Пулковое и Царское Село против войск Краснова - Керенского. В эти полные исторических событий грозные дни больные и медицинский персонал госпиталя с большой тревогой и надеждой ждали вестей из революционной столицы. Штурм и захват Зимнего Дворца, арест Временного правительства, разгром революционными войсками мятежей юнкеров, открытие II-го Всероссийского съезда Советов, выступление вождя революции В.И. Ленина, декреты о земле и мире, и создании нового правительства - Совета Народных Комиссаров - все эти известия немедленно доводились до больных и вызывали бурный восторг. Настроение у медицинского персонала и пациентов госпиталя было праздничное, повсюду царил трудовой и революционный подъем. Персонал госпиталя ожидал больших новых перемен.

Ключевые слова: госпиталь, революция, штурм Зимнего Дворца.

Новиков С.А., Семенов Н.М.

К ВОПРОСУ О ПРОЛОНГИРОВАННОМ НОШЕНИИ МЯГКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ

КДП ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Оживленные дискуссии о возможности и целесообразности однократного применения мягких контактных линз (МКЛ) в корригирующих и лечебных целях продолжают с тех пор, когда без фундаментальной доказательной базы FDA рекомендовала для непрерывного ношения МКЛ из гидрогелей. Учащение осложнений со стороны роговицы у

пользователей МКЛ заставило пересмотреть это разрешение. Новый виток спирали вокруг этого вопроса возник после изобретения и производства силикон-гидрогелевых МКЛ (СГМКЛ) и вывода на рынок однодневных гидрогелевых МКЛ сразу нескольких компаний производителей. Несмотря на высокую культуру производства и новейшие технологии, в литературе встречаются указания на возникновение некоторых патологических изменений со стороны роговицы у пациентов с большим стажем ношения и предпочитающих пролонгированный и непрерывный режим ношения МКЛ.

Большинство авторов придерживаются мнения, что при длительном применении МКЛ способны вызывать целый ряд функциональных и структурных изменений в переднем отрезке глаза, таких как: уменьшение чувствительности роговицы, лимбальная гиперемия; бульбарная гиперемия; изменение формы роговицы; снижение потребления кислорода эпителием роговицы; увеличение размера клеток эпителия; уменьшение скорости десквамации клеток эпителия; уменьшение количества митозов и скорости заживления эпителия; изменение проницаемости эпителия и появление патологического прокрашивания; увеличение хрупкости клеток эпителия; истончение эпителия; появление микроцист и вакуолей; отек роговицы; истончение стромы роговицы, васкуляризация, изменение формы и размера клеток эндотелия.

Цель работы: провести сравнительную оценку состояния структур поверхности глаза у пользователей с большим стажем ношения (более 10 лет), пользующихся МКЛ в непрерывном режиме.

Материалы и методы.

Опытная группа: 10 женщин в возрасте от 42 до 55 лет со стажем ношения линз более 10 лет и 10 мужчин в возрасте от 40 до 73 лет со стажем ношении линз более 8 лет.

Контрольная группа: 20 пациентов с аметропиями, использующие разные сроки замены и режимы ношения МКЛ, в возрасте от 19 до 50 лет.

Все пациенты опытной группы использовали СГМКЛ в непрерывном режиме с заменой линз через 30 дней и частотой контрольных осмотров не реже одного раза в месяц.

Методики исследования: визорефрактометрия, визоконтрастопериметрия, кератотопография, конфокальная и эндотелиальная микроскопия, компьютеризионная ультразвуковая пахиметрия, оптическая когерентная томография переднего сегмента глаза, определение стабильности слезной пленки, биомикроскопия, альгезиметрия, офтальмоскопия.

Обсуждение результатов.

Все пациенты опытной группы в течение всего периода пользования СГМКЛ наблюдались у одного специалиста и проходили периодические углубленные клинические обследования. При проведении сбора жалоб и анамнеза с применением специально разработанного авторами опросника не было выявлено пациентов, неудовлетворенных комфортом, качеством зрения, соотношением цены и качеством средства коррекции. Ни у одного из пациентов в процессе эксплуатации СГМКЛ не возникало каких-либо осложнений со стороны вспомогательных органов глаза и структур поверхности глазного яблока. У двух пациентов, использующих слезозаменители, совместимые с ношением МКЛ, было выявлено укорочение времени разрыва слезной пленки без наличия выраженных явлений ухудшения переносимости МКЛ. По данным конфокальной микроскопии и ультразвуковой периметрии не наблюдалось изменение толщины роговицы и соотношение структуры эпителия и эндотелия. В анамнезе опытной группы в процессе более чем 10-летней эксплуатации МКЛ в непрерывном режиме ношения не наблюдалось сколько-нибудь серьезных осложнений, характерных для пользователей контактных линз.

Вывод. Непрерывный режим ношения для пациентов среднего возраста является предпочтительным. Он позволяет использовать принцип однократного применения линзы, избегать частых манипуляций с линзами и средствами по уходу, не доставляет пациенту излишних неудобств, не представляет опасности с точки зрения развития наиболее часто встречающихся осложнений контактной коррекции зрения.

Ключевые слова: мягкие контактные линзы, коррекция зрения, осложнения.

Панов В.А., Бурлака А.Н.

РЕГИОНАРНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ В РАННЕМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

1472 Военно-морской клинический госпиталь Минобороны России,
г. Севастополь

Актуальность. Максимально ранняя и полноценная коррекция острого болевого синдрома является одной из основных задач при оказании неотложной медицинской помощи раненым и пострадавшим. При тяжелых травмах конечностей задача качественного обезболивания может быть успешно решена при помощи проводниковой блокады, выполненной с использованием ультразвуковой навигации.

Материалы и методы. В исследование включили 60 пациентов, которые были рандомизированы на 2 равные группы. В 1 группу вошли пострадавшие,

которых обезболивали в соответствии с трехступенчатой схемой фармакотерапии болевых синдромов. Во 2 группе проводили регионарную анальгезию с применением ультразвуковой навигации. Выполняли блокаду нервов и сплетений раствором ропивакаина в концентрации 7,5 мг/мл в общей дозе 225 мг в зависимости от локализации повреждений конечностей.

Исследовали уровень болевого синдрома по цифровой рейтинговой шкале при поступлении (1 этап), после обезболивания: через 30 минут (2 этап), через 1 час (3 этап), через 3 часа (4 этап) и через 6 часов (5 этап).

Результаты исследования. На 1 этапе исследования болевой синдром был очень сильным в обеих группах. После обезболивания на 2 этапе исследования показатель боли снижался по сравнению с исходным уровнем. На этом этапе выявлены статистически значимые различия между группами ($U=71,5$; $Z=-3,269$; $p=0,001$). Во 2 группе данный показатель был меньше почти на 42%. На 3 этапе выраженность болевого синдрома продолжала снижаться в обеих группах. Во 2 группе пациенты испытывали слабую или умеренную боль, тогда как в 1 группе уровень боли соответствовал пограничным значениям между умеренной и сильной болью. Выявленные различия были статистически значимыми ($U=92,5$; $Z=-2,269$; $p=0,008$). На 4 этапе выраженность боли существенно не отличалась от предыдущего этапа. Между группами сохранялись достоверные различия ($U=76,5$; $Z=-2,761$; $p=0,015$). На 5 этапе исследования уровень боли умеренно повышался. Во 2 группе данный показатель был меньше почти в 2 раза чем в 1 группе ($U=84$; $Z=-3,802$; $p=0,01$).

Выводы. Периферическая регионарная анальгезия, выполненная с ультразвуковой навигацией, обеспечивала более высокое качество обезболивания пациентов с тяжелыми травмами конечностей по сравнению с системной фармакотерапией боли.

Ключевые слова. Травма, боль, обезболивание, регионарная анальгезия.

Паскарь С.В.

**УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В
МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург**

В настоящее время оценка качества медицинской помощи (КМП) регламентируется приказом ЗМО № 1035 от 27 октября 2015 г. «Об организации в Вооруженных Силах Российской Федерации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является обеспечение прав пациентов на получение необходимого объема надлежащего КМП в военно-медицинских организациях в соответствии с установленными порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Материал и методы исследования. Для комплексной оценки КМП использовали 3-х уровневую систему экспертизы КМП по окончательным результатам лечебно-диагностического процесса. Расчет статистических коэффициентов, характеризующих эффективность (результативность) лечебно-диагностического процесса, удовлетворенность пациентов полученной медицинской помощью, и удовлетворенность медицинского персонала работой поликлиники и приемного отделения госпиталя, осуществляется по методикам, изложенным в указаниях ГВМУ МО РФ от 16.05.2003 г. № 161/МЦ/2379 “О совершенствовании системы управления качеством медицинской помощи в ВС РФ”.

Обязательной экспертной оценке с заполнением соответствующих карт на первом и втором уровне внутреннего контроля качества подлежали случаи: 1) летальных исходов; 2) внутрибольничного инфицирования, аллергических реакций на применение лекарственных препаратов, ятрогенных осложнений; 3) повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение трех месяцев; 4) отклонения сроков лечения от стандартов более чем на 50%; 5) сопровождавшиеся жалобами граждан или их законных представителей на ненадлежащее качество медицинской помощи.

Нами обобщены результаты внутреннего контроля качества 6471 (100%) случаев лечения больных. Порядки и стандарты выполнены в полном объеме в 5998 (91,2%) случаях, частично в 473 (7,3%). Следует отметить, что неполное выполнение стандарта касалось, прежде всего, диагностических мероприятий, который негативного влияния на исход не оказывал. Коэффициент медицинской результативности составил 0,96.

Для изучения удовлетворенности пациентов полученной медицинской помощью проводилось анонимное анкетирование. Проанализировано 2967 анкет. Пациентам было предложено ответить на 10 вопросов. Большинство опрошенных пациентов – 2798 (94,3%) респондентов, полностью удовлетворены результатами оказания медицинской помощи, отношением лечащего врача и медсестер, условиями размещения в палатах. Частично удовлетворены - 169 (5,7%) пациентов. Коэффициент социальной удовлетворенности составил 0,97.

Пациентам была предоставлена возможность вынести предложения: а) улучшение санитарно-бытовых условий 17 (10%); б) улучшение питания 59 (34,9%); в) улучшение обеспечения медикаментами 34 (20,1%); г) улучшение

укомплектованности штатами 13 (7,7%); д) сокращение времени ожидания приёма (госпитализации) 19 (11,3%); е) повышение культуры обслуживания 2 (1,2%); ж) другие предложения 25 (14,8%).

Несмотря на вышеизложенные недостатки, около 98% пациентов хотели бы вновь лечиться в госпитале.

Поведение социологического опроса среди медицинского персонала на предмет удовлетворенности работой поликлиники среди 372 респондентов 353 удовлетворены полностью, 19 (%) частично. Коэффициент удовлетворенности медицинского персонала госпиталя работой поликлиники - 0,97 (при макс. 1,0).

Таким образом, управление качеством медицинской помощи позволяет выявить имеющиеся нарушения в лечебно-диагностическом процессе, в том числе системного характера, что дает возможность своевременно принимать управленческие решения по их устранению и намечать пути совершенствования деятельности учреждения.

Ключевые слова: медицинская помощь, качество медицинской помощи, управление качеством медицинской помощи, порядки и стандарты оказания медицинской помощи принципы менеджмента качества медицинской помощи

Плотников И.Ф.

КУРЕНИЕ И ЗДОРОВАЯ ЖИЗНЬ

КДП ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Табачная зависимость развивается в 5-10 раз чаще, чем зависимость от алкоголя. Никотин - идеальный наркотик, курит каждый 3 житель Земли, каждые 6 секунд от заболеваний, вызванных курением, умирает 1 человек, в том числе каждые 1 мин 20 сек умирает и 1 курящий россиянин. Каждый курящий, в принципе, теряет до 15 лет жизни.

Нами проведен опрос 172 мужчин в возрасте 17-50 лет, из них: курящие составили 53%, бросили курить 22%, не курили никогда 25%.

Среди некурящих на вопрос «Почему не начали курить?», получены ответы: пробовал, но не понравилось - 30%, занимаюсь спортом - 30%, не вижу смысла - 25%, по требованию родственников и знакомых - 10%, традиции в семье - 5%. Среди военнослужащих 85% начали курить до призыва в армию, а 15% - во время военной службы.

Бросили курить: по настоянию близких (жены, знакомой девушки, родителей) - 20%, по примеру других - 10%, задумался о жизненных ценностях - 15%, тяги к курению не было - 10%, из-за ухудшения своего здоровья - 30%, покаянию по вере - 5%, недоступности сигарет - 5%, из-за статьи в газете,

журнале - 5%, из-за своих мыслей (за свои же деньги - свое здоровье гроблю) - 5%.

Основными причинами распространения курения. Нет условий для бросания курить считают 32% опрошенных, отсутствие пропаганды бросания курить 38%, отрицательный пример старших (курит начальник) 36%, все вокруг курят 36%, нет поощрений за отказ от курения 88%, нет наказания за курение 70%.

Среди курящих не хотят бросить курить 25% опрошенных, не могут бросить курить 27%, не готовы бросить курить 58%, пытались бросить курить в течение 5 последних лет 70%, уменьшили количество выкуренных сигарет за последний год 44% опрошенных.

Среди опрошенных курящих определены уровни никотиновой зависимости: 1) есть желание и могут бросить курить 56%; 2) нет желания, но могут бросить курить 17%; 3) есть желание, но не могут бросить курить 19%; 4) нет желания и не могут бросить курить 8%.

Курение не оказывает явного воздействия на здоровье считают 70% опрошенных, хотя 44% готовы бросить курить хоть сейчас, но им чего-то не хватает. Возможно, бросить курить они смогут с **нашей помощью**. Нами выработан определенный стиль работы с курящими, многие из которых давно уже не курят.

Каждый курильщик считает, что для того чтобы бросить курить, он должен «созреть», а это предполагает стадийность прохождения «созревания», которую можно представить в виде алгоритма «ТОПОР», где Т - толчки, О - обдумывание, П - план, О - отказ, Р - рецидивы.

Стадия Т (ТОЛЧКИ) – стадия предмыслей, обращение ВНИМАНИЯ НА ПРОБЛЕМУ КУРЕНИЯ. Итог этой стадии – переход от отсутствия к появлению мыслей.

Стадия О (ОБДУМЫВАНИЕ) - чем чаще думаешь, тем сильнее МОТИВАЦИЯ. Оценить возможное влияние толчков-стимулов на здоровье, длительность жизни, потомство, на отношение с окружающими, достижениями в спорте и работе и т.д. Итог этой стадии - появляется желание и цель бросить курить.

Стадия П (ПЛАН) включает в себя **способы** - сразу или постепенно бросить курить; **методы** - никотинозаместительная терапия, применение средств, вызывающих отвращение к курению; гипнопсихотерапия, рациональная (рассудочная) и коллективная психотерапия, социально-гигиеническая информация, иглорефлексотерапия; **этапы** (например, 1-й - 1 день, 2-й - 1 неделя, 3-й - 1 месяц, 4-й - 1 год, 5-й - 5 лет); мобилизация **сил и средств; даты** (сроки) выполнения положений плана. Для каждого курильщика

составляется своя программа действий. Итог стадии: твердое решение не курить.

Стадия О (ОТКАЗ) от курения. Выполнение плана. Аутотренинг, давать себе установки: «не курю», «курить вредно», «не брать сигареты», «не слушать чертика над ухом». Занятия физкультурой, спортом. Соблюдение режима, диеты. Итог этой стадии: отказ от курения.

Стадия Р (РЕЦИДИВЫ) курения избегать. Закрепить результат: обдумывать поступающую информацию, коррекция плана, пропагандировать свой опыт (взаимное положительное влияние лиц, желающих бросить курить).

Система самоограничений: отодвигать момент закуривания, не курить натощак, не курить за 1-2 часа перед и после еды, захотел курить – отвлекись (легкие физические упражнения, прогулки, другие занятия, выпей 1-3 стакана воды, сока, возьми жевательную резинку, несладкие фрукты, покупать не больше 1 пачки сигарет разных марок (в т.ч. и нелюбимых), класть сигареты подальше от себя, не носить с собой зажигалки и спички, глубоко не затягиваться, выкуривать сигареты только до половины, лучше бросать курить во время отпуска. Помощь: создать обстановку нетерпимости, непрестижности, осуждения курения. Наказание за курение, страхотерапия (наглядный показ вреда курения), смехотерапия (высмеивание курящих). Уменьшение доступности сигарет.

Для помощи в процессе бросания курить можно предложить прочитать книгу автора – Аллана Карра «Легкий способ бросить курить», принимать препарат «ЧАМПИКС» - снижает тягу к курению, уменьшает многие симптомы отмены, не содержит никотин.

Ключевые слова: табачная зависимость, алгоритм работы с курящими.

Римашевский Д.В.¹, Тулеубаев Б.Е.², Курмангалиев Е.Т.², Арутюнян М.Г.²
**МАРГБУРГСКАЯ СИСТЕМА ЗАГОТОВКИ АЛЛОГЕННОЙ КОСТИ.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ**

¹ Кафедра травматологии и ортопедии Российского университета дружбы народов, г. Москва, ² Областной центр травматологии и ортопедии им. проф. Х.Ж. Макажанова, г. Караганда, Республика Казахстан

Костная пластика – второй после переливания крови метод трансплантации. В мире ежегодно выполняется более 300 000 операций с применением аллокости. История костной пластики насчитывает уже 350 лет, но история ее осложнений лишь немногим короче [1,2]. Аллокость применяется по очень широкому спектру показаний в травматологии и ортопедии,

нейрохирургии, хирургии позвоночника, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. После выявления первого случая передачи ВИЧ через костную пластику в 1984 г. и гепатита С при негативном тесте у донора в 1990 требования к костным банкам ужесточились [3] и во главу угла стали ставить обеспечение максимальной безопасности реципиента, уход от повторного тестирования донора за счет использования доказанного эффективного метода заготовки костной ткани, сохранение биологических и механических свойств кости и экономическая эффективность.

С конца 2015 года «Марбургская система костного банка» применяется в КГП «Областной центр травматологии и ортопедии имени профессора Х.Ж. Макажанова» г. Караганда. Мы оценили результаты применения кости, заготовленной по Марбургской системе у 33 пациентов, срок наблюдения у которых превысил 1 год. Кости применялись при псевдоартрозах различной локализации (13), кистах кости (11), ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава (1), импрессионных переломах (3), патологических переломах (1), вальгусной деформации коленного сустава (1), остеосинтезе таза (разрыв лобкового симфиза и крестцово-подвздошного сочленения) (1). Интеграцию кости оценивали клинически и рентгенологически через 3, 6 и 12 месяцев после операции.

Инфекционных осложнений мы не наблюдали. На контрольных рентгенограммах отмечалась перестройка в месте пластики и замещение дефекта новообразованной костной тканью со стороны подлежащего ложа реципиента. Консолидация наступила во всех случаях.

Аллокость, заготовленная при помощи «Марбургской системы костного банка Lobator sd-2, производства компании Telos GmbH» показала отличные среднесрочные клинические результаты, при этом сама система может быть компактно размещена на базе лечебного учреждения и не требует создания большой инфраструктуры.

Ключевые слова: костная пластика, аллогенная кость, локальный костный банк, Lobator sd-2 Bone grafting, allogenic bone, local bone bank, Lobator sd-2.

Список литературы:

- 1) Haeseker B. Mr. Job van Meekeren (1611-1666) and surgery of the hand. *Plast Reconstr Surg* 1988; 8: 539-46.
- 2) Bonfi glio M, Jeter WS, Smith CL. The immune concept: its relation to bone transplantation. *Ann NY Acad Sci* 1955; 59: 417-33.
- 3) Buck RE, Malinin TI, Brown MD (1989) Bone transplantation and human immunodeficiency virus. An estimate of risk of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Clin Orthop* 240:129–136

Семенов Н.М., Шелко О.В., Новиков С.А.

СВЕТОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СЕТЧАТКИ У ЛИЦ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЛИЯНИЮ НИЗКОЧАСТОТНЫХ АКУСТИЧЕСКИХ КОЛЕБАНИЙ

КДП ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. В эксперименте на биологических моделях доказано, что высокоинтенсивные низкочастотные акустические колебания (НЧАК) обладают неблагоприятным действием. В связи с наличием в Вооруженных силах (ВС) большого количества образцов вооружений и военной техники (ОВВТ) — источников высокоинтенсивных инфразвуковых колебаний (ИЗК) и НЧАК актуализируется проблема изучения феноменологии и патогенеза последствий воздействия НЧАК на организм человека. Однако до сих пор не в полной мере изучены механизмы неблагоприятного действия НЧАК на целостный организм и отдельные органы и системы. Особенно это касается анализаторных систем, состоящих из периферического и центрального звеньев, которые в разной степени подвержены первичным и вторичным эффектам воздействия.

Цель. Оценить функциональное состояние зрительной системы личного состава, подвергающегося воздействию НЧАК и ИЗК.

Материалы и методы. Исследовалось влияние светового полихроматического излучения на динамику восстановления остроты зрения человека до исходного уровня. Воздействие излучения производилось в лабораторных условиях. Проведено 6 серий экспериментов, в каждой из которых приняло участие 10 испытуемых. Стандартизация энергетической освещенности сетчатки при засветах достигалась тщательными светотехническими измерениями параметров излучателя и фоновой освещенности. Перед началом облучения испытатель-доброволец адаптировался к сумеречным условиям (10 лк). Данная величина освещенности была зафиксирована как в плоскости роговицы испытуемого, так и на поверхности тестовой таблицы. Длительность светового воздействия во всех шести экспериментальных сериях составляла 30 с. После окончания облучения испытатель-доброволец переводил свой взгляд на тестовую таблицу с кольцами Ландольта. В результате светового воздействия в поле зрения испытуемого возникала скотома серого цвета с голубовато-зеленоватым оттенком размером несколько большим, чем данный оптотип. Постепенно плотность скотомы уменьшалась и через некоторое время становилось возможным определить направление разрыва кольца. Когда разрывы колец Ландольта, имеющих разную направленность, правильно различались испытуемым, фиксировалось

время после окончания засвета и начиналось предъявление следующей испытательной строки. Результаты исследований представлены в таблице.

Длительность восстановления остроты зрения (с) до исходной у испытуемых (опытная группа) в зависимости от частоты следования импульсов и длительности импульса в серии ($X \pm m$, $n=10$) после 30-секундного засвета глаз

Параметры излучения		Острота зрения					
Частота, Гц	Длит. импульса, мс	0.1	0.3	0.5	0.7	0.9	1.0
6	5	24 \pm 8	52 \pm 8	90 \pm 7	124 \pm 9	166 \pm 14	190 \pm 27
9	5	21 \pm 9	46 \pm 7	81 \pm 4	127 \pm 5	164 \pm 8	233 \pm 16
12	5	15 \pm 6	49 \pm 8	80 \pm 7	131 \pm 8	174 \pm 10	188 \pm 6
6	20	31 \pm 9	55 \pm 7	94 \pm 5	133 \pm 10	173 \pm 13	206 \pm 17
9	20	13 \pm 5	51 \pm 6	90 \pm 8	119 \pm 9	154 \pm 12	189 \pm 18
12	20	17 \pm 6	52 \pm 8	96 \pm 8	140 \pm 9	175 \pm 10	183 \pm 21

Обсуждение результатов. Анализ данных таблицы показывает, что длительности восстановления остроты зрения для каждого из исследованных уровней статистически не отличались друг от друга. Очевидно, уже за 15 сек. воздействия наступает такая дезадаптация к начальному уровню освещенности в 10 лк, которая при дальнейшем засвете уже не увеличивается. Это подтверждается данными литературных источников, в которых утверждается, что инерционность органа зрения при переходе от света к темноте существенно выше, чем при обратном переходе.

Резюме. Сравнение показателей времени восстановления остроты зрения (ВВОЗ) до заданных показателей и в зависимости от длительности облучения у опытной и контрольной групп позволяет сделать предположение, что истощение ретиального пигмента центральной зоны сетчатки у лиц, работающих с НЧАК, выражено в большей степени, что приводит к увеличению ВВОЗ (положительный фотостресс-тест).

Вывод. Длительное воздействие НЧАК на организм приводит к развитию инфразвуковой офтальмопатии, проявляющейся клинической картиной понижения чувствительности центральной зоны сетчатки к адекватным хроматическим стимулам. Выраженность проявлений воздействия НЧАК и

ИЗК на орган зрения связана со стажем работы в неблагоприятных акустических условиях и возрастом корреляционной зависимости.

Ключевые слова: сетчатка глаза, низкочастотные акустические колебания, острота зрения, офтальмопатия.

Семенов Н.М., Новиков С.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОЛЛАГЕНОВОГО КРОСС-ЛИНКИНГА У ПАЦИЕНТОВ С ЭКТАЗИЕЙ РОГОВИЦЫ

КДП ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Эктазия роговицы – не воспалительное хроническое дистрофическое заболевание роговицы, которое характеризуется асимметричным прогрессирующим истончением, конусовидным выпячиванием и потерей ее прозрачности. Консервативная терапия при таком заболевании мало эффективна. От радикального лечения - сквозной кератопластики роговицы, многие пациенты отказываются. В настоящее время разработан перспективный метод лечения различной патологии роговицы, основанный на использовании комбинированного воздействия рибофлавина и ультрафиолетового излучения.

Цель исследования. Изучить эффективность кросс-линкинга у пациентов с кератоконусом первой и второй стадий.

Материалы и методы. Участниками исследования стали 47 пациентов (56 глаз, в том числе с первой стадией кератоконуса – 25 глаз, со второй стадией – 31 глаз), перенесших коллагеновый кросс-линкинг. Средний возраст пациентов составил $32,4 \pm 2,14$ лет. Стадии кератоконуса определяли с помощью классификации Амслера.

Предоперационное обследование включало в себя измерение остроты зрения без коррекции и с коррекцией, измерение внутриглазного давления, компьютерную топографию роговицы, пахиметрию, биомикроскопию и офтальмоскопию.

Все пациенты были обследованы через 12 месяцев после коллагенового кросс-линкинга. В исследование не включались пациенты с толщиной роговицы менее чем 400 мкм, с кератоконусом третьей и четвертой стадий, с герпетическим кератитом в анамнезе. Производилась стандартная процедура коллагенового кросс-линкинга (Цюрихский протокол).

Процедура осуществлялась в условиях операционной, с использованием местной инстилляционной анестезии. Эпителий был скарифицирован на

участке диаметром от 7,5 до 9,0 мм в зависимости от картины кератотопографической карты. Затем закапывали раствор 0,1% рибофлавина на основе 20% декстрана каждые 23 минуты в течение 15 мин. Перед воздействием UVA - излучения проникновение рибофлавина в переднюю камеру было подтверждено с помощью щелевой лампы. Облучение роговицы проводили ультрафиолетом длиной волны 370 нм и интенсивностью 9 мВт/см² (5,4 Дж/см²) в течение 10 мин с дополнительными инстилляциями раствора рибофлавина для поддержания его концентрации в роговице каждые 2 минуты. На роговицу каждые 2 мин инстиллировался 0,9% раствор NaCl, чтобы предотвратить ее сухость и дегидратацию. В раннем послеоперационном периоде назначались антибиотики, а также нестероидные противовоспалительные препараты, стимуляторы репаративной регенерации – до полной эпителизации роговицы. После кросс-линкинга на роговицу устанавливалась бандажная силикон-гидрогелевая мягкая контактная линза (МКЛ). МКЛ была удалена после полной эпителизации роговицы.

Результаты. Сравнение предоперационных и послеоперационных данных (за 12-ти месячный период) показало статистически значимую динамику в остроте зрения без коррекции и с коррекцией ($p < 0,0001$). Так же есть статистически значимая динамика кератотопографических параметров ($p < 0,0001$). Во время наблюдения прозрачность роговицы и хрусталика оставалась неизменной. Кроме того, никаких побочных эффектов, таких как стойкие эпителиальные дефекты или инфекции, не было обнаружено.

Заключение. В течение нашего исследования не было никаких признаков прогрессирования кератоконуса. Результаты показали повышение остроты зрения вместе с уменьшением кератометрической величины K . В течение всего периода наблюдения за пролеченными пациентами у них не было отмечено изменений прозрачности роговицы и хрусталика, изменений внутриглазного давления. Не потребовалось проведения повторных процедур. Наблюдается статистически значимая разница в динамике остроты зрения между больными с первой и второй стадиями заболевания. Острота зрения при кератоконусе первой стадии в результате проведенного коллагенового кросс-линкинга повышается больше, чем при кератоконусе второй стадии. При корригированной остроте зрения значимой разницы между группами нет.

Вывод. Таким образом, согласно результатам нашего исследования, коллагеновый кросс-линкинг является эффективным методом лечения ранних стадий кератоконуса, который позволяет добиться биомеханической стабилизации роговицы, прекращения или замедления прогрессирования кератоконуса и повышения зрительных функций больного.

Ключевые слова: эктазия роговицы, кросс-линкинг, кератоконус.

Соколова Г.В., Ефимова Л.В.

К ВОПРОСУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

КДП ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Актуальность проблемы состоит в том, что при проведении углубленного медицинского обследования и военно-врачебной экспертизы военнослужащих ежегодно выявляется та или иная степень тугоухости, связанная с особенностями военной службы. Причем, в 56% случаев - это военнослужащие в возрасте 30-40 лет. 30% от общего количества обращений пенсионеров МО составляет нейросенсорная тугоухость.

Шум, как неблагоприятный фактор профессиональной деятельности человека, занимает одно из ведущих мест среди причин, приводящих к развитию профессиональной патологии слуха.

В Вооружённых Силах шум занимает ведущее место среди вредных физических факторов, а его воздействие приводит к увеличению заболеваемости и снижению военно-профессиональной работоспособности. При длительном воздействии высокого уровня шума и вибрации происходят дистрофические изменения в рецепторе, поражаются нейроны спирального ганглия и слуховой нерв.

Патогенез определяется двумя основными причинами тугоухости: характеристиками шума (спектр частот и интенсивность) и восприимчивостью - индивидуальной устойчивостью органа слуха к повреждающему действию шума.

Профессионально вредными шумами являются те, интенсивность которых превышает порог повреждения 90-100 дБ. Так, танкисты, техники самолетов, мотористы испытывают интенсивность шума в 120-130 дБ, на стендах по испытанию реактивных турбин - 135-145 дБ, на учебных стрельбах - 160 дБ, при минно-взрывной травме - до 200 дБ.

При высокой чувствительности органа слуха к шуму потери слуховой чувствительности могут возникать при длительном действии последнего интенсивностью в 50-60 дБ. Частотный спектр шума также играет важную роль в причине возникновения профессиональной тугоухости, причем наиболее повреждающее действие оказывают его высокочастотные составляющие. Экспозиция шумового воздействия определяет «накопление» повреждающего эффекта.

В процессе экспозиции шумового воздействия орган слуха претерпевает три стадии профессиональной тугоухости:

1) стадия адаптации, при которой возникает некоторое снижение слуховой чувствительности (на 10-15 дБ); прекращение шума на этой стадии приводит к восстановлению слуха до нормального (исходного) уровня в течение 10-15 мин;

2) при более длительном действии шума наступает стадия утомления (потеря слуха на 20-30 дБ; появление высокочастотного субъективного ушного шума; восстановление слуха наступает через несколько часов пребывания в тихой обстановке); на этой стадии на тональной аудиограмме впервые появляется так называемый зубец Кархарта - повышение порога восприятия на частоте 4000 Гц с потерей слуха на этой частоте до 30-35 дБ;

3) стадия органических изменений в спиральном органе, при которой потеря слуха становится значительной и необратимой.

Из других причин, влияющих на развитие профессиональной тугоухости, необходимо отметить следующие:

1) из двух шумов, одинаковых по интенсивности и частотному спектру, более вредное действие оказывает прерывистый шум и менее повреждающее - постоянно действующий шум;

2) сочетание шума и вибрации усугубляют действие шума на орган слуха;

3) возраст; наиболее повреждающее действие шума испытывают лица старше 40 лет;

4) наличие заболеваний верхних дыхательных путей, слуховой трубки и среднего уха усиливают и ускоряют развитие профессиональной тугоухости;

5) применение средств индивидуальной и общей защиты; проведение профилактических реабилитационных мероприятий и др.

Эволюция профессиональной тугоухости зависит от многих факторов: от средств профилактики и лечения, параметров шума, стажа, а также от индивидуальной переносимости шумового фактора. В некоторых случаях при благоприятных обстоятельствах прогрессирование тугоухости может остановиться в любом из указанных периодов.

Лечение профессиональной тугоухости комплексное, многоплановое, включающее в себя применение средств медикаментозной, индивидуальной и коллективной профилактики, а также проведение мероприятий по реабилитации нарушений слуха. Лечение и прочие мероприятия по предотвращению развития профессиональной тугоухости наиболее эффективны, если они проводятся в первом и втором периодах заболевания, причем в первом периоде повышается эффективность профилактики профессиональной тугоухости, а во втором - возможно обратное развитие тугоухости при условии исключения шума из условий труда. В третьем периоде возможно лишь приостановление дальнейшего ухудшения слуха.

Ключевые слова: профессиональная тугоухость, военнослужащие, профилактика, лечение.

Соловьев И.А., Уточкин А.П., Рухляда Н.В., Сильченко Е.С., Колунов А.В.
**ГЕНЕРАЛ-МАЙОР МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ, ПРОФЕССОР М.А.
ЛУЩИЦКИЙ - ВОСПИТАННИК КРОНШТАДТСКОЙ ШКОЛЫ
ВОЕННО-МОРСКИХ ХИРУРГОВ
(К 300-ЛЕТИЮ КРОНШТАДТСКОГО ВМГ)**

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

В судьбе выдающегося военно-морского хирурга, бывшего начальника кафедры военно-морской и госпитальной хирургии ВМедА им. С.М. Кирова, генерал-майора медицинской службы, профессора Михаила Алексеевича Лущицкого Кронштадтский ВМГ сыграл ключевую роль.

В октябре 1951 г., после окончания лечебно-профилактического факультета ВММА по специальности хирургия с отличием, Михаил Алексеевич был назначен начальником 1-го хирургического отделения и ведущим хирургом Кронштадтского ВМГ. К этому времени подполковник медицинской службы М.А. Лущицкий был уже сформировавшимся хирургом, участником войны с милитаристской Японией, за что был награжден орденом Красной Звезды.

Он быстро влился в школу военно-морских хирургов Кронштадтского ВМГ, впитал ее лучшие традиции и приумножил их. С первых же шагов своей деятельности в новой должности он пришел к выводу, что в деле совершенствования военно-морского хирурга решающую роль играют элементы новаторства и творчества. Михаил Алексеевич во главу угла всей работы вверенного ему коллектива поставил изобретательскую и рационализаторскую работу, и за счет этого добился немалых успехов по всем видам деятельности своего подразделения. Оно прочно удерживало 1-е место среди других отделений госпиталя за все годы его руководства. Об этом говорят материалы, взятые нами из архива Кронштадтского ВМГ (Исторический формуляр 35 ВМГ: выписка из отчетов госпиталя за 1951, 1952; выписка из акта главной инспекции М. У. В. М. С. от 14.08.1953 г. и др.).

Стремление к новому в военно-морской хирургии бесспорно отличало подполковника м/с М.А. Лущицкого от его сослуживцев. Именно Кронштадтская школа военно-морских хирургов заложила у будущего Главного хирурга ВМФ и начальника кафедры ВМГХ, генерал-майора м/с, профессора М.А. Лущицкого фундаментальные основы его дальнейшей

научно-педагогической деятельности, носящей исключительно прикладной характер.

Оригинальный хирург с нестандартным научным мышлением был замечен начальником кафедры военно-морской хирургии ВММА генерал-майором м/с, профессором А.А. Бочаровым, который в то время руководил научными работами, выполняемыми и сотрудниками госпиталя (исторический формуляр 35 ВМГ), и был приглашен для поступления в адъюнктуру. Он блестяще сдал вступительные экзамены и был зачислен адъюнктом кафедры военно-морской хирургии.

В период с 1958 по 1961 годы М.А. Лущицкий, под руководством А.А. Бочарова и Е.В. Смирнова, подготовил кандидатскую диссертацию, посвященную холодовой травме. Ученый совет академии, отмечая большую научную ценность диссертации и ее вклад в фундаментальное изучение проблемы, присвоил М.А. Лущицкому степень доктора медицинских наук. В 1961 г. он стал преподавателем, затем старшим преподавателем, а в 1968 году – заместителем начальника кафедры военно-морской и госпитальной хирургии. В 1969 году М.А. Лущицкий был назначен на должность главного хирурга Военно-Морского Флота, а в 1973 году стал начальником кафедры военно-морской и госпитальной хирургии.

Будучи начальником кафедры военно-морской и госпитальной хирургии (1973-1986 г.г.), генерал-майор медицинской службы, профессор М.А. Лущицкий создал свою неповторимую школу военно-морских хирургов, унаследовавшую лучшие традиции военно-морской хирургии Кронштадта.

Ключевые слова: военно-морской госпиталь, военно-морская хирургия, кафедра военно-морской и госпитальной хирургии, М.А. Лущицкий.

Староконь П.М., Максимов И.Б., Богданов Р.Р., Долгих Р.Н., Галик Н.И.

ПРОТИВОШОКОВЫЙ ИНФУЗИОННЫЙ АНТИГИПОКСАНТ ПОЛИОКСИФУМАРИН

Филиал Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, г. Москва

Инфузионная терапия – важнейшая составляющая программы противошоковой помощи. Наличие в арсенале клиницистов современного инфузионного раствора с гемодинамическим действием является залогом успешного выведения из шокового состояния пострадавшего. Созданный в Российском НИИ гематологии и трансфузиологии инфузионный препарат с гемодинамическим и антигипоксанта́нным действием Полиоксифумарин весьма эффективно себя зарекомендовал в клинической практике. Инфузионную

основу Полиоксифумарина составляет отечественный коллоидный препарат Полиоксидин (производное полиэтиленгликоля). Антигипоксантажное действие препарата обусловлено фумаратом натрия – промежуточным субстратом метаболического цикла трикарбоновых кислот. Его инверсивные превращения в цикле Кребса сопровождаются выработкой клеточной энергии.

В эксперименте на модели геморрагического шока у кроликов на введение Полиоксифумарина получен положительный эффект. Тяжесть геморрагического шока и эффект лечебного действия инфузионного антигипоксанта оценивали по данным системной гемодинамики, КОС крови, по функциональной активности изолированных митохондрий гепатоцитов. Экспериментальная кровопотеря и последующая длительная артериальная гипотензия приводили к тяжелым расстройствам системного кровообращения. Так, УО сердца уменьшался более чем в 2 раза. Уменьшение УО сочеталось с урежением частоты сердечных сокращений, что наряду с гиповолемией являлось причиной выраженного падения МОК (в среднем на 60%). ЦВД снижалось более чем в 2 раза. При этом периферическое сопротивление сосудов после кровопотери возрастало в среднем в 1,3 раза. Гематокритный показатель в ответ на кровопотерю понижался с 35 до 23%. Содержание и напряжение кислорода в венозной крови значительно уменьшалось. Существенно нарушались процессы тканевого дыхания в клетках печени. Так, снижалась способность митохондрий к утилизации АДФ. Фосфорилирование АДФ при окислении эндогенных субстратов происходило лишь на 28%, в то время как интактные митохондрии обеспечивали фосфорилирование того же количества АДФ на 54%. Нарушение процессов дыхания приводило к отрицательной динамике КОС крови. Так дефицит буферных оснований нарастал более чем в 9 раз.

В эксперименте на кроликах после введения Полиоксифумарина получена стабилизация гемодинамики, улучшение параметров сердечной деятельности. Положительно менялись показатели КОС крови. Дефицит буферных оснований уменьшался на 40%. На введение антигипоксанта раствора отмечено положительное изменение показателей клеточного энергетического метаболизма.

В клинике Полиоксифумарин применялся у 16 пациентов с геморрагическим шоком и у 12 с хирургическим эндотоксикозом с нестабильной гемодинамикой. Препарат применялся с первых суток послеоперационного периода, а у пациентов с геморрагическим шоком с первых часов нахождения в стационаре. Введение препарата осуществлялось внутривенно. Скорость инфузии – 3-5 мл/мин. В отдельных случаях препарат вводился струйно. Суточная доза – 400-800 мл. Группа сравнения – 14

пациентов с подобной патологией, которым включался Полиглюкин в аналогичных объемах.

Сравнительный анализ показал, что в группе пациентов после введения Полиоксифумарина проявлялся наиболее выраженный эффект, который сохранялся до 16 часов. Это проявлялось, прежде всего, стабилизацией гемодинамики, не требующей дополнительного введения вазопрессоров. Уменьшалась частота дыхательных движений с 28-30 до 20-22 в мин. Почасовой диурез повышался с 22 до 65 мл/ч. На введение препарата отмечено положительное изменение КОС крови – снижался дефицит буферных оснований, возрастал уровень стандартного бикарбоната. Также отмечено положительное влияние Полиоксифумарина на процессы ПОЛ. В этом проявлялись его антиоксидантный и антигипоксикантный эффекты. В группе сравнения данные эффекты практически не проявлялись. Так же влияние на гемодинамику было не столь значимым, что потребовало введение гормональных препаратов.

Таким образом, инфузионный коллоидный препарат Полиоксифумарин с антигипоксикантным действием обладает противошоковым действием и позволяет эффективно проводить оказание помощи пострадавшим в критических состояниях.

Ключевые слова: антигипоксикант, Полиоксифумарин, противошоковое действие.

Чепель А.И., Абрамов В.О., Куренкова И.Г., Ягашкина С.И.

СОСТОЯНИЯ КРОНАРНОГО КРОВОТОКА У МУЖЧИН БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К ФЕНОТИПАМ СИСТЕМЫ ГРУППЫ КРОВИ LEWIS

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

Цель: изучить морфо-функциональное состояние коронарных артерий и сердечно-сосудистой системы у больных ИБС с различными фенотипами Lewis-антигенов, при этом установить взаимосвязь между распространенностью различных фенотипов Lewis-антигенов и степенью поражения коронарных артерий у больных ИБС.

Материал и методы: были обследованы 92 мужчины в возрасте от 39 до 73 лет, страдающие ИБС. Всем больным была выполнена коронароангиография и определены фенотипы группы крови Lewis.

Результаты исследования. Больные распределились в зависимости от принадлежности к фенотипам системы группы крови Lewis на две группы: в

первой - 71 пациент с фенотипом Le^{a-b-} , во второй - 21 пациент с фенотипом Le^{a-b+} . Эти группы достоверно отличаются по количеству пораженных коронарных сосудов ($p < 0,001$). В первой группе 77,5% пациентов имеют множественные поражения коронарных сосудов (у 41% больных - два сосуда поражены атеросклерозом, у 20% - три сосуда, у 15% - четыре сосуда, у 1,5% - пять сосудов); 21% пациентов имеют один пораженный коронарный сосуд и лишь 1,5% не имеет поражения коронарных сосудов. Во второй группе 24% пациентов имеют множественные поражения коронарных сосудов (у 14% больных - два сосуда поражены атеросклерозом, у 5% - три сосуда, у 5% - четыре сосуда); 29% пациентов имеют один пораженный коронарный сосуд и 47% не имеет поражения коронарных сосудов.

В первой группе имеют атеросклеротическое поражение ствола правой коронарной артерии - 47 пациентов (66%), значимое - 38 пациентов (54%), ствола левой коронарной артерии - 11 пациентов (15%), достоверное - 8 пациентов (11%), огибающей ветви левой коронарной артерии - 35 пациентов (49%), значительное - 25 пациентов (35%), передней межжелудочковой артерии - 52 пациентов (73%), значимое - 44 пациентов (62%), задней межжелудочковой артерии - 5 пациентов (7%), достоверное - 4 пациентов (6%). Во второй группе: ствола правой коронарной артерии - 3 пациента (19%), значимое - 1 пациент (5%), поражения ствола левой коронарной артерии - нет, огибающей ветви левой коронарной артерии - 4 пациента (19%), значительное - 3 пациента (14%), передней межжелудочковой артерии - 10 пациентов (48%), значимое - 3 пациента (5%), поражения задней межжелудочковой артерии - нет. Различия между группами достоверные ($p < 0,05$).

Среди пациентов первой группы 95% нуждаются в проведении аортокоронарного шунтирования или баллонной ангиопластики коронарных сосудов; среди пациентов второй группы - только 24%.

Вывод: больные ИБС с фенотип Le^{a-b-} имеют большее количество пораженных атеросклерозом сосудов, большую протяженность поражения, более выраженную степень поражения, что соотносится соответственно с более тяжелым течением ИБС. Принадлежность больных ИБС к фенотипу Le^{a-b-} определяет прогностически неблагоприятное течение заболевания, больший риск сердечно-сосудистых осложнений, что требует более пристального внимания к этим пациентам, более жесткой коррекции всех факторов риска и раннего направления пациентов этой группы на коронароангиографию.

Ключевые слова: коронарный кровоток, ИБС, фенотипы Lewis-антигенов

Шабаев Р.М., Староконь П.М.

ФИБРОЗНО-КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН-ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: ТАКТИКА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ГОСПИТАЛЕ

Филиал Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, г. Москва

Фиброзно-кистозная болезнь (мастопатия) является наиболее распространенным доброкачественным заболеванием молочных желез у женщин-военнослужащих. В большинстве военно-медицинских учреждений России не регламентировано обязательное обследование поступивших на лечение или обследование женщин-военнослужащих на предмет выявления патологических процессов в молочных железах, а так же наблюдение за женщинами с уже выявленными доброкачественными заболеваниями молочных желез. Нет единой диагностической и лечебной тактики ведения таких пациенток. Как показывают статистические данные, в последние годы в России, как и во всем мире, наблюдается неуклонный рост заболеваний молочных желез. Рак молочной железы (РМЖ) в структуре онкологической патологии женщин прочно удерживает первое место. Его частота растет параллельно с доброкачественными заболеваниями молочных желез, среди которых преобладает фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ). Современные данные литературы свидетельствуют о том, что РМЖ во много раз чаще развивается на фоне различных форм ФКБ, особенно пролиферативных.

ФКБ у женщин может длительно протекать бессимптомно, поэтому разработка методов диагностики и прогнозирования течения доброкачественных заболеваний молочных желез является одной из актуальных задач. Как известно, ФКБ является доброкачественным заболеванием, однако в ряде случаев она может стать промежуточной стадией в развитии злокачественного процесса. Поэтому своевременная диагностика пролиферативной активности в молочных железах является профилактикой дальнейшего развития злокачественных заболеваний молочных желез у женщин-военнослужащих. Так, в госпитале за последние 5 лет (2011-2016 гг.) ФКБ выявлена у 214 женщин-военнослужащих, находившихся на стационарном обследовании и лечении. Из них в 2016г. выявлено у 55. Поэтому организация лечебно-диагностических мероприятий для выявления ФКБ у женщин-военнослужащих является чрезвычайно важным. Организация диагностики кистозных компонентов у женщин-военнослужащих в условиях военного многопрофильного госпиталя предусматривает несколько этапов.

Первый этап – женщинам-военнослужащим, поступающим на лечение в госпиталь, вне зависимости от профиля лечения обязательно проводят УЗИ

молочных желез, если возраст женщины составляет до 40 лет, а женщинам старше 40 лет - выполняется маммография. В случае выявления кистозных компонентов молочных желез, пациентки в обязательном порядке направляются на консультацию к хирургу-онкологу.

Второй этап – консультация хирурга-онколога. Задача хирурга-онколога заключается в тщательном сборе анамнеза и выявление факторов риска, общего визуального осмотра, осмотра и пальпации молочных желез в положении стоя и лежа, определении гормонального статуса пациентки (содержания в сыворотке крови ТТГ, ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона), назначений дополнительных клинических исследований (инструментальных, лабораторных). При необходимости выполняется консультация эндокринолога.

Третий этап – проводится пункционно-аспирационная биопсия кистозных компонентов под УЗ-навигацией с целью дальнейшего цитологического обследования взятого материала на наличие атипичных клеток. После получения цитологического заключения определяется дальнейшая тактика ведения пациентки.

Четвертый этап. В случае отсутствия атипичных клеток в кистозных компонентах молочных желез пациенткам с непролиферативными узловыми формами ФКБ проводят консервативную терапию. При отсутствии объективного эффекта консервативного лечения - выполняется хирургическое вмешательство. В нашей практике проводится лазерная коагуляция (вапоризация) кист молочных желез. Данная операция способствует предотвращению малигнизации кистозного компонента молочной железы. При необходимости назначают контрольное обследование в условиях госпиталя через полгода. После выписки пациентка находится под динамическим наблюдением врачей по месту службы, при этом в обязательном порядке должны проводиться курсы комплексной патогенетической терапии, направленные на стабилизацию гормонального и иммунного гомеостаза, функции ЖКТ, состояния центральной и вегетативной нервных систем.

Таким образом, благодаря проводимому лечебно-диагностическому алгоритму определения кистозных компонентов у женщин-военнослужащих в условиях многопрофильного военного госпиталя, удается своевременно выявлять фиброзно-кистозную болезнь молочных желез, проводить лечение и предотвращать озлокачествление кистозных компонентов молочных желез. Такая тактика позволяет улучшить общие результаты лечения и повышает качество жизни и работоспособность женщин-военнослужащих.

Ключевые слова: фиброзно-кистозная болезнь, госпиталь, диагностика.

Шевяков М.А., Климович Н.С., Юкина С.И., Васильева Н.В.
**ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗА
СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК**

КДП ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург
НИИ медицинской микологии СЗГМУ им И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Согласно определению ВОЗ, пробиотики – средства на основе жизнеспособных микроорганизмов, при назначении в адекватных количествах вызывают благоприятный эффект на здоровье человека. Обычно это лиофилизированные, но способные к ревитализации в желудочно-кишечном тракте штаммы лактобацилл и бифидумбактерий. Пробиотические бактерии, колонизируя на время слизистые оболочки человека, способны оказывать различные местные, метаболические и иммунологические эффекты, потенциально эффективные для лечения ряда заболеваний. Есть доказательства пользы назначения пробиотиков для лечения диареи различной этиологии, синдрома раздраженного кишечника, воспалительных заболеваний кишечника, метаболического синдрома, профилактики атопии у новорожденных и др.

Перспективность использования пробиотиков для лечения микозов слизистых оболочек основана, во-первых, на их способности повышать местную колонизационную резистентность и, во-вторых, вызывать системные иммуномодулирующие эффекты. Включение пробиотиков вместе с антимикотиками при лечении, например, кандидоза кишечника и кандидоза гениталий, создает условия для повышения местной резистентности и снижения риска реинфекции грибами рода *Candida*. Назначение пероральных пробиотиков благоприятно меняет дифференцировку Т-клеток, стимулируя активность Th17 и Threg, что в итоге стимулирует нейтрофильный фагоцитоз и подавляет склонность к атопии и аутоиммунной атаке. Вместе с тем данные эффекты, продемонстрированные в ряде контролируемых клинико-экспериментальных работ, не всегда воспроизводятся в практической работе. Неэффективность пробиотиков, по-видимому, связана со следующими причинами: 1) бактерицидное действие пищеварительных ферментов верхних отделов желудочно-кишечного тракта; 2) антагонизм оппортунистических микромицетов и пробиотических штаммов; 3) реакция местной иммунной системы слизистых оболочек человека, иногда распознающих пробиотические штаммы как «враждебные». Две первые причины можно устранить, назначая пробиотики, защищенные оболочкой капсулы или таблетки, и вместе с антимикотиками (например, натамицином). Увеличить вероятность того, что назначенный пробиотик будет обладать сходными антигенными характеристиками с резидентным можно, назначая так называемые

мультиштаммовые пробиотики, содержащие несколько штаммов лактобацилл и бифидумбактерий (например, 8-9). В этой же связи являются актуальными исследования видового состава лактобацилл и бифидумбактерий, колонизирующих слизистые оболочки популяции местного региона с целью создания рекомендаций по целевому назначению различных пробиотиков.

Ключевые слова: пробиотики, кандидоз.

Шевяков М.А., Юкина С.И.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ И РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

КДП ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

СЗГМУ им И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Иммунозависимые заболевания кожи неинфекционной природы с выраженной воспалительной реакцией представляют актуальную клиническую проблему. Прежде всего, в эту группу дерматозов нужно отнести атопический дерматит, экзему и псориаз.

Известно, что центральным механизмом развития указанных заболеваний является дисбаланс в системе Т-клеток, приводящий к гиперсинтезу иммуноглобулинов класса Е или аутоиммунной атаке. Поэтому основными средствами, направленными на лечение иммунозависимых дерматозов, стали современные местно- или системно действующие антигистаминные (например, лоратадин, цетиризин), глюкокортикостероидные (например, преднизолон, бетаметазон), иммунодепрессивные (например, азатиоприн, метотрексат), позднее - антицитокиновые (например, такролимус, инфиликсимаб) препараты. Все они действуют на воспалительную фазу заболевания, тем самым с различной эффективностью купируют симптомы, однако имеют побочные эффекты, в том числе в виде снижения антимикробной резистентности и, главное, не предупреждают рецидивов.

В середине 50-х годов прошлого века в экономических странах отметили интенсивный рост заболеваемости иммунозависимыми болезнями. Интересно, что в развивающихся странах, с традиционно высоким уровнем инфекционной заболеваемости, такой тенденции не отмечали. В поисках объяснений этим явлениям в 1989 г *D.P. Strachan* выдвинул «гигиеническую гипотезу». Основное положение этой гипотезы можно передать следующим образом: гигиена, асептика, широкое применение детергентов и антимикробных средств лишили иммунную систему «цивилизованного» человека «привычной» инфекционной нагрузки и кардинально изменили микробиологический характер биопленок открытых систем человека (кожи и слизистых оболочек).

Это привело, прежде всего, к сдвигам в системе «дендритные клетки - прайминг - дифференцировка Т-клеток» и драматическому увеличению заболеваемости аллергическими и аутоиммунными болезнями. В частности, антиген-презентирующие клетки кожи и слизистых оболочек (прежде всего, дендритные) и антиген-презентирующие клетки «закрытых», тканевых пространств (макрофаги) стали представлять Т-клеткам массу «непривычных» микробных антигенов. Это нарушает гармоничную дифференцировку Т-клеток – Th1, Th2, Th17 и Treg, что в итоге влияет на характер воспаления в макроорганизме.

Подтверждения «гигиенической гипотезы» стали получать и в результате тщательно спланированных эпидемиологических исследований. Так, группа французских эпидемиологов под руководством G. Pulverer выявила, что использование пероральных антибиотиков по различным показаниям в первые 2 года жизни, независимо от действия других факторов (этнических, жилищно-бытовых, наследственных и проч.), повышало частоту астмы, поллиноза и экземы в 4-6 раз! Было высказано предположение, что антибиотик-ассоциированный дисбиоз кишечника в детском возрасте приводит к формированию так называемого Th2 – типа иммунного ответа, доминированию сывороточных интерлейкинов IL4, IL5, IL13, гиперстимуляции В-клеток и наработке чрезмерно высоких уровней иммуноглобулина класса Е.

В этой связи актуальной стала разработка терапевтических схем с использованием т.н. иммуномодуляторов. Иммуномодуляторы – лекарственные средства, одновременно подавляющие «нежелательное» воспаление и стимулирующие противoinфекционную резистентность. С позиций сегодняшнего дня иммуномодуляторами можно назвать пробиотики. Пробиотики, согласно определению ВОЗ – это живые микроорганизмы, будучи назначенными в адекватном количестве, оказывающие доказанный благоприятный эффект на здоровье человека.

Первая в полной мере «доказательная» работа, опубликованная *Kalliomaki M.* и соавт. в 2003 г. журнале *Lancet*, показала, что назначение пробиотиков беременным и новорожденным достоверно уменьшает риск «ранних» атопических заболеваний - астмы и атопического дерматита. Действительно, в зависимости от штамма и дозы, пробиотики взаимодействуют с иммунными и эпителиальными клетками кишечного эпителия, в результате чего происходит модулирование физиологических и иммунных функций. Активные сигнальные компоненты пробиотиков включают энзимы, секретируемые факторы, протеины поверхностного слоя, изолированную ДНК, продукты ферментации и пептидогликаны клеточной стенки. Сигнальные молекулы пробиотиков взаимодействуют с антиген-распознающими

рецепторами (TLRs - Toll-like receptors, NLRs - The NOD-like receptors или Nucleotide Oligomerization Domain receptors) и другими поверхностными рецепторами, в итоге вызывая дифференцировку Т-клеток (Th1, Th2, Th17, Treg) в Пейеровых бляшках и других скоплениях лимфоидной ткани, а затем синтез ими различных хемокинов и цитокинов. С позиций интереса к профилактике аллергических заболеваний наиболее интересен такой эффект пробиотиков, как индукция регуляторных Т-клеток.

Были получены обнадеживающие результаты применения пробиотиков при атопическом дерматите у детей в ходе мультицентрового двойного слепого, рандомизированного, плацебо-контролируемого исследования *PANDA* (2009). Беременным женщинам, имеющим анамнез аллергического заболевания, предлагали мультипробиотик – смесь *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium lactis* и *Lactococcus lactis*. Матери получали мультипробиотик 6 недель последнего триместра беременности, а затем в течение 12 месяцев этот же препарат – их новорожденные. Первым результатом клинической оценки мультипробиотика у 3-х месячных детей был существенно низкая частота экземы, а в дальнейшем установили, что этот «антиаллергический» эффект держится, по крайней мере, до 2-х летнего возраста.

Одним из наиболее важных вопросов применения пробиотиков в дерматологии является вопрос об эффективности использования их у взрослых. Большинство доказательных работ демонстрируют иммуномодулирующие эффекты у детей, когда иммунная система лабильна. Эффективны ли пробиотики как иммуномодуляторы у взрослых? По-видимому, при соблюдении некоторых условий – да.

Например, в исследовании *A. Guéniche* и соавторов, для изучения влияния пробиотика на характер воспаления в коже после ультрафиолетового излучения, был использован штамм *Lactobacillus johnsonii* NCC 533, выделенный от микрофлоры здорового взрослого. С этой целью были рандомизированы 54 взрослых добровольцев, принимающих либо пробиотик, либо плацебо ежедневно в течение 8 недель до ультрафиолетового облучения. Для объективизации исследования были выполнены иммуногистохимические тесты биоптатов кожи, с определением пропорции макрофагов и кожных дендритных клеток. Было показано, что макрофаги полностью исчезли из эпидермиса на 10-й день после УФ- облучения в основной группе, тогда как в группе плацебо они сохранялись.

Таким образом, в данном рандомизированном двойном слепом клиническом исследовании было показано, что потребление пробиотика, содержащего *L. Johnsonii*, существенно улучшает кожный иммунный гомеостаз

после ультрафиолетового облучения в организме человека и может, таким образом, представлять собой новую стратегию фотозащиты.

Так же положительные результаты применения пробиотиков на основе *L. Rhamnosus* и *L. reuteri* были продемонстрированы в контролируемом исследовании V.Rosenfeldt и соавт., 2003, выполненном в группе из 41 пациентов в возрасте от 1 года до 13 лет, страдающих атопическим дерматитом и в контролируемом исследовании T.Passeron и соавт., 2006, где основной группой были пациенты старше 2 лет, так же с атопическим дерматитом.

Предъявляя сегодня требования к эффективному пробиотику для применения в дерматологии, нужно отметить его важнейшие черты:

1. «Защищенность» от воздействия желудочных ферментов и желчи.
2. Эффективность пробиотических штаммов, доказанная в результате клинических исследований.
3. Стабильность и безопасность пробиотических штаммов, гарантированная соблюдением требований Организации по контролю за пищевыми и сельскохозяйственными продуктами ВОЗ (т.н. FAO\WHO).
4. Мультипробиотический состав препарата.
5. Штаммовые характеристики, ассоциированные с получением пробиотического штамма со слизистой оболочки человека, а не из кисломолочных продуктов.
6. Гарантированное и постоянно контролируемое на производстве качество.

Остается добавить, что большинство исследований, продемонстрировавших положительный эффект пробиотиков, предполагали назначение этих иммуномодуляторов не менее 6-8 недель.

Ключевые слова: иммунозависимые заболевания, «гигиеническая гипотеза», пробиотики в дерматологии.

Эргашев О.Н.^{1,2}, Махновский А.И.⁴, Давыденко В.В.¹, Забивалова Н.М.³,
Бражникова Е.Н.³, Анферова М.С.³, Гарибян Н.Э.¹

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА НА ОСНОВЕ ХИТОЗАНА ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова Министерства здравоохранения России, Санкт-Петербург; ²Комитет по здравоохранению Ленинградской области, Санкт-Петербург; ³Общество с ограниченной ответственностью «Инмед», Санкт-Петербург; ⁴ФГКУ «442 Военный клинический госпиталь» Минобороны России, Санкт-Петербург

Актуальность. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что гибель от травм на догоспитальном этапе в 24-39% случаев потенциально предотвратима, при этом в 33-40% случаев её причиной являются наружные кровотечения.

Цель исследования: оценить эффективность местного гемостатического средства (МГС) на основе хитозана «Гемофлекс» Комбат для временной остановки наружных кровотечений.

Материалы и методы. Основную группу составили 88 пациентов, у которых временная остановка наружного травматического кровотечения осуществлялась с использованием МГС «Гемофлекс» Комбат. Контрольную группу составили 279 пациентов, временная остановка наружных кровотечений у которых осуществлялась традиционными способами.

Результаты исследования. В основной группе положительный результат был достигнут у 97% пациентов, в контрольной группе – у 74% ($p < 0,05$). При артериальных кровотечениях эффективный гемостаз был достигнут у пациентов основной группы - в 50% случаев, в контрольной группе – не был достигнут ни у одного из пациентов ($p < 0,05$). При венозных кровотечениях эффективный гемостаз был достигнут у пациентов основной группы - в 100% случаев, у пациентов контрольной группы - в 70% случаев ($p < 0,05$). При капиллярных кровотечениях эффективный гемостаз был достигнут у пациентов основной группы - в 100% случаев, у пациентов контрольной группы - в 93% случаев ($p > 0,05$).

Вывод: применение МГС на основе хитозана «Гемофлекс» Комбат на догоспитальном этапе достоверно способствовало повышению эффективности давящей повязки при остановке артериальных и венозных кровотечений.

Ключевые слова: местные гемостатические средства

Яремко В.И., Леонтьев О.В., Велижанин А.М.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

КДП ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России, г. Санкт-Петербург,
Санаторно-курортный комплекс «Западный»

Материалы и методы исследования. Для выявления особенностей психофизиологического статуса у больных гипертонической болезнью (ГБ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) по сравнению со здоровыми лицами в условиях санаторно-курортного комплекса «Западный» МО РФ обследовано 67 человек мужского пола в возрасте от 45 до 59 лет из числа военнослужащих запаса с заболеваниями системы кровообращения (ГБ и ИБС). Контрольную группу составили 43 военнослужащих мужского пола в возрасте 45-50 лет с диагнозом - практически здоровы.

Обсуждение результатов исследования. Субъективное состояние испытуемых группы больных с заболеваниями системы кровообращения военнослужащих запаса (ГБ и ИБС) характеризовалось жалобами астено-невротического характера на нарушение процесса засыпания, раздражительностью, чувством усталости, периодически возникающим учащением сердцебиения, повышенную потливость.

В группе лиц с заболеваниями системы кровообращения выявлено, что уровень реактивной и личностной тревожности оценивается как умеренно тревожный.

Имеют место низкие показатели самочувствия, активности и настроения (тест САН). Количество правильно выполненных действий при определении оперативной памяти были достоверно ниже по сравнению с контролем (тест ОП 1).

Одновременно отмечался более длинный латентный период сложной сенсомоторной реакции (с выбором). Это свидетельствует о снижении лабильности нервной системы.

Выводы. Полученные результаты говорят о существовании объективных различий в психофизиологическом статусе у больных Гб и ИБС военнослужащих запаса по сравнению со здоровыми лицами, что может быть использовано в диагностике, при выявлении групп риска, а также в поиске возможных методов лечения, направленных на нормализацию регуляции функционирования системы кровообращения.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, психофизиологический статус, санаторный комплекс «Западный».

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
<i>Артюшин Б.С., Мовчан К.Н. Исхаков Р.Б., Русакевич К.И.</i> Место математического моделирования показателей кровотока в нижних конечностях при окклюзионно-стенотическом поражении их артерий	5
<i>Архангельский Д.А., Закревский Ю.Н., Барачевский Ю.Е., Бутиков В.П.</i> Анемический синдром как прогностический признак тяжелого течения внебольничной пневмонии в условиях Арктики	6
<i>Бакиев М.Н., Новиков С.А., Семенов Н.М., Сосновский А.А.</i> Разработка и использование диафрагмирующих мягких контактных линз с отверстием у лиц с аметропиями	7
<i>Бекмухаметов А.Ф., Кузьмич В.Г., Фомичев А.В.</i> Методика оценки степени тяжести отравлений пациентов с опиатной интоксикацией при помощи шкалы PSS+	8
<i>Бекмухаметов А.Ф., Кузьмич В.Г., Фомичев А.В.</i> Методика оценки степени тяжести отравлений снотворно-седативными препаратами при помощи шкалы PSS+	9
<i>Беляев А.А., Касимов Р.Р., Хугаев Л.А.</i> Расширенный протокол ультразвуковой диагностики при боевой хирургической травме (FAST)	10
<i>Блинда И.В., Чикин ОВ.</i> Предложения по практическому обучению навыкам сердечно-легочной реанимации	11
<i>Воронов В.В.</i> Субъективные методы оценки обитаемости в риск-ориентированном надзоре за сложными морскими техническими объектами	13

<i>Грипась С.А., Насибов Р.М., Корецкий В.Н., Сапелкин Е.В., Жуков Д.Е.</i> Комплексная диагностика и лечение псевдомембранозного колита у тяжелых и ослабленных больных хирургического стационара	14
<i>Грибова Л.Н., Литвиненко Р.И., Пистюльга И.В., Чикин О.В.</i> Оценка эффективности цефтаролина фосамила у пациентов с внебольничной пневмонией тяжелого течения	17
<i>Грибова Л.Н., Литвиненко Р.И., Пистюльга И.В., Чикин О.В.</i> Оценка безопасности применения цефтаролина фосамила для пациентов с внебольничной пневмонией тяжелого течения	18
<i>Губин В.Н., Воробьев С.А., Галомзик Н.С.</i> Опыт работы дневного стационара поликлиники в 2014-2016 гг.	19
<i>Гуляев Н.И., Чикин О.В.</i> Сравнительная характеристика показателей аполипопротеидов у больных с кальцинозом клапана аорты	21
<i>Гуляев Н.И.</i> Характеристика содержания липопротеида (а) у больных с кальцинозом клапана аорты	22
<i>Завьялов Д.М., Волков А.С., Гусакова Д.Ю.</i> Первый опыт применения стабилизации транспедикулярной системой "Сопмет" при прогрессирующем дегенеративном заболевании позвоночника	23
<i>Закревский Ю.Н., Шевченко А.Г., Архангельский Д.А., Перетечиков А.В.</i> Лечебно-эвакуационное обеспечение в арктической зоне Российской Федерации	24
<i>Зубрицкая И.А.</i> Дифференциальная диагностика и метод лечения нарушения сердечного ритма и проводимости сердца на фоне врожденной аномалии коронарных сосудов	25

<i>Калганова И.Б., Калганов Ю.И., Никитин Е.А., Роскостов М.В.</i> О некоторых особенностях жизненного пути авторов медицинских диссертаций	28
<i>Калганова И.Б., Лобанова М.И., Никитин Е.А., Роскостов М.В.</i> Научная работа общества морских врачей	29
<i>Канарский В.А., Павленко Л.П., Антонов М.М.</i> Комплексное лечение цереброваскулярных заболеваний в консультативно-диагностической поликлинике	31
<i>Кароль Е.В.</i> Порядок установления инвалидности	32
<i>Кароль Е.В.</i> Синдром дезадаптации у инвалидов пожилого возраста вследствие цереброваскулярных болезней	33
<i>Карташова Н.К., Шестаков Н.Л.</i> Скандинавская ходьба - этап медицинской реабилитации в военно-морской медицине	34
<i>Касимов Р.Р., Тутаев О.И., Елфимов Д.А., Беляев А.А., Неганов И.М., Хугаев Л.А.</i> Профессионально-должностная подготовка в ФГКУ "422 Военный госпиталь" Минобороны России	35
<i>Каспрюк Ф.А.</i> Гипотиреоз и аутоиммунный тиреоидит, как фактор акушерского и перинатального риска	36
<i>Коваленко С.А., Кукоз Г.В., Мурсалов А.У., Махновский А.И.</i> Организационно-методические аспекты лицензирования медицинских подразделений воинских частей и соединений	37
<i>Коваленко С.А., Махновский А.И., Стрельникова О.В.</i> Опыт внедрения Единой электронной системы персонифицированного учета пациентов в 442 Военном клиническом госпитале и его филиалах	38

<i>Коновалов П.П., Шперлинг И.А., Арсентьев О.В.</i> Подготовка военно-медицинских организаций к работе в условиях строгого противоэпидемического режима	39
<i>Королев Б.Е.</i> Кальцинированные пороки аортального клапана: итоги многолетнего спора	41
<i>Костюченко В.А., Васильева А.В.</i> Психотерапия посттравматических стрессовых расстройств	42
<i>Кузьмич В.Г., Халимов Ю.Ш., Гайдук С.В., Фомичёв А.В., Бекмухаметов А.Ф.</i> Актуальные вопросы оказания токсикологической помощи в Вооруженных Силах Российской Федерации	43
<i>Куликов А.Н., Чикин О.В.</i> Изучение вариабельности артериального давления у нормотензивных пациентов при различных способах его исследования	44
<i>Куренкова И.Г., Чепель А.И., Абрамов В.О., Скакунова Т.Ю.</i> Предикты сердечно-сосудистых осложнений у больных ишемической болезнью сердца в зависимости от принадлежности к фенотипам системы группы крови Lewis	46
<i>Ласый В.П., Шалупкина В.П.</i> Практические рекомендации по оценке функционального состояния сердечно-сосудистой системы и особенностей тканевого метаболизма у лиц с механической травмой на заключительном этапе госпитального лечения травматической болезни	48
<i>Ласый В.П., Шалупкина В.П.</i> Характеристика применяемых в настоящее время электрокардиографических методов оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы при заболеваниях органов пищеварения	49
<i>Лелеченко В.И., Полохова Л.А., Цымбал А.Н.</i> Пострадиационный канцерогенез у военнослужащих ЛПА на ЧАЭС в отдаленном периоде	50

<i>Литвиненко Р.И.</i> Когнитивные нарушения при депрессии позднего возраста	52
<i>Лобанова М.И., Никитин Е.А.</i> Библиотека Кронштадтского морского госпиталя	53
<i>Лобанова М.И., Никитин Е.А.</i> Госпитальная дача Калининского морского госпиталя	54
<i>Лобанова М.И., Никитин Е.А.</i> Санаторное отделение Кронштадтского морского госпиталя	55
<i>Люттов В.В., Роскостов М.В.</i> Кронштадтский военно-морской госпиталь на службе Отечеству (к 300-летию со дня основания)	56
<i>Люттов В.В., Сергеев Н.А., Шевцов Н.И.</i> Опыт издания газеты «Госпитальные вести» в 442 Военном клиническом госпитале	59
<i>Люттов В.В., Коваленко С.А., Сергеев Н.А.</i> Памятные даты и знаменательные события в истории 442 ВКГ Минобороны России	62
<i>Махновская Е.А., Долгов И.М., Махновский А.И., Шилов С.Л.</i> Скрининговая тепловизорная диагностика параназальных синуситов при легких формах острых инфекций верхних дыхательных путей у военнослужащих	63
<i>Махновский А.И., Эргашев О.Н., Блинда И.В., Усольцев Е.А., Миннулин Р.И., Хаустов М.В., Шаповалов Н.С.</i> Прогнозирование варианта течения второго периода травматической болезни у пациентов с политравмой на основании объективной оценки тяжести повреждений	65

<i>Махновский А.И., Эргашев О.Н., Болдарян А.А., Колесникова Д.В., Дежурный Л.И., Миннулин Р.И., Блинда И.В., Лега Д.Н.</i>	66
Опыт применения шкалы Injury Severity Score для определения потенциальной предотвратимости гибели от травм на догоспитальном этапе	
<i>Мещеряков Д.С., Тутаев О.И., Касимов Р.Р., Дудников А.А.</i>	68
Санитарно-авиационная эвакуация раненого с тяжелым минно-взрывным ранением	
<i>Михеев А.В.</i>	70
Роль 35 Военно-морского госпиталя в формировании системы оказания специализированной медицинской помощи воспитанникам Кронштадтского морского кадетского корпуса	
<i>Мурынин В.А., Зубарев А.А.</i>	72
Михаил Акинфиев – главный врач Кронштадтского и Севастопольского морских госпиталей Российского Императорского Флота (неизвестные страницы жизни и службы)	
<i>Невский К.Д.</i>	73
Перспективные разработки современной портативной медицинской техники для военно-полевой (военно-морской) медицины	
<i>Неганов И.М., Касимов Р.Р., Сморгалов А.Ю., Логинов В.И.</i>	76
Современные рекомендации по мероприятиям сердечно-легочной реанимации	
<i>Никашин А.Н., Морозов Е.В., Степанов В.А.</i>	77
Латентное течение хронической ревматической болезни сердца у военнослужащего по призыву	
<i>Никитин Е.А.</i>	79
Кронштадтский госпиталь в революционных событиях 1917 года	
<i>Новиков С.А., Семенов Н.М.</i>	80
К вопросу о пролонгированном ношении мягких контактных линз	

<i>Панов В.А., Бурлака А.Н.</i> Регионарная анальгезия в раннем посттравматическом периоде	82
<i>Паскарь С.В.</i> Управление качеством медицинской помощи в многопрофильной военно-медицинской организации	83
<i>Плотников И.Ф.</i> Курение и здоровая жизнь	85
<i>Римашевский Д.В., Тулеубаев Б.Е., Курмангалиев Е.Т., Арутюнян М.Г.</i> Маргбургская система заготовки аллогенной кости. Результаты применения в Казахстане	87
<i>Семенов Н.М., Шелко О.В., Новиков С.А.</i> Световая чувствительность сетчатки у лиц, подвергающихся в процессе профессиональной деятельности влиянию низкочастотных акустических колебаний	89
<i>Семенов Н.М., Новиков С.А.</i> Эффективность коллагенового кросс-линкинга у пациентов с эктазией роговицы	91
<i>Соколова Г.В., Ефимова Л.В.</i> К вопросу профессиональной тугоухости у военнослужащих	93
<i>Соловьев И.А., Уточкин А.П., Рухляда Н.В., Сильченко Е.С., Колунов А.В.</i> Генерал-майор медицинской службы, профессор М.А. Лущицкий - воспитанник Кронштадтской школы военно-морских хирургов (к 300-летию Кронштадтского ВМГ)	95
<i>Староконь П.М., Максимов И.Б., Богданов Р.Р., Долгих Р.Н., Галик Н.И.</i> Противошоковый инфузионный антигипоксанта Полиоксифумарин	96
<i>Чепель А.И., Абрамов В.О., Куренкова И.Г., Ягашкина С.И.</i> Состояния коронарного кровотока у мужчин больных ишемической болезнью сердца в зависимости от принадлежности к фенотипам системы группы крови Lewis	98

<i>Шабает Р.М., Староконь П.М.</i> Фиброзно-кистозные образования молочных желез у женщин-военнослужащих: тактика в многопрофильном госпитале	100
<i>Шевяков М.А., Климович Н.С., Юкина С.И., Васильева Н.В.</i> Перспективы пробиотиков в лечении кандидоза слизистых оболочек	102
<i>Шевяков М.А., Юкина С.И.</i> Гигиеническая теория и роль пробиотиков в терапии заболеваний кожи	103
<i>Эргашев О.Н., Махновский А.И., Давыденко В.В., Забивалова Н.М., Бразжникова Е.Н., Анферова М.С., Гарибян Н.Э.</i> Опыт применения местного гемостатического средства на основе хитозана для временной остановки наружных травматических кровотечений на догоспитальном этапе	107
<i>Яремко В.И., Леонтьев О.В., Велижанин А.М.</i> Психофизиологический статус у больных с заболеваниями системы кровообращения	108

Тезисы докладов научно-практической конференции

МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ,
ПОСВЯЩЕННОЙ 300-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ КРОНШТАДТСКОГО
ВОЕННО-МОРСКОГО ГОСПИТАЛЯ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ И ВОЕННО-МОРСКОЙ
МЕДИЦИНЫ»

Под редакцией

Лютова Владимира Викторовича

Подписано в печать 01.06.2107. Формат 60x84/16. Усл. печ. л. 6,74. Тираж 516 экз.

Заказ 2017-2426.

Типография АртГрафика. ИП Шалин Д.А. 603146, Россия, Нижний Новгород, ул. Бекетова, дом 37, офис 6. Тел.: (831) 283-50-85. <http://artgrafica-nn.ru/>