"ЗДОРОВЬЕ. МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ. НАУКА"

Выпускается ежеквартально
Издается с 2001 г.

ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2075-4108
№ 2 (45)
2011 г.

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Агентство Соланд»

ИЗДАТЕЛИ
Военно-морской клинический госпиталь ТОФ и НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения – ВФ ГУ ДНЦ СО РАМН

АДРЕС РЕДАКЦИИ
690105, г. Владивосток,
ул. Русская, 73 г,
НИИ МКВЛ – ВФ ГУ ДНЦ СО РАМН

АДРЕС ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИЙ
690005, г. Владивосток,
ул. Ивановская, 4, ВМКГ ТОФ
Тел./факс: (423) 2467701
Тел.: (423) 2539443
E-mail: andrukov_bg@mail.ru
www.hmes-jornal.narod.ru

Журнал индексируется в электронной поисковой системе данных РИНЦ (Российский индекс научного цитирования)

Отпечатано в типографии
ИП Юрченко Л.В., г. Владивосток,
ул. Комсомольская, 3, оф. 311,
тел.: (423) 230-26-90, 248-01-84

Ответственный секретарь – Андрюкова С.Б.

Сдано в набор 02.09.2011 г.
Подписано в печать 12.09.2011 г.
Выход в свет 19.09.2011 г.
Формат 60 x 84 1/8.
Печать офсетная.
Усл. печ. л. 6,04.
Усл. кр.-отт. 6040.
Уч.-изд. л. 5,03.
Заказ 122.
Тираж 500.
Цена свободная.

© Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2011. № 2 (45).

Новости медицины

Организация здравоохранения

Гигиена

Обмен опытом

Наука и практика

Эпидемиология

История медицины

Краткие ссообщения

Информация

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Д.м.н. Андрюков Б.Г. (главный редактор)
Академик РАМН, д.м.н., проф. Беседнова Н.Н.
Член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Гельцер Б.И.
Д.м.н., проф. Кику П.Ф.
Д.м.н., проф. Лучанинова В.Н.
Д.м.н. Семенцов В.К. (Москва)
Д.м.н., проф. Сомова Л.М.
Соловьев А.П. (шеф-редактор)
Д.м.н., проф. Сулейманов С.Ш. (Хабаровск)
Д.м.н., проф. Христофорова Н.К.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Д.м.н., проф. Антонюк М.В.
Д.м.н., проф. Журавская Н.С.
Д.м.н. Калинин А.В.
Д.м.н. Калинский П.П.
Маслов Д.В.
К.м.н. Меджидова Х.М. (Петропавловск-Камчатский)
Д.м.н., проф. Новгородцева Т.П.
К.м.н. Половов С.Ф.
Д.м.н. Сейидов В.Г.

СОДЕРЖАНИЕ

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ 4, 11, 15

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.М. Сойхер, Т.Н. Минеева

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РАБОТЫ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ 7

ГИГИЕНА

В.А. Петров, Е.А. Семанив, С.М. Ковалевская

СОСТОЯНИЕ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ В ДОШКОЛЬНЫХ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (ДОУ) Г. ВЛАДИВОСТОК И ПУТИ ЕГО ПОЗИТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ 12

ОБМЕН ОПЫТОМ

Е.А. Ширяева, Н.Л. Федерко

ДОЛЕЧИВАНИЕ И РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «ЖЕМЧУЖИНА» 16

В.В. Богомолов

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У МОЛОДЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ВЕСЕННЕ-ЛЕТНИЙ И ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ ПЕРИОДЫ 18

НАУКА И ПРАКТИКА

Р.А. Гареев

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ АДСОРБЦИОННО-ТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ ЭРИТРОЦИТОВ 22

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

А.В. Мартынова, Э.Д. Ковалева, О.И. Паулов, О.А. Чулакова

ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ (ПО ДАННЫМ 2000–2009 ГГ.) 25

В.А. Петров, А.Г. Черток

СОВМЕСТНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ГИГИЕНЫ ВЛАДИВОСТОКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (ВГМУ) И ФГУЗ «ЦЕНТР ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ» В 2006-2010 ГОДАХ 28

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Б.Г. Андрюков

ГРАФИНЯ ИГНАТЬЕВА – СЕСТРА МИЛОСЕРДИЯ ВЛАДИВОСТОКСКОГО МОРСКОГО ГОСПИТАЛЯ 31

Б.Г. Андрюков

УЧАСТИЕ ВЛАДИВОСТОКСКОГО МОРСКОГО ГОСПИТАЛЯ В МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ХАСАНСКОЙ ОПЕРАЦИИ 36

О.В. Медведева

ВОЕННО-МОРСКОМУ ГОСПИТАЛЮ ЗАЛИВА «СТРЕЛОК» – 75 ЛЕТ 43

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

В.М. Сойхер, В.М. Павлущенко

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ 47

CONTENTS

MEDICAL NEWS 4, 11, 15

HEALTH ORGANIZATION

V.M. Soyher, T.N. Mineeva

SURVEY RESULTS TO IDENTIFY THE LEVEL OF AWARENESS ABOUT THE RISK FACTORS OF HYPERTENSION. EVALUATION OF THE QUALITY OF SCHOOLS HEALTH 7

HYGIENE

V.A. Petrov, E.A. Semaniv, S.M. Kovalevskaya

IT PRESENTS DATA REFLECTING THE STATE OF ACTUAL NUTRITION IN PRESCHOOL EDUCATIONAL INSTITUTIONS (PRESCHOOL) IN VLADIVOSTOK. ANALYZED THE AVERAGE DAILY SEASONAL DIETS OF CHILDREN. IDENTIFIED GAPS IN SUPPLY AND THE MAIN PRE-SCHOOL WAYS OF SOLVING PROBLEMS IN THESE CATERING ESTABLISHMENTS 12

EXCHANGE OF EXPERIENCE

E.A. Shiryaeva, N.L. Federko

FOLLOW-UP CARE AND EARLY REHABILITATION OF PATIENTS AFTER ACUTE ISCHEMIC STROKE CONDITIONS IN THE SANATORIUM «PEARL» 16

V.V. Bogomolov

CRITERIA FOR THE DIAGNOSIS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT YOUNG MILITARY MEN DURING THE SPRING-SUMMER AND AUTUMN-WINTER SEASON 18

SCIENCE AND PRACTICE

R.A. Gareyev

BASIC AND PRACTICAL ASPECTS ADSORPTION – TRANSPORT FUNCTION OF ERYTHROCYTES 22

EPIDEMIOLOGY

A.V. Martynova, E.D. Kovaleva, O.I. Pavlov, O.A. Chulakova

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF HIV MORBIDITY IN PRIMORSKY REGION (ON DATA OF 2000-2009) 25

V.A. Petrov, A.G. Chertok

COOPERATIVE RESEARCH AND PRACTICES OF THE DEPARTMENT HEALTH VLADIVOSTOK STATE MEDICAL UNIVERSITY AND «CENTER FOR HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY PRIMORSKY REGION» IN 2006-2010 28

MEDICAL HYSTORY

B.G. Andryukov

COUNTESS IGNATYEVA – SISTER OF MERCY VLADIVOSTOK NAVAL HOSPITAL. 31

B.G. Andryukov

PARTICIPATION OF THE VLADIVOSTOK NAVAL HOSPITAL IN MEDICAL SUPPORT KHASANSKY OPERATIONS 36

O.V. Medvedeva

NAVAL HOSPITAL GULF «SHOOTER» - 75 YEARS 43

BRIEF REPORTS

V.M. Sojher, V.M. Pavlushenko

MODERN LINES IN HIV-INFECTION PREVENTIVE MAINTENANCE 47

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

Зелёный чай снижает уровень «плохого» холестерина

Свежий взгляд на медицинские свидетельства о том, что зелёный чай снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний, показывает, что в основе такого эффекта лежит способность этого напитка снижать уровень «плохого» холестерина.

В США пьют немного зелёного чая, поэтому переход на него может оказать существенное влияние на состояние здоровья нации, пишут исследователи в «Американском журнале лечебного питания» (American Journal of Clinical Nutrition).

Настоящее исследование объединяет данные 14 исследований, проведённых ранее, в которых участников случайным образом делили на две группы: одна пила зелёный чай или принимала экстракт в течение периода от 3 недель до 3 месяцев, другая – получала своеобразное плацебо – напиток, не содержащий компонентов зелёного чая.

В среднем в группах, получавших зелёный чай, уровень общего холестерина к концу исследования был на 7,2 мг% ниже, чем в контрольных группах. Уровень «плохого» холестерина (холестерина ЛПНП) снижался на 2,2 мг%, что соответствует всего лишь 2%. Уровень холестерина ЛПВП в обеих группах не отличался.

Как отмечают исследователи, снижение уровня ЛПНП под действием зелёного чая может быть обусловлено содержащимися в нём катехинами, которые уменьшают всасывание холестерина в кишечнике.

Тем не менее, американские эксперты предупреждают, что использовать зелёный чай вместо препаратов для снижения уровня холестерина нельзя, поскольку эффективность его в исследовании была совсем не высока.

Кроме того, ряд специалистов указывают на возможные побочные эффекты употребления зелёного чая в больших количествах. Известно более 2 десятков работ, описывающих повреждение печени на фоне приёма зелёного чая или его экстракта, к тому же содержащиеся в напитке вещества могут взаимодействовать с препаратами, которые принимает больной.

Источник: ***Эбботт Продактс***

Курение при беременности влияет на уровни холестерина ЛПВП у ребенка

Курение матерей во время беременности связано с более низкими значениями холестерина ЛПВП у детей, сообщают австралийские ученые.

В исследовании, результаты которого опубликованы в «European Heart Journal» от 21 июня, австралийские исследователи пишут, что у детей, матери которых курили во время беременности, в возрасте восемь лет уровни холестерина ЛПВП составляли приблизительно 1,3 ммоль/л, по сравнению с 1,5 ммоль/л у детей, матери которых не курили.

«Наши результаты позволяют предположить, что курение матери ‘‘накладывает’’ нездоровый набор характеристик на детей, находящихся в матке, которые могут предрасполагать к сердечному приступу и инсульту позднее», – сказал Дэвид Селимейджер (David Celermajer) (University of Sydney).

Курение в течение и после беременности, как известно, связано с широким диапазоном проблем со здоровьем в детстве, включая поведенческие и нейрокогнитивные проблемы и внезапную младенческую смерть.

Все же распространенность курения во время беременности все еще высока, и составляет около 15% во многих западных странах, говорят авторы. И до сих пор ученые не были уверены, что предродовое подвергание папиросному дыму могло повлиять на будущие сердечные риски.

Исследователи проанализировали данные 405 здоровых восьмилетних детей, рожденных между 1997 и 1999 гг., которые были зарегистрированы до рождения в рандомизированном контролируемом исследовании, изучавшем астму и аллергические заболевания.

Данные, собранные до и после рождения детей, включали информацию относительно курения матери до и после беременности, подвергания пассивному курению, рост, вес, окружность талии и артериальное давление.

Толщина артериальной стенки оценивалась с помощью ультразвука, и у 328 детей были определены уровни липопротеидов в крови.

Хотя никакого эффекта на толщину артериальных стенок у детей найдено не было, ученые обнаружили ассоциацию курения с уровнями холестерина ЛПВП.

«Уровни холестерина имеют тенденцию сохранятся от детства до взрослой жизни, и исследования показали, что каждому увеличению уровней ЛПВП на 0,025 ммоль/л, соответствует приблизительно от 2% до 3% сокращение риска ишемической болезни сердца», – утверждают авторы.

«Если мы экстраполируем эти данные, то можно предположить, что различие между детьми курящих матерей против некурящих соответствует повышению риска ИБС от 10% до 15%».

Источник: ***Эбботт Продактс***

Мелатонин улучшает артериальное давление, липидный профиль и параметры оксидативного стресса у пациентов с метаболическим синдромом

Экспериментальные исследования подтверждают, что мелатонин вызывает множество полезных плейотропных эффектов.

Экспериментальные исследования подтверждают, что мелатонин вызывает множество полезных плейотропных эффектов. Целью исследования была оценка эффективности мелатонина у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

В исследование было включено 33 здоровых добровольца (не получавших мелатонин) и 30 пациентов с МС, не ответивших на изменения образа жизни в течение 3 месяцев. Пациенты с МС получали мелатонин (5 мг/сутки, за 2 часа до отхода ко сну) в течение 2 месяцев. Исследовали следующие параметры: систолическое и диастолическое артериальное давление (САД, ДАД), уровень глюкозы, липиды сыворотки крови, С-реактивный белок, фибриноген, активность ферментов антиоксидантной защиты – каталазы (КАТ), глутатионпероксидазы (ГПО-Пкс), супероксиддисмутазы (СОД), реактивных субстанций тиобарбитуровой кислоты (РСТБК).

После 2-месячной терапии отмечены следующие значительные изменения относительно исходных показателей: САД (132,8±9,8 против 120,5±11,0 мм рт.ст., P<0,001), ДАД (81,7±8,8 против 75±7,4 мм рт.ст., P<0,01), холестерин липопротеина низкой плотности (Х-ЛПНП) (149,7±26,4 против 139,9±30,2 мг/дл, P<0,05), РСТБК (0,5±0,2 против 0,4±0,1 мкм/г Hb, P<0,01), и КАТ (245,9±46,9 против 276,8±39,4 Ед/г Hb).

Мелатонин, назначенный на 2 месяца, значительно улучшил антиоксидантную защиту (повышение активности КАТ, снижение уровня РСТБК), липидный профиль (снижение уровня Х-ЛНП) и артериальное давление. Мы делаем вывод, что терапия мелатонином может быть полезна для пациентов с МС, особенно при наличии артериальной гипертензии. Ожидаются результаты исследований с более высокими дозами мелатонина и большей продолжительностью курса лечения.

Источник: ***Cardiosite.ru***

Постменопаузальных женщин с ожирением, у которых отмечается повышенный уровень лептина в крови и устойчивость к лептину, по-видимому, снижена вероятность развития остеопороза

Молекулярные аспекты связи между адипокинами и костной тканью.

Жировая ткань является эндокринным органом, синтезирующим широкий ряд pleiotropic молекул, объединяемых термином «адипокины». Помимо регуляции потребления пищи и энергетического метаболизма адипокины участвуют в комплексной регуляции биологических процессов в костной ткани, в частности, в ремоделировании кости.

Лептин, наиболее изученный адипокин, участвует в формировании чувства сытости и контроле расхода энергии, уровень лептина в крови пропорционален массе жировой ткани. Ряд парадоксальных результатов дал основания считать, что лептин участвует в регуляции массы костной ткани. Например, у постменопаузальных женщин с ожирением, у которых отмечается повышенный уровень лептина в крови и устойчивость к лептину, по-видимому, снижена вероятность развития остеопороза.

Помимо этого, у мышей с генетическим дефицитом лептина, у которых присутствует гипогонадность и ожирение, понижен объем трабекул длинных костей. В то же время у таких мышей повышена масса костей позвоночника, снижения которой можно добиться при введении лептина. Сложные механизмы регуляции массы костной ткани под действием лептина, по-видимому, включают отдельные популяции нейронов гипоталамуса и симпатической проводящей системы, при этом важную роль играют бета2-адренорецепторы остеобластов.

Другим адипокином является адипонектин, который повышает чувствительность к инсулину; при ожирении и сахарном диабете уровень адипонектина понижен. Адипонектин, видимо, обладает отрицательным влиянием на массу костной ткани и выступает независимым предиктором недостаточности костной ткани. Эффекты адипокинов резистина и висфатина на метаболизм костной ткани, видимо, выражены слабо, однако их возможное влияние, а также влияние других адипокинов, требует дополнительных исследований. При этом, молекулярные механизмы связи между адипокинами и костной тканью следует рассматривать в контексте изменений уровня адипокинов, наблюдающегося при таких заболеваниях, как ожирение и метаболический синдром.

Источник: ***Cardiosite.ru***

Предложена новая классификация артериальной гипертонии

Миллионы американцев, которым говорили, что у них повышенное артериальное давление (АД), могут вновь оказаться в группе здоровых, поскольку результаты недавнего исследования, опубликованные в «Журнале общих внутренних болезней» (Journal of General Internal Medicine), могут привести к пересмотру существующей классификации артериальной гипертонии.

Ранее стандартом нормального АД считались цифры до 120/80 мм рт. ст. Однако исследование с участием 13 000 человек показало, что у молодых людей, у которых диастолическое давление превышает норму на 20 делений, а также у лиц более старшего возраста с систолическим давлением на 20 делений выше нормы, риск смерти не повышен по сравнению с теми, у кого АД находится в пределах нормы.

Значительно повышался риск преждевременной смерти лишь у людей старше 50 лет, имевших систолическое АД выше 140 мм рт. ст., и у молодых людей, чьё диастолическое АД поднималось выше 100 мм рт. ст.

«Мы считаем, что данный подход в оценке АД позволит ставить диагноз артериальной гипертонии лишь тем людям, у которых оно повышено до уровня риска», – отмечает руководитель исследования Brent Taylor.

По данным Американской кардиологической ассоциации, в США высокое АД становится причиной смерти более 56 000 смертей в год.

Источник: ***Эбботт Продактс***

ООО «Солвей Фарма» меняет название на «Эбботт Продактс»

Теперь Solvay Pharmaceuticals является частью компании Abbott. На сайте Solvay-pharma.ru опубликовано письмо-обращение к клиентам:

Теперь Solvay Pharmaceuticals является частью компании Abbott. Объединение этих двух структур позволит нам лучше удовлетворять потребности пациентов по всему миру.

Сейчас мы начинаем работу по интеграции двух организаций, и наша цель – обеспечить плавный переход как для наших клиентов, так и в самой нашей работе. На протяжении этого переходного периода вы вправе рассчитывать на продукцию такого же высокого качества, услуги и поддержку, которые всегда обеспечивала Solvay.

Мы не ждем значительных изменений в наших взаимоотношениях и в ведении дел с вами в этот переходный период. Пожалуйста, продолжайте сотрудничество с теми же людьми, что и раньше. Мы как можно скорее сообщим вам, если будут произведены изменения, которые скажутся на вас или ваших пациентах.

Мы признательны вам за постоянную поддержку.

ООО «Солвей Фарма» также сообщает об изменении наименования компании с 01.04.2010 г.

Новое наименование компании: Общество с ограниченной ответственностью «Эбботт Продактс». Сокращенное наименование: ООО «Эбботт Продактс».

Изменения коснулись только наименования компании. Юридический и почтовый адреса, контактные данные и банковские реквизиты компании остались прежними.

ООО «Эбботт Продактс» подтверждает все обязательства, взятые на себя под прежним наименованием. Компания продолжает работу по всем лекарственным препаратам в следующих областях компетенции: кардиология, неврология и психиатрия, гастроэнтерология, иммунология и аллергология, мужское и женское здоровье.

Переименование компании является частью последовательного процесса интеграции фармацевтических компаний Abbott и Solvay Pharma. Объединение достижений двух компаний в различных областях медицины открывает широкие возможности для повышения уровня лечения пациентов во всем мире.

Источник: ***www.epidemiolog.ru***

Исследователи раскрыли механизм образования слюны, который поможет привести к передовым методам лечения пациентов с сухостью во рту

Исследователи из Университета Луисвилля (University of Louisville) стали на один шаг ближе к лечению миллионов людей, чьи слюнные железы перестали функционировать из-за болезни или повреждения от медикаментов.

Научные результаты Дугласа Дарлинга (Douglas Darling), доктора наук, профессора кафедры гигиены полости рта и реабилитации, Школа стоматологии Университета Луисвилля, и его команды выявили механизм сортировки белка, используемый слюнными железами. Исследование опубликовано онлайн в Журнале стоматологических исследований (Journal of Dental Research).

Научное открытие может стать основой для современной терапии пациентов, у которых повреждены слюнные железы или не функционируют из-за лучевой терапии, применения лекарств или синдрома Шегрена – расстройства иммунной системы.

Ранее считалось, что для функционирования слюнных желез необходимы рецепторы, которые сортируют белки секрета желез. Дарлинг и его команда обнаружили совершенно новый подход, предполагая, что причиной является отсутствие такого рецептора для сортировки белков слюны.

В новой модели Дарлинг, белок слюны, секреторный белок околоушной железы (PSP), выборочно и непосредственно связывается с редкими липидами, определенным типом жирной кислоты, называемый PtdIns(3,4)P2, который присутствует только в определенных клеточных мембранах, и располагается только на одной стороне мембраны. Дарлинг также обнаружил, что PtdIns(3,4)P2 может перескакивать на внутреннюю часть мембраны везикул, давая возможность PSP связать его.

«Эти данные означают, что фосфатидилинозитолфосфат, например, PtdIns(3,4)P2, может иметь несколько функций на внутренней поверхности органелл», сказал Дарлинг. «Это идет вразрез с текущим убеждением, что их функции всегда ограничивается одной поверхностью клеточной мембраны».

Следующим шагом для Дарлинга и его команды является идентификация молекулярных компонентов, используемых для перескакивания PtdIns(3,4) P2 и разработка подходов для определения путей манипулирования этим механизмом сортировки белка.

Источник: ***www.gastrosite.ru***

© В.М. Сойхер, Т.Н. Минеева, 2011
УДК 614.2:614.4(470+571)

В.М. Сойхер, Т.Н. Минеева

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РАБОТЫ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ

Приморский краевой центр медицинской профилактики, Владивосток

В рамках проведения мероприятий по пропаганде здорового образа жизни в Краевом центре медицинской профилактики было проведено анкетирование 1092 респондентов с целью оценки уровня информированности населения о факторах риска артериальной гипертонии. Выявлено, что наиболее осведомлены о факторах риска артериальной гипертонии (АГ) школьники старших классов (группа спортсменов) – 100%. Синдром повышенного АД начинает формироваться еще в молодом возрасте (респонденты старше 20 лет), но знания приходят в старших возрастных группах. Самую низкую осведомленность показали респонденты в возрасте 30–39 лет. Делается вывод о смещении информируемого контингента в сторону более молодого возраста. Оценена эффективность деятельности Школ здоровья в Приморском крае.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, факторы риска, информированность населения, школы здоровья

В последние 15 лет общая заболеваемость населения России постепенно растет. В перерасчете на 100 тысяч населения ее показатели увеличились на 36,5%. При этом число случаев болезней системы кровообращения, приводящих к смертности возросло на 96% [2,3]. Заболеваниями сердца и сосудов страдает около 20% населения страны (19,4 тыс. на 100 тыс. населения).

В Приморском крае первичная заболеваемость сердечно-сосудистой системы за 2008–2010 гг. увеличилась на 18,6%, а заболеваемость, связанная с повышением артериального давления (АД) – на 55%. Несмотря на снижение количества умерших от сердечно-сосудистой патологии (на 4,4%), смертность от острого инфаркта миокарда возросла на 31,7%, а от мозгового инсульта на протяжении – сохраняется приблизительно на одном уровне (ее показатели колеблются от 283,0 до 285,4 на 100 тысяч населения).

Причинами высокой смертности и неудовлетворительных показателей здоровья населения края являются:

- социально-экономические (бедность, стресс, вредные привычки, неблагоприятная экологическая обстановка);
- длительное недофинансирование системы здравоохранения и недостаточная нормативно-правовая база;
- слабая (несовершенная и нефинансируемая) система медико-санитарного просвещения населения и организация пропаганды здорового образа жизни (ЗОЖ), в результате – низкая приверженность населения к ведению ЗОЖ.

Эти причины легли в основу ПНП «Здоровье». Среди его направлений, как одно из основных выделено развитие профилактического направления медицинской помощи, пропаганда ЗОЖ.

В рамках проведения мероприятий по пропаганде ЗОЖ в Краевой центр медицинской профилактики (КЦМП) были представлены 1092 анкеты. Все респонденты были разделены по полу и возрасту.

Анализ анкетирования показал, что наиболее осведомлены о факторах риска артериальной гипертонии (АГ) школьники старших классов (группа спортсменов) – 100%. В тоже время цифры своего АД знают все юноши, хотя критерии нормального АД их не интересуют. Цифры своего нормального АД знает 83% девушек.

Опрос респондентов в возрасте 20–29 лет показал, что, несмотря на то, что всем (100%) известны факторы, ведущие к АГ, только 58,6% знают, что представляет собой ГБ. В то же время с этого возраста респонденты начинают контролировать свое АД по состоянию здоровья. И в то же время 17,3% респондентов не знают своего АД. В этой возрастной группе 25% (1/4) мужчин контролируют свое АД еженедельно, они же прибегают к назначению лекарственных препаратов.

Начинает прослеживаться необходимость контролировать АД и у женщин. В то же время, если мужчины за назначением обращаются к лечащему врачу, женщины чаще обращаются к родственникам и другим медработникам.

В возрасте 30–39 лет знают, что такое гипертоническая болезнь (ГБ) 84,2% респондентов, причем женщины на 31,5% более осведомлены, чем мужчины. В то же время о факторах риска знают только 29% респондентов (среди мужчин – 78,6%, а женщины отмечают свое незнание).

В этом возрасте знают критерии нормального давления 73,7% (из них женщин 79,1%, мужчин 64,3%), а знают цифры своего АД 78,9% респондентов 30–39 лет (из них женщин 87,5%, мужчин 64,3% это те

же респонденты мужского пола, знакомые с понятием ГБ и критериями нормального АД).

Контролируют свое АД 1 раз в году 65,8% (из них женщин 79,1%, мужчин 42,8%), реже – 5,1% (только мужчины – 14,3%). 10,5% респондентов измеряют АД еженедельно (только женщины – 16,6%). 7,9% женщин вынуждены контролировать АД чаще, чем 1 раз в неделю. Респонденты-мужчины по данным опроса, этого не делают.

Ежемесячно измеряют АД 31,6% респондентов данной возрастной группы (из них женщин – 29,1%, мужчин – 35,7%). Знают, куда следует обращаться или обращаются для измерения АД 92,1% (из них женщин – 87,5%, мужчин –100%).

- 7,9% респондентов называют фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) (женщин 8,3%, мужчин 7,1%);
- доврачебный кабинет 47,3% (женщин 62,5%, мужчин 21,4%);
- участкового врача – 29% (женщин 12,5%, мужчин 57,1%);
- СМП – 7,9% (женщин 4,2%, мужчин 14,3%).

Считают, что препараты, снижающие АД могут советовать принимать:

- участковый врач 68,4% респондентов (женщин 70,8%, мужчин 64,3%);
- другие медработники-женщины – 5,1% (8,3% респондентов женского пола);
- аптечные работники – 7,9% (женщины – 4.2%, мужчин – 14,3%);
- обращаются за советами к родственникам 2,6% (это женщины, составляющие 4.2%).

Респонденты 30–39 лет показывают самый низкий уровень грамотности в отношении факторов риска АГ (29%). Однако, в сравнении с предыдущей возрастной группой молодых людей 20–29 лет они больше имеют представление о ГБ, уровнях нормального АД и они чаще (на 4,3%) вынуждены регулярно контролировать свое АД.

Не смотря на то, что число респондентов, нуждающихся в контроле АД выше, они менее (на 7,9%) осведомлены, куда необходимо обращаться за помощью в измерении АД.

В то же время обращаемость за назначениями лекарственными препаратами у этих 2 групп примерно одинаковое (20–29 лет – 21,5%; 30–39 лет – 21%). Больше респондентов этой возрастной группы считают необходимой помощь лечащего врача (на 6,4%), чем других людей.

Респонденты в возрасте 40–49 лет знают о факторах риска гипертонии в 91,0% (женщины – 96,1%, мужчины – 80,8%) в то время как количество их в сравнении с предыдущей группой осведомленных о ГБ, возросло до 88,3% (женщины составляют 96%, мужчины – 73%). Свое АД знают 85,7% респондентов 40–49 лет (женщин – 94%, мужчин – 69,2%).

Все знающие цифры своего АД знакомы с критериями нормального АД.

С возрастом после 40 лет увеличивается и количество респондентов нуждающихся в регулярном измерении АД:

- 1 раз в год 37% (женщин – 19,8%, мужчин – 37,7%);
- реже 1раза в год – 23,4% (женщин – 5,9%, мужчин – 11,5%);
- еженедельно – 19,5% (женщин 21,6%, мужчин – 15,4%);
- чаще чем раз в неделю – 18,2% (женщин – 19,6%, мужчин – 15,4%);
- 1 раз в месяц – 32,5% (женщин 33,3%, мужчин – 30,8%).

Все (100%) знают, куда обращаться, чтобы проконтролировать свое АД. По этому поводу обращаются:

- в ФАП – 7,8% (женщин 5,8%, мужчин 11,5%);
- в доврачебный кабинет – 45,4% (женщин – 55,9%, мужчин – 26,9%);
- к участковому врачу – 39% (женщин – 35,3%, мужчин – 46,1%);
- к врачу СМП – 7,8% (женщин – 5,8%, мужчин – 11,5%);
- измеряют свое АД дома – 1,3% (только женщины, составляют 1,9%).

Считают, что лекарственные препараты, снижающие АД, могут назначать:

- лечащий врач – 80,5% (женщин – 84,2%, мужчин – 73%);
- другие медработники – 9,1% (женщин – 5,9%, мужчин – 15,4%);
- фармацевты аптек – 1,3% (только мужчины, 3,8 % респондентов мужского пола этой возрастной группы);
- 5,2% респондентов 40-49 лет обращаются за советом к родственникам (женщин – 5,9%, мужчин – 3,8%).

В возрастной группе респондентов 40-49 лет увеличивается число лиц, имеющих необходимость в контроле АД, причем мужчины в основном это делают 1 раз в год или ежемесячно, женщины измеряют АД чаще. Эти респонденты больше знают о ГБ и факторах риска ее развития, чем в возрасте 30–39 лет и гораздо чаще прибегают к помощи лечащего врача (на 12,1%) чем респонденты 30–39 лет.

Причем респонденты после 40 лет (мужчины и женщины) обращаются за назначением гипотензивной терапии в равной степени (по 24%).

Респонденты в возрасте 50–59 лет знают, что такое ГБ в 95,2% (женщин – 95,8%, мужчин – 93,8%).

В этом возрасте 1 раз в неделю и чаще они измеряют АД, 25% респондентов – женщин и 12,3% мужчин; зато 1раз в год респонденты – мужчины измеряют АД 36,7%,а женщины только 19,8%.

Редко пользуются тонометром 2% мужчин и 13,5% женщин. В то же время все 100% респондентов – мужчин знают, куда обращаться за контролем АД, а вот женщин – 89,6%.

Несмотря на то, что в данной возрастной группе все 100% респондентов нуждаются в измерении АД и делают это с различной частотой, только 60,7% считают необходимым следовать рекомендациям лечащего врача (женщины – 58,3%, мужчины – 65,3%), Из них 20% обращаются к другим медработникам в том числе фармацевтам и 4% следуют советам знакомых.

В возрасте 60–69 лет факторы риска АГ и понятия «гипертоническая болезнь» знакомы всем 100% респондентов. Из них цифры своего АД знают 97,6% (мужчин – 100%, женщин – 96,9%). Критерии нормального АД известны 75,6% респондентов (из них мужчин 33,3%, женщин 87,5%).

Более всего женщин – 46,9% измеряют АД чаще 1 раза в неделю, а большая часть мужчин – 44,4% еженедельно.

Еженедельно измеряют АД 31,2% и чаще 18,8% – женщины.

Чаще 1 раза в неделю и ежемесячно измеряют равное количество (по 22,2%) респондентов – мужчины.

В этой возрастной группе измеряют АД реже 1 раза в год – 3,1% женщин.

Все респонденты (100%) знают, где можно измерить АД. Чаще всего они делают это на приеме участкового врача (50% женщин и 33,3% мужчин) и в доврачебном кабинете (34,7% женщин и 33,3% мужчин). На 3 месте по обращаемости СМП (49,2% женщин и 22,2% мужчин). В этой возрастной группе 90,3% респондентов гипотензивные препараты назначает лечащий врач, причем женщины обращаются по этому поводу в 93,8%, а мужчин в 7,8%.

К другим медработникам обращаются 3,1% женщин, 21% мужчин и советуется с родственниками 3,1% женщин.

В возрасте старше 70 лет знают факторы риска АГ и цифры своего АД 90,5% респондентов. Одинаковые цифры по этим двум вопросам дают женщины – 87,6% и мужчины – 100%.

Имеют понятие о термине «гипертоническая болезнь» 95,2% (92,3% женщин и 100% мужчин). В то же время критерии нормального АД знает гораздо меньшее количество респондентов после 70 лет – (из них 69,2% женщин и 87,5% мужчин).

Знают о факторах риска АГ 90,5% респондентов (из них женщин – 97,6%, мужчин – 92,3%). В этой возрастной группе все контролируют свое АД более или менее часто, причем 1 раз в год и реже – 4,8% респондентов. Более всего респондентов (33,3%) измеряют АД еженедельно (мужчин 75%, женщин 7,7%). Чаще, чем 1 раз в неделю – 28,6% респондентов (женщин 38,5%, мужчин 12,5%), ежемесячно – так же 28,6% (из них женщин – 30,8%, мужчин – 25%).

Всем известно, где можно проконтролировать АД, чаще всего обращаются к участковому врачу женщин – 69,2%, а мужчины – 37,5%; в доврачебном кабинете измеряют АД женщины 15,4% и мужчины – 25%.

По СМП измеряют АД женщин 7,7%, а дома самостоятельно мужчины – 12,5%. За назначениями обращаются к врачу 90,5% респондентов (из них женщин – 84,6%, мужчин – 100%). 7,7% женщин следуют советам знакомых, то же делают 4,8% мужчин.

Таким образом, синдром повышенного АД начинает формироваться еще в молодом возрасте (респонденты старше 20 лет), но знания приходят в старших возрастных группах. Самую низкую осведомленность показали респонденты в возрасте 30–39 лет. Следовательно, в ЛПУ необходимо акцентировать внимание на пропаганду ЗОЖ, пересмотреть контингент пациентов, посещающих школы АГ, приобщить к занятиям людей молодого возраста, когда повышенные цифры АГ только начали отмечаться.

В крае на 24 территориях работают школы для пациентов с АГ (в Октябрьском, Кировском, Кавалеровском, Хорольском, Черниговском, Партизанском, Яковлевском, Лазовском, Хасанском, Чугуевском, Пожарском, Пограничном, Михайловском, во Владивостоке, Спасске, Находке, Уссурийске, Артеме, Дальнегорске, Лесозаводске, Арсеньеве, Партизанске, Фокино, а также в ККБ№2, ДВОМЦ, ДВО РАН, ГВВ).

Все они ведутся по разработанным программам, посещения регистрируются в журналах. Но для того, чтобы увидеть результаты деятельности Школ, одной констатации посещаемости недостаточно.

При любом виде профессиональной деятельности важна оценка проводимой работы по комплексу параметров. Ведение статистических форм регистрации дает характеристику количественной стороны деятельности, но в отношении профилактической работы такой оценки не достаточно. Оценка объема, полноты и количества профилактической медицинской помощи на примере Школ здоровья оценивается по данным: официальной медицинской статистики, экспертной оценки, медико-социологических опросов [1,3].

Оценка деятельности Школ может проводиться независимыми экспертами, которыми являются специалисты службы медицинской профилактики.

Показатели объема и полноты:

1. Оцениваются в течение первого года введения новой формы профилактической помощи – Школы здоровья.

- количество пациентов с АГ, обученных в школе (на участке, в учреждении, на территории);

- % обученных пациентов из числа зарегистрированных на участке, в учреждении, на территории);

- % обученных пациентов из числа впервые выявленных в данном году (на участке, в учреждении, на территории);

- % пациентов, прошедших полный курс обучения (на участке, в учреждении, на территории).

2. Со 2–3 года оцениваются:

- динамика охвата пациентов из числа зарегистрированных (на участке, в учреждении, на территории);

- динамика охвата пациентов обученных из числа впервые выявленных (на участке, в учреждении, на территории);

- динамика охвата пациентов полным курсом обучения (на участке, в учреждении, на территории).

Сравнение этих показателей в динамике, сопоставление результатов по отдельным учреждениям позволит иметь представление о распространении и полноте охвата населения обучением в Школах здоровья.

Оценка качества обучения в Школах является наиболее важным аспектом оценки школ (и в тоже время, как отмечается в методических рекомендациях МЗ РФ, в настоящее время она наименее разработана).

Индикаторы качества профилактической медпомощи, в т.ч. Школы – это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие целей обучения имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологий.

Основными индикаторами качества являются [3]:

Адекватность – соответствие программы обучения, форм и методов обучения достижению поставленных целей.

Действенность – сила воздействия обучающей программы в Школе и степень достижения поставленной цели обучения.

Эффективность – величина, при которой программа обучения достигает цели улучшения состояния здоровья (медицинская, социальная, экономическая эффективность).

Результативность – достижение изменения в состоянии здоровья пациентов и их поведения в результате обучения.

Оптимальность – соответствие программы обучения в Школе современным основам доказательной профилактической кардиологии и стандартам.

Преемственность и непрерывность – реализация программ обучения и обеспечение взаимодействия между медицинскими специалистами различного профиля.

Удовлетворенность – соответствие программы обучения, психологических и организационных основ процесса обучения ожиданиям (пациента и врача).

Законность – соблюдение Конституционных прав, Законодательных основ РФ по охране здоровья, международных актов.

Доступность – возможность получения пациентом с АГ обучения в Школе в удовлетворяющих его условиях (временных, территориальных, экономических и др.).

Оценка качества может быть направлена на одну или несколько характеристик.

Процедура оценки качества подразумевает:

- подготовку экспертов;

- совершенствование механизма стимулирования за качественную работу;

- механизм повышения качества работы школ, в первую очередь путем подготовки медработников («обучение обучающих») на специализированных циклах.

Для оценки качества профилактической медицинской помощи через обучение в Школе можно использовать вопросники.

В процессе внедрения в повседневную практику Школ важно мониторировать процесс внедрения – то, как воспринимается Школа пациентами, их окружением, насколько обучение в Школе соответствует профессиональной компетентности медработника и насколько этот вид медицинской профилактической помощи удовлетворяет всех участников (пациентов, семьи, врача), насколько развивается интерес и потребность в такой помощи на участке, в ЛПУ, в крае, насколько распространяется информация о работе школ.

Таким образом, процедура оценки позволяет ответить на ключевые вопросы:

- как организована Школа;

- соответствует ли информационная технология и программа обучения требованиям качества;

- соответствует ли уровень профессиональной компетентности медработников, обучающих в Школе критериям качества;

- достаточно ли полно охвачены пациенты обучением;

- удовлетворены ли пациенты профилактической медицинской услугой;

- получили ли они необходимые знания;

- обучились ли необходимым навыкам;

- повысился ли уровень медицинской активности пациентов;

- повысилась ли приверженность к выполнению врачебных рекомендаций.

В 2007–2008 гг. на территории Приморского края завершалась организационная работа Школ здоровья во всех ЛПУ. В 2010–2011 гг. планируется проведение сбора данных показателей деятельности Школ здоровья ЛПУ городов, где функционируют городские центры медицинской профилактики (гг. Артем, Владивосток, Находка) и подготовка анализа качества их работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакшеев В.И., Коломеец Н.М. Клиническая эффективность работы школы больного гипертонической болезнью на амбулаторно-поликлиническом этапе // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2005. № 11. С. 49–55.

2. Калинина А.М., Оганов Р.Г. Школы здоровья – новые профилактические технологии в первичном звене здравоохранения // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2002. № 6. С. 3–7.

3. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. Организация школ здоровья. Организационно-методическое письмо ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ, Всероссийское научное общество кардиологов, Координационный центр профилактики неинфекционных заболеваний и факторов риска МЗ РФ; Московский областной кардиологический центр. 2003. 74 с.

V.M. Soyher, T.N. Mineeva

SURVEY RESULTS TO IDENTIFY THE LEVEL OF AWARENESS ABOUT THE RISK FACTORS OF HYPERTENSION. EVALUATION OF THE QUALITY OF SCHOOLS HEALTH

Primorsky regional centre of medical preventive maintenance, Vladivostok

As part of activities to promote healthy lifestyles in the regional center of medical prevention was conducted in 1092 survey respondents to estimate ki awareness of the risk factors for hypertension. Revealed that most are aware of the risks of hypertension secondary school students (a group of athletes) and 100%. The syndrome of increased blood pressure begins to form even at a young age (respondents aged 20 years), but knowledge comes in the older age groups. Showed the lowest awareness of respondents aged 30–39 years. It is concluded that bias aside apprised contingent of younger age. The effectiveness of the Schools Health in the Prymorsky region.

Key words: hypertension, risk factors, public awareness, schools health

Контактная информация:

690000, г. Владивосток, Океанский проспект, 119.

Сойхер Вячеслав Михайлович, руководитель ГУЗ «Краевой центр медицинской профилактики». Тел.: (423) 244-84-10, 241-34-28.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

Стерильность раз и навсегда: средство найдено!

Американские ученые изобрели легкую и недорогую технологию обеззараживания материалов – теперь можно раз и навсегда обеспечить настоящую стерильность больничных постелей, медицинских халатов, хирургических масок, бумажных полотенец и подгузников, и даже нижнего белья, носков и спортивных костюмов.

Простая и недорогая антимикробная технология подходит как для натуральных, так и для синтетических материалов, к ней можно прибегнуть как в процессе производства, так и использовать дома в отношении уже готовой продукции. Причем, в отличие от всех остальных известных методов обеззараживания, процедуру не придется повторять в течение весьма длительного времени.

«Распространение вредоносных бактерий на материи – это очень серьезная проблема, и не только в медицинских учреждениях и гостиницах, но и дома», – говорит изобретатель революционного метода обеззараживания и придания ткани антибактериальных свойств, доктор химических наук, доцент факультета инженерии Колледжа искусств и естественных наук имени Франклина (Franklin College of Arts and Sciences) Джексон Локин.

Антимикробное средство, изобретенное Локином, на данный момент проходит сертификацию и показало свою эффективность для уничтожения широкого спектра бактерий, дрожжей и грибков, который могут вызывать различные заболевания, способствуют загрязнению и изнашиванию ткани и становятся причиной неприятного запаха.

«Все аналоги либо дороги, либо основаны на ядовитых химикатах, либо перестают действовать после пары стирок, – комментирует открытие ведущий эксперт управления технологиями исследовательского фонда университета штата Джорджия (University of Georgia Research Foundation, Inc.) Женнаро Гама. – Технология Локина основана на дешевых, недорогих, простых химических соединениях».

Гама подчеркнул, что технология легко может быть внедрена в процесс изготовления тканей, фильтров и пластиковых изделий, а также использоваться для готовых изделий, включая спортивную форму, обувь, носки, постельные принадлежности, кухонные аксессуары и средства личной гигиены. «Главным преимуществом новой технологии является возможность применения на любой стадии жизненного цикла продукта, не накладывающая дополнительных требований на процесс производства, – сказал Гама. – К тому же, если каким-то образом защитный слой все же сотрется, его легко можно восстановить, просто обрызгав нашим средством».

Локин сообщил, что в ходе тестирования нового средства было проверено действие на целый ряд патогенных микроорганизмов, включая стафилококк, стрептококк, кишечную палочку, протеобактерии и бактерии уксусной кислоты. Однократного использования средства было достаточно, чтобы полностью прекратить распространение микроорганизмов. Более того: когда на обработанный материал перенесли новые образцы микроорганизмов и поместили его на 24 часа в термостат (+37°С), то их активность не возобновилась.

А самое удивительное – исследования показали, что средство не теряет своей эффективности после многочисленных полных циклов стирки в горячей воде.

Источник: ***http://medvestnik.ru/1/1/36493.html***

© Коллектив авторов, 2011 г.
УДК 613.22

В.А. Петров[1], Е.А. Семанив[1], С.М. Ковалевская[2]

СОСТОЯНИЕ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ В ДОШКОЛЬНЫХ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (ДОУ) Г. ВЛАДИВОСТОК И ПУТИ ЕГО ПОЗИТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ

[1]Владивостокский государственный медицинский университет;
[2]ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае», г. Владивосток

Представлены данные, отражающие состояние фактического питания в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ) г. Владивосток. Проанализированы среднесуточные сезонные рационы питания детей. Выявлены недостатки питания в ДОУ и определены основные пути решения проблем организации питания в указанных учреждениях.

Ключевые слова: детские дошкольные учреждение, фактическое питание

Последние годы знаменуются повышенным вниманием федерального уровня системы Роспотребнадзора к проблемам школьного питания, о чем свидетельствует «залповый» выброс в информационное поле большого спектра соответствующих распорядительных, нормативных и методических документов. При этом несколько в тени остаются проблемы организации питания в ДОУ, что, по-видимому, обусловлено низкой доступностью этих учреждений, характерной для большинства регионов России, обусловливающей, соответственно низкий охват детей услугами этих учреждений. Однако необходимо отметить, что многие проблемы здоровья детей младшего школьного возраста, связанные с питанием, формируются именно в ДОУ. То есть, вполне очевидно, что в данном случае необходим взвешенный подход к решению проблем питания в организованных детских коллективах.

С учетом указанного выше, в рамках реализации многолетней программы совместных научно-практических работ (НПР), нами проведено изучение состояния фактического питания в одном из ДОУ г. Владивосток. Методический алгоритм исследования включал следующие этапы [3]: 1) организационный – процедура получения меню-раскладок суточных рационов за один из месяцев каждого сезона (2009 г.); 2) расчет среднесуточного за месяц продуктового набора сезонных рационов питания; 3) определение (расчет) пищевой ценности среднесуточных рационов, характеризующих месячное питание каждого сезона по 15 показателям с помощью соответствующей информационно-справочной базы [8, 11, 12, 13, 14]; 4) группировка полученных результатов и их наглядное оформление в виде таблиц и диаграмм; 5) анализ энергетической ценности (ЭЦ) и химического состава среднесуточного рациона по источникам, отражающим современный уровень развития нутрициологии, в том числе по проблемам детского питания [1, 2, 6, 9, 10]; 6) анализ продуктового обеспечения среднесуточных рационов; 7) разработка гигиенических рекомендаций.

Следует особо подчеркнуть, что полученные характеристики фактического питания в большой мере отражают особенности питания во всех муниципальных ДОУ г. Владивосток в связи действующей системой централизованных поставок продуктов, полуфабрикатов и сырья для формирования внутренних регламентов питания. Вместе с тем, характеристики питания в каждом конкретном ДОУ могут быть детерминированы уровнем профессиональной подготовки специалистов, непосредственно реализующих регламентацию питания.

В таблице 1 приведены характеристики пищевой ценности среднесуточных рационов питания в ДОУ по сезонам года.

В таблице 2 приводятся основные балансовые показатели сезонных рационов питания.

Детальный анализ данных, приведенных в таблицах 1 и 2, из-за перегруженности их фактическими данными, а также в связи с ограниченной емкостью печатного поля, определяемой регламентами издательства, весьма сложен. В связи с этим, по основным позициям отметим лишь отдельные, наиболее значимые, по мнению авторов, характеристики рационов:

1) При близкой к норме ЭЦ, для всех сезонов характерным является избыток в нем белка, в т.ч. животного. Исходя из современных представлений нутрициологии, данный недостаток дает право прогнозировать следующие неблагоприятные последствия: интоксикация детского организма, развитие ферментопатий, нарушение метаболизма других нутриентов. Следует указать и на тот факт, что нейроны головного мозга являются весьма чувствительными биологическими структурами к воздействию токсических компонентов. В результате имеются все основания прогнозировать снижение познавательных и сенситивных функций ребенка, что приведет к снижению эффективности образовательного процесса. Важным негативным последствием потре-

Таблица 1

*Энергетическая ценность (ЭЦ) и химический состав сезонных среднесуточных рационов питания в ДОУ**

ЭЦ и нутриенты	Норма (N)**	Фактически, весна	Фактически, лето	Фактически, осень	Фактически, зима
ЭЦ, ккал	1530	1551,76	1763,16	1595,28	1465,47
Отклонение от N, %	-	+1,42	+15,24	+4,27	-4,22
Белок, г	45,9	57,75	58,42	50,01	54,99
Отклонение от N, %	-	+25,82	+27,28	+8,95	+19,8
в.т.ч. животный	29,80	+36,85	+12,18	32,09	34,57
Отклонение от N, %	-	+23,66	+40,87	+7,68	+16,01
Жиры, г	51,00	54,45	72,53	53,65	51,84
Отклонение от N, %	-	+6,76	+42,22	+5,20	+1,65
Углеводы, г	221,80	204,74	228,73	223,34	198,28
Отклонение от N, %	-	-7,69	+3,12	+0,69	-10,60
Вит. А, мкг рет. экв.	425	1039,25	278,22	587,01	767,22
Отклонение от N, %	-	+144,53	-34,54	+38,12	+80,52
Вит. В1, мг	0,77	1,04	0,97	0,81	0,49
Отклонение от N, %	-	+35,06	+25,97	+5,19	-36,36
Вит. В2, мг	0,85	1,25	1,16	1,02	1,07
Отклонение от N, %	-	+47,06	+36,47	+20,00	+25,88
Вит. РР, мг	9,40	11,61	14,90	10,12	9,51
Отклонение от N, %	-	+23,51	+58,51	+7,66	+0,12
Вит. С, мг***	42,50	93,65	94,24	83,14	75,28
Отклонение от N, %	-	+120,35	+121,74	+95,62	+77,13
Кальций (Ca), мг	765	611,83	653,24	654,35	608,40
Отклонение от N, %	-	-20,02	-14,61	-14,46	-20,47
Магний (Mg), мг	170	229,64	257,40	188,56	195,72
Отклонение от N, %	-	+35,08	+51,41	+10,92	+15,13
Фосфор (P), мг	680	997,87	1060,15	850,38	894,67
Отклонение от N, %	-	+46,75	+55,90	+25,06	+31,57
Железо (Fe), мг	8,50	9,51	14,53	12,03	8,57
Отклонение от N, %	-	+11,88	+70,94	+41,53	+0,82
Йод (I), мг	0,09	0,11	0,14	0,11	0,12
Отклонение от N, %	-	+22,22	+55,56	+22,22	+33,33

* В качестве нормативной базы использованы СанПиН 2.4.1.2660–10 и МР 2.3.1.2432–08 .[4, 7].

** При 11–12 часовом режиме ДОУ исключается ужин, в связи с чем, за норму принимались уровни показатели, составляющих 85% от суточной нормы.

*** В общее содержание витамина С анализируемых рационов входит и витамин, используемый для витаминизации первых и третьих блюд.

Таблица 2

Показатели баланса сезонных среднесуточных рационов питания в ДОУ

Показатели баланса	Норма	Осень	Зима	Весна	Лето
Баланс рационов, ±σ	±10,00	±26,89	±22,78	±40,54	±33,60
Белки : жиры : углеводы	1:1,2:4,8	1:1,7:4,66	1:0,94:3,61	1:0,94:3,55	1:1,24:3,92
Соотношение белков животного и растительного, %	65:35	64:34	63:37	64:34	72:28
Ca : Mg : P	1:0,22:0,89	1:0,29:1,30	1:0,32:1,47	1:0,38:1,63	1:0,39:1,62

бления детьми рационов с избытком белка является выработка и закрепление у них соответствующего негативного пищевого стереотипа.

2) Дефицит кальция в анализируемых рационах, по нашему мнению, представляет собой наиболее существенный их недостаток, который в современном питании населения РФ, в т.ч. и детского, в последние два десятилетия стал традиционным. Прогнозируемые неблагоприятные последствия данной дефицитной характеристики анализируемого рациона для состояния здоровья детей находят исчерпывающее обоснование в доступной информационной базе. Необходимо лишь отметить, что для нормального роста и развития ребенка по-

ступление в организм кальция является одним из решающих алиментарных факторов.

Неблагоприятный прогноз, ассоциируемый с дефицитом экзогенного кальция, углубляется в связи с крайне нерациональным соотношением его с фосфором, в котором значительно превалирует последний. То есть, в данном случае речь идет и о возможности развития вторичного дефицита кальция, так как фосфор, находясь а антагонистических отношениях с кальцием в процессах усвоения, в значительной степени снижает усвоения кальция.

3) Само по себе избыточное потребление других нутриентов во все сезоны, различно выраженное, по нашему мнению, не представляет существенной опасности, так как фиксируемые уровни этих нутриентов в анализируемых рационах далеко не достигают верхних допустимых уровней потребления [5].

4) Риск неблагоприятных последствий в связи с установленными характеристиками дисбаланса рационов (таблица 2) не только может быть сравним с риском, обусловленным дефицитом кальция, но и превышать его. С учетом общепризнанной концепции теснейшего взаимодействия обменов отдельных нутриентов, данный недостаток рационов может постепенно привести к сложнейшим нарушениям метаболизма, развитию разнообразных заболеваний, в том числе и наиболее грозных по своим исходам.

Следует особо отметить, что установленные характеристики сезонных рационов питания полностью коррелируют с особенностями продуктового их обеспечения. Так, например, дефицит кальция объясняется низким потреблением молока и молочных продуктов; избыток детерминирован повышенным потреблением мяса, рыбы и т.д.

Для оптимизации питания детей в ДОУ, по твердому убеждению авторов, необходимо безотлагательное решение, прежде всего, организационных проблем, а также повышение профессиональной подготовки лиц, ответственных за организацию и регламентацию питания.

Рекомендуемые мероприятия по решению организационных проблем и повышению уровня профессиональной подготовки работников ДОУ, принимающих участие в организации и регламентации питания детей:

1) Освоить компьютерное обеспечение комплектования рациона с помощью программы Excel в операционной среде Windows.

2) Согласно требованиям СанПиН 2.4.1.2660–10 при комплектовании рационов использовать технологические карты блюд, сборники которых доступны.

4) Включить еженедельные контрольные расчеты пищевой ценности комплектуемых рационов в программу производственного контроля в ДОУ.

5) С целью учета при комплектовании рационов детского питания региональных особенностей продовольственного обеспечения и региональных традиций в питании оптимальных вариантом является создание собственной картотеки технологических карт, для чего заключить договор с ГОУ ВПО «ВГМУ Росздрава».

6) Работникам ДОУ, непосредственно занятым регламентацией рационов питания, пройти обучение на кафедре гигиены ГОУ ВПО «ВГМУ Росздрава».

7) Для оперативной коррекции рационов питания, обеспечения ее целенаправленности следует в качестве отправного базиса ориентироваться на фактические характеристики, представленные в настоящей работе, а также в развернутых гигиенических рекомендациях, подготовленных авторами и переданных в ДОУ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбачев В.В. Витамины, микро- и макроэлементы: Справочник. Минск, Книжный дом «Интерпрессервис», 2002. 544 с.

2. Мартинчик А.Н., Маев И.В., Петухов А.Б. Питание человека (основы нутрициологии). М., ГОУ ВУНЦ МЗ РФ, 2002. 572 с.

3. Методические рекомендации по вопросам изучения фактического питания и состояния здоровья населения в связи с характером питания. М., МЗ СССР, 1984. 113 с.

4. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации: МР 2.3.1.2432–08.

5. Рекомендуемые уровни потребления пищевых и биологических веществ: МР 2.3.1.1915–04.

6. Руководство по детскому питанию / Под ред. В.А. Тутельяна и И.Я. Коня. – М., Медицинское информационное агентство, 2004. 662 с.

7. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях: СанПиН 2.4.1.2660–10. 24 с.

8. Скурихин И.М., Тутельян В.А. Таблицы химического состава и калорийности российских продуктов питания. М, ДеЛи принт, 2007. 276 с.

9. Спиричев В.Б. Спиричев В.Б., Белаковский М.С. Фосфор в рационе современного человека и возможные последствия не сбалансированного с кальцием потребления // Вопр. питания. 1989. № 1. С. 4–9.

10. Уильямс К., Сэндерс Т. Связь между здоровьем и потреблением белка, углеводов и жира // Вопросы питания. 2000. № 3. С. 54–57.

11. Химический состав пищевых продуктов: Справочные таблицы / Под ред. А.А. Покровского. М., Пищевая промышленность, 1977. 228 с.

12. Химический состав пищевых продуктов: Справочные таблицы / Под ред. И.М. Скурихина, М.Н. Волгарева. 2-е изд. М., Агропромиздат, 1987. Кн. 1. 224 с.

13. Химический состав пищевых продуктов: Справочные таблицы содержания аминокислот, жирных кислот, витаминов, макроэлементов, микроэлементов, органических кислот и углеводов / Под ред. М.Ф. Нестерина и И.М. Скурихина. М., Пищевая промышленность, 1979. 245 с.

14. Химический состав пищевых продуктов: Справочные таблицы содержания основных пищевых веществ и энергетической ценности пищевых продуктов / Под ред. И.М. Скурихина и М.Н. Волгарева. М., Агропромиздат, 1987. Кн. 2. 359 с.

V.A. Petrov, E.A. Semaniv, S.M. Kovalevskaya

IT PRESENTS DATA REFLECTING THE STATE OF ACTUAL NUTRITION IN PRESCHOOL EDUCATIONAL INSTITUTIONS (PRESCHOOL) IN VLADIVOSTOK. ANALYZED THE AVERAGE DAILY SEASONAL DIETS OF CHILDREN. IDENTIFIED GAPS IN SUPPLY AND THE MAIN PRESCHOOL WAYS OF SOLVING PROBLEMS IN THESE CATERING ESTABLISHMENTS

State of the actual food in preschool-governmental municipal educational institutions (preschool), Vladivostok and ways of its positive correction. Department of General Hygiene VSMU; Center for Hygiene and Epidemiology in the Primorsky Region, Vladivostok

Key words: pre-school institution, the actual power

Контактная информация: Петров Владимир Александрович, д.м.н., профессор. 690002, г. Владивосток, Океанский проспект, 163, ВГМУ, учебный корпус № 4 (кафедра гигиены). Телефон: 45-74-45 (кафедра гигиены). E-mail: gigienapetrov@mail.ru.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

С сентября 2011 года в медицинских вузах страны начнется обучение студентов по новым образовательным стандартам

«Подготовка врача нового поколения станет одним из центральных звеньев программы модернизации здравоохранения», - считает замминистра здравоохранения и социального развития РФ Вероника Скворцова.

Для этой цели в Минздравсоцразвития совместно с Минобрнауки разработаны и внедряются с будущего учебного года новые федеральные государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования по специальностям группы «Здравоохранение» третьего поколения.

По словам Вероники Скворцовой, существующий в настоящее время объем практической подготовки в общем объеме учебной нагрузки недостаточен и не позволяет студентам старших курсов участвовать в оказании медицинской помощи, замещать должности средних медицинских работников, а выпускникам – работать на врачебных должностях непосредственно после получения диплома.

Недостаточность профессиональной подготовки приводит к проблемам в кадровом состоянии системы здравоохранения. Среди них - общий дефицит специалистов со средним медицинским образованием и высшим образованием по определенным специальностям, дисбаланс в распределении медицинских кадров в трехуровневой системе оказания медицинской помощи с нарастающим дефицитом кадров в первичном звене здравоохранения, недостаточный уровень подготовки и квалификации медицинских работников, постарение возрастного состава медицинских работников (около 30% достигли пенсионного возраста). На устранение перечисленных проблем и ориентированы новые стандарты.

Принципиальным отличием новых стандартов от действующих является увеличение доли практической подготовки в процессе обучения, начиная с младших курсов, и особенно на старших курсах. Этим обеспечивается готовность выпускников к самостоятельной профессиональной деятельности в амбулаторно-поликлинических учреждениях (в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи) в должностях участкового терапевта, участкового педиатра или амбулаторного стоматолога непосредственно после окончания высшего учебного заведения.

Для определения готовности лица, получившего медицинское или фармацевтическое образование, к практической работе в соответствии с утвержденными стандартами и порядками оказания медицинской помощи будет внедрена новая форма допуска – аккредитация к конкретным видам медицинской деятельности.

Как отмечает Вероника Скворцова, «обучение по новым федеральным государственным образовательным стандартам начнется в медицинских ВУЗах в сентябре 2011 г.».

Первый выпуск специалистов, подготовленных по новым стандартам, планируется в 2016–2017 гг. Таким образом, с 2017 г. отпадет необходимость в интернатуре – как в переходном этапе послевузовской подготовки (между получением диплома об окончании ВУЗа и началом самостоятельной профессиональной деятельности). Выпускник будет готов к профессиональной деятельности сразу после получения диплома, через новую форму допуска специалистов к медицинской и фармацевтической деятельности – аккредитацию, которая в отличие от действующей в настоящее время системы сертификации, будет являться системой допуска к конкретным видам медицинской деятельности.

Предусмотрен также новый модульный принцип последипломного непрерывного образования, основанный на ранжировании длительности обучения в ординатуре (от 2 до 5 лет) в зависимости от сложности и объема осваиваемых компетенций. Аккредитация специалистов к новым видам медицинской деятельности будет осуществляться после первых 2 – 3 лет обучения в ординатуре (в зависимости от терапевтического или хирургического профиля обучения), а затем ежегодно до окончания ординатуры. Таким образом, перечень допусков к видам медицинской деятельности будет расширяться поэтапно, при этом после первой аккредитации по специальности ординатор сможет уже самостоятельно работать в практике, выполняя конкретные профессиональные обязанности, к которым получил допуск.

«Повышение квалификации медицинских работников будет обязательным в течение всей трудовой деятельности, не реже 1 раза в 5 лет, - считает Вероника Скворцова, - Внедрение системы расширения перечня персональных профессиональных допусков позволит на деле реализовывать стратегию непрерывного медицинского образования для достижения основной цели – обеспечения качества подготовки специалиста, творчески мыслящего и конкурентоспособного».

Источник: ***http://www.minzdravsoc.ru/health/education/36***

© Е.А.Ширяева, Н.Л.Федерко, 2011
УДК 616.8- 009.83.

Е.А. Ширяева, Н.Л. Федерко

ДОЛЕЧИВАНИЕ И РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «ЖЕМЧУЖИНА»

Санаторий «Жемчужина», Приморский край, Кировский район

В сообщении приводится анализ успешного долечивания и ранней реабилитации в условиях санатория «Жемчужина» 94 пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) с использованием комплекса лечебно-восстановительных мероприятий с учетом патогенетических механизмов ишемического инсульта.

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), реабилитация, восстановительное лечение, санаторий «Жемчужина».

Проблема борьбы с инсультом имеет государственное значение. В России ежегодно заболевает свыше 450 тыс. человек. В течение первого месяца умирают около 25%, а к концу года с момента заболевания еще около 25%. К труду могут возвратиться не более 15%, остальные остаются инвалидами и до конца жизни нуждаются в медико-социальной поддержке. Численность этой категории превышает 1 млн. человек.

Проблема медицинской реабилитации больного населения после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) всегда носит индивидуальный характер и осуществляется с учетом возраста, особенностей развития, клинического течения заболевания и направлена на адаптацию пациента к новым условиям жизни, мобилизацию всех резервных возможностей организма и компенсацию нарушенных функций.

Максимальная эффективность именно ранней реабилитации – в первые 3 месяца с момента развития ОНМК.

В последующие месяцы темпы клинического восстановления нарушенных церебральных функций заметно снижаются, включая восстановление двигательных, речевых и психологических расстройств.

Цель сообщения: анализ результатов реабилитации пациентов после ОНМК в санатории «Жемчужина».

Материалы и методы: санаторный этап реабилитации в санатории «Жемчужина» прошли 95 человека за период с февраля 2009 по февраль 2010 гг. Соотношение мужчин и женщин – 43 (45,26%) и 53 (54,74%), соответственно. Возраст пациентов – 57,45±8,36 лет. Все пациенты поступили на долечивание из стационара, где находились на лечении в среднем 17,2±3,8 дня. Один пациент, мужчина 69 лет, был реэвакуирован по месту жительства по противопоказаниям: выраженные нарушения двигательных функций, нарушение функции тазовых органов, нарушение речи, препятствующее общению с больным, дезориентация в пространстве.

У всех поступивших отмечались наиболее частые очаговые неврологические нарушения – нейроваскулярные симптомы, соответствующие локализации поражения:

• бассейна средней мозговой артерии: гемипарез с преобладанием в руке или монопарез руки, нарушение чувствительности, афазия, центральный парез лица и языка – 51 человек (53,7%);

• бассейна вертебро-базилярной системы: глазодвигательные нарушения, двухсторонние нарушения движений или чувствительности в конечностях, мозжечковая атаксия и нистагм – 44 человека (46,3%).

Пациенты, на этапе стационарного лечения, прошли соответствующее обследование: ЭКГ, МРТ или компьютерная томография (не все), УЗИ сосудов, лабораторные исследования, в том числе, биохимический анализ крови: холестерин, липидный профиль, индекс МНО. У 52% поступивших в санаторий пациентов было выявлено повышение уровней холестерина и β-липопротеидов.

Все пациенты находились на этапе долечивания и ранней реабилитации 24 дня. В течение этого периода в отделении долечивания по показаниям больные продолжают прием гипотензивных препаратов под контролем артериального давления (АД), статинов, дезагрегантов. Пациенты получали питание, соответствующее диетам № 5, 9, 10 по Певзнеру, питьевой режим минеральной воды в зависимости от сопутствующих заболеваний («Шмаковская» или «Таежная жемчужина целебная»).

Назначались по показаниям ванны из природной минеральной углекислой воды – 46 человек – 4-х камерные, поясные или общие. При наличии к ним противопоказаний назначались хвойно-солевые ванны – 35 человек. Процент больных, получивших ванны, составил 85,3%. Водолечебные души – душ Шарко или циркулярный – получили 76 человек – около 80%.

В раннем восстановительном периоде ОНМК по ишемическому типу назначались аппликации озокерита +48° по 20 минут через день. У пациентов с явлениями парезов конечностей улучшается кровоток и регенеративные процессы в паретичных конечностях; аппаратная физиотерапия – низкочастотное переменное магнитное поле, лазеротерапия, электрофорез с эуфиллином 2,4% на шейно-грудной отдел позвоночника, дарсонвализация воротниковой области и волосистой части головы. 78 пациентов (82%) получили курс физиотерапии, 77% – седативные ингаляции и спелеотерапию – 64%. С учетом двигательного режима – лечебную гимнастика в группах или индивидуально, что стимулировало временно инактивированные нервные центры, способствовало нормализации мышечного тонуса.

В занятия лечебной гимнастики включались упражнения не только в облегченных условиях, но и с дозированным сопротивлением, со снарядами, предметами, что способствует отработке целенаправленных бытовых и трудовых навыков. Адекватность физических нагрузок определяли по частоте сердечных сокращений (ЧСС), АД и субъективным ощущениям пациента.

С целью общеукрепляющего воздействия на организм пациента и повышения мышечного тонуса паретичных конечностей (при вялом парезе), а также активизация с элементами расслабления (при спастическом парезе) пациентам назначался массаж. В целях улучшения гемодинамики головного мозга, прежде всего венозного оттока, проводился массаж волосистой части головы и воротниковой зоны. Массаж приняло 84 человека (88,4%).

Результаты и обсуждение. Комплексное применение природных нелекарственных и преформированных лечебных факторов позволило существенно улучшить результаты этапной реабилитации больных, перенесших ОНМК. Всем пациентам после завершения санаторного лечения были проведены лабораторные и инструментальные обследования: клинический анализ крови, глюкоза крови, биохимический анализ крови, ЭКГ, общий анализ мочи.

При контрольном исследовании отмечалась нормализация уровня холестерина и липидов в крови у 19% больных, снижение на 50% от исходного у 30% пациентов.

Стабилизировалась показатели гемодинамики: АД в пределах 120–140 на 80–90 мм рт ст, ЧСС 60–80 в минуту; на фоне диетотерапии снизился уровень глюкозы в крови; улучшилась координация движений, равновесие в положении стоя и при ходьбе, нормализовался сон, уменьшились жалобы на общую слабость, раздражительность, улучшилась память.

Из 94 пациентов 92 человека (97,8%) были выписаны с улучшением. 2 человека (2,2%) были выписаны без динамики.

У больных, перенесших ОНМК, под влиянием санаторного лечения со стандартным медикаментозным лечением выявлено восстановление неврологического дефицита (пирамидного синдрома, афатических расстройств, дизартрии, чувствительных нарушений).

Как известно, основные факторы ишемического инсульта (ИИ) подразделяются на ***некоррегированные*** (пожилой возраст, наследственная предрасположенность, мужской пол, ранее перенесенный ишемический инсульт или транзиторная ишемического атака) и ***корригируемые*** (курение, артериальная гипертония, заболевания сердца, сахарный диабет, гиперхолестеринемия).

Основными патогенетическими механизмами и причинами ИИ являются: атеротромбоз (до 50% случаев), кардиогенная эмболия (фибрилляция предсердий, инфаркт миокарда, около 20%), поражение мелких артерий вследствие сахарного диабета, гипертония (20–30%), гемодинамические нарушения: резкое снижение АД, кровопотеря (менее 5%); редкие причины: заболевания крови, лейкемия, расслоение артерий (5–10%).

При транзиторных ишемических атаках и малых инсультах регресс основных клинико-неврологических симптомов (парезы, нарушения координации, речи, иннервации черепных нервов) происходит соответственно к концу первых или 21-х суток.

Однако при нивелировании признаков очагового поражения мозга у больных могут длительно сохраняться общемозговые симптомы в виде головных болей, несистемного головокружения, снижения оперативной памяти, нарушения в психоэмоциональной сфере.

Двигательные нарушения являются наиболее постоянным и грубым расстройством при локализации инсульта в бассейне каротидных артерий, характеризуются глубоким гемипарезом с патологически измененным мышечным тонусом.

Равномерные гемипарезы с диффузной мышечной гипотонией, атаксией, вестибулярными расстройствами наблюдаются при инсультах в вертебробазилярном бассейне.

Способность к восстановлению утраченной или поврежденной структуры является одним из фундаментальных свойств организма.

Реабилитация преследует цель преодолеть генерализованную дисфункцию головного мозга, развившуюся вследствие ОНМК.

С учетом профилактических эффектов физических факторов санаторный этап может оказать существенное влияние на вторичную профилактику ОНМК и прогрессирование хронической цереброваскулярной недостаточности.

Выводы:

1. Этап долечивания и ранняя реабилитация после ОНМК в условиях санатория помогает закреплению положительных влияний стационарного лечения.

2. Комплексное сочетание углекислых минеральных ванн, физиоаппаратной терапии и лечебной физкультуры способствуют повышению работоспособности, умственной и психической.

3. Реальное снижение заболеваемости, инвалидности и смертности может быть достигнуто профилактическими мерами – затраты на профилактику несравнимо меньше медико-социальных и экономических потерь, которые несет государство в условиях высокой заболеваемости и смертности вследствие инсульта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Парфенов В.А. Вторичная профилактика ишемического инсульта // Рус. медиц. журн. 2005. Т. 13. № 12, С. 819–822.

2. Пономаренко Г.Н., Анисимова Л.Н. Физические упражнения в восстановительном лечении больных в остром периоде инсульта // Вопр. курортол., физиотер. и лечебн. Физкульт. 2011. № 1. С.6–9.

3. Федин А.И., Румянцева С.А. Интенсивная терапия ишемического инсульта. – М.: Медицинская книга, 2004. 284 с.

4. Чазов Е.Н., Беленкова Ю.И. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. Т.VI. – М.: Литтерра, 2005. 974 с.

5. Чуканова Е. Профилактика развития мозгового инсульта // Врач. 2011. № 2, с. 2–5.

6. Яхно Н.Н., Виленский Б.С. Инсульт как медико-социальная проблема // Рус. медиц. журн. 2005. Т. 13. № 12. с. 807–810.

E.A. Shiryaeva, N.L. Federko

FOLLOW-UP CARE AND EARLY REHABILITATION OF PATIENTS AFTER ACUTE ISCHEMIC STROKE CONDITIONS IN THE SANATORIUM «PEARL»

Sanatorium «Pearl», Kirovsky region

The message contains an analysis of successful follow-up care and early rehabilitation in the sanatorium «Pearl» 94 patients with acute ischemic stroke (AIS) with complex medical and rehabilitation measures in the light of the pathogenesis mechanisms of ischemic stroke.

Key words: acute ischemic stroke, rehabilitation, rehabilitation treatment, sanatorium «Pearl».

Контактная информация:

Ширяева Елена Алексеевна, заведующая отделением. Домашний адрес: п. Горные Ключи Кировского района Приморского края ул. Юбилейная, 40-60. Телефон 89241343118. Электронный адрес: librarian57@rambler.ru

Федерко Неля Леонтьевна, главный врач. Домашний адрес: п. Горные Ключи Кировского района Приморского края ул. Юбилейная д. 37 кв. 18. Телефон 89147311925

© В.В. Богомолов, 2011 г.

УДК: 576.8

В.В. Богомолов

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У МОЛОДЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ВЕСЕННЕ-ЛЕТНИЙ И ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ ПЕРИОДЫ

Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, г. Владивосток

На основании собственных наблюдений автора – терапевта приемного отделения военно-морского госпиталя – рассматриваются особенности клинико-анамнестических данных при внебольничной пневмонии у молодых военнослужащих разных сезонов призыва на военную службу. Делается вывод о различной диагностической ценности указанных критериев в зависимости от сезона призыва.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, молодые военнослужащие.

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи в разработке диагностических мероприятий и постоянно обновляющиеся лечебные формуляры внебольничная пневмония (ВП) до настоящего времени является актуальной проблемой современной медицины [1, 3, 5, 10]. В 2006–2010 гг. заболеваемость среди взрослого населения в развитых странах составляет 3,6–4,6‰, а в группе населения старше 60 лет – 20–25‰ в год. Заболеваемость ВП в ВС РФ за последние 3 года увеличилась среди военнослужащих по призыву на 50%, а среди контрактников – на 9% [3, 6, 8]. В последнее время на Тихоокеанском флоте диагностируется много пневмонией у военнослужащих срочной службы. В 2008–2010 гг. заболеваемость достигала до 36‰ [2, 7].

Результаты проведенных исследований на ТОФ в 2000–2007 гг. показали своеобразие и специфичность адаптации молодых военнослужащих к службе на Дальнем Востоке, а также снижение показателей иммунологического статуса, в основе которого лежит комплекс изменения гомеостаза, системных нарушений функции органов и систем организма в тесной связи с сезонными особенностями муссонного климата [7, 8]. Указанные особенности в значительной степени определяют высокую заболеваемость ВП среди этой категории военнослужащих в начальном периоде военной службы, а также различную диагностическую ценность анамнестических данных и объективных критериев в зависимости от сезонов призыва.

Цель: выявить основные критерии диагностика ВП у военнослужащих в весенне-летний и осенне-зимний периоды (по данным приемного отделения ВМКГ).

Материалы и методы.

Был проведен анализ анамнестических данных и объективных критериев диагностики у 200 пациентов (100 молодых военнослужащих весенне-летнего и 100 – осенне-зимнего призыва на военную службу), поступивших на стационарное лечение в ВМКГ ТОФ в 2010 г., которым в приемном отделении был верифицирован диагноз «пневмония».

Статистическая обработка массива данных пациентов проводилась с использованием выборки, полученной в ходе объективного обследования в приемном отделении: дата призыва, место призыва, локализация пневмонии по данным флюорографии легких, наличие кашля с мокротой, наличие боли в грудной клетки при дыхании, повышение температуры, связь заболевания с переохлаждением, давность заболевания, наличие хрипов в легких при аускультации, наличие притупления перкуторного звука, ослабление голосового дрожания, артериальное давление (АД), пульс, тяжесть состояния, наличие вредных привычек (курение), наличие хронических и сопутствующие заболеваний. Для составления представления о выборке в целом использовались показатели описательной статистики, нормальность распределения определяли по правилу трех сигм. Доверительный интервал устанавливали на уровне 95%. За нулевую гипотезу (H_0) принималось отсутствие вероятности различий в критериях диагностики между сезонами года ($\alpha = 0,05$). С учетом необходимости сравнения критериев диагностики двух сезонов с учетом изменения нескольких параметров использовалась многомерная статистика. При анализе численных переменных использовалась непараметрическая статистика – непарный t-тест Стьюдента. Сезонная вероятность наличие или отсутствие (появление) критериев диагностики оценивалось в виде функции выживания S(t): 1 - F(t), где F(t) – кумулятивная функция распределения и построением таблицы дожития [9].

Результаты и обсуждения. В приемном отделении ВМКГ ТОФ военнослужащие осматриваются дежурным терапевтом. В осмотр входит опрос жалоб, опрос анамнеза, измерение температуры тела, инструментальные, лабораторные и объективное исследования. При наличии жалоб на катаральные явления, повышение температуры тела и подозрении на пневмонию, военнослужащие направляются на флюорографию легких по неотложным показаниям. По результатам обследования с помощью вышеизложенных методов у пациентов устанавливается или опровергается диагноз ВП. В случае диагностики пневмонии пациент госпитализируется в пульмонологическое отделение. При отсутствии данных за пневмонию пациент направляется в инфекционное отделение с диагнозами ОРЗ, ОРВИ, ангина. При наличии острых респираторных заболеваний с нормальной температурой и легкого течения, военнослужащие направляются на лечение в лазарет части, при наличии последнего.

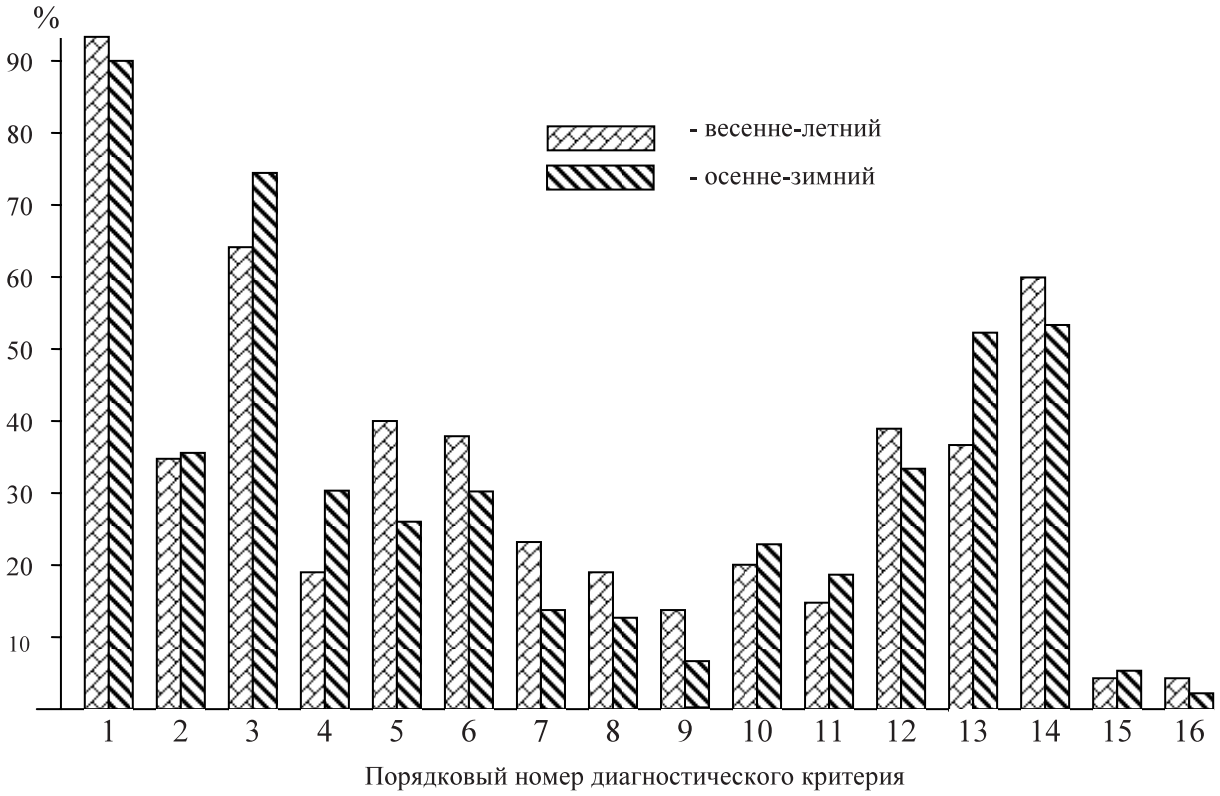
В результате обследования выявлено (весенне-летний период/ осенне-зимний период, соответственно):

- 71% / 68% больных пневмонией молодое пополнение (до 6 месяцев после призыва);
- 82% / 85% военнослужащих призванных из отдаленных гарнизонов (более 1000 км от места службы);
- 74% / 66% военнослужащих с вредной привычкой (курение);
- 5% / 6% военнослужащих имели сопутствующие заболевания.

По ранговой частоте выявленных анамнестических данных и объективных критериев клинических проявлений ВП в весенне-летний и осенне-зимний сезоны призыва все пациенты с верифицированным диагнозом распределились следующим образом (рис.).

С позиции системного анализа морфофункциональные изменения, происходящие в организме при ВП можно рассматривать как динамическую характеристику сложной системы, являющейся носителем принципов функциональной модели с оценкой патогенетических механизмов возникновения легочного воспаления. Это позволяет в перспективе использовать этот тип моделирования для прогноза развития заболевания у конкретного пациента.

При построении модели прогноза развития ВП необходимо дать количественную оценку вышеуказанных анамнестических данных и критериев (системообразующих факторов дыхательной системы), которые важны с точки зрения функционирования системы более высокого уровня (табл. 1).



Примечание:
№ 1 – кашель с мокротой
№ 2 – боль в грудной клетке на вдохе
№ 3 – повышенная температура тела
№ 4 – связь с переохлаждением
№ 5 – день заболевания 3 дня и более
№ 6 – наличие хрипов при аускультации
№ 7 – притупление перкуторного звука
№ 8 – ослабление голосового дрожания
№ 9 – пониженное АД
№ 10 – тахикардия более 90 уд/мин
№ 11 – состояние средне тяжелое и тяжелое
№ 12 – локализация более 2 сегментов
№ 13 – локализация – правое легкое
№ 14 – локализация в нижней доле
№ 15 – двухсторонняя пневмония
№ 16 – хронические заболевания

Рис. Ранговая частота анамнестических данных и объективных критериев клинических проявлений ВП

Таблица 1

Численные значения параметров анамнестических данных и объективных критериев ВП

Данные и критерии	Численные значения	Данные и критерии	Численные значения
Кашель с мокротой	Да/нет 1/0	Пониженное АД	<120/80 мм рт ст
Боль в грудной клетке на вдохе	Да/нет 1/0	Тахикардия более 90 уд/мин	<100/>100 уд/мин 1/0
Повышенная температура тела	<38°С/>39°С 1/0	Состояние средне тяжелое и тяжелое	Да/нет 1/0
Связь с переохлаждением	Да/нет 1/0	Локализация более 2 сегментов	Да/нет 1/0
День заболевания 3 дня и более	Более / менее 1/0	Локализация – правое легкое	Да/нет 1/0
Наличие хрипов при аускультации	Да/нет 1/0	Локализация в нижней доле	Да/нет 1/0
Притупление перкуторного звука	Да/нет 1/0	Двухсторонняя пневмония	Да/нет 1/0
Ослабление голосового дрожания	Да/нет 1/0	Хронические заболевания	Да/нет 1/0

Из перечисленных критериев были изъяты центурированные данные, содержащиеся не в каждом клиническом случае заболевания. Численные значения оставшихся критериев были использованы для составления таблиц дожития.

В весенне-летний период призыва преобладали следующие критерии (после центурирования): день заболевания 3 дня и более (№ 5) – 40% (0,40) против 26% (0,26) в осенний период; наличие хрипов при аускультации (№ 6) – 37% (0,37) против 30% (0,30) в осенний период; пониженное АД 110 и 70 мм рт. ст. (№ 9) – 34% (103,12±5,2) против 8% (114,35±5,6) в осенний период ($p<0,05$); локализация более 2 сегментов (№ 12) – 44% (0, 44) против 35% (0,35) в осенний период.

Критерии в осенне-осенний сезон призыва (после центурирования): повышенная температура тела (№ 3) –

75% (0,75) против 63% (0,63) в весенний период; связь с переохлаждением (№ 4) – 34% (0,34) против 18% (0,18) в весенний период; локализация в правом легком (№ 13) – 56% (0,56) против 40% (0,40) в весенний период.

Для оценки сезонной вероятности данных критериев и обоснованность их использования в диагностике ВП был использован один из традиционных статистических методов – составления таблиц дожития (вероятности сезонного возникновения интересующего нас диагностического критерия ВП) для каждого из сезонов призыва (табл. 2): весенне-летнего (май–июль) и осенне-зимнего (ноябрь–январь).

Вывод. В результате проведенного исследования выявлено, что наибольшую диагностическую ценность и основными критериями диагностики ВП у военнослужащих весенне-летнего сезона призыва на военную службу являются следующие критерии: день заболевания 3 дня и более; локализация более 2 сегментов легкого.

У военнослужащих осенне-зимнего период призыва основными диагностическими критериями ВП являются: повышенная температура тела и локализация воспалительного процесса в правом легком.

Таблица 2

Расчет вероятности сезонного возникновения диагностического критерия ВП (таблица дожития)

№ критерия	Число изучаем. объектов	Доля «+»	Доля «-»	Функция выживания	Плотность вероятности
Весенне-летний сезон (май–июль)					
№ 5	10,0	0,25	0,75	0,75	0,08
№ 6	5,5	0,15	0,85	0,85	0,05
№ 9	1,0	0,1	0,90	0,90	< 0,01
№ 12	16,0	0,36	0,64	0,64	0,12
Осенне-зимний сезон (ноябрь–январь)					
№ 3	52,5	0,70	0,30	0,30	0,23
№ 4	1,0	0,1	0,90	0,90	< 0,01
№ 13	34,0	0,61	0,39	0,39	0,20

ЛИТЕРАТУРА

1. Березняков И. Г. Внебольничные пневмонии: Монография. М.: ИД Заславский, 2009. 160 с.

2. Внебольничные пневмонии: микробиологические аспекты диагностики: Методич. рекомендации. – Владивосток, Агентство Соланд, 2003. 56 с.

3. Диагностика, лечение и профилактика внебольничной пневмонии в военнослужащих МО РФ. Под ред. А. Б. Белевитина: Методич. указания: М.: ГВКГ им. Н. Н. Бурденко, 2010. 76 с.

4. Морозов Д.В., Новоженов В.Г., Губань В.И. и соавт. Особенности клиники острой пневмонии у молодых военнослужащих. ВМЖ. 1996. № 4. С.22–25.

5. Новиков Ю.К. Диагностика и лечение внебольничных пневмоний. РМЖ. 2001.Т.3, №1–2. С. 28–32.

6. О состоянии работы по профилактике внебольничных пневмоний в ВС РФ: Указания ГВМУ МО РФ № 161/2/2/577 от 03.02.2004. М. 2004. 24 с.

7. Пневмонии: диагностика, эмпирическая антибактериальная терапия: Методич. рекомендации. – Владивосток, Агентство РИМ, 2002. 22 с.

8. Половов С.Ф. Состояние здоровья молодых военнослужащих в процессе адаптации к условиям службы на Дальнем Востоке: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Владивосток, 2007. 22 с.

9. Румянцев П.О., Саенко В.А., У.В. Румянцева и соавт. Статистические методы анализа в клинической практике. Ч. 1,2 // Пробл. эндокринол. 2009. Т.55. № 5. С. 48–55; № 6. С. 48–56.

10. Чучалин А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых: Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. М. 2006. 76 с.

11. Чучалин А.Г. Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Монография. «Пневмония». М.: МИА, 2006. 464 с.

V.V. Bogomolov

CRITERIA FOR THE DIAGNOSIS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT YOUNG MILITARY MEN DURING THE SPRING-SUMMER AND AUTUMN-WINTER SEASON

Naval clinical hospital TOF, Vladivostok

On the basis of own observations of the author – the therapist of a reception of naval hospital features clinical-anamnesis data are surveyed at community-acquired pneumonia at young military men of different seasons of an appeal on military service. The conclusion about various diagnostic values of the specified criteria depending on an appeal season becomes.

Keywords: community-acquired pneumonia, young military men.

Контактная информация: Богомолов Владимир Владимирович, врач ВМКГ. 690005, Владивосток, ул. Ивановская, 4. Тел.: (423) 221-62-85

© Р.А. Гареев, 2011 г.
УДК 612.111+612.015.3

Р.А. Гареев

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ АДСОРБЦИОННО-ТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ ЭРИТРОЦИТОВ

Институт физиологии человека и животных Министерства образования и науки Республики Казахстан, г. Алматы

Эритроциты адсорбируют на своей поверхности различные субстанции. Адсорбция регулируется нейрогуморальными веществами и зависит от качественно-количественных показателей внутриэритроцитарного гемоглобина и морфо-функционального состояния мембраны эритроцитов. Транспортируемые на эритроцитах в обменный слой кровеносных капилляров вещества в первую очередь вовлекаются в транскапиллярный и тканевой обмен. Адсорбционно-транспортная функция эритроцитов способствует селективному транспорту веществ в ткани, удалению метаболитов и других веществ с повышенной химической активностью из плазмы крови, возвращению белков из интерстиция.

Ключевые слова: кровь, эритроциты, функции, транспорт веществ, транскапиллярный обмен

Некоторые теоретические аспекты адсорбционно-транспортной функции эритроцитов

В прошлом веке существовало «основное правило лимфологии», согласно которому считалось, что попавшие из крови в интерстиций белки возвращаются в кровоток с лимфой. Правило обосновывалось тем, что артерио-венозная разница плазменного белка указывала на его выход из крови в интерстиций, а блокада отводящих лимфатических сосудов приводила к стойкому отеку в соответствующих тканях. При изучении этого вопроса выявилось, что расчеты транскапиллярного баланса белка не учитывают увеличенную его адсорбцию на венозных эритроцитах. При таком учете баланс белка стал близок к показателю транспорта белка с лимфой. Возникла гипотеза, что адсорбированные на поверхности эритроцитов вещества поступают непосредственно в обменный слой кровеносных капилляров, далее вовлекаются в транскапиллярный обмен, участвуют в тканевом обмене и частично поступают в лимфу [1]. Было сделано также заключение, что лимфостатические отеки обусловлены образованием и накоплением в интерстиции белковых и липидных конгломератов, которые из-за своих размеров не могут переходить через стенку кровеносных капилляров. Сам факт адсорбции белка на клетках крови известен давно [2]. Зарубежные исследователи сделали выводы, что адсорбция белка на эритроцитах влияет на деформируемость и реологию крови, а адсорбированный пул белка является своеобразным запасом для экстренного восполнения белка в плазме.

В последующих исследованиях на животных и анализах крови людей было выявлено, что перенос органических веществ на эритроцитах более изменчивый и демонстративный процесс, чем сдвиги в соответствующих плазменных показателях. Была доказана регулируемость транспорта веществ на эритроцитах. Появились факты, что адсорбция поддерживается также за счет активности физико-химических связей внутриэритроцитарного гемоглобина. Все полученные и имевшиеся данные стали основой для заключения существования второй важной функции эритроцитов, которую мы по аналогии с газотранспортной назвали адсорбционно-транспортной [3].

К настоящему времени выявлено, что адсорбционно-транспортная функция эритроцитов играет важную роль в следующих процессах [4]. Во-первых, эритроциты обеспечивают быстрое и селективное поступление веществ в обменный слой кровеносных капилляров. Благодаря деформации и вращению эритроциты относительно легко проходят по более узкой, чем они, артериальной части капилляров. При этом происходит механическая замена веществ пристеночного обменного слоя на молекулы, адсорбированные на эритроцитах. «Перенесенные» с поверхности эритроцитов вещества в первую очередь вовлекаются в транскапиллярный и тканевой обмены, входят в состав интерстициальной (тканевой) жидкости и лимфы. С превышением просвета капилляра над диаметром эритроцита процесс десорбции-адсорбции завершается – вновь адсорбированные вещества близки по составу к пристеночному слою венозной части капилляров. Селективность поступления в ткани многих веществ, включая вводимые извне, в значительной степени обусловлена различной способностью этих веществ адсорбироваться на поверхности эритроцитов. Условно по этой способности вещества разделены нами на слабо-, средне- и прочноадсорбируемые. Процентная доля прочноадсорбированных веществ увеличивается по мере приближения к мембране эритроцитов.

Во-вторых, эритроциты участвуют в удалении из крови метаболитов, денатурированных белков, атерогенных липидов и других веществ с повышенной химической активностью. К тому же, по мере старения и денатурации у белков усиливается соб-

ственная адсорбционная способность. Существенно выше адсорбируемость атерогенных липидов по сравнению с неатерогенными. Белки и липиды с повышенной адсорбируемостью частично вытесняют глюкозу с поверхности эритроцитов. Но сама глюкоза может вытеснять из эритроцитоадсорбированного пула нативные белки и неатерогенные липиды. Благодаря этим особенностям многие «предназначенные на удаление» вещества относительно быстро попадают в печень.

В-третьих, вторая функция эритроцитов создает дополнительный противоотечный фактор. Часть адсорбированной глюкозы всегда уходит в ткани. На «освобождающиеся эритроцитарные места» адсорбируются в основном белки. Соответственно уменьшается концентрация белка в венозной плазме и пристеночном слое венозной части капилляров. Этим сдвигается транскапиллярный градиент концентраций и соответственно усиливается возврат белка из интерстиция в кровь через наиболее проницаемую стенку микроциркуляторного русла. Этот механизм усилен известным увеличением объема и площади адсорбции эритроцитов при их насыщении углекислым газом. В легких этого усиления нет – риск острого отека выше. Данный механизм не противоречит известным данным о более частом возникновении отеков при сахарном диабете, гипопротеинемии, анемиях и некоторых других патологиях.

Наконец, адсорбционно-транспортная функция эритроцитов «сглаживает» концентрации веществ в плазме за счет «адсорбции-десорбции» этих субстанций. Плазменный и адсорбированный на эритроцитах пул веществ тесно связаны друг с другом. Не только в контрольных группах, но у людей при заболеваниях, при различных воздействиях в экспериментах на животных обычно выявляется положительная достоверная корреляция между содержанием тех или иных веществ в плазме и среди молекул, адсорбированных на эритроцитах. При разведении или сгущении крови соотношение содержания веществ в этих двух пулах меняется мало.

Прикладные аспекты адсорбционно-транспортной функции эритроцитов

Изучение адсорбционно-транспортной функции эритроцитов в клинике фактически только начато, но уже сейчас ясно, что преобладание адсорбции одного вещества может нарушать обмен других, создавая предпосылки для патологий, на начальной стадии не выявляемых по анализу плазмы крови. Это так называемые скрытые патологии [5]. Ввиду важности своевременного выявления начальных нарушений обмена веществ, практическое значение адсорбционно-транспортной функции эритроцитов рассмотрим в аспектах сахарного диабета и атеросклероза.

По полученным данным, после приема пищи в норме содержание глюкозы увеличивается в основном среди веществ, адсорбированных на эритроцитах. Часть эритроцитоадсорбированной глюкозы всегда поступает в ткани, включая регуляторные структуры. Это запускает инсулиновый механизм трансформации глюкозы в гликоген. Под действием инсулина количество глюкозы уменьшается в первую очередь среди веществ, адсорбированных на эритроцитах, затем в плазме, медленнее всего снижается ее содержание в лимфе. Адреналин одновременно увеличивает содержание как адсорбированной, так и плазменной глюкозы [6]. Благодаря этому резко возрастает поступление глюкозы в ткани. Хронические стрессы, частые приемы пищи, некоторые нарушения обмена веществ сопровождаются постоянно увеличенным транспортом глюкозы на поверхности эритроцитов. Это ведет к повышенному поступлению ее внутрь эритроцитов. Постепенно происходят морфо-функциональные изменения в самих эритроцитах. При этом вначале общая адсорбционная способность эритроцитов увеличивается. Но длительное содержание выше нормы внутри эритроцитов глюкозы ведет к соединению ее с гемоглобином. Гликозилированный гемоглобин не только хуже выполняет газотранспортную функцию, но и уменьшает способность эритроцитов адсорбировать белки, липиды, углеводы и другие вещества. Относительное уменьшение транспорта глюкозы на форменных элементах крови нарушает адекватную регуляцию углеводного обмена. Это, вероятно, является еще одним звеном в развитии «толерантности» к инсулину. Постепенно все большая часть глюкозы переносится в плазме – появляются симптомы сахарного диабета 2 типа. Вышеуказанным обосновывается наличие начальной (скрытой) формы сахарного диабета, которая характеризуется постоянным переносом увеличенного количества глюкозы на поверхности эритроцитов.

Атеросклероз, считается, обусловлен поступлением в стенку сосудов атерогенных липидов. На поверхности эритроцитов в норме преимущественно переносятся атерогенные липиды. Физиологическое увеличение транспорта липидов в крови происходит, прежде всего, за счет молекул, адсорбированных на эритроцитах. Эти липиды поступают в обменный слой кровеносных капилляров, которые не подвержены атеросклеротическим изменениям. Далее, в интерстициальном пространстве, в печени и лимфе атерогенные липиды разрушаются, удаляются или трансформируются в менее патогенные образования. При недостаточности вышеуказанных звеньев обмена веществ увеличивается содержание атерогенных липидов в плазме, что повышает риск возникновения атеросклероза. Исходя из особенностей адсорбционно-транспортной функции эритроцитов

закономерно то, что атеросклероз, сахарный диабет, заболевания печени, почек, гипотиреоз, ожирение, артериальная гипертония, отравлениях взаимно отягощают друг друга.

Следует отметить, что показатели транспорта на поверхности эритроцитов маркеров различных заболеваний дают возможность диагностики соответствующих патологий на начальных стадиях.

Известно снижение описываемой функции эритроцитов в связи с образованием гликозилированного гемоглобина. Не исключено, что более плотный слой прочноадсорбированных веществ задерживает гемолиз и удаление из крови постаревших эритроцитов. Отметим, что по мере старения эритроцитов их «внутреннее» потребление глюкозы снижается в 2–3 раза. Это, вероятно, способствует образованию гликозилированного гемоглобина. Недостаточность адсорбционной способности эритроцитов встречается и при отсутствии сахарного диабета. Вероятнее всего, в этом случае нековалентные связи гемоглобина связываются не глюкозой, а молекулами других веществ.

Пути оптимизации адсорбционно-транспортной функции эритроцитов до конца не ясны. Можно предполагать, что среди эффективных терапевтических средств, рекламируемых как очистители от «шлаков», имеются препараты, действующие в первую очередь на эту функцию. С позиций имеющихся данных при терапии ряда заболеваний необходимо «омоложение» эритроцитов, усиление эритропоэза, терапия гипохромных анемий, в отдельных случаях – временное усиление энергетического обмена, исключение частого приема пищи и напитков с существенным содержанием источников глюкозы. По мере накопления новых данных прикладное значение адсорбционно-транспортной функции эритроцитов, несомненно, будет увеличиваться, а в некоторых аспектах уточняться.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гареев Р.А. Транскапиллярный обмен и лимфообразование. – Алма-Ата: Наука,1989. 142 с.

2. Збарский Б.И., Демин Н.Н. Роль эритроцитов в обмене белков. – М.: Медицина, 1949. 168 с.

3. Гареев Р. Вторая важнейшая функция эритроцитов // Физиологические основы здорового образа жизни: Материалы 4 съезда физиологов Казахстана. Астана, 1999. С.111–115.

4. Гареев Р.А. Концепция адсорбционно-транспортной функции эритроцитов // Материалы 5 съезда физиологов Казахстана. Караганда, 2003. С. 75–79.

5. Гареев Р.А. Перспективное для клиники направление исследований // Сборник статей к 100-летию А.П. Полосухина. Алматы: Галым (Наука), 2001. С. 135–140.

6. Гареев Р.А. Медико-биологические исследования, связанные с полетами казахских космонавтов // Космические исследования в Казахстане / Под ред. У.М. Султангазин. Алматы: Галым (Наука), 2003. С. 446–460.

R.A. Gareyev

BASIC AND PRACTICAL ASPECTS ADSORPTION – TRANSPORT FUNCTION OF ERYTHROCYTES

Institute of human and animal physiology, Ministry of Education and Science of Republic of Kazakhstan, Almaty

Erythrocytes adsorb different substances on its surface. Adsorption depends on qualitative and quantitative indexes of erythrocytes hemoglobin and morpho-functional condition of erythrocytes membrane, regulated by neurohumoral affects. Substances «transported» from erythrocytes surface to mural layer of blood capillaries gain a possibility to participate in transcapillary and tissue exchange. Absorption–transport function of erythrocytes is connected to selective transfer of substances into tissues; participation in removal of metabolites and other substances with heightened chemical activity from blood plasma; return of protein from intersticium.

Key words: blood, erythrocytes, function, transport of substances, transcapillary exchange

Контактная информация: Гареев Рауф Ахметович, доктор биологических наук, профессор, научный руководитель лаборатории лимфообращения Института физиологии человека и животных Министерства образования и науки Республики Казахстан.

E-mail: tatrauf@mail.ru

© Коллектив авторов, 2011 г.
УДК 616.98:578.828 (571.66)

А.В. Мартынова[1], Э.Д. Ковалева[2], О.И. Паулов[2], О.А. Чулакова[3]

ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ (ПО ДАННЫМ 2000–2009 ГГ.)

[1]Кафедра эпидемиологии ВГМУ,
[2]Краевой клинический кожно-венерологический диспансер,
[3]Поликлиника госпиталя ветеранов войн, г. Владивосток.

В статье представлены данные по заболеваемости ВИЧ-инфекцией за период с 2000 по 2009 гг., приведены данные по инцидентному и превалентному показателям заболеваемости ВИЧ-инфекцией, как на глобальном уровне, так и на уровне заболеваемости некоторых стран СНГ. Также была проанализирована заболеваемость и некоторые эпидемиологические аспекты по ВИЧ-инфекции в г. Владивосток и Приморском крае. Оценена роль ВИЧ-инфекции в формировании внутрибольничной заболеваемости в качестве заносов и сделан вывод о возможных противоэпидемических мероприятиях в отношении данной проблемы.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, заболеваемость, эпидемиология.

Несмотря на все предпринимаемые в настоящее время усилия, заболеваемость ВИЧ инфекцией не только остается на постоянном уровне, но и имеет тенденцию к постоянному росту. Причем данная ситуация характерна не только для России, но и для зарубежных стран, порой с различным уровнем дохода на душу населения (а соответственно и с различными затратами на бюджет в медицине для организации противоэпидемических мероприятий в отношении ВИЧ-инфекции) [1,3]. По данным ВОЗ, ежегодно от ВИЧ погибают тысячи людей, при этом превалентный показатель по данной инфекции в настоящее время составляет около 40 миллионов.

С начала эпидемии, случившегося в начале 70-х годов, по данным Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС/UNAIDS) и ВОЗ к 2008 г. на Земле насчитывается 33,4 млн. пациентов, живущих с ВИЧ-инфекцией, при этом число ежегодно заразившихся составляет около 1,5 млн. в год (число ежедневно заразившихся составляло около 14 тысяч человек) [2,5].

Основными очагами распространения ВИЧ-инфекции остаются страны Центральной и Южной Африки, где ВИЧ-инфекция стала уже привычным заболеванием [1–4]. По данным ООН, в ряде стран Центральной и Южной Африки до 15–39% взрослого населения заражено ВИЧ. По оценкам специалистов ВОЗ, 22,5 (20,9–24,3) млн. человек, или 68% от общего числа людей, живущих с ВИЧ, проживают в Африке к югу от Сахары. Сейчас на восемь стран этого региона приходится почти две трети от общего числа всех новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей от СПИДа в мире [5,6]. По данным этой же программы, к примеру, число зараженных ВИЧ-инфекцией беременных женщин в странах данного региона к 2010 г. примерно следующее: в Нигерии – 201 тыс., в Южной Африке – 200 тыс., в Мозамбике – 115 тыс., в Кении – 102 тыс., в Уганде – 75 тыс. и т.п. В настоящее время считают, что каждый сотый житель планеты заражен ВИЧ-инфекцией [5].

Согласно данным, представленным в 2008 г. [7], Программой ЮНЭЙДС/ВОЗ в Докладе о состоянии эпидемии ВИЧ-инфекции, несмотря на «выравнивание глобального показателя распространенности ВИЧ – процента людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), а также на снижение числа случаев новых ВИЧ-инфекций (отчасти в результате воздействия программ по ВИЧ), тем не менее, в 2008 г. в мире проживало 33,4 (31,1–35,8) млн. человек с ВИЧ из них взрослых 31,3 (29,2–31,7 млн.), женщин 15,7 (14,2–17,2 млн.), детей до 15 лет 2,1 млн. (1,2–2,9 млн.) человек.

Количество новых случаев ВИЧ-инфекции составило в 2008 г. 2,7 млн. (2,4–3,0 млн.), при этом взрослые среди них составляли 2,3 млн. (2,0–2,5 млн.), детей среди них было 430 тысяч (240–610 тыс.). Умерло в 2008 г. от ВИЧ-инфекции 2 млн. человек (1,7–2,4 млн.). Взрослые при этом составили 1,7 млн. (1,4–2,1 млн.), а дети до 15 лет 280 тыс. (150–410 тыс.) человек. Для многих стран ВИЧ-инфекция превратилась в «обычное» и весьма распространенное заболевание [3, 6].

Следует отметить, что до сих пор существует расхождение в цифрах заболеваемости (инцидентности) и пораженности (превалентности) по ВИЧ-инфекции, которые дают в отношении РФ специалисты Программы UNAIDS и результаты реальной регистрации, опубликованные в докладах Госкомстата РФ, что, скорее всего, связано с применением различных моделей организации регистрации данного заболевания [6,8].

В России первый случай заболевания отмечен в 1986 г. Именно эта дата и стала исходной для эпидемии СПИДа. Учитывая факт определенной социально-политической изоляции стран Восточной Европы и России в 80-х годах, развитие эпидемии ВИЧ-инфекции запаздывает примерно на 10 лет, однако достаточно

значимыми событиями для развития ВИЧ-инфекции стали такие случаи заражения ВИЧ как события в больницах Элисты, Волгограда, Ростова-на-Дону, когда парентеральным путем (при внутривенном введении) были заражены ВИЧ более 200 детей. Это были первые признаки того, что ВИЧ становится не только проблемой, о которой мы узнаем из средств массовой информации о жизни за рубежом, эта эпидемия пришла в нашу страну и начала стремительно распространяться. Через некоторое время темпы роста количества новых случаев в России превысили показатели стран Южной Африки, где проблема СПИДа уже давно стала не только медицинской, но также социальной и экономической проблемой.

По данным ЮНЭЙДС/ВОЗ на 20 ноября 2007 г. «приблизительно 90% вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфекции в регионе Восточной Европы и Центральной Азии в 2007 г. приходятся на две страны – Россию (66%) и Украину (21%), но также и в других странах, включая Узбекистан, являющегося в настоящее время самым крупным эпидемиологическим очагом в регионе, зафиксирован рост вновь регистрируемых случаев ВИЧ-инфекции (превалентность по данным ВОЗ 2007 г. достигает 58,5 случаев на 100 тысяч населения, при этом процент серопозитивных лиц, употребляющих внутривенные наркотические препараты составляет 40%)».

Аналогичная тенденция наблюдается и на Украине: серопозитивными являются более 40% внутривенных наркоманов, проживающих в самых крупных городах Украины – Одессе, Симферополе, Донецке (от 25 до 39,9% наркоманов из Киева, Полтавы и Херсона так же являются серопозитивными). В соседней Беларуси цифры серопозитивных наркоманов менее значительны и составляют от 10 до 24% в Минске, и менее 10% наркоманов, взятых на учет в других городах.

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении, ВИЧ-инфекция остается актуальной проблемой, как для России, так и для Приморского края. За весь период от начала регистрации ВИЧ-инфекция заболеваемость с незначительных темпов роста и единичных случаев к 2000 г. Приобрела эпидемический характер. Однако за последние три года в Приморском крае наметилась стабилизация заболеваемости ВИЧ-инфекцией с незначительной тенденцией к снижению. Количество зарегистрированных пациентов с ВИЧ-инфекцией на 1октября 2009 г. составил 8482 человека, в 2008 г. – 7756 человек, в 2007 г. – 6732 человека, в 2006 г. – 5276 человек (интенсивный показатель при этом соответственно в 2009 г. составил 30,2; в 2006 г. – 31,7; в 2005 г. – 32,1; в 2004 г. – 32,5).

Целью нашего исследования являлось оценить некоторые эпидемиологические аспекты в заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Приморском крае и дать рекомендации по интерпретации полученных данных.

Материалами и методами служили данные отчетной документации, включая ф.61 «Сведения о контингентах, больных ВИЧ-инфекцией» за период с 2000 по 2008 гг.

Результаты и обсуждение.

Согласно данным результатов отчетных документов, по заболеваемости ВИЧ-инфекцией достигнута стабилизация в 2009 г. в сравнении с 2008 г. (инт. показатель 2009 г. составил 30,2; инт. показатель 2008 г. – 30,6). В 2009 г. кумулятивный показатель по ВИЧ-инфекции составил 8482 человека, детей – 79 человек (66 детей рождены от ВИЧ-инфицированных матерей с установленным диагнозом).

Умерло в 2009 г. 1913 ВИЧ-инфицированных пациентов (из них 11 детей). С диагнозом СПИД в Приморском крае в 2009 г. было зарегистрировано 172 человека (158 из них умерли). В 2008 г. на территории Приморского края было зарегистрировано 7909 пациентов с ВИЧ-инфекцией (из них 77 детей, 64 из которых появились на свет от ВИЧ-инфицированных матерей с установленным диагнозом). Умерло в 2008 г. 1905 ВИЧ-инфицированных (из них 11 детей). Диагноз СПИД был выставлен в 2008 г. 171 пациенту (157 из них скончались к концу 2008 г.).

Необходимо отметить, что обследовано на ВИЧ в 2009 г. 7860 человек, при этом выявлено 15 новых случаев, в 2008 г. обследовано 5145 человек, впервые выявлено 17 новых случаев. В 2007 г. в крае было зарегистрировано 7000 человек, из них 20 детей (11 из которых появились у матерей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции). Умерли в 2007 г. 1297 пациентов с ВИЧ-инфекцией (четверо из которых были детьми). За 2006 г. в г. Владивосток впервые выявлено 104 случая ВИЧ-инфекции (17,3), в 2005 г. – 121 случай (19,62). 2004 г. – 176 случая (28,4). В городе, как и в крае, несмотря на значительный рост общего числа случаев заражения ВИЧ инфекцией, отмечается определенная стабилизация эпидемии. Резкий подъем заболеваемости к 2001 г. в Приморском крае был обусловлен вовлечением в эпидемический процесс лиц, употребляющих наркотические вещества инъекционным способом, доля которых и в 2006 г. составляет 78,5%.

Сохраняется тенденция к распространению ВИЧ-инфекции половым путем. За истекший 2006 г. от ВИЧ+ матерей родилось 8 детей. С перинатальным контактом наблюдается на диспансерном учете 22 человека. Всего умерло 1042 ВИЧ-инфицированных. Наиболее высокий темп прироста заболеваемости отмечен среди возрастной группы от 18 до 30 лет. В эпидемический процесс с начала анализируемого периода вовлечена часть населения, ведущая наиболее активный образ жизни, состоящая из лиц в возрасте от 20 до 45 лет. Основными путями распространения инфекции остаются половой, парентеральный (при употреблении наркотических препаратов).

Тем не менее, необходимо отметить и возможность (хотя бы и гипотетическую!) в условиях нашего края распространения ВИЧ-инфекции путем заноса в лечебно-профилактические учреждения.

За проанализированный нами период (2001–2006 гг.) зарегистрировано 530 заносов ВИЧ. Из них 9,5% занимают частные учреждения, 14% – роддома.

Количество повторных заносных случаев ВИЧ-инфекции в лечебно-профилактические учреждения постоянно возрастает, что создает угрозу возможного инфицирования персонала и пациентов. В основном это инфекционные, хирургические, терапевтические отделения. Проведен корреляционный анализ ВИЧ/СПИД за последние 5 лет. Показатель равен 0,7, что указывает на связь средней силы.

Так же было установлено, что наблюдается очень низкий процент выявляемости ВИЧ-инфицированных в амбулаторно-поликлинической службе. Так за прошлый год только в 4-х поликлиниках из 12 выявлены лица с положительным результатом обследования на ВИЧ при помощи иммуноблоттинга. По доступным данным отчетов ЛПУ о результатах исследования крови на ВИЧ за 2006 г. обследования по эпидемиологическим показаниям проводились у 1788 человек из 283345, что свидетельствует о недостаточном уровне эпидемиологических расследований в лечебных учреждениях, работающих с ВИЧ-инфицированными. Количество обследований на ВИЧ-инфекцию в ЛПУ города разные, что свидетельствует о качестве работы с пациентами, подлежащими обследованию.

В ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае» организована совместная работа с госпитальными эпидемиологами ЛПУ по эпидемиологическому расследованию «заносных» случаев, что позволяет провести своевременно сбор эпидемиологического анамнеза и реализовать комплекс противоэпидемических мероприятий, направленных на локализацию очага ВИЧ-инфекции. Исходя из изложенного видно, что эпидемический процесс ВИЧ-инфекции в Приморском крае в 2009 г. после периода снижения (2002–2004 гг.) стабилизировался, что, с одной стороны, свидетельствует об эффективности проводимых мероприятий по противодействию распространения заболеваемости, но, с другой стороны, стабилизация произошла на уровне, вдвое превышающем средне российский показатель. Поэтому в крае следует продолжать весь комплекс мероприятий по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД.

Выводы: таким образом, становится очевидным, что приоритетными направлениями профилактической деятельности ВИЧ-инфекции остаются:

- совершенствование эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией;
- безопасность гемотрансфузионной терапии;
- профилактика профессиональных заражений и безопасность медицинских манипуляций;
- повышение роли и значимости основных принципов госпитальной гигиены в профилактике внутрибольничной профессиональной заболеваемости персонала ЛПУ.

Учитывая актуальность полового пути передачи на данном этапе эпидемии ВИЧ, основными мерами должны стать половое просвещение населения, в первую очередь подростков и молодежи, а также проведение комплекса мероприятий по профилактике вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобков А.Ф., Покровский В.В, Селимова Л.М. и др. // Вопр. вирусол. 1997 № 6. С. 13–16.

2. Методические рекомендации по проведению работ в диагностических лабораториях, использующих метод полимеразной цепной реакции. Основные положения / Покровский В.В., Федоров Н.А., Шипулин Г.А. и др. М. 1995. 49 с.

3. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. М. 1996. 302 с.

4. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции». М. 2011. 24 с.

5. Danziger R. An epidemic like any other? Rights and responsibilities in HIV prevention. // BMJ. 1996. T. 312. P. 1083–1084.

6. Dennin R.H., Lafrenz M., Sinn A. at al. Dilemma of concepts and strategies for the prevention of spread of HIV in relation to human behavior, law and human rights.// J. Zhejiang Univ. Sci B. 2011. Vol. 12(7). P. 591–610.

7. Tsertsvadze T., Kakabadze T., Shermadini K. at al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV: the Georgian experience. // Centr. Europ. Journ/ of public health. 2008. Vol.16(3). P.128–133.

8. Wang F.K., Nie Y., Liu J., Hou Z.H. Analysis of prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) work in Zhumadian city, 2001-2009 // Chin. Journ. of prevent. Med. 2009. Vol. 43(11). P. 988–990.

A.V. Martynova, E.D. Kovaleva, O.I. Pavlov, O.A. Chulakova

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF HIV MORBIDITY IN PRIMORSKY REGION (ON DATA OF 2000-2009)

Department Epidemiology of VSMU;. Region Skin and Venereal clinic; policlinic of the hospital for war veterans, Vladivostok.

In the article there are presented data on the incidence of HIV infection morbidity between from 2000 to 2009. Presents data on the incidence and prevalence of morbidity of HIV infection, both at the global level and at the level of morbidity in some CIS countries. Also analyzed the incidence and some aspects of epidemiology of HIV infection in Vladivostok and Primorsky region. The role of the HIV infection in the formation of in-hospital morbidity as drifts and concluded that the possible counter-measures against this problem.

Key words: HIV infection, morbidity, epidemiology.

Контактная информация: Мартынова Алина Викторовна, д.м.н., кафедра эпидемиологии, Владивостокский государственный медицинский университет, пр. Острякова 2, Владивосток.

E-mail: clinmicro@yandex.ru

© В.А. Петров, А.Г. Черток, 2011 г.

УДК 613.2

В.А. Петров, А.Г. Черток

СОВМЕСТНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ГИГИЕНЫ ВЛАДИВОСТОКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (ВГМУ) И ФГУЗ «ЦЕНТР ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ» В 2006-2010 ГОДАХ

Владивостокский государственный медицинский университет

Прошедшее 5-летие ознаменовалось значительной интенсификацией совместной научно-практической деятельности (НПД) специалистов ВГМУ и ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае» (далее – ФГУЗ). На наш взгляд, данное обстоятельство – результат истинной заинтересованности сегодняшнего руководства ФГУЗ в обсуждаемой совместной деятельности в рамках эффективно функционирующего учебно-научно-производственного комплекса. Постулат «Наука – непременное условие эффективной практической деятельности» для руководства ФГУЗ стал не просто лозунгом, а руководством к целенаправленным действиям.

Активно, с нарастанием темпов, плодотворно развивалась и развивается совместная НПД с ФГУЗ кафедры гигиены ВГМУ, которая осуществляется в следующих основных направлениях:

1) совместное редактирование материалов, отражающих результаты творческого сотрудничества в рамках НПД;

2) формирование программ совместной НПД;

3) выполнение научно-практических работ (НПР) в рамках договоров о творческом сотрудничестве;

4) совместные публикации результатов НПД;

5) доклады по результатам совместной НПД на научных и научно-практических форумах различного уровня;

6) совместная разработка гигиенических и методических рекомендаций и внедрение их в практику.

Тематика совместной НПД в прошедшем 5-летии определялась, прежде всего, основным научным направлением кафедры, развиваемым в рамках долгосрочной (2001–2010 гг.) плановой темы «Научное обоснование и разработка мероприятий алиментарной профилактики массовых неинфекционных заболеваний в Дальневосточном регионе» (номер государственной регистрации 01200012181). Причем преподаватели кафедры обоснованно полагают, что успешное выполнение указанной выше темы без участия специалистов ФГУЗ было бы невозможным.

Под руководством доцента А.Г. Черток выполнен также ряд совместных НПР по проблемам радиационной гигиены.

По основному научному направлению выполнен ряд весьма актуальных совместных исследований, например:

1) Физиолого-гигиеническая оценка фактического питания в санаториях Приморского края;

2) Комплексная гигиеническая оценка питания лиц пожилого возраста, проживающих в г. Владивосток, с различными формами организации питания;

3) Гигиеническая оценка состояния фактического питания детей в дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) г. Владивосток;

4) Гигиеническая оценка состояния фактического питания детей – воспитанников домов-интернатов;

5) Физиолого-гигиеническая оценка питания на судах научно-исследовательского флота ДВО РАН (совместная НПР с управлением Роспотребнадзора по Приморскому краю);

6) Гигиеническая оценка состояния фактического питания плавсостава транспортного флота ДВМП (совместная НПР с управлением Роспотребнадзора по Приморскому краю).

Из приведенного перечня следует, что кафедра гигиены в своей совместной НПД не ограничивается

сотрудничеством с ФГУЗ. Отдельные работы выполняются при активном участии специалистов управления Роспотребнадзора по Приморскому краю.

В представляемой публикации не приводятся основные результаты перечисленных НПР. Они представлены в публикациях, в т.ч. совместных, или готовятся к публикации.

Следует отметить весьма позитивный аспект в совместной НПД: ФГУЗ не только активно поддерживает инициативы кафедр ВГМУ и в полной мере принимает участие в их реализации, но и само инициирует выполнение отдельных НПР. Так, например, из перечисленных выше совместных исследований по основному научному направлению кафедры – 2 выполнено по инициативе ФГУЗ.

В 2009 г. совместная НПД ВГМУ, в т.ч. и кафедры гигиены, и ФГУЗ вышла на новый уровень. А именно, по инициативе ФГУЗ была сформирована долгосрочная программа комплексных НПР до 2013 г. Из семи запланированных основных совместных НПР в двух научное руководство и непосредственное участие в выполнении работ – прерогатива кафедры гигиены:

1. Изучение питания различных групп населения (сроки исполнения 01.01.2010–31.12.2013, научный руководитель – профессор В.А. Петров).

2. Формирование доз облучения персонала и населения при проведении рентгенодиагностических процедур до и после реализации национального проекта «Здоровье» (сроки исполнения 01.01.2010–31.12.2011, научный руководитель – доцент А.Г. Черток).

Первая тема успешно выполняется, а вторая завершена досрочно.

В таблице 1 представлены сводные показатели совместной НПД в 2006–2010 гг.

Как видно из представленных в таблице 1 данных, имеет место и разнообразие форм совместной НПД, и достаточно высокие количественные характеристики реализации этих форм.

Анализируя реализованную совместную НПД за 5-летие, мы попытались систематизировать положительные эффекты этой деятельности для ФГУЗ и для кафедры гигиены (таблица 2).

Из материалов таблицы 2 со всей очевидностью следует, что дальнейшее развитие совместной НПД – необходимый процесс, обеспечивающий выход сотрудничающих структур на новый, более высокий профессиональный уровень.

Из перечисленных эффектов совместной НПД одним из важнейших авторы считают широкое привлечение к выполнению НПР студентов всех специальностей подготовки. Всего за прошедшее 5-летие к данной работе преподавателями кафедры гигиены было привлечено 54 студента: 29 в составе студенческого научного общества (СНО), 25 – в форме УИРС.

Эффективность данного аспекта НПД трудно переоценить в связи с известной проблемой подготовки современных студентов – значительным снижением мотивации к обучению, в том числе по дисциплинам профессиональной подготовки. В данном случае, конечно же, не приходится констатировать радикальное решение указанной проблемы, однако, любые положительные, поступательного характера, шаги в данном плане должны приветствоваться.

Выше отражены положительные аспекты совместной НПД. Вместе с тем, имеются факторы негативного плана, существенные резервы дальнейшего ее развития. В частности, не во всех случаях имеет место должная активность отдельных специалистов ФГУЗ и преподавателей кафедры, сложности взаимодействия при решении проблем организационного обеспечения НПД. Можно назвать и другие нереализованные в полной мере возможности. Вместе с тем, вполне очевидно, что если мы в полной мере осознаем недостатки обсуждаемой деятельности (и представители ФГУЗ, и преподаватели кафедры гигиены), то имеются все основания для оптимистического прогноза в развитии совместной НПД.

Таким образом, как видно из представленного материала, совместная НПД ФГУЗ и кафедры гигиены в последние годы успешно развивается и есть все основания для сохранения и повышения уровня установленного тренда в последующие годы.

Таблица 1

Количественная характеристика совместной НПД кафедры гигиены и ФГУЗ в 2006–2010 гг.

№	Показатели НПД	Количество
1.	Выполнение НПР в рамках договоров о творческом сотрудничестве	5
2.	Выполнение НПР в рамках долгосрочной программы комплексных НПР	2
3.	Совместное редактирование сборников НПР	1
4.	Выполнение отдельных научных разработок	14
5.	Совместные публикации, всего	12
6.	Публикации в изданиях рецензируемых ВАК	6
7.	Выступления с докладами на научных и научно-практических форумах по материалам совместной НПД	7
8.	Разработка и внедрение гигиенических и методических рекомендаций	12
9.	Выполнение кандидатской диссертации СП специалистом ФГУЗ под руководством заведующего кафедрой	1

Таблица 2

Эффекты совместной НПД ФГУЗ и кафедры гигиены ВГМУ

№	Эффекты совместной НПД для ФГУЗ	№	Эффекты совместной НПД для кафедры гигиены ВГМУ
1.	Совершенствование (объективизация) государственного санитарно-эпидемиологического надзора	1.	Интенсификация и углубление научно-исследовательской работы (НИР)
2.	Повышение профессионального уровня санитарных врачей	2.	Совместная НПД – непременный залог успешного выполнения плановой НИР
3.	Расширение и углубление информационного базиса профессиональной деятельности	3.	Значительное расширение тематического ассортимента НИР
4.	Повышение качества аналитических материалов	4.	Повышение профессионального уровня преподавателей за счет совершенствования их практической подготовки
5.	Повышение качества практической подготовки интернов	5.	Повышение качества образовательного процесса, в т.ч. за счет внедрения результатов совместной НПД в образовательный процесс
6.	Обеспечение профессионального роста (получение или подтверждение соответствующих врачебных категорий)	6.	Более широкое привлечение студентов к выполнению НИР (СНО), курсовых работ (учебно-исследовательская работа – УИРС)
7.	Выход в информационное пространство системы Роспотребнадзора (публикации, доклады)	7.	Повышение уровня мотивации студентов к освоению учебных дисциплин, преподаваемых на кафедре
8.	Интенсификация реализации методических функций (гигиенические и методические рекомендации)	8.	Выход в информационное пространство системы Роспотребнадзора (публикации, доклады)
9.	Повышение уровня удовлетворенности своей профессиональной деятельностью	9.	Интенсификация методической деятельности (гигиенические и методические рекомендации)
10.	Повышение авторитета работников всех звеньев и управленческих уровней ФГУЗ	10.	Интенсификация и повышение эффективности внедренческой деятельности

V.A. Petrov, A.G. Chertok

COOPERATIVE RESEARCH AND PRACTICES OF THE DEPARTMENT HEALTH VLADIVOSTOK STATE MEDICAL UNIVERSITY AND «CENTER FOR HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY PRIMORSKY REGION» IN 2006-2010

Vladivostok State Medical University

The publication presents the main results and some characteristics of the joint scientific and practical activities «Center for Hygiene and Epidemiology Primorsky region» and the Department of General Hygiene VSMU in 2006-2010. Marked by progressive of positive dynamics of the activity, its extension and deepening. Presents the effects of joint NAP for the Department of Health and «Center for Hygiene and Epidemiology in the Primorsky Region».

Key words: Center for Hygiene and Epidemiology in the Primorsky Region; Department of General Hygiene VSMU; research and practices.

Контактная информация:

Петров Владимир Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей гигиены Владивостокского медицинского университета.

690002, г. Владивосток, Океанский проспект, 163, ВГМУ, учебный корпус № 4 (кафедра гигиены). Телефон: 45-74-45 (кафедра гигиены).

E-mail: gigienapetrov@mail.ru.

© Б.Г. Андрюков, 2011 г.
УДК 359.6

Б.Г. Андрюков

ГРАФИНЯ ИГНАТЬЕВА – СЕСТРА МИЛОСЕРДИЯ ВЛАДИВОСТОКСКОГО МОРСКОГО ГОСПИТАЛЯ

Военно-морской клинический госпиталь Тихоокеанского флота, Владивосток

Жизненный путь Екатерины Николаевны Игнатьевой поистине необычен. Начавшись при Императорском дворе и великолепных салонах Петербурга, в кругу блестящих представителей столичного бомонда, он пролегает через уединенную монашескую келью Свято-Троицкой общины, болезни и страдания, милосердие и самоотвержение, через поля сражений и сопки Маньчжурии, окопы Первой мировой войны и трагически обрывается под стук колес санитарного поезда.

Ключевные слова: Е.Н. Игнатьева, Владивостокский морской госпиталь

Во Владивостокском морском госпитале трудились личности, одно упоминание о которых дает дополнительный повод для гордости и уважения к истории этого старейшего на Дальнем Востоке лечебного учреждения. Одной из таких легендарных личностей является сестра милосердия графиня Екатерина Николаевна Игнатьева, замечательная женщина с уникальной и героической судьбой. Она принадлежит к той плеяде подвижниц милосердия, которая сформировалась в дореволюционной России в период развития сестринского движения по оказанию помощи раненым в условиях то и дело возникающих войн.

Все ли помнят Екатерину Игнатьеву? Многие даже не слышали ее имени. К сожалению почти не осталось сведений о ее необыкновенной жизни. Жизни – легенды, жизни – подвига. Судьба этой блистательной столичной красавицы, фрейлины (почетной дамы) в свите Императрицы и скромной сестры милосердия поражает своей трагичностью, а короткая жизнь, ставшая значительным явлением в истории русского общества, – самопожертвованием и героизмом. Сама же Е.Н. Игнатьева, безусловно, заслуживает уважения и благодарной памяти потомков.

Екатерина Николаевна родилась 1 апреля 1869 г. в Константинополе в семье генерал-адъютанта Его Императорского Величества, чрезвычайного и полномочного посла в Турции Николая Павловича Игнатьева (1832–1908 гг.), потомственного дворянина. Выпускник Пажеского корпуса и Императорской Военной академии, он вошел в историю России как блистательный дипломат и самый молодой генерал русской армии (в 26 лет).

Именно благодаря тонкому дипломатическому искусству Н.П. Игнатьева, Россия в 1859 г. закрепила за собой территории Амурского и Уссурийского краев. Дипломатическая карьера блистательного молодого дипломата развивалась стремительно: чрезвычайный посланник в Китае, генерал-адъютант Его Императорского Величества,

Графиня Игнатьева Екатерина Николаевна

директор азиатского департамента Министерства иностранных дел. С марта 1867 г., уже в звании генерал-лейтенанта, он назначается чрезвычайным и полномочным послом в Турции, а 10 лет спустя, Николай Павлович получил графский титул и стал членом Государственного Совета.

Мать Е.Н. Игнатьевой, княжна Екатерина Леонидовна Голицина, слыла одной из самых умных, красивых и образованнейших дам высшего общества. Всю свою жизнь Е.Л. Голицина была верной спутницей и помощницей своего мужа, до конца своих дней оставалась столпом своего разросшегося семейства, любящей и строгой бабушкой

для многочисленных внуков. У Игнатьевых была большая и дружная семья: пять сыновей и две дочери. По материнской линии Екатерина Николаевна приходилась внучатой племянницей героя Отечественной войны 1812 г. М.И. Голенищева-Кутузова.

История сохранила немного сведений о жизни Е.Н. Игнатьевой. Вероятно, получив прекрасное образование, она была представлена ко двору, стала фрейлиной Императрицы Марии Федоровны и вскоре, благодаря своей очаровательной внешности, стала одной из самых блистательных красавиц Петербурга. Еще будучи барышней на петербургских балах, она сразу же покорила сердца молодых людей. Вскоре она обратила на себя внимание Великого князя Михаила Михайловича, полковника лейб-гвардии Егерского полка. Он влюбился в Екатерину, стал частым гостем в доме графа Н.П. Игнатьева и вскоре сделал ей официальное предложение. Предложение было принято, но Александр Ш, узнав о сватовстве, не дал разрешения на морганический брак, под предлогом недостаточной знатности рода Игнатьевых. Великий князь был отправлен в Европу на год, где он вскоре женился в Италии на графине де Торби (Софье Меренберг), внучке А.С. Пушкина, без согласия своих родителей и разрешения командира полка, а также без согласия Государя Императора Александра III, известного своей строгой привязанностью к долгу равнородного христианского брака в Императорской Фамилии, которую должен исполнять без исключения каждый член Дома Романовых. В то время офицерам разрешалось жениться только с разрешения командира. Не сделали исключения и для Великого князя – за самовольную женитьбу он был уволен с военной службы. Разгневанный Александр Ш брака не признал, лишил Михаила Михайловича всех прав, и запретил возвращаться в Россию.

Чтобы залечить незаслуженно нанесенную ей рану, Катерина посвятила всю свою оставшуюся жизнь работе сестры милосердия. В 1892 г. она покинула двор и поступила в первую в России и учрежденную по инициативе Великой княгини Александры Николаевны в Санкт-Петербурге Свято-Троицкую общину сестер милосердия. Там она прошла обучение и получила необходимые знания по уходу за ранеными и больными, основам фармации, теоретическому курсу медицины.

Согласно уставу общины, все поступившие в общину женщины, пожелавшие стать сестрами милосердия, независимости от сословия в течение трех лет пребывали в статусе испытуемых. В течение этого времени проверялись их нравственные и деловые качества. Кроме того, кандидатки в сестры *«подвергались, в отношении способностей своих хождению за больными, испытанию доктора»,* который сообщал о его результатах начальнице общины и управлявшему ею комитету. Комитет принимал решение о присвоении испытуемой звания Сестры Милосердия. Как и все сестры общины, после испытательного срока в 1895 г. Екатерина Игнатьева была приведена священником к Присяге Сестры Милосердия и получила особый знак – золотой нагрудный крест с надписью «Всех скорбящих радость» на одной стороне и «Милосердие» на другой, который носился на зеленой ленте.

Устав Свято-Троицкой общины не только регламентировал жизнь сестер милосердия, но и вносил в нее достаточно серьезные ограничения. Так, сестры не могли иметь в общине собственной мебели и одежды. Они не получали жалования и не могли держать при себе денег. Все, что сестрами получалось за услуги (деньги, подарки) принадлежало общине. Отлучаться с территории общины и принимать гостей сестрам позволялось лишь с разрешения надзирательницы. Посетители, в том числе, родственники, могли видеться с сестрой не чаще двух раз в неделю и исключительно в специальной приемной зале.

В отличие от европейских подобных заведений сестрам милосердия Свято-Троицкой общины предлагалось давать не временный, а пожизненный обет целомудрия и безбрачия. Некоторые сестры, принимали монашеский постриг.

В конце XIX в. руководство общины приняло решение свернуть все иные направления деятельности и сосредоточиться только на помощи больным. Особой известностью пользовалась женская больница общины, которая находилась по адресу ул. 2-я Советская, 2, где в наши дни располагается Российский НИИ гематологии и трансфузиологии. Женская больница принимала у себя бедных больных женщин разных возрастов и званий и представляла собой нечто вроде современного хосписа. В этой больнице и начала свою милосердную деятельность графиня Игнатьева.

К основным обязанностям сестер относились суточные дежурства в больнице (1 раз в 4–5 дней), работа в амбулатории, аптеке. Сестры милосердия общины исполняли свои обязанности, как в самой общине, так и в больницах и в «жилищах бедных страждущих». Они ежедневно работали в Первом Санкт-Петербургском сухопутном госпитале, в основном проводя перевязки. Такой труд требовал достаточно высокой квалификации. По уставу общины, *«доктор обращает особое внимание на приспособление сестер к хождению за больными и в полном смысле сего слова и преподает им, во время дежурства в больнице, предметы и обязанности фельдшерские, исключая жильного кровопускания».*

С больницей Свято-Троицкой общины активно сотрудничали известнейшие врачи эпохи: Н.Ф. Арендт, Н.И. Пирогов, Н.Ф. Здекауэр, Е.В. Павлов и многие другие. В конце XIX – начале XX века в больнице функционировала «Палата в память В.М. Приселковой для женщин, страдающих раком» – прообраз современных хосписов.

Практически с момента возникновения общины сестры не замыкались в ее стенах, а несли свет своего служения всем страждущим, вначале в Петербурге, а затем за его пределами и за границей Империи.

В начале XX в. Екатерина Игнатьева работала сестрой милосердия в Китае во время Ихэтуаньского восстания. В июне 1900 г. по распоряжению Главного управления Российского общества Красного Креста (РОКК) она в составе отряда сестер милосердия была направлена в Забайкалье, где формировались воинские части русской армии для подавления восстания. Началась изнурительная и героическая работа без передышки и сна. Вместе с другими служительницами милосердия она работала в лазаретах Приамурья, Порт-Артура и Манчжурии, иногда перевязывая и ухаживая за ранеными на передовых позициях, в полуразрушенных фанзах, претерпевая множество лишений от неустроенности, скудного питания и морозов.

Из описания очевидца: *«Подвижной лазарет Красного Креста шел, тем временем, за главными силами и, выбрав место для перевязочного пункта в деревушке, стал разбивать палатки. Уполномоченный С. В. Александровский находился с летучим санитарным отрядом в боевой линии. Врач Ануфрович и братья милосердия перевязывали раненых на месте боя и доставляли их на перевязочный пункт.*

На перевязочном пункте Красного Креста в этот день собрался весь его состав: Александровский, врачи Крестовский, Ануфрович, Вествотер и сестры милосердия: графиня Игнатьева, Ахрютина, Лабутина, Еремина и Кузьмина... Все были заняты своим делом и помогали раненым… Сестры милосердия прямо выказали себя героинями и проявили удивительное мужество. Под пулями они продолжали перевязывать раненых и ни одна не подумала спасаться за каким-либо прикрытием».

Героическая и плодотворная деятельность графини Игнатьевой на поле брани в период подавления Ихэтуаньского восстания была отмечена медалью «За храбрость» на Георгиевской ленте за перевязку раненых под неприятельским огнём.

В сентябре 1902 г. Е.Н. Игнатьева вместе со сводным отрядом сестер милосердия возвращается в Санкт-Петербург и продолжает работать в больницах и госпиталях города.

Во время Русско-Японской войны графиня Игнатьева в числе первого отряда из 17 сестер милосердия была командирована в Маньчжурию в распоряжение РОКК. Естественно, что с первых же дней войны она постаралась попасть в самые передовые части.

На передовых позициях сестра милосердия Екатерина Игнатьева перевязывала раненых, ассистировала хирургам при операциях, выхаживала больных... Она была не только сестрой милосердия, но мыла и стирала, кормила и подбадривала, хоронила и сообщала родным о смерти их сыновей, мужей или братьев.

О работе Екатерины Николаевны в Маньчжурии упоминает в своих дневниках Д.Г. Янчевецкий: *«Не малая заслуга в смысле сближения с китайским населением принадлежит отряду Кр. Креста С. Александровского. Через несколько дней после занятия Мукдена – в нем уже был устроен Александровским и всеми деятелями и деятельницами его отряда, первостепенный госпиталь, прекрасно оборудованный и снабженный всем необходимым. Не только русские, но даже китайцы лечились в этом госпитале и встречали самый заботливый уход и братское отношение.*

Среди ревностных тружениц – сестер милосердия этого отряда находилась графиня Екатерина Николаевна Игнатьева, дочь бывшего посланника в Китае генерал-адъютанта графа Н.П. Игнатьева. Она проводила дни и ночи у изголовья раненых и больных солдат, подолгу беседовала с ними, читала им книжки. Солдаты любили ее как родную сестру и называли ее "Красным солнышком"».

Казалось бы, графиня Игнатьева была к началу войны уже достаточно опытной сестрой милосердия и она, конечно, представляла себе, что ожидает её на театре боевых действий. Однако реальность грязью, кровью, страданиями превзошла всякие представления. Эта война способна была помутить рассудок даже крепких мужчин. С передовой привозили покалеченные тела, которые мало напоминали человеческие, а ведь ещё вмешивались обычные бытовые проблемы.

О русско-японской войне и встречах с Екатериной Игнатьевой оставил воспоминания её двоюродный брат штабс-капитан граф А.А. Игнатьев (будущий генерал-лейтенант Советской армии): *«Пробираясь между двуколками, китайскими арбами и громоздкими четырехколесными фургонами, напоминавшими екатерининскую эпоху, я не без труда добрался, наконец, до походной солдатской палатки, в которую можно было влезть только ползком. Катя страшно обрадовалась моему приходу. Я же не мог скрыть чувства невольной жалости к ней.*

– Что ты, что ты! – сказала она мне. – Посмотри, какая у меня чудная циновка! Она так хорошо спасает меня от грязи. Она и раненых спасала… Катя сразу безудержно стала раскрывать передо

мною картины отступления. Она рассказывала, как трудно было устроить раненых, какой беспорядок господствовал в тылу. Она еще не ругала Куропаткина, но обвиняла во всем высших начальников. И рассказывала о самоотверженных подвигах солдат, санитаров и младших командиров.

Горел фонарик со свечкой, освещая когда-то жизнерадостное, но уже измученное и постаревшее лицо Кати. Мне так хотелось ей услужить, но я даже ничего и не посмел предложить. Ни о прошлом, ни даже о родных мы не проронили ни слова. Оба мы уже стали маньчжурцами».

Весной 1905 г. Катерина Игнатьева вместе с группой сестер милосердия Свято-Троицкой общины из Манчжурии отправляется во Владивосток в надежде встретить здесь своего младшего брата Владимира, который в составе Тихоокеанских эскадр должен был прорваться во Владивосток. Е.Н. Игнатьева устраивается на работу в Морской госпиталь.

Для прибывших сестер милосердия была снята частная квартира в Докторской слободке напротив госпиталя. Вскоре все они были распределены по отделениям. Известно, что Игнатьева работала в 1-м хирургическом отделении, размещавшемся в помещении современной травматологии. Отделение было постоянно переполнено. В условиях недостатка постельного белья, перевязочного материала и больничной одежды в обязанности сестер милосердия входило не только уход за ранеными и больными, помощь при перевязках и операциях, но и забота об обеспечении раненых всем необходимым. Главную роль в решении этого вопроса сыграли многочисленные пожертвования, сделанные во время войны общественными организациями, обществами Красного Креста, а также частными лицами.

Вновь вернемся к воспоминаниям А.А. Игнатьева: *«Пропуска в Россию я не получил. Комендант заявил, что раньше, чем через десяток дней отправить меня он не сможет. Сидеть в грязной яме, которую представлял собой тыловой Харбин, я не пожелал и на следующее же утро выехал во Владивосток. Хотелось повидать эту тихоокеанскую жемчужину: большой морской порт, защищенный знаменитым Русским островом, рейд, на котором, по словам наших моряков, мог вместиться весь английский флот. Там же, в морском госпитале, работала сестрой милосердия моя двоюродная сестра Катя Игнатьева.*

Во Владивостоке жизнь как будто протекала еще нормально. Правда, Катя уверяла, что в госпитале ощущалось какое-то глухое брожение: падала дисциплина среди санитаров, рвались на родину выздоравливающие матросы…».

Вскоре Екатерина Николаевна получила печальное известие. Во время Цусимской трагедии погибли брат Владимир (лейтенант на броненосце «Александр III») и двоюродный брат Алексей Зуров (капитан 2 ранга на крейсере «Светлана»).

В Цусимском сражении погибли тысячи русских моряков, о которых в памяти остались лишь слова: «Не скажет ни камень, ни крест, где легли во славу мы русского флота». Именно поэтому мать Катерины – Екатерина Леонидовна Игнатьева установила в Круподеринцах около храма-усыпальницы двухметровый крест на огромном гранитном монолите-постаменте с корабельными якорями у подножия и надписью: *«Крест сей воздвигнут в 1914 году в молитвенную память лейтенанта гвардейского экипажа графа Владимира Игнатьева, капитана 2 ранга Алексея Зурова и всех наших славных моряков, с честью погибших в Цусимском бою 14–15 мая 1905 года».* Так село Круподеринцы стало единственным местом на Украине, где установлен памятник всем морякам, погибшим в Цусимском сражении. Случайно замеченный через сто лет ветеранами Тихоокеанского флота этот памятник стал причиной воскрешения памяти об Игнатьевых на Дальнем Востоке.

После Цусимского сражения прорвавшиеся крейсер «Алмаз» и эсминцы «Грозный» и «Бравый» 16–17 мая доставили в госпиталь еще 150 раненых моряков. Екатерина Игнатьева вместе с другими сестрами милосердия и медицинским персоналом госпиталя приняла участие в оказании необходимой помощи всем раненым, проявляя при этом истинный профессионализм, самоотверженность и верность своему долгу. В санитарном отчете по флоту была особо отмечена работа в период войны госпитальных сестер милосердия: *«… своим добросовестным и по истине идеальным отношением к делу внесли немало свету и отрады в тяжелое положение раненых и больных».*

За отвагу и мужество, проявленными в период русско-японской войны, Е.Н. Игнатьева была награждена двумя Георгиевскими медалями. По статусу этими медалями награждались нижние чины и в том числе фельдшера и санитары, которые *«находясь в течение всего боя в боевой линии, под сильным и действительным огнём, проявляя необыкновенное самоотвержение, будут оказывать помощь раненым или, в обстановке чрезвычайной трудности, вынесут раненого или убитого».*

Жизнь Екатерины Николаевны в эти годы напоминает, скорее, медленное самоубийство. Полное отрешение себя для прошлой жизни, словно, обретя внутренний покой и смысл жизни, Екатерина Николаевна решила пройти этот милосердный отрезок жизни до конца и ни при каких обстоятельствах не желала возвращаться в прежний круг.

В 1912 г. во время Балканской войны 1912–1913 гг. Екатерина Игнатьева отправилась сестрой мило-

сердия в Болгарию. В апреле 1913 г. она побывала в Шипке, и оставила свой автограф в Книге Памяти храма-памятника Рождества Христова: *«Неизгладимое, величественное и умилительное впечатление сделал на меня шипкинский храм с его золотыми главами среди Балкан, там, где пало столько славных мучеников-борцов за высокую идею: освобождение от тяжелого векового ига своих братьев болгар. Вечная память всем павшим героям, как тут, так и во всей долине, и во всей Болгарии! Пусть память о них служит нераздельными узами между нашими братскими народами. Пусть не умрет и память о моем незабвенном отце – создателе этого храма-памятника! Спасибо отцу Ферапонту, сумевшему своей горячей русской душою украсить это святое для каждого русского место!»*.

В сентябре 1914 г. петербургская газета «Вечернее время» сообщала об отъезде графини Екатерины Николаевны Игнатьевой на театр военных действий и некоторые подробности о ней.

«Графиня Игнатьева считалась одной из наиболее опытных сестёр милосердия, стаж благородной деятельности которой составлял более двадцати лет. В качестве сестры милосердия графиня находилась в Китае во время крестьянского восстания 1898-1901 гг., а затем в Маньчжурии, помогая раненым в русско-японской войне. В мирное время Игнатьева работала в Свято-Троицкой общине в Петербурге».

Во время Первой мировой войны Екатерина Николаевна работала старшей сестрой военно-санитарной организации Великой княгини Марии Павловны.

Она умерла 16 ноября 1914 г. в Варшаве на боевом посту, заразившись столбняком. Газеты писали о ней, что в качестве сестры милосердия она участвовала *«почти во всех войнах последних лет и имела все боевые отличия до первых степеней включительно»*. Она скончалась как воин на своем посту.

Тело Екатерины Николаевны перевёз из Варшавы в Круподеринцы её брат Павел. Похоронили Екатерину Игнатьеву в семейной усыпальнице рядом с отцом, умершем в 1908 г.

Жизненный путь этой легендарной женщины поистине необычен. Начавшись при Императорском дворе и великолепных салонах Петербурга, в кругу блестящих представителей столичного бомонда, он пролегает через уединенную монашескую келью Свято-Троицкой общины, болезни и страдания, милосердие и самоотвержение, через поля сражений и сопки Маньчжурии, окопы Первой мировой войны и трагически обрывается под стук колес санитарного поезда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрюков Б.Г. Светя другим. – Владивосток, Русский остров, 2002. 196 с.
2. Андрюков Б.Г. У истоков милосердия. – Владивосток, Альфа-Принт, 2007. 367 с.
3. Игнатьев А.А.. Пятьдесят лет в строю. – М., 2004. 249 с.
4. Канева К. Рыцарь Балкан граф Н.П. Игнатьев. – М., 2006. 125 с.
5. Кузнецов А., Чепурнов Н.И. Наградная медаль. – М., 1992. Т. 1. 147 с.
6. Пастернак А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия. СПб., 2001. 151 с.
7. Чепурнов Н.И. Наградные медали Государства Российского: Энциклопедическое иллюстрированное издание. – М.: Рус. міръ, 2000. 239 с.
8. Янчевецкий Д.Г. Дневники и письма. – М., 2001. 195 с.

B.G. Andryukov

COUNTESS IGNATYEVA – SISTER OF MERCY VLADIVOSTOK NAVAL HOSPITAL

Naval Clinical Hospital Pacific Fleet, Vladivostok

Life Path Ekaterina Ignatieva truly unusual. Starting at Impe-ratorskom yard and magnificent salons of St. Petersburg, in a circle of brilliant representatives of the capital city›s leading lights-tion, he runs through a secluded monastic cell of the Holy Trinity community-sion and suffering, charity and self-denial, through the battlefields and the hills of Manchuria, the trenches of the First world War II and was tragically interrupted by the sound of wheels of the hospital train.

Keywords: words: E.N. Ignatyeva, the Vladivostok Naval Hospital

Контактная информация:
Андрюков Борис Георгиевич, врач ВМКГ ТОФ, тел.: (423) 253-94-43.
E-mail: andrukov_bg@mail.ru

К годовщине Хасанских событий

© Б.Г. Андрюков, 2011 г.
УДК 359.6

Б.Г. Андрюков

УЧАСТИЕ ВЛАДИВОСТОКСКОГО МОРСКОГО ГОСПИТАЛЯ В МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ХАСАНСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Военно-морской клинический госпиталь Тихоокеанского флота, Владивосток

Уроки и боль Хасана… Несмотря на то, что прошли почти 75 лет с тех памятных для истории Владивостокского госпиталя и всей страны трагических событий, некоторые вопросы организации медицинского обеспечения Хасанской операции до сих пор остаются загадкой. На основании документальных данных и свидетельствах очевидцев и участниках работы госпиталя в период Хасанских событий автор проследил хронологию тех событий со стороны участия Владивостокского морского госпиталя.

Ключевые слова: Хасанская операция, медицинское обеспечение, Владивостокский морской госпиталь

Со времен Хасанских событий прошло почти 75 лет. Эти годы и эти события уже принадлежат истории, которая всегда готова дать уроки и обогатить необходимым опытом. События на оз. Хасан, в череде провокаций и вооруженных конфликтов на советско-китайской границе в 30-е годы, выделяются не только своей масштабностью, но и политической оценкой, которую они получили в те годы. И той ценой, которая была заплачена за урегулирование инцидента в июле-августе 1938 г. на сопках Заозерной и Безымянной.

«Можно смело сказать, что на славных боевых традициях, на подвигах дальневосточников воспитывалось то поколение, которому предстояло выдержать суровые испытания в горниле Великой Отечественной…». Эти слова Маршала Советского Союза Р.Я. Малиновского имеют прямое отношение к Хасанским событиям и его участникам. Среди последних – персонал Владивостокского морского госпиталя.

Что представлял собой Владивостокский госпиталь на тот период? С одной стороны, к 1938 г. были капитально отремонтированы все три двухэтажных лечебных корпуса, а в отделениях установлено современное по тем временам оборудование. Однако согласно материалам служебных донесений командования, мест по-прежнему не хватало. Больные размещались не только в палатах, но и в коридорах.

К началу Хасанских событий Владивостокский госпиталь, рассчитанный на 500 штатных коек, имел в наличии 537 госпитализированных больных. Переполнение госпиталя ощущалось сильнее, так как по санитарным нормам лечебные отделения были рассчитаны на 250–300 больных. Запас резервных помещений для разворачивания дополнительных коек был крайне ограничен. Здание, в котором размещалось санаторное отделение (в наши дни – физиотерапия), находилось в капитальном ремонте, отсутствие необходимого запаса палаток еще больше ограничивало возможности доразвертывания госпиталя. Главное здание госпиталя, в котором размещались хирургические отделения (в наши дни – травматологическое и 2-е хирургическое отделения), с 1 февраля 1938 г. находилось в капитальном ремонте. Основной коечный резерв находился в помещениях недавно выстроенной поликлиники (в наши дни – ЛОР-отделение), что давало возможность развернуть дополнительно 75 коек.

К 1 августа 1938 г. больные в отделениях госпиталя были распределены следующим образом: терапевтическое – 136, хирургическое – 121, нервное – 46, глазное – 23, кожно-венерологическое – 52, ушное – 12, инфекционное – 125, туберкулезное – 22. Запасных коек было 150, матрацев – 5.

Травматологическое отделение по штату отсутствовало, и пациенты указанного профиля располагались в одной из палат хирургического отделения. В операционной, рассчитанной на обычную плановую загрузку, функционировали 3 стола. В хирургическом отделении работали 2 перевязочные на 4 стола и одна перевязочная ушного отделения на 1 стол.

Штат операционной состоял из пяти операционных сестер (в наличии было только три) и четырех санитарок (в наличии была одна). Перевязочные хирургического и ушного отделений обслуживались двумя сестрами и двумя санитарками. Ощущалась острая нехватка перекиси водорода, противогангренозной сыворотки, гигроскопической ваты, хирургических инструментов.

Проблемы с кадровым составом и медицинским снабжением дополняли сложности с материально-техническим обеспечением. В начале года были сданы в эксплуатацию овощехранилище и ледник, однако отсутствовали гараж и морг. Водопровод и система канализации, находившиеся в эксплуатации еще с 1905 г., не удовлетворяли потребностям госпиталя. Столовая и камбуз госпиталя были перегружены. К лету 1938 г. территория госпиталя была заставлена палатками и перекопана канавами – менялись трубы канализации и отопления. Не хватало запасов постельного белья и одежды для больных.

В госпитале остро стоял вопрос с подготовленным персоналом. Лишь 30% врачей имели военно-академическое образование, остальные были призваны из гражданского здравоохранения, часто не имеющие достаточного практического опыта работы. В госпитале, как и на флоте, отмечался серьезный некомплект врачей (до 33%), фельдшеров (около 42%), лекарских помощников (до 50%) и санитаров. Неудовлетворительное положение с медицинскими кадрами усугубляло еще и практическое отсутствие местного мобилизационного резерва: гражданские лечебные учреждения были укомплектованы на 10–20% от штата (по врачам) и на 20–30% (по среднему персоналу). Например, на 1 августа в госпитале было только 5 хирургов: Ю.И. Юдин (травматолог) и В.А. Суворов (полостной хирург), а также три ординатора: Н.В. Петров, Гансиор и Пономарев. Врач Н.Г. Карташевский использовался на хирургической работе частично, так как большую часть времени уделял Базовому пункту переливания крови.

Аналогичное состояние с военно-медицинскими кадрами было и в других госпиталях Тихоокеанского флота и Дальневосточного округа. Отсутствие в армии врачей и фельдшеров, обладающих необходимым уровнем военных и военно-медицинских знаний, было серьезной проблемой Военно-санитарного управления (ВСУ) РККА в 30-е годы. В ходе проводившегося в этот период коренного реформирования медицинской службы РККА были изменены не только структура и управление, но и система подготовки военных медицинских специалистов. Коренным образом меняется уровень и качество боевой и специальной подготовки руководящего состава медицинской службы. С февраля 1929 г. в самом ВСУ вводится практика проведения 3–4 раза в месяц тактических и санитарно-тактических занятий с его сотрудниками, участия его руководства в ежегодных военных играх, организуемых штабом Красной Армии. С 1930 г. стали регулярно проводиться инструктивно-методические сборы руководящего медицинского состава, а с 1934 г. – оперативные военно-медицинские игры. С ноября 1930 г. вводится для всего медицинского состава Красной Армии обязательный минимум военных и военно-санитарных знаний. В систему подобной подготовки все более стали втягиваться и врачи запаса. С 30-х годов она сосредотачивается в Государственных институтах для усовершенствования врачей, на их факультетах санитарной обороны.

Средний медицинский состав до 1937 г. готовился в военно-фельдшерских школах, реорганизованных затем в училища, а младший – в ставших с 1935 г. самостоятельными школах санитарных инструкторов. В соответствии с правительственным постановлением, принятым в сентябре 1935 г., военные врачи и фельдшеры были отнесены к начальствующему составу Красной Армии с присвоением им специальных воинских званий, что существенно улучшило правовое и материальное положение военных медиков. В 1937 г. из ведения Санитарного управления изымаются все вопросы, связанные с военно-медицинскими кадрами, и передаются в Управление кадров Красной Армии. Однако эти меры не защитили военно-медицинских специалистов от широкой волны репрессий, прокатившейся и по их рядам в 1936–1938 гг. Сотни видных организаторов и ученых в области военной медицины были уволены в этот период из Вооруженных Сил страны, арестованы, помещены в лагеря, тюрьмы, а многие из них и расстреляны.

В эти годы, по данным Санитарного отдела ТОФ были «разоблачены и арестованы как враги народа» и уволены как «политически неблагонадежные» более 50 военврачей, фельдшеров и лекарских помощников лечебных учреждений флота. Во Владивостокском госпитале в эти годы были арестованы и расстреляны Монтрель Ф.М. (начальник госпиталя и впоследствии начальник ВВК флота), Эйзенбет А.Г. (начальник), Павлов Л.Т. (начмед), Михайлов В.И., Лосиков (комиссар), Федоров П.П., Овсянников, Кононов… Как правило, это были наиболее опытные специалисты, большой военно-медицинский опыт работы которых был приобретен еще в период Гражданской войны. На должности выбывших специалистов спешно набирались врачи и фельдшера, не имеющие не только военного, но и медицинского опыта.

Как показала инспекционная проверка специальной подготовки врачей и лекпомов госпиталя, проводившаяся на ТОФ в марте 1938 г., большинство из вновь назначенных медицинских специалистов показали неудовлетворительный уровень владения хирургическими методами работы в полевой и морской обстановке, медицинской тактике. Были выявлены серьезные организационные и практические недостатки в работе сортировочных бригад. В выводах и заключении членов комиссии было рекомендовано на занятиях по боевой подготовке особое внимание уделять изучению тактики медицинской службы, отрабатывать приемы оказания неотложной медицинской помощи, санитарно-химической защиты, внести соответствующие изменения в программу обучения медицинских сестер и школы санинструкторов при госпитале.

В ходе проверки было отмечено катастрофическое положение с транспортной техникой в госпитале и на ТОФ (некомплект составлял 45 машин). Имеющийся автомобильный санитарный транспорт в своем абсолютном большинстве был выпуска 1929 г., технически в неудовлетворительном состоянии и мало приспособленным для обеспечения организации эвакуационных мероприятий при массовом поступлении раненых и больных. На флоте не имелось ни одного госпитального судна, приспособленного для морской эвакуации раненых с укрепрайонов и кораблей на главную базу.

В таком состоянии застали Хасанские события Владивостокский морской госпиталь, и, тем не менее, ему предстояло стать основной базой для лечения раненых и больных.

Для устранения выявленных недостатков было сделано многое. Командование ТОФ, санитарный отдел флота и Владивостокского морского госпиталя, военврачи и сотрудники отделений сумели в короткие сроки совершить прорыв в материально-техническом обеспечении и специальной подготовке персонала. Тематика лекций и практических занятий приобрела выраженную военную направленность, больше времени стало уделяться боевой и тактической подготовке.

В этих непростых условиях командование Владивостокского госпиталя сумело наладить постановку боевой и лечебно-диагностической работы в госпитале таким образом, что в 1938 г. коллектив занял первое место среди лечебных учреждений флота. В этом же году в целях совершенствования знаний корабельных врачей при госпитале открываются курсы для офицеров медицинской службы флота. Повышению интенсивности подготовки военно-медицинских кадров для госпиталя и флота способствовала и сложная политическая обстановка на восточных границах Советской республики.

С начала 30-х годов на Дальнем Востоке политическая обстановка дестабилизировалась. После захвата в 1931 г. Манчжурии участились приграничные конфликты. Япония предъявила необоснованные претензии на российские дальневосточные территории, создала на границе с СССР 11 укрепленных районов, где разместились сильные военные гарнизоны и в течение июля 1938 г. неоднократно делала попытки нарушить государственную границу. 29 июля военный конфликт в районе оз. Хасан перешел в фазу боевых действий.

Озеро Хасан и окружающие его высоты Заозерная и Безымянная находятся на самом юге Приморского края. Лишь 10 км их отделяют от берегов Тихого океана и 130 км по прямой - от Владивостока. Высоты, по вершинам которых проходила государственная граница, открывают великолепный обзор на Посьетский залив и на бухту Тихую. В ясную погоду с них можно наблюдать все российское побережье. Если бы японским агрессорам удалось удержать в своих руках эти высоты, они получили бы возможность держать под обстрелом участок территории СССР к югу и западу от залива Посьет.

«Приграничный конфликт», как тогда писали об этом событии газеты, вылился в тяжелые бои трех хорошо вооруженных японских пехотных дивизий, кавалерийского полка, механизированной бригады и отряда боевых кораблей с войсковыми соединениями Особой Краснознаменной Дальневосточной армии (командующий маршал В.К. Блюхер), которая в июле 1938 г. была усилена до 105800 человек.

Сохранившиеся и недавно рассекреченные служебные донесения санитарного отдела ТОФ позволяют восстановить напряженную обстановку тех дней, представить себе роль и степень участия Владивостокского госпиталя в Хасанском конфликте, восстановить хронологию событий тех дней.

Санитарные потери появились уже с первых минут агрессии, однако Санотдел ТОФ был поставлен в известность об участии в лечебно-эвакуационных мероприятиях только спустя 2 дня. 31 июля начальник санотдела военврач 2 ранга А.И. Иванов и комиссар М.Г. Овчинников в 10.00 были срочно вызваны начальником штаба флота и ознакомлены с оперативной обстановкой в районе конфликта. Медслужбе флота была поставлена задача: организовать эвакуацию морем раненых бойцов, число которых было определено до 100.

Ввиду отсутствия, как уже было указано выше, госпитальных судов было принято решение для эвакуации раненых использовать тральщик «Баклан», который в 13.00 вышел в Посьет, имея на борту в срочном порядке собранную медицинскую группу в составе: Певнева (начальника 1 отделения санотдела) – старший, Ю.И. Юдин (хирург, начальник отделения Владивостокского госпиталя), Григорьев (хирург, начальник базовой поликлиники), 3 лекарских помощника из штата госпиталя (Кочетова, Линь, Зазимко). В качестве санитаров-носильщиков было решено использовать команду тральщика.

Одновременно начальнику Владивостокского госпиталя военврачу 2 ранга А.А. Ремизову, помощнику начальника по медицинской части военврачу 3 ранга Я.Б. Иосселю и военкому, полковому комиссару А.Г. Галактионову была приказано через 12 часов развернуть 120 коек для приема раненных бойцов и командиров из района боевых действий на оз. Хасан. С целью выполнения приказания был проведен ряд мероприятий, позволивших оптимизировать структуру коечного фонда госпиталя и максимально освободить их для принятия раненых и больных из района боевых действий.

Выздоравливающие больные госпиталя были переведены в санаторий РККА (76 человек) и палатки, развернутые на территории госпиталя, а пациенты с хроническими заболеваниями – выписаны. Были пополнены запасы медикаментов и перевязочных материалов, а камбуз и столовая части были переведены на круглосуточную работу, так как ожидалось поступление раненых в течение суток. В дальнейшем все раненые были переведены на санаторное питание, налажена система предварительных заказов блюд.

Решением Владивостокского горсовета освобождаются два небольших дома на ул. Пфейфферовской (в наши дни – ул. Пионерская), занимаемые школой глухонемых, и отдаются в распоряжение госпиталя. В них разместилось терапевтическое отделение.

В течение всего периода Хасанских событий больные туберкулезного, глазного, ушного и кожно-венерологического отделений продолжали лечение в палатках на территории госпиталя, находясь, по словам очевидцев, «не в особенно благоприятных условиях, т.к. почти весь август были ливни».

Базовый пункт переливания крови в условиях боевых действий сразу же приступил к заготовке консервированной крови и обеспечивал ею госпиталь и весь войсковой район. Более 50 раненых бойцов и командиров получили более 80 трансфузий, за время которых было перелито более 50 л крови.

При развертывании госпиталя пришлось столкнуться с проблемой кадров. Штатных хирургов для работы в госпитале оказалось явно недостаточно: часть из них были откомандированы на санитарно-транспортные суда, работали в составе медицинских групп. Для укрепления госпиталя хирургическими кадрами было принято решение о прикомандировании ряда врачей из близлежащих госпиталей: Сучанского и острова Русский. В дальнейшем хирургическая служба госпиталя была пополнена специалистами из больниц Владивостока, Хабаровска и других городов страны.

Средний и младший персонал был пополнен в основном за счет медицинских сестер запаса и жен военнослужащих. Кроме того, в госпиталь на довольствие были приняты многочисленные добровольцы-помощники из числа жителей Владивостока, которые безвозмездно ухаживали за ранеными, а также дежурный персонал, который по нескольку суток подряд в период максимального поступления стоял у перевязочных и операционных столов с первых до последних дней Хасанских событий.

Остро встал вопрос с автотранспортом для эвакуации раненых. Командованием госпиталя было принято решение о создании эвако-транспортного отряда, куда были собранны все санитарные машины частей гарнизона (14 машин) и санитары госпиталя. Городские власти выделили в помощь эвако-отрядам 5 автобусов, что дало возможность эвакуировать одномоментно 48 лежачих и 120 сидячих раненых на 19 транспортных средствах.

К 24.00 31 июля начальник госпиталя доложил о готовности госпиталя к приему раненых.

В последующие дни боевых действий (3–5 августа), по мере разрастания конфликта и увеличения количества эвакуированных раненых, в госпитале были развернуты три хирургических отделения (на 118, 126 и 156 коек) за счет освобождения коек терапевтических, глазного и ушного отделений. 7 августа в связи с продолжающимся поступлением раненых в помещении поликлиники было развернуто четвертое хирургическое отделение на 75 коек, а в дальнейшем – пятое хирургическое на 55 коек в помещении госпитальной школы санинструкторов.

Таким образом, в общей сложности для приема раненных бойцов и командиров было развернуто 5 хирургических отделений в общей сложности на 530 коек. Также для обработки поступающих раненых были развернуты дополнительные перевязочные общим числом на 15 столов.

Первая партия раненых из Посьета численностью 102 человека была доставлена тральщиком 1 августа в 18.00. Им была оказанная квалифицированная помощь, и они были размещены на развернутые койки.

К этому времени конфликт расширялся и уже 2 августа в 02.00 на тральщике «Баклан» были доставлены еще 108 бойцов и командиров. Сортировка раненых по степени тяжести проводилась в пути следования. Поэтому при разгрузке все нуждающиеся размещались на койки в госпитале (для тяжелых ранений) и санатории РККА (для 200 легкораненых, при этом, прием отдыхающих со всей страны не прекращался!).

С первых же дней стали сказываться организационно-штатные просчеты Генерального штаба Красной армии, связанные с ликвидацией в ходе реформирования Санитарной службы РККА в 1936–1938 гг. медико-санитарных батальонов в дивизиях, а также выведение санинструкторов из штата рот. Эти новации оставили стрелковые дивизии без всякого санитарного обеспечения, что затрудняло, и значительно снижало эффективность эвакуации раненых. Отсутствие санинструкторов привело к тому, что раненые на месте ранения перевязывались только в порядке само- и взаимопомощи или оставались без оказания первой медпомощи. В результате, до 6 августа система этапного лечения в районе боевых действий в целом была дезорганизована.

Отсутствие специализированного госпитального судна и полная неприспособленность тральщика к эвакуации раненых приводили к удлинению сроков оказания квалифицированной хирургической помощи. Узкие трапы, коридоры и проходы, маленькие кубрики и каюты тральщика вынуждали перекладывать раненых с носилок и на руках разносить с верхней палубы и размещать на двухъярусных койках. Транспортировка на руках вызывала беспокойство раненых и физическое напряжение санитаров. Легконосилочных и ходячих раненых размещали прямо на верхней палубе под тентом, который закрывал их от солнца и дождя. Операционная, развернутая в кают-компании тральщика, была слишком мала даже для размещения одного операционного стола.

Отсутствие правильной организации эвакуации замедляло погрузку раненых. На погрузку 100 раненых уходило до 5 часов. Вследствие малого хода тральщика (7–8 узлов в час) на переход от Посьета до Владивостока уходило до 8 часов. Таким образом, квалифицированная и специализированная помощь раненым предоставлялась с опозданием, что оказывало серьезное влияние на исходы лечения и сроки выздоровления

С 3 августа для эвакуации раненых стали привлекаться более быстроходные пограничные катера. С 4 августа решением Военного совета ТОФ в распоряжение Санитарного отдела был выделен товаропассажирский пароход «Франц Меринг», водоизмещением 1573 т, который в 23.00 встал под погрузку медицинского имущества, медикаментов, мягкого инвентаря, топлива и воды.

На судно была выделена вторая госпитальная медицинская группа под руководством военврача 3 ранга Соловьева Н.В., начальника 3 отделения Санитарного отдела флота в составе 3 хирургов, врача общевойсковой подготовки, комиссара, 4-х фельдшеров, (включая заведующего аптекой и завхоза), 2-х медсестер, 10 санинструкторов и 13 санитаров.

В 5 августа в 23.30 судно встало на рейде в бухте Посьет и приняло на борт первых раненых. Для погрузки эвакуируемых было выделено 2 кунгаса (деревянное парусно-гребное судно с малой осадкой. Применялось на Дальнем Востоке для лова рыбы и грузовых операций. В каждом помещалось по 8 лежачих раненых). Загрузка судна планировалась в течение 3-4 часов, а заняла 8,5 часов из-за медленной подачи раненых на пирс.

Сортировка раненых проходила под руководством врача непосредственно при приеме раненых на борт судна после предварительного осмотра хирурга. Часть раненых поступала на судно непосредственно с поля боя, минуя развернутый госпиталь в Посьете. Эти раненые проходили санитарную обработку и переодевание в специально отведенном месте на носу корабля, после чего им проводилась сортировка.

Условия для эвакуации на пароходе «Франц Меринг» были несравненно лучше, чем на тральщике: большая (30 м^2) кают-компания, каюты 2 и 3 класса, широкие коридоры и проходы – все это позволяло в сравнительно комфортных условиях разместить до 200 лежачих раненых, операционную для одномоментной обработки 4 человек, 2 перевязочные, изолятор, аптеку, автоклавную, стерилизационную и помещения для дежурного медицинского персонала. За время боевых действий на судне было сделано 4 рейса, эвакуировано 774 раненых, из которых умерло 2 человека.

В дальнейшем для эвакуации раненых из бухты Посьет привлекались суда Дальневосточного пароходства – «Ильич», «Лейтенант Шмидт», «А. Андреева», «Игарка», «Кулу», «Большая Шантара», а также на кораблях Тихоокеанского флота. Всего они перевезли 2755 раненых и больных.

Военврач 1 ранга Н.В. Петров, который в тот период служил ординатором одного из хирургических отделений Владивостокского госпиталя, в журнале «Военно-морской врач» в 1942 г. вспоминал о работе госпиталя в период Хасанских событий:

«Все тяжело раненые концентрировались во Владивостокском морском госпитале, а легко раненные эвакуировались в иные лечебные учреждения... На санитарно-транспортных судах было перевезено около 80 % раненых... Во Владивостоке был организован эвакуационный отряд, состоящий из автомобилей санитарного транспорта и автобусов для легко раненых.неных. Этот отряд имел свою базу в госпитале, а на пирсе и в лечебных учреждениях – своих дежурных по связи».

До 5 августа фактически все прибывающие раненые поступали в 1-е хирургическое отделение, и вся основная тяжесть работы ложилась на плечи четырех штатных хирургов госпиталя. Кроме того, к работе с ранеными привлекались стоматологи Иванова и Мошкович, окулист И.И. Титов, невропатолог М.Д. Лившиц и отоларинголог Грейсер, преподаватели школы санинструкторов Шкляр и Ухов, ренгенолог Строгий, а также хирурги из других частей флота, города, края. Вскоре в госпиталь прибыла группа хирургов из Москвы, Ленинграда и других городов страны: Ахутин, Териян, Архангельский, Гладыревский, Садковский (Москва), Ага (Хабаровск), Кудинов, Ломов (Приморский край), хирург-стоматолог Калиниенко (Ленинград).

Тем временем раненые продолжали прибывать. Было принято решение оставлять во Владивостокском госпитале только тяжелораненых, легкораненых отправлять в санатории РККА и ОКДВА, которые к 7 августа также оказались заполненными. К этому времени, наконец, Санитарный отдел флота принял решение о досрочной выписке отдыхающих военнослужащих и членов их семей, и прекращать их прием. В этот же период начальнику санатория ТОФ на 19 км военврачу 3 ранга Коннову было дано приказание прекратить прием отдыхающих и в течение 12 часов развернуть санаторий под госпиталь на 250 коек. Уже на следующий день, 8 августа, санаторий был заполнен ранеными.

Фактически на этот период пригородные военные санатории стали филиалами Владивостокского госпиталя. Общее количество развернутых коек было доведено до 893, которые были заполнены непрерывно поступающими ранеными. 8 августа во Владивосток было эвакуировано 356 раненых.

Большое внимание уделялось и досугу больных. В саду госпиталя ежедневно играл духовой оркестр, а на открытой площадке выступали группы художественной самодеятельности частей и труппы артистов. По желанию раненых в госпитале был дан концерт ансамбля красноармейской песни и пляски.

Через госпиталь прошло 40% всех тяжелораненых, из них возвращено в строй 97,2%.

Таким образом, военные медики-дальневосточники и тихоокеанцы не только успешно выдержали трудный экзамен во время событий на озере Хасан, но и обогатили военную медицину бесценным опытом работы в условиях боевых действий. Меньше, чем через год медицинскую службу Дальневосточного фронта ждали новые испытания.

Подведение итогов медицинского обеспечения Хасанского приграничного конфликта на госпитальном этапе показало резкое увеличение количества артиллерийских ранений в сравнении с пулевыми (55% : 37%). Это позволило сделать вывод, что современная война отличается от предыдущих военных конфликтов резкой насыщенностью артиллерийского огня. Маневренный характер военных действий изменил и структуру ранений: было больше ранений в грудную клетку, чем в голову, что характерно для траншейной войны.

Выводы и опыт медицинского обеспечения Хасанской операции легли в основу учебников и наставлений по военно-полевой хирургии и подтвердились в период Великой Отечественной войны.

Всего в госпиталь в период боев у оз. Хасан в августе 1938 г. поступило 2805 раненых. Для коллектива госпиталя организация всей работы по медицинскому обеспечению раненых в заливе Посьет, на переходе морем, а затем в госпитале была серьезным и трудным экзаменом, который был с честью выдержан. Героическая работа в период Хасанских событий как бы подводила итог периода восстановления госпиталя после гражданской войны на новом, более высоком уровне.

Конечно, работа госпиталя в этот период – лишь часть многоэтапной системы медицинского обеспечения Хасанской операции, которая явилась ее боевой проверкой. Получили подтверждение важнейшие положения организации и тактики оказания медицинской помощи в современной войне: максимальное приближение хирургической помощи к полю боя, принципы организации этапного лечения и специализированного медицинского обеспечения. Выявилось, что главную роль в оказании квалифицированной медицинской помощи играли полковые и дивизионные медицинские пункты, где в полном объеме осуществлялось лечение раненых. Был получен опыт переливания крови в условиях боевых действий, вакцинации столбнячным анатоксином, транспортировки раненых.

В сентябре 1938 г. для изучения и проработки фактических данных по эвакуации и оказанию медицинской помощи раненым бойцам и командирам в период проведения Хасанской операции силами санитарной службы Тихоокеанского флота была создана комиссия в составе: заместителя начальника санитарного отдела ТОФ военврача 2 ранга Г.А. Бабкина, начальника Владивостокского военно-морского госпиталя военврача 2 ранга А.А. Ремизова, ведущего хирурга госпиталя военврача 2 ранга Ф.Н. Юдина, ординатора госпиталя военврача 2 ранга Н.В. Петрова, начальника 1 отделения санитарного отдела ТОФ военврача 2 ранга П.П. Певнева, начальника 2 отделения СО ТОФ военврача 3 ранга Н.В. Соловьева, врача санэпидлаборатории ТОФ военврача 3 ранга Н.В. Кривошеенко.

Начальники хирургических отделений госпиталя военврачи 2 ранга кандидат медицинских наук В.А.Суворов, Ф.И. Юдин, Кудинов и В.П. Ухов, а также ординатор Н.В. Петров, описывая особенности лечения ранений живота и таза, полученных в военно-полевых условиях, отметили прогрессивное снижение смертности при данных поражениях со времен русско-турецкой (до 90%), Русско-японской 1904–1905 гг. (до 75%) и первой мировой (60–70%) войн. Однако несмотря на это, уровень летальности при данных типах ранений значительно превышал аналогичные показатели при повреждениях органов живота, полученных в мирной обстановке, при условии оказания квалифицированной хирургической помощи в первые 4 часа (15%). Следовательно, основным направлением снижения летальности при ранениях в живот в военно-полевых условиях является сокращение времени проведения операции, чему часто служит препятствием плохо организованная работа по эвакуации раненых. Часто раненые отправлялись в госпиталь с большой задержкой, минуя перевязочные пункты передовых районов. По данным Владивостокского ВМГ в период Хасанских событий ранения в живот составляли 4,6% от всех ранений (во время войны в Испании – 8,7%; в первую мировую войну – 5,1%).

Эвакуация раненых происходила из района оз. Хасан до Посьета и далее на кораблях до Владивостока. В первые 24 часа не было доставлено ни одного раненого, большинство из них доставлялись на 2-е – 3-и сутки. Даже при использовании санитарного авиатранспорта время эвакуации превышало 36 часов. Согласно мировой статистике, оперативное лечение таких раненых теряет смысл, так как процент выздоровления практически равен нулю. Спустя 24 часа у всех раненых развивался разлитой перитонит, что по классическим рекомендациям оставляло надежду только на консервативное лечение.

Тем не менее, раненные в живот и доставленные во Владивостокский морской госпиталь военнослужащие с классической картиной разлитого перитонита немедленно оперировались. Общая летальность при ранениях живота не превысила 15%.

В госпиталь направлялись и бойцы с тяжелыми ранениями в конечности, суставы и в голову, которые по материалам госпиталя составили, соответственно, 20%, 5% и 14%. Основная масса таких раненых поступали на 2-е сутки после ранения, как правило, только с наложенными асептическими повязками. Основными недостатками, которые в дальнейшем повлияли на течение раневого процесса, были: практически полное отсутствие первичной обработки ран, отсутствие транспортной иммобилизации конечностей и отсутствие документации.

По итогам деятельности хирургического отделения госпиталя были сделаны предложения, которые в дальнейшем, в заключительный период Великой

Отечественной войны на дальнем Востоке, были реализованы: более активное применение для эвакуации раненых авиатранспорта и создание мобильных автохирургических отрядов для оказания квалифицированной хирургической помощи непосредственно на передовых этапах.

Несостоятельность и пагубность подобных мер отрицательно сказалась на качестве организации медицинского обеспечения боевых действий войск Красной Армии во время локальных боевых столкновений 1938–1940 гг., несмотря на самоотверженную работу медицинского состава. В ходе советско-финляндской войны 1939–1940 гг. боевые потери его составили в ротном звене 175 %, в батальонном – 42,7 %, в полковом – 21 %. «Таких боевых потерь, – отмечал начальник СУ РККА Е.И. Смирнов, – не всегда знала пехота в период самых ожесточенных боев».

Надо отдать должное военному руководству, высоко оценившему профессиональный подвиг военных медиков. В октябре 1938 г. впервые в истории Сухопутный войск страны в числе Героев Советского Союза, получивших это высокое звание за самоотверженность в боях у озера Хасан, стал военврач 2-го ранга Б.П. Бегоулев. Возглавлявший здесь хирургическую работу профессор М.Н. Ахутин был удостоен ордена Ленина.7 других представителей медицинской службы награждается орденами Красного Знамени, 23 – Красной Звезды, 45 – медалями «За отвагу» и «За боевые заслуги».

За успехи в спасении раненых правительственными наградами также были награждены многие врачи, медицинские сестры и санитары Владивостокского госпиталя, в их числе начальник госпиталя военврач 2 ранга А.А. Ремезов, военврач 3 ранга Ф.И. Юдин, военврач 3 ранга В.А. Суворов и др.

Весь личный состав госпиталя, вспомогательный состав и добровольные помощники были отмечены командованием Приморской действующей армии и награждены нагрудными значками «Участник Хасанских боев 1938 г.», ценными подарками.

Извлекая уроки из этого опыта, руководство страны пошло на целый ряд шагов по улучшению системы подготовки военно-медицинских кадров.

Так, в дополнение к Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, возглавляемой с 1940 г. М.Н. Ахутиным, в апреле 1939 г. формируется в Куйбышеве такая же по своим задачам и структуре Военно-медицинская академия (начальник Д.И. Шонин), а в июле 1940 г. в Ленинграде – Военно-морская медицинская академия (начальник А.И. Иванов). Дополнительно к ним в 1939 г. были созданы военно-медицинские факультеты при 2-м Московском, Саратовском и 1-м Харьковском мединститутах. Академии и факультеты обеспечивали ежегодно выпуск 1450 военных, авиационных и военно-морских врачей. Для решения оборонных задач немаловажной была также работа 62 гражданских медвузов, где обучалось более 105 тыс. врачей запаса. При академиях и в военных округах продолжали действовать курсы усовершенствования как для медицинского состава кадра (9 мес.), так и запаса (3 мес.). Первичной специализацией войсковых врачей (2–4 мес.) занимались 12 ОКУМС. В самих войсках шла его планомерная боевая и специальная подготовка в соответствии с особыми программами и «Указаниями по подготовке санитарной службы в полевых условиях» (1940). Как и ранее, продолжал оставаться нерешенным вопрос целенаправленной подготовки специалистов руководящего состава. В дополнение в уже действовавшим Ленинградскому, Харьковскому и Кронштадскому военно-медицинским училищам открывается Киевское.

Опыт применения гемотрансфузий при лечении в период Хасанских событий показал их высокую эффективность при острых кровопотерях, шоковых состояниях, в случаях осложнения раневого процесса анаэробной инфекцией. Работа пункта переливания в период боевых действий позволила сделать ряд важнейших для того периода практических выводов: применение переливания крови при кровотечениях с целью гемостаза и при больших кровопотерях с замещающей целью значительно сокращает смертность, а иногда возвращает жизнь агонирующему больному; переливание крови на первых этапах эвакуации должно проводиться в будущем в гораздо более широких масштабах.

Многолетний опыт работы пунктов переливания крови во Владивостокском ВМГ способствовал тому, что к началу Великой Отечественной войны организация «службы крови» на Тихоокеанском флоте была лучшей в ВМФ.

На опыте нештатного пункта переливания крови при Владивостокском военно-морском госпитале изучались и отрабатывались вопросы организации и функционирования служб крови применительно ко всем госпиталям Вооруженных Сил страны, впоследствии полностью подтвердившие свою жизнеспособность. В частности, принцип автономности, положенный Н.Г. Карташевским в основу организации переливания крови на флоте, полностью оправдался в 1938 г. в период боевых действий у оз. Хасан. Обеспечение раненых донорской кровью, заготавливаемой силами и средствами Владивостокского госпиталя, оказалось более эффективным, чем централизованные поставки ее из отдаленных районов страны.

Основываясь на опыте организации переливания крови при оказании помощи и лечении раненых в период Хасанских событий, Н.Г. Карташевский обосновал предложение о создании штатных пунктов переливания крови при главных госпиталях флотов страны. Это предложение было одобрено

Наркоматом ВМФ, и в 1939–1940 гг. в Ленинграде, Кронштадте, Владивостоке (15 мая 1940 г.) и Севастополе были организованы штатные пункты переливания крови.

Хасанские события и роль Владивостокского морского госпиталя в спасении и лечении сотен бойцов и командиров – замечательная страница в славной истории старейшего лечебного учреждения Дальнего Востока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрюков Б.Г. Светя другим. 130 лет Владивостокскому военно-морскому госпиталю Тихоокеанского флота. – Владивосток: Русский остров, 2002. – 196 с.

2. Андрюков Б.Г. У истоков милосердия. 135 лет Владивостокскому военно-морскому госпиталю Тихоокеанского флота. – Владивосток: Дальнаука, 2007. – 385 с.

3. Боевая вахта: [газета]. 1940. 16 мая; 12 окт.

4. ГАПК. Ф. 1588, д. ПУ-3663, т. 1, л. 111; т. 3, л. 66.

5. Красная звезда: [газета]. 1939. 8 янв. С. 3; 9 февр. С. 4; 16 февр. С. 3; 23 апр. С. 2; 18 мая. С. 2; № 116, 24 мая. С. 3; №171, 29 июля. С. 1; № 182, 11 авг. С. 3; 1940. 18 апр. С. 4; 10 окт. С. 1.

6. РГА ВМФ. Ф. 406, оп. 3, д. 1191, л. 1000–1006; д. 887, ч. 2, л. 387–395; д. 1065, ч. 1, л. 40–52; оп. 12, д. 1123, л. 16–25 об.; д. 1575, л. 1–20; д. 2069, л. 1–7; д. 1669, л. 16–26, 36 об.

7. РГИА ДВ. Ф. 28, оп. 1, д. 65, 598, л. 22; д. 51, л. 39.

8. ЦГА ВМФ. Ф. 2, оп. 16, д. 166, л. 261; оп. 028814.

9. Мощанский И., Хохлов И. Бои у озера Хасан 29 июля–11 августа 1938 года // http://lib.rus.ec/b/139712/read.

10. Полутов А.В. Советская контрразведка против японской разведки на Дальнем Востоке // http://www.agentura.ru/forum/archive/430.html.

11. Полутов А.В., Гурко Ф.С. «Расстрелять и реабилитировать» // Владивосток [газета]. 21.06.2002. // http://old.vladnews.ru/magazin.php?id=14&idnews=2336&current.

12. Nakanishi R. Japaneze military uniforms (1930-1945). Dai Nihon Kaidga, 1991. 58 p.Tomczyk A.M. Japanese armor. AJ-Press, 2002.120 p.

B.G. Andryukov

PARTICIPATION OF THE VLADIVOSTOK NAVAL HOSPITAL IN MEDICAL SUPPORT KHASANSKY OPERATIONS

Naval Clinical Hospital Pacific Fleet, Vladivostok

Lessons and pain Khasan ... Despite the fact that nearly 75 years have passed since that memorable in the history of the Vladivostok military hospital and the entire country of tragic events, some of the organization of medical support Khasansky operations still remain a mystery. Based on documentary data and testimony of witnesses and participants of the hospital during the Khasansky author traced the chronology of the events of the events of the involvement of the Vladivostok Naval Hospital.

Keywords: Khasan surgery, medical, Vladivostok State-Pitalev

Контактный адрес: Андрюков Борис Георгиевич, врач ВМКГ ТОФ, тел.: (423) 253-94-43.
E-mail: andrukov_bg@mail.ru

© О.В. Медведева, 2011

УДК [615:355] (091)

О.В. Медведева

ВОЕННО-МОРСКОМУ ГОСПИТАЛЮ ЗАЛИВА «СТРЕЛОК» – 75 ЛЕТ

Филиал № 1 – войсковая часть 26826, Приморский край

На основании исторических архивных документов, материалов периодических изданий и воспоминаний ветеранов – старейших сотрудников Военно-морского госпиталя залива «Стрелок» автор рассказывает о прошлом и настоящем этого лечебного учреждения Тихоокеанского флота, о буднях военных медиков, о тех, на чьи плечи возложена непростая обязанность – сохранять и возвращать здоровье защитникам морякам-тихоокеанцам.

Ключевые слова: военно-морской госпиталь залива «Стрелок», 75 лет

25 сентября Военно-морскому госпиталю залива «Стрелок» исполняется 75 лет. На фронтоне здания управления надпись: год постройки 1936.

Создание госпиталя было связано с непростой международной обстановкой, сложившейся в 30-х годах на Дальнем Востоке, которая потребовала укрепления восточных границ Родины. В 1931 г. Япония оккупировала Маньчжурию и выдвинула территориальные претензии к Советскому Союзу. Тысячи миль береговой полосы Дальнего Востока

оказались совершенно беззащитными перед огромным японским флотом.

До создания Тихоокеанского флота охрана береговых рубежей страны в первые годы Советской власти велась несколькими шхунами, вооруженными малокалиберными пушками. В конце мая 1931 г. правительство решило укрепить дальневосточную береговую линию новыми батареями. Развернулось строительство огромнейшего Тихоокеанского вала из многих сотен береговых батарей и бетонных дотов.

В начале 1932 г. правительство СССР приняло решение о формировании Морских Сил Дальнего Востока, которые в 1935 г. Были преобразованы в Тихоокеанский флот, в составе которых создавалась Береговая оборона Дальнего Востока Формально это грандиозное сооружение не имело никакого названия, а отдельные его районы скромно обозначались секторами береговой обороны. В мае 1933 г. сектора береговой обороны упразднили, а на их основе создали укрепрайоны.

В рамках этой кампании в каждом укрепрайоне был сформирован госпиталь. Так на Тихоокеанском флоте появились сразу несколько новых госпиталей. 15 Военно-морской госпиталь Шкотовского сектора береговой обороны на 75 коек, сформирован в соответствии с решением Военного Совета Тихоокеанского флота и Приказом Командующего флотом 25 сентября 1936 г. Местом развертывания вновь создаваемого госпиталя определено помещение бывшей санитарной части 4-го отделения дивизиона торпедных катеров в бухте «Разбойник».

В этом же году в пос. Разбойник в маленьком малоприспособленном деревянном здании начал свою работу госпиталь. Много сил, энергии, воли и мужества потребовалось дружному коллективу молодого госпиталя, чтобы при штате 75 коек было развернуть 32: терапевтических – 11; хирургических – 16 и акушерских – 5.

Первым начальником госпиталя стал военврач II ранга Самсонов Владимир Алексеевич. Это был опытный энергичный врач-организатор, имевший за плечами солидный жизненный и профессиональный опыт. В короткие сроки ему удалось сформировать коллектив из 4 врачей, 7 медсестер, 2 фельдшеров и 3 санитарок. История сохранила до наших дней имена первых военврачей 15 госпиталя: помощник начальника госпиталя в/врач 1 ранга Павлов (терапевт); начмед. в\врач 2 ранга Житнюк (хирург); ординаторы: в/врачи 3 р. Лившиц и Юдин Федор Илларионович.

В довоенный период госпиталь был развернут до 150 коек – в прежних помещениях стало тесно. По ходатайству Санитарного отдела ТОФ командование флота приняло решение о передислокации госпиталя. В 1941 г., когда на фронтах Великой Отечественной войны шла ожесточенная борьба с врагом, госпиталь был переименован в Военно-морской, Шкотовского сектора береговой обороны, развернут до 200 коек и передислоцирован в деревню Промысловка. Теперь его разместили в здании казармы отдельного стрелкового полка.

За время войны с Германией 92 человека из медицинского персонала ушли защищать Родину. Многие из них были награждены орденами и медалями. В фонд обороны коллектив госпиталя собрал 286 тысяч рублей. За эти годы тысячи больных получили квалифицированную медицинскую помощь. В 1946 г. Военно-морской госпиталь переведен на штат мирного времени с содержанием 150 коек, а в 1948 г. Он вновь становится 100-коечным.

В 1955 г. В связи с началом строительства в заливе «Стрелок» большой военно-морской базы флота 15 госпиталь предназначается для обслуживания строительных частей (ВСО) Дальвоенстроя. Госпиталь переводится на штат – 300 коек с подчинением непосредственно начальнику медицинской службы ТОФ. В гарнизонном отношении госпиталь подчиняется Дальвоенморстрою залива «Стрелок». Коечная емкость госпиталя расширяется. Это лечебное учреждение поистине становилось кузницей здоровья и базой подготовки военных врачей.

Самоотверженная работа медицинского персонала, работников служб тыла была высоко оценена Командованием Военно-морской базы: командиру госпиталя дважды вручали переходящее Красное Знамя.

В марте 1957 г. после ликвидации 5 и 7 флотов (морские силы Дальнего востока были разделены в 1947 г.), был создан единый Тихоокеанский флот, имеющий в своем составе военно-морские базы, районы, начиная от полуострова Камчатка до районов Южного Приморья. В марте 1957 г. Военно-морской госпиталь вошел в состав Военно-морской базы «Стрелок» и был подчинен начальнику медицинской службы ВМГ. Решением Военного Совета ТОФ в конце 1957 г. госпиталю передано вновь выстроенное 3-х этажное здание, ранее предназначенное под школу-интернат поселка Промысловка.

В 1961 г. 15 ВМГ занял 1 место в соцсоревновании на ТОФ.

На протяжении 75-ти летней истории нашего учреждения каждый из начальников Шкотовского госпиталя внес свою лепту в создание квалифицированной медицинской помощи, дальнейшей ее специализации, росту квалификации медицинских кадров на флоте, отработки элементов оказания специализированной помощи в экстренных условиях, создавали традиции и преемственность поколений, активно работали на перспективу. Эти имена уже вписаны в Книгу истории Военно-морского госпиталя залива «Стрелок»:

1943–1945 гг. – майор м/с Камчатка Иван Ефимович;

1945–1948 гг. – майор м/с Лысенко Федор Иванович;

1948–1952 гг. – майор м/с Непейвода Николай Александрович;

1952–1955 гг. – подполковник м/с Волошин Алексей Васильевич;

1955–1958 гг. – подполковник м/с Чульский Анатолий Валерьевич;

1958–1963 гг. – подполковник м/с Нечипоренко Петр Иванович;

1963–1968 гг. – подполковник м/с Винокуров Анатолий Петрович;

1968–1970 гг. – подполковник м/с Елесин Михаил Васильевич;

1970–1980 гг. – полковник м/с Полынцев Генрих Дмитриевич;

1980–1984 гг. – полковник м/с Рыкованов Николай Иванович;

1984–1989 гг. – полковник м/с Таран Геннадий Григорьевич;

1989–1993 гг. – полковник м/с Попов Николай Анатольевич;

1993–2001 гг. – полковник м/с Гойденко Александр Сергеевич;

2001–2009 гг. – полковник м/с Дроздов Геннадий Васильевич;

2009–2010 гг. – подполковник м/с Мухортов Александр Викторович.

С 2010 г. 15 ВМГ стал стал филиалом № 1 ФБУ – войсковая часть 26826. С этого же периода им стал руководить подполковник м/с Макарченко Владислав Евгеньевич.

С момента создания этого лечебного учреждения на его персонал были возложены задачи лечения, как военнослужащих, так и гражданского населения поселка. Со временем укреплялась материальная база, были развернуты новые подразделения, совершенствовался лечебно-диагностический комплекс.

В 1970 г. госпиталь развернут на 350 коек.

В 1971 г. заложен фундамент и начато строительство хирургического корпуса на 105 коек с операционным блоком, рентгенологическим и физиотерапевтическим отделениями.

В октябре 1974 г. лечебный корпус № 1 сдан в капитальный ремонт, который закончен в 1978 г.

В 1979 г. лечебный корпус № 2 был закрыт на капитальный ремонт.

С 1986 г. госпиталь переведен на 400 коек.

16 февраля 1998 г. торжественно сдано в эксплуатацию обновленное здание лечебного корпуса № 2, в нем расположились неврологическое и кожно-венерологическое отделения, аптека.

С 2000 г. Директивой ГВМУ МО РФ от 20.10.2000 г. № 161/1/1/1623 в штат госпиталя введены: 183 передвижной рентгенологический кабинет, детское отделение на 15 коек со штатом 13 человек гражданского персонала, кабинет гемодиализа и туберкулезный кабинет.

В мае 2005 г. начат ремонт терапевтического корпуса и уже в августе 2008 г. в новых светлых помещениях расположились инфекционное и терапевтическое отделения.

Кроме реконструкции госпитальных зданий, много внимания уделяется и переоборудованию лечебных диагностических кабинетов. В неврологическое отделение поступил ряд новейших приборов, с помощью которых можно проводить исследования на уровне Центрального госпиталя имени Бурденко. Полностью переоборудовано физиотерапевтическое отделение. Новейшая аппаратура поступила в отделение функциональной диагностики. В хирургическом отделении введено много новшеств и методик по проведению операций, что позволяет не только сократить продолжительность самой операции, но и минимизировать масштаб воздействия здоровой ткани.

В 15 ВМГ за многие годы сложилась замечательная практика врачевания, основанная на академических знаниях полученных его специалистами в Военно-медицинской академии. Для многих военных врачей за эти годы госпиталь стал своего рода трамплином в профессиональной карьере – отсюда вышли известные теперь врачи: заслуженный врач РФ, полковник м/с в отставке Кочнев Юрий Николаевич (сдуживший в госпитале в 1976 г.), член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, полковник м/с запаса Гельцер Борис Изралиевич (1984–1986 гг.), заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник м/с запаса Андрюков Борис Георгиевич (1985–1993 гг.), подполковник м/с запаса Чугнин Александр Николаевич (1965–1974 гг.), полковник м/с запаса Чурсин Федор Алексеевич (1988 г.), подполковник м/с запаса Зехов Андрей Прокопьевич (1986–1993 гг.), полковник м/с запаса Решетникова Любовь Ивановна (1994–2000 гг.), полковник м/с запаса Соленый Григорий Петрович (1989–1996 гг.), подполковник м/с в отставке Московченко Виктор Гаврилович (1987–1998 гг.), подполковник м/с в отставке Ларионов Владимир Геронтьевич (1980–1997 гг.).

Заботами и трудами создавался высокопрофессиональный коллектив флотских врачей, способных выполнять разнообразные задачи медицинского обеспечения в сложных условиях. На выходах в море, при выполнении боевых задач в условиях автономного плавания, где практически отрабатывались вопросы оказания квалифицированной медицинской помощи.

Искренне благодарности и уважения заслуживают врачи, добросовестно работающие многие годы на своих должностях: с 1986 г. Ахмедов Тариель Джумшуд-Оглы, с 1987 г. Кулябин Александр Ва-

сильевич, с 1988 г. Тычина Анатолий Мануилович, с 1992 г. Усов Виктор Романович, с 1995 г. Сливко Павел Германович, с 1996 г. Шибанов Александр Леонидович, с 1991 г. Широков Алексей Владимирович, с 1999 г. Ключников Александр Викторович, с 1999 г. Мошковский Олег Брониславович, с 2002 г. Волчанов Сергей Николаевич, с 2002 г. Колчанов Сергей Владимирович; служащие ВМФ, Кожемякина Татьяна Алексеевна, Хадарова Валентина Ивановна, Евстигнеева Лидия Никифоровна, Думаленко Лариса Владиславовна, Дорогая Татьяна Георгиевна, Каргиева Наталья Григорьевна, Дятлов Валерий Александрович, Кипаренко Елена Владимировна.

Все успехи в лечебной работе были бы невозможны без добросовестного труда среднего медицинского персонала госпиталя. Это они окружают теплом и заботой больных, создают уют, поддерживают уют в отделениях, скрупулезно выполняют врачебные назначения. Наши ветераны до сих пор в строю, в активе госпиталя: Авдеева Людмила Ивановна, Сумарокова Галина Матвеевна, Крюкова Надежда Алексеевна, Халилова Галина Матвеевне, Акимова Татьяна Анатольевна, Бидзюра Евгения Ивановна, Булыгина Галина Парфирьевна, Литвинова Людмила Леонидовна, Мелехова Татьяна Николаевна, Мельникова Людмила Михайловна, Цветкова Нина Ивановна.

Главной задачей нашего госпиталя является усовершенствование профессиональной деятельности и перспективное его развитие, спасение человеческих жизней не только во время военных действий, но и во время стихийных бедствий, и в особенно сложных случаях, когда гражданская медицина оказывается, просто бессильна. Наверно, поэтому, что военные врачи – это особая каста людей, нередко приобретающая профессиональное мастерство в экстремальных условиях, когда к единственно правильному выбору действительно являются не только академические знания, но и исполнение боевого приказа, строгая воинская дисциплина и высокое чувство ответственности.

Автор адресует сердечные слова благодарности всем врачевателям – работникам филиала № 1 ФБУ – войсковая часть 26826. Спасибо Вам за Вашу работу, доброту, отзывчивость и милосердие. Словом, за настоящий профессионализм! С юбилеем!

O.V. Medvedeva

NAVAL HOSPITAL GULF «SHOOTER» – 75 YEARS

Naval Hospital, Primorsky regioni, Fokino

On the basis of historical archival documents, materials, periodicals, and memoirs of veterans - the oldest members of the Naval Hospital Bay «Shooter,» the author tells about the past and present of the hospital the Asia-Pacific Fleet, on everyday life of military doctors, those on whose shoulders rests easy necessarily-zannost - save and return to health advocates, Pacific Fleet sailors.

Keywords: naval hospital bay «Shooter», 75 years

Контактная информация:
Медведева О.В., врач ВМГ ТОФ, Приморский край, г. Фокино, ул. Госпитальная, д. 1, тел.: (42363) 21419

© В.М. Сойхер, В.М. Павлущенко, 2011
УДК [616.98:578.828.6]-57.36

В.М. Сойхер, В.М. Павлущенко

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Приморский краевой центр медицинской профилактики, Владивосток

Проанализированы современные тенденции в профилактики ВИЧ-инфекции, эпидемиологическая ситуация по заболеваемости в Приморском крае, итоги и реализация приоритетных национальных и краевых программ по профилактике ВИЧ-инфекции. На основании опыта деятельности Приморского краевого центра медицинской профилактики определены наиболее эффективные методы профилактики СПИД

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, профилактика, Приморский край.

ВИЧ-инфекция относится к группе социально-значимых и социально-опасных заболеваний. И сегодня практически каждому врачу любой специальности приходится сталкиваться с подобной проблемой.

В Приморском крае сохраняется напряженная эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИД. На 31.01.2009 г., начиная с 1989 г., зарегистрировано 7904 ВИЧ-инфицированных пациентов, из которых 61 человек – иностранцы. Детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей – 549, из которых каждый 5-й (18%) стали отказными. У 61 ребенка подтвержден диагноз «перинатальная ВИЧ-инфекция». За прошедший период умерло 2053 ВИЧ-инфицированных, от СПИДа – 173 человека.

Основной путь передачи ВИЧ парентеральный (77%), далее по эпидемиологической значимости идут половой (18%) и вертикальный (1%). Основной возраст ВИЧ-инфицированных составил 20–30 лет (45,5%), лица до 40 лет – 36%, т.е. молодые люди составляют до 78%, но имеются дети и подростки до 18 лет (1,6%). Соотношение мужчин и женщин – 2:1. Наиболее неблагополучная эпидситуация выявлена в городах Уссурийск, Находка, Артем, Дальнереченск, Большой Камень. Владивосток занимает 13-е место по краю. Ежемесячно в 2008 г. выявлялось в среднем 45–60 случаев ВИЧ-инфекции.

Особенности эпидемиологической ситуации по ВИЧ/СПИДу в Приморском крае следующие: значительное увеличение числа лиц молодого возраста и доли женщин из числа ВИЧ(+); рост количества беременных женщин и детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей; увеличение количества пациентов, заразившихся при половых контактах (с 11 до 18%); высокий процент сочетания ВИЧ с вирусными гепатитами В и С, инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), туберкулезом (на 7904 ВИЧ-положительных пациентов приходится 1006 с туберкулезом – 12%); сокращение продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных.

Принятие федеральной и краевой целевых программ по борьбе и профилактике с заболеваниями социального характера на 2009–2013 гг., наконец, принятие и реализация Приоритетного национального проекта «Здоровье» по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ (с сентября 2005 г.) позволили добиться определенных результатов:

- на 11,65% уменьшился прирост впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции (с 455 до 402);
- значительно снизилось число беременных женщин с ВИЧ(+);
- снижен риск вертикального пути передачи ВИЧ от матери к ребенку до 7,8% (2007 г. – 12,1%);
- удельный вес ВИЧ-позитивных пациентов, охваченных диспансерным наблюдением составил 90%;
- удельный вес ВИЧ-инфицированных женщин, вовлеченных в программу профилактики ВИЧ составил 93,3%;
- предупреждено 36 случаев профессионального заражения ВИЧ среди медицинских работников (2007 г. – 29 случаев);
- снижена заболеваемость СПИДом на 100 тысяч населения края на 3,5%;
- антиретровирусную терапию (АРВТ) получили 529 ВИЧ(+) – 100% из числа запланированных;
- в крае созданы и работают добровольные общества содействия ВИЧ-инфицированным и членам их семей [3, 4, 6].

Проведена большая организационная работа (ДЗПК, КЦ, СПИД, КЦМП, КВД, КНД, УВД, СМИ и др.) по созданию информационных центров (Владивосток, Уссурийск, Находка, Спасск-Дальний, Арсеньев) с целью повышения качества жизни лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), их родных и близких путем предоставления достоверной информации о ВИЧ/СПИДе, доступ к ресурсам помощи и поддержки (медицинской, социальной, психологической, юридической и др.) [1, 10].

Таким образом, сложившаяся эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИД показала небольшие, но положительные сдвиги в борьбе и профилактике с этой инфекцией и предопределила основные направления по снижению заболеваемости и предупреждению дальнейшего распространения ВИЧ среди населения.

Основными формами профилактической деятельности остаются: информационное, образовательное, координационное.

1. Информирование населения, пропаганда навыков ЗОЖ, борьба с вредными привычками (курение, алкоголизм, наркомания), пропаганде мер профилактики ВИЧ-инфекции, ИППП, особенно среди сексуально активной молодежи. Для реализации этого направления активно привлекаются СМИ.

2. Образовательное направление связано с разработкой и внедрением обучающих программ для учащейся молодежи по проблемам гигиенического, полового и сексуального воспитания, пропаганде ЗОЖ профилактике заболеваний и вредных привычек. Стали уделять внимание вопросам психологического общения подростков.

3. В своей профилактической деятельности необходима координация работы с Управлениями здравоохранения, ведущими специалистами краевых (городских, районных ЛПУ), КВД, КНД, КЦ СПИД, департаментом образования, администрациями городов, районов, отделами по делам молодежи и т.д.

Важно иметь контакты с педагогами, сотрудниками учреждений культуры, СМИ, УВД, спорта, религиозными организациям.

Основными направлениями профилактической работы в современных условиях являются: работа с молодежью; профилактика ВИЧ/СПИД в группах риска и вертикального пути передачи ВИЧ; участие в работе групп по поддержке ЛЖВ; пропаганда принципов приверженности в лечении АРВП. Приверженность пациентов лечению, т.е. соблюдение в максимальной степени предписаний врача по приему лекарственных средств (в назначенной дозе, в указанное время с соблюдением диеты, приему жидкостей, а также с учетом возможных взаимодействий с другими лекарственными средствами). Соблюдение принципов приверженности лечения ВААРТ позволяет максимально и стойко подавлять размножение ВИЧ; восстановить и сохранить функции иммунной системы; повысить качество жизни пациента; уменьшить частоту летальных исходов, обусловленных ВИЧ инфекцией [2, 5].

В связи с выявлением недостатков в работе по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку, неполным охватом беременных ВИЧ(+) женщин (охват 89%, в РФ – 93,9%), при этом полный курс химиопрофилактики во время беременности, родов и ребенку прошли 63,6%. Следующим направлением в работе необходимо признать 100% перинатальную профилактику ВИЧ и максимальный охват 3-х этапной химиопрофилактикой ВИЧ(+) беременных женщин. Поэтому вопросы профилактики вертикального пути передачи ВИЧ обязательно должны вводиться в обучающие программы школ молодой семьи, здоровья, видеолектории [1, 4].

Важным разделом профилактической деятельности является разъяснение населению и, прежде всего, молодежи прохождения дотестового консультирования и добровольного анонимного тестирования на ВИЧ. Молодежь – сексуально активная часть общества, которая экспериментирует во всем, имеет несколько половых партнеров, приобщается к алкоголю и наркотикам, имеет низкую общую и гигиеническую культуру, активно вовлекается в секс-индустрию, нередко использует незащищенный секс. В связи с чем, она является самой многочисленной группой риска. Дотестовое консультирование и добровольное анонимное и бесплатное тестирование на ВИЧ они могут пройти в ККЦ СПИД, либо у специалиста (инфекциониста) в ЛПУ городов и районов края. Поэтому мы рекомендовали бы медработникам, ответственным за ГВ населения составить списки адресов, телефонов ЛПУ, где молодые люди могли бы проконсультироваться по вопросу профилактики СПИД, ИППП и др. и разместить их в учебных заведениях [6, 7].

Многолетний опыт работы КЦМП среди учащейся молодежи показал, что массовые одноразовые акции (беседы, лекции, видеодемонстрации, акции в честь памятных дат и т.д.) мало эффективны. Они привлекают внимание часть подростков, но не меняют их поведение. Отработаны и внедрены с высокой эффективностью интерактивные формы работы: ролевые игры, мозговые штурмы, дискуссии после видеодемонстраций, круглые столы, встречи с вопросами и ответами, молодежные акции, семинары тренинги. Нередко этим видам мероприятий предшествуют конкурсы рисунков и плакатов, сочинений об их отношении к проблемам (СПИД, наркомания, курение, ИППП), социологические исследования (анкетирование, блиц-опрос, тестирование), создание групп волонтеров [5, 7, 8, 9].

Анализ эффективности проводимой в интерактивной форме профилактической работы показал: возросла информированность молодежи по вопросам профилактики СПИДа, ИППП; изменилось сексуальное поведение молодых людей; стало более доброжелательным отношение к ВИЧ-инфицированным; стали более осторожны в выборе полового партнера и начали активно пользоваться презервативами; повысился процент лиц, пожелавших добровольно обратиться за помощью, тестированием на ВИЧ к специалистам ККЦ СПИД; увеличилось количество учащихся-волонтеров.

Связь заражения ВИЧ-инфекцией с контролируемыми факторами (половые контакты с лицами из групп риска, инъекционное введение наркотиков) обосновывает то, что основную часть профилактической работы составляют так называемые поведенческие вмешательства: просвещение и меры, направленные на снижение риска заражения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абашина В.Л., Хомичук Т.Ф., Гребенькова Л.К. и соавт. Эпидемиологические аспекты заболеваемости ВИЧ-инфекцией // Здоровье. Медиц. экология. Наука. 2010. №1-2. С. 117–119.

2. Ельчанинова Т.А., Воронок В.М. Итоги реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по компоненту «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» // Здоровье. Медиц. экология. Наука. 2010. №1-2. С. 132–133.

3. Приверженность высокоактивной противовирусной терапии при ВИЧ-инфекции: Пособие для врачей. – М. 2005. 52 с.

4. Руководство по медицинской профилактике. Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальдина. – М. 2007.

5. О реализации ПНП «Здоровье» по направлению «профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» на территории Приморского края в 2009 г. Приказ ДЗПК, ФГУ «Центр гигиены и эпидемиологии в ПК» № 6/17-ф/36-о от 28.01.2009.

6. О выполнении мероприятий по выявлению, предупреждению и снижению ВИЧ-инфекции, в т.ч. передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в 2008 г. Приказ ДЗПК № 59 от 09.02.2009.

7. Об усилении работы по информированию населения по вакцинопрофилактике инфекционных заболеваний и ВИЧ-инфекции. Приказ ДЗПК № 316-о от 10.06.2008 г.

8. О реализации приоритетного нацпроекта «Здоровье» в Приморском крае за 2008 г. // Врачебная газета. 2009. № 1–2. с. 2–3.

9. Сойхер В,М., Павлущенко Е.В., Бароева Л.А. и соавт.Интерактивные формы работы с учащейся молодежью. / Матер. VII ДВ Форума «Молодежь Востока России: социальное воспитание и сохранение здоровья». Хабаровск. 2008. С. 23–27.

10. Сойхер В.М., Павлущенко Е.В. Опыт работы по профилактике ВИЧ-инфекции среди молодежи Приморского края / Матер. VI ДВ Форума «Молодежь Востока России: социальное воспитание и сохранение здоровья». Хабаровск. 2007. С. 21–25.

11. Сойхер В.М., Павлущенко Е.В. Гигиеническое воспитание молодежи по профилактике ВИЧ-инфекции / Матер. научн.-практ. конф., посвящ. 375-летию вхождения Якутии в состав Росс. Государства. Якутск. 2007. С. 96–97.

12. Ляхович А.Е., Голиусов А.Г., Полесский В.А. и др. Профилактика ВИЧ/СПИДа и других инфекций, передающихся половым путем: Учебное пособие для врачей и педагогов. – М. 2003. – 32 с.

V.M. Sojher, V.M. Pavlushenko

MODERN LINES IN HIV-INFECTION PREVENTIVE MAINTENANCE

Primorsky regional centre of medical preventive maintenance, Vladivostok

Modern lines in HIV-infection prophylaxes, an epidemiological situation on a case rate in Primorye region, results and realisation of priority national and regional programs on HIV-infection preventive maintenance are analysed. On the basis of experience of activity of the Primorsky regional centre of medical preventive maintenance the most effective methods of preventive maintenance AIDS are defined.

Keywords: HIV-infection, preventive maintenance, Primorye region.

Контактная информация: 690000, г. Владивосток, Океанский проспект, 119. Сойхер Вячеслав Михайлович, руководитель ГУЗ «Краевой центр медицинской профилактики». Тел.: (423) 244-84-10, 241-34-28.

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
СИБИРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ВЛАДИВОСТОКСКИЙ ФИЛИАЛ УЧРЕЖДЕНИЯ РАМН
ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ФИЗИОЛОГИИ И ПАТОЛОГИИ ДЫХАНИЯ –
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОЙ КЛИМАТОЛОГИИ
И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Всероссийская научно-практическая конференция

«Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики метаболического синдрома»

г. Владивосток, 5–6 октября 2011 г.
(Информационное письмо №1)

Уважаемые коллеги!

Владивостокский филиал Учреждения РАМН Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН – Научно-исследовательский институт медицинской климатологии и восстановительного лечения приглашает Вас принять участие в работе Всероссийской научно-практической конференции **«Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики метаболического синдрома»,** которая пройдет 5–6 октября 2011 г. в рекреационной зоне острова Русский на базе санатория «Белый лебедь».

Научная программа конференции предполагает обсуждение следующих вопросов:
– эпидемиологические и социально-гигиенические аспекты метаболического синдрома;
– вопросы патогенеза и диагностики метаболического синдрома;
– клинические аспекты метаболического синдрома. Фармакотерапия метаболического синдрома;
– актуальные проблемы профилактики и восстановительного лечения метаболического синдрома.

Материалы конференции будут опубликованы в специальном выпуске журнала «Здоровье. Медицинская экология. Наука». Журнал индексируется в электронной поисковой системе данных РИНЦ (Российский индекс научного цитирования). Электронная версия полнотекстовых статей представлена в научной электронной библиотеке на сайте: www.elibrary.ru

Вопросы направлять по адресу:
690105, Владивосток, ул. Русская 73-г. НИИ МКВЛ.
Оргкомитет конференции.
Тел./факс: (423) 234-55-02
E-mail: jankova_nch@list.ru

Оргкомитет конференции

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ – ВОЕННЫЙ САНАТОРИЙ «ПАРАТУНКА»

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СИБИРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ВЛАДИВОСТОКСКИЙ ФИЛИАЛ УЧРЕЖДЕНИЯ РАМН ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ФИЗИОЛОГИИ И ПАТОЛОГИИ ДЫХАНИЯ – НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОЙ КЛИМАТОЛОГИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Юбилейная научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы восстановительного лечения заболеваний внутренних органов с использованием рекреационных ресурсов Дальневосточного региона»

Камчатка, военный санаторий «Паратунка», 20 октября 2011 г.

Уважаемые коллеги!

Федеральное Государственное учреждение министерства обороны – Военный санаторий «Паратунка» приглашает Вас принять участие в работе Юбилейной научно-практической конференции «Актуальные вопросы восстановительного лечения заболеваний внутренних органов с использованием рекреационных ресурсов Дальневосточного региона», посвященной 65-летию военного санатория «Паратунка», которая состоится 20 октября 2011 г. на базе санатория.

Научная программа конференции предполагает обсуждение следующих вопросов:
– состояние здоровья населения Дальневосточного региона;
– лечебно-оздоровительные ресурсы Дальневосточного региона
– актуальные проблемы профилактики и восстановительного лечения заболеваний внутренних органов.

Материалы конференции будут опубликованы в специальном выпуске журнала «Здоровье. Медицинская экология. Наука». Журнал индексируется в электронной поисковой системе данных РИНЦ (Российский индекс научного цитирования). Электронная версия полнотекстовых статей представлена в научной электронной библиотеке на сайте: www.elibrary.ru

Вопросы по проведению конференции направлять по адресу:
Индекс Камчатская обл., Елизовский район, с.Паратунка
Оргкомитет конференции.
E-mail: paratunkasan@mail.ru

Оргкомитет конференции

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

журнала «Здоровье. Медицинская экология. Наука»

Журнал публикует оригинальные статьи, научные обзоры, материалы конференций, объявления и лекции по вопросам современных теоретических и прикладных проблем в различных областях медицины, медицинской экологии и истории медицины, в том числе, Дальневосточного региона.

Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается редакцией журнала после ее рецензирования и обсуждения.

Авторы, желающие опубликовать в журнале «Здоровье. Медицинская экология. Наука» статьи, соответствующие профилю журнала, присылают в журнал статью, оформленную в соответствии с настоящими правилами оформления материалов.

Статьи должны быть написаны на высоком научном и методическом уровне.

1. Принимаются статьи объемом не более 10 страниц и обзорные – 20 страниц стандартной машинописи. Количество иллюстративного материала – не более 6. Статья может быть представлена на русском или английском языках.

2. Статья сопровождается направлением института (учреждения), в котором выполнено исследование, с указанием предполагаемого для публикации раздела журнала; актом экспертизы и абстрактами на русском и английском языках.

3. Материалы рукописи представляются в 2 экземплярах машинописного текста, один из которых должен быть подписан всеми авторами, а также на дискете стандартного формата. Предпочтительно Word под Windows, для формул – формульный редактор Word или Mathtype Текст и графические материалы представляются распечатанными на белой бумаге в 2 экземплярах (фотографии – на белой глянцевой бумаге размером не менее 9x12 см) и на диске стандартного формата. Статьи могут быть отправлены и по E-mail.

4. Материалы должны быть представлены в следующем порядке: шифр УДК; инициалы и фамилии авторов; заглавие; название организации; текст статьи, включающий введение, цель, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы, выражение благодарности; резюме на русском и английском языках (подается на отдельной странице с указанием фамилии и инициалов авторов, заглавия статьи, названия организации); список литературы, в конце которого указывается развернутое название института (учреждения), адрес для корреспонденции, номер телефона, факса. К статье прилагаются таблицы с соответствующими названиями, рисунки и подписи к ним.

Все сокращения, за исключением небольшого числа общеупотребительных, должны быть расшифрованы.

Отдельным файлом предоставляется контактная информация для последующей переписки: фамилия, имя и отчество всех авторов с указанием их научной степени, научного звания, должности, учреждения, контактных телефона и адреса.

5. Рисунки пересылаются в виде отдельных файлов в формате TIF (600 точек на дюйм для черно-белых, 300 – для цветных). Текст на рисунках должен быть набран гарнитурой Arial, светлый, курсив. Размер кегля соизмерим с размером рисунка (желательно 8 кегель). Площадь рисунка должна быть в диапазоне 100–150 см^2. Подписи к рисункам должны быть распечатаны на отдельной странице. На обороте рисунков указываются фамилии авторов, название статьи и номер рисунка.

6. Цитируемая в статье литература приводится в виде списка в алфавитном порядке: сначала русско-язычные источники, затем – англоязычные. В тексте ссылка дается в виде порядкового списка в квадратных скобках.

Примеры оформления библиографических ссылок:

для монографий:

Синцов И. П. Механизмы терморегуляции. – М.: Наука, 1998. 169 с.

для статей:

Юсупова И. У. Самоорганизация нейронных систем … // Журн. неврол. и психиатр. 1995. Т. 95, № 4. С. 58–62.

Veen J., Rakis P.A., Schiff S.G. et al. Controlling chaos ... // Ear. Respiv. J. 1995. Vol. 8, N 2. P. 1073–1075.

При несоблюдении настоящих правил материал к публикации не принимаются и авторам не возвращаются.

Публикация статей бесплатная.

Материалы для публикации следует представлять по адресу:

690005, Владивосток, ул. Ивановская, 4, ВМКГ ТОФ (для Андрюкова Бориса Георгиевича). Редакция журнала «Здоровье. Медицинская экология. Наука», E-mail: andrukov_bg@mail.ru. Тел.: (423) 253-94-43 или 89242304647.