



кая загрузка к началу наступления (30,3–46,7%); существенное отставание темпа восстановления железных дорог от темпа наступления войск, что затрудняло эвакуацию раненых и больных и своевременное перемещение медицинских частей и учреждений вслед за войсками.

Показатели хирургической работы в ГБФ были достаточно высокими. Оперируемость при проникающих ранениях

груди составляла 14,6–44%, живота – 10,5–18,9%, при ранениях бедра с повреждением кости – 23–26,1%. Раневые осложнения в ГБФ составили: шок – 0,1–0,3%, газовая инфекция – 0,1–2,7%. Летальность в лечебных учреждениях 1-го Белорусского фронта – 4,5%, 3-го Белорусского – 5,9%. Всего возвращено в строй 230 тыс. раненых и больных – 25,5% к численности личного состава фронтов.

Литература

1. Архив ВММ: ф. 1, оп. 47171, д. 2, л. 2, 8, 14, 37, 75; ф. 22, оп. 12099, д. 10, л. 142, 146, 150, 156, 162, 205.

2. Асанин Ю.С., Георгиевский А.С., Иванов Н.Г., Лобастов О.С. и др. Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. – М.: Воениздат, 1993. – Т. 2. – С. 74–100.

3. Балмасов А.А. Основные черты медицинского обеспечения Белорусской наступательной операции // Воен.-мед. журн. – 1969. – № 8. – С. 10–15.

4. Бурназян А.И. Борьба за жизнь раненых и больных на Калининском – 1-м Прибалтийском фронтах (1941–1945 гг.). – М.: Медицина, 1982. – С. 202–243.

5. Герасимов А.А. Организация медицинского обеспечения войск в операции по освобождению Белоруссии и Литвы // Тр. ВММ. – Л., 1956. – Т. 3. – С. 247–300.

6. Колодкин В.А. Медицинская служба 65-й армии в боях за освобождение Белоруссии // Воен.-мед. журн. – 1969. – № 8. – С. 16–21.

7. Сборник материалов по истории военного искусства в Великой Отечественной войне. – М.: Воениздат, 1955. – Вып. V, Т. III. – С. 155–187.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.831-001.4-057.36-036.086

Военно-врачебная экспертиза военнослужащих с последствиями закрытых черепно-мозговых травм

ЛИТВИНЕНКО И.В., профессор, полковник медицинской службы (litvinenkoiv@rambler.ru)¹

БАЗИЛЕВИЧ С.Н., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы (basilevich@inbox.ru)¹

ОДИНАК М.М., член-корреспондент РАН, профессор, полковник медицинской службы в отставке (odinak@rambler.ru)¹

НАУМОВ К.М., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы (naumov_k@list.ru)¹

ЧАПЛЮК А.Л., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,

полковник медицинской службы (chaplan@mail.ru)²

БРОВКИН С.Г., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы (gevve@mil.ru)²

КЛИМОВ И.А., полковник медицинской службы запаса²

КОРЯКИН С.В., подполковник медицинской службы²

¹Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ²Главный центр военно-врачебной экспертизы МО РФ, Москва

Проведение военно-врачебной экспертизы у военнослужащих с последствиями черепно-мозговой травмы требует всестороннего анализа всех факторов патогенеза и установления доказанной причинно-следственной связи при вынесении экспертного заключения на основе подробного изучения имеющейся медицинской документации. В связи с отсутствием в ряде случаев каких-либо подтверждений перенесенной травмы с помощью доступных клинико-инструментальных методов в статье акцент делается на экспертизу при последствиях легкой черепно-мозговой травмы. Подробно рассматриваются возможные клинические проявления и лежащие в их основе изменения центральной нервной системы, уточнены временные факторы, позволяющие правильно определить причинно-следственные связи между предъявляемыми военнослужащим жалобами и имеющейся в анамнезе легкой черепно-мозговой травмой.

К л ю ч е в ы е с л о в а: военно-врачебная экспертиза, последствия черепно-мозговой травмы, сотрясение головного мозга, посттравматическая эпилепсия.



Litvinenko I.V., Bazilevich S.N., Odinak M.M., Naumov K.M., Chaplyuk A.L., Brovkin S.G., Klimov I.A., Koryakin S.V. — The military medical examination of military personnel with the consequences of closed craniocerebral injuries. Conducting military medical examination of servicemen with the consequences of craniocerebral trauma requires a comprehensive analysis of all factors of pathogenesis and establishing a proven causal relationship in making an expert opinion based on a detailed study of available medical documentation. In connection with the absence in some cases of any evidence of the transferred trauma with the help of available clinical and instrumental methods, the article focuses on examination with the consequences of an easy craniocerebral trauma. The possible clinical manifestations and underlying changes in the central nervous system are examined in detail, the time factors allowing to correctly determine the cause and effect relationship between the complaints made by the serviceman and the history of an easy craniocerebral trauma are specified.

К е у в о р д с: military medical examination, consequences of craniocerebral trauma, brain concussion, posttraumatic epilepsy.

Травматизм, связанный с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), в начале XXI в. стал актуальной проблемой не только здравоохранения, но и общества в целом. ЧМТ относится к наиболее распространенным видам повреждения и составляет от 30 до 50% всех видов травм. Частота ЧМТ в среднем составляет 3–4 случая на 1 тыс. населения. Повреждения мозга — одна из главных причин смертности и инвалидизации населения, а у лиц молодого возраста им принадлежит ведущее место. Ежегодно в России ЧМТ получают около 600 тыс. человек. Из них около 50 тыс. погибают, а еще 50 тыс. становятся инвалидами. Травмы головного мозга как причина инвалидности стоят на втором месте после заболеваний органов кровообращения и составляют от 14,5 до 26% [3, 14, 18–20, 23, 31].

В условиях ведения боевых действий закономерно увеличивается количество пострадавших с повреждениями головного мозга. Так, в ходе локального вооруженного конфликта на Северном Кавказе доля поврежденных головного мозга составила 17,9% к общему числу раненых и 83% — к числу пострадавших неврологического профиля, при этом травмы головного мозга легкой степени отмечены в 81% случаев [21, 24].

ЧМТ представляет собой механическое повреждение черепа и головного мозга, вследствие чего возникает ряд патологических процессов, определяющих тяжесть клинических проявлений травмы. Оценка тяжести травмы при выставлении первичного диагноза имеет ключевое значение не только для определения тактики ведения больного и прогноза, но и в последующем для определения связи имеющихся у больного невро-

логических нарушений с перенесенной ранее ЧМТ.

Выделяют следующие клинические формы ЧМТ: сотрясение головного мозга (70–80% всех ЧМТ), ушиб головного мозга легкой степени (10–15%), ушиб головного мозга средней степени (8–10%), ушиб головного мозга тяжелой степени (5–7%), сдавление головного мозга: внутримозговая гематома (эпи- и субдуральная, внутримозговая, внутрижелудочковая), гигрома, вдавленный перелом, пневмоэнцефалия (3–5%) [3].

К легкой ЧМТ относят сотрясение головного мозга и ушиб головного мозга легкой степени, к среднетяжелой — ушиб головного мозга средней степени, к тяжелой — ушиб головного мозга тяжелой степени, сдавление головного мозга.

В настоящее время среди тяжелых травм мозга выделена отдельная нозологическая форма — диффузное аксональное повреждение головного мозга [31, 34]. Данный диагноз имеет хорошо очерченные клинические и рентгенологические критерии и широко используется в практической медицине. В военной медицине эта форма диагностируется редко, и связано это, в первую очередь, с отсутствием данной нозологической единицы в Перечне увечий (ранений, травм, контузий), относящихся к тяжелым или легким, при наличии которых принимается решение о наступлении страхового случая у застрахованных по обязательному государственному страхованию жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы, органов по контролю за



оборотом наркотических средств и психотропных веществ, сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы (утвержден постановлением Правительства РФ от 29.07.1998 г. № 855), в связи с чем требуется внесение изменений в данное постановление с учетом современного развития нейронаук. Тем более что такое повреждение нервной системы есть в приказе Минздравоохранения РФ от 24.04.2008 г. № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Следует отметить, что до 90% травм относятся к легким, экспертиза последствий которых затруднена в связи с отсутствием в ряде случаев каких-либо объективных подтверждений перенесенной травмы по результатам различных клинко-диагностических исследований [25].

В течении ЧМТ выделяют 3 основных периода: острый, промежуточный и отдаленный [14, 15, 24].

Острый период отражает совокупность реакций повреждения и защиты в ответ на воздействие травмирующего фактора. По времени он длится от момента повреждающего воздействия на головной мозг с внезапным расстройством его интегративно-регуляторных и очаговых функций до стабилизации на том или ином уровне нарушенных общемозговых, вегетативных и соматических функций либо смерти пострадавшего. Временная протяженность его составляет от 2 до 10 нед в зависимости от клинической формы ЧМТ.

В *промежуточный период* происходит реорганизация поврежденных участков мозга, максимально полное включение компенсаторно-приспособительных реакций и процессов, что сопровождается полным или частичным восстановлением, устойчивой компенсацией нарушенных в результате травмы функций мозга и организма в целом. Длительность этого периода при ЧМТ легкой и средней степени тяжести (сотрясение головного мозга, ушиб легкой или средней степени тяжести) — от 2 до 6 мес, при тяжелой ЧМТ — до 1 года.

Отдаленный период характеризуется наличием местных и дистантных дегенеративных и репаративных изменений. При благоприятном течении наблюдается клинически полная или почти полная компенсация нарушенных при ЧМТ функций мозга. В случае неблагоприятного течения отмечаются клинические проявления не только самой травмы, но и сопутствующих спаечных, рубцовых, атрофических, гемоликвороциркуляторных, вегетативно-висцеральных, аутоиммунных и других процессов. Продолжительность отдаленного периода при клиническом выздоровлении — до 2 лет, при прогрессивном течении — не ограничена.

Последствия ЧМТ — эволюционно predetermined и генетически закрепленный комплекс процессов (дистрофических, дегенеративных, аутоиммунных, резорбтивных, репаративных и других), развивающихся в ответ на повреждение головного мозга и его оболочек на фоне индивидуального преморбидного фона. Согласно принятым в медицине представлениям, «последствия» ЧМТ — это состояние с остаточными проявлениями, сохраняющимися в течение года и более после травмы [24, 34]. Вместе с тем, учитывая периодизацию этапов травматической болезни мозга, в целях *военно-врачебной экспертизы (ВВЭ)* считаем целесообразным наблюдающиеся у пациентов после легкой ЧМТ в сроки свыше 6 мес жалобы и неврологическую симптоматику рассматривать как последствия травмы.

Последствия травм мозга отличает полиморфизм как субъективных, так и объективных проявлений заболевания [8, 10, 18, 23, 28]. Выделены следующие ведущие посттравматические неврологические синдромы, отражающие как системный, так и клинко-функциональный характер процесса: синдром вегетативной дисфункции; ликвородинамических нарушений; церебрально-очаговый; эпилептический; астенический; психоорганический (психопатологический). Обычно у больного отмечается несколько синдромов, которые в динамике болезни изменяются по характеру и степени выраженности. Ведущим считается тот син-



дром, клинические проявления которого (как субъективные, так и объективные) являются наиболее выраженными.

Сложностей с ВВЭ военнослужащих с последствиями травм средней и тяжелой степени тяжести, как правило, не возникает. У них выявляются четкие клинические признаки, на основании которых, с учетом степени нарушения функций, выносится заключение о категории годности.

Основные проблемы при проведении экспертизы вызывает легкая ЧМТ, в частности *сотрясение головного мозга* (СГМ). СГМ представляет единую клиническую форму травмы мозга, в основе которой лежат функционально обратимые изменения нейронов на клеточно-субклеточном уровне в ответ на воздействие механической энергии. Выявляемая после СГМ общемозговая и рассеянная неврологическая симптоматика (головная боль, тошнота, рвота, двоение в глазах, нарушения функции поддержания равновесия, головокружение, слабость, шум в ушах, приливы крови к лицу, потливость, гиперсенситивность органов чувств, вялость зрачковых реакций, установочный горизонтальный нистагм, асимметрия иннервации мимических мышц, оживление сухожильных рефлексов, истощаемость поверхностных рефлексов, вегетативная дисфункция – лабильность пульса и артериального давления, дистальный гипергидроз ладоней и стоп, нарушение сна) носят нестойкий характер и обычно регрессируют к 5–7-му дню после травмы. Поэтому 80–97% случаев сотрясения мозга при соблюдении режима в острый период (2 нед) и отсутствии отягощающих травму обстоятельств завершаются выздоровлением пострадавших с полным восстановлением трудоспособности.

У части больных жалобы (головная боль, головокружение, утомляемость, раздражительность, трудность сосредоточения и решения умственных задач, снижение памяти, бессонница, снижение устойчивости к стрессу, эмоциональному возбуждению, алкоголю) и клинические проявления могут сохраняться по прошествии острого периода. Синдром возникает в результате сложного взаимодей-

ствия органических и функциональных изменений интегративных систем лобных и височных долей и психологических факторов. В таком случае в промежуток до 6 мес необходимо выставлять диагноз: состояние после ЧМТ, сотрясения головного мозга в виде отдельных рассеянных органических знаков и астеновегетативного синдрома (астенического синдрома, вегетативно-сосудистой неустойчивости и т. п.). При необходимости использования классификации МКБ-10 данное состояние целесообразно относить к разделу Т 90.5 или Т 90.8.

На фоне динамического врачебного наблюдения за военнослужащими и проведения курсов амбулаторного (стационарного) лечения функциональное состояние интегративных систем мозга восстанавливается, что приводит к полному регрессу симптомов и восстановлению работоспособности у большинства больных через 3–12 мес после СГМ. У сравнительно небольшой части больных (не более 3%) симптомы посткоммоционного синдрома сохраняются даже спустя 1 год и более после травмы (хронический посткоммоционный синдром). Часто жалобы при хроническом посткоммоционном синдроме со временем не только не уменьшаются, подчиняясь характерной динамике, но и продолжают нарастать. В таких случаях ведущую роль играют уже психогенные факторы. Хронизация способствует преморбидные особенности личности, ипохондрическая настроенность и, возможно, рентная установка [19, 25, 34].

Военнослужащие после ЧМТ (без разделения по степени тяжести) должны находиться под диспансерным динамическим наблюдением у врача части в течение 2 лет. Если через 1 год у военнослужащего сохраняются жалобы и неврологическая симптоматика (рассеянные знаки, признаки вегетативно-сосудистой неустойчивости, астенический синдром и другие), выставляется диагноз: последствия ЧМТ от ... (дата травмы) с указанием синдромов и симптомов. При отсутствии жалоб и объективных данных, свидетельствующих о патологии со стороны нервной системы, устанавливается диагноз «практически здоров».



Наличие жалоб у военнослужащих, перенесших травму, и динамика клинических проявлений должны находить свое отражение в медицинской документации по результатам динамического наблюдения врача части, амбулаторных обращений к неврологу и/или стационарного лечения. С целью объективизации клинической картины, оценки регресса проявлений последствий ЧМТ необходимо проводить контрольные осмотры даже в случаях отсутствия у военнослужащего жалоб в следующие сроки:

– врачом части – сразу после окончания отпуска по болезни (или через месяц при его отсутствии), затем через 3, 6, 12 мес после травмы в течение первого года, каждые 6 мес – в течение второго;

– неврологом – сразу после окончания отпуска по болезни (или через 1 мес при его отсутствии), затем через 12 и 24 мес после перенесенной ЧМТ.

При наличии жалоб и объективных клинических симптомов возможно направление на стационарное обследование с последующим вынесением заключения о временной негодности военнослужащего к выполнению специальных обязанностей или направлению его в командировку.

При отсутствии признаков заболевания по результатам контрольных осмотров военнослужащие считаются здоровыми, но продолжают находиться под диспансерным наблюдением до 2 лет. Диагноз «здоров» может выставить только невролог при любом контрольном плановом осмотре, если у военнослужащего отсутствуют жалобы и клинические проявления перенесенной травмы. Это может быть и через 1 год после легкой ЧМТ.

При отсутствии обращений к врачу более 2 лет после перенесенной травмы заключительный осмотр невролога (через 24 мес) должен содержать фразу «в дальнейшем жалоб не предъявлял, за медицинской помощью не обращался», и это используется при написании свидетельства о болезни. Использование статьи 25 в таком случае является необоснованным.

Актуальным остается вопрос освидетельствования граждан, подлежащих призыву на военную службу в соответствии с графой I раздела II «Расписание болезней» приложения к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства РФ от 4.07.2013 г. № 565. Согласно данному расписанию, при наличии ЧМТ в анамнезе за последние 3 года, вне зависимости от ее тяжести, освидетельствование проводится по пункту «г» статьи 25, что накладывает ограничения на поступление в военно-учебные заведения. По нашему мнению, с учетом длительности диспансерного динамического наблюдения за данной категорией лиц, целесообразно сократить указанный срок до 2 лет. Лица, перенесшие легкую ЧМТ, могут признаваться здоровыми при отсутствии жалоб и объективных симптомов через 2 года и быть годными к поступлению в высшие военные учебные заведения и службе по призыву.

В соответствии с требованиями к состоянию здоровья граждан, проходящих военную службу по контракту, для определения годности к военной службе в иностранном государстве с неблагоприятным жарким климатом *военно-врачебная комиссия* (ВВК) должна выносить заключение о негодности освидетельствуемого в случае наличия у него последствий ЧМТ со стойкими нарушениями функций центральной нервной системы (приложение № 1 к приказу министра обороны РФ от 20.10.2014 г. № 770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы»). В данной формулировке речь не идет о степени нарушения функции (незначительная, умеренная, выраженная). Врачу необходимо оценить стойкость нарушений функции ЦНС. В связи с этим у неврологов и врачей-экспертов ВВК часто возникает вопрос: «Если военнослужащий в анамнезе перенес СГМ и впоследствии в медицинской книжке ежегодно после углубленного медицинского осмотра ему устанавливался диагноз «Отдаленные последствия ЧМТ, СГМ с рассеянной неврологической



симптоматикой и астеническим (вегетативно-сосудистым) синдромом», считать ли, что он имеет стойкие нарушения функций ЦНС?»

С учетом ранее представленной информации о СГМ полагаем, что в случае отсутствия повторных обращений к врачу, амбулаторных и/или стационарных курсов лечения в течение 2 лет после травмы военнослужащий должен быть признан выздоровевшим и годным к прохождению военной службы в иностранном государстве с неблагоприятным жарким климатом в связи с отсутствием стойких нарушений ЦНС.

Еще одним актуальным и часто спорным вопросом является наличие причинно-следственной связи между перенесенной легкой ЧМТ и развитием в дальнейшем эпилепсии. ЧМТ в целом представляет собой один из наиболее частых этиологических факторов эпилепсии у взрослых. Термин «посттравматическая эпилепсия» используется в тех случаях, когда эпилептические припадки являются единственным или доминирующим проявлением травматического повреждения мозга. Такой диагноз оказывает значительное влияние на клинический, социальный статус военнослужащего и последующее экспертное заключение, особенно при наличии причинной связи «военная травма» [11, 12]. Считается, что для формирования эпилептического очага необходимы морфологический субстрат в виде структурного поражения мозга после травмы, а также врожденная и/или наследственная предрасположенность к эпилепсии. Несмотря на то что использование КТ, МРТ, ПЭТ, ОФЭКТ, МР-трактографии продвинуло наше представление в понимании происходящего в мозге после травмы, ни одно из этих исследований не может быть использовано для долгосрочного прогноза развития посттравматической эпилепсии [2, 7, 26]. Информативность данных ЭЭГ-исследования в определении прогноза развития посттравматической эпилепсии также невелика [1, 5, 6].

Вероятность возникновения посттравматической эпилепсии напрямую связана с тяжестью травмы. И если у нас нет принципиальных экспертных вопросов по поводу возникновения эпилепти-

ческих приступов после тяжелых травм с формированием морфологического субстрата, то диагноз посттравматической эпилепсии, основанный только на установлении временной связи между перенесенной легкой ЧМТ и возникшими эпилептическими приступами, нередко вызывает обоснованные сомнения.

Эпидемиологические исследования эпилепсии травматического генеза у больных с легкой ЧМТ в анамнезе носят противоречивый характер. По данным разных авторов, частота возникновения посттравматической эпилепсии колеблется от 1 до 24% [1, 4, 16, 22].

Сотрудниками кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова проведено катamnестическое наблюдение (5 лет) за 778 больными (в возрасте 18–35 лет) после стационарного лечения по поводу закрытой ЧМТ, СГМ. Эпилепсия развилась всего у 6 человек (0,77%). В первый год после травмы эпилепсия дебютировала у 1, во второй – у 2, в четвертый – у 3 человек. У 4 из 6 больных отмечались клинико-электроэнцефалографические признаки идиопатической генерализованной эпилепсии, у одного пациента отец был болен эпилепсией. Парциальные приступы без вторичной генерализации не встречались. Данные ЭЭГ-обследования в острый период травмы в определении прогноза развития посттравматической эпилепсии оказались незначимыми. У 4 из 6 больных эпилепсией выявлена эпилептиформная активность, при этом такие же ЭЭГ-характеристики были обнаружены у 132 (17%) больных, перенесших СГМ, при отсутствии эпилептических приступов на протяжении последующих 5 лет [12].

Хотелось бы обратить внимание еще на один факт, а именно время возникновения первого приступа у пациентов после перенесенной даже более тяжелой травмы головы. Так, по данным литературы, риск развития посттравматической эпилепсии после ЧМТ средней степени тяжести максимален в течение первых 2 лет после травмы, снижаясь до среднестатистического уровня в течение последующих 5 лет. Среди пострадавших с тяжелыми травмами, у которых впоследствии разви-



вается эпилепсия, в 65% случаев припадки возникали в течение года после ЧМТ и у 80% — в течение 2 лет. При тяжелой ЧМТ с переломами костей черепа и образованием внутричерепных гематом после огнестрельных ранений риск эпилепсии остается высоким в течение всего времени наблюдения [22, 36, 37].

Основываясь на данных литературы и собственном опыте, считаем, что СГМ может рассматриваться причиной развития посттравматической эпилепсии крайне редко. В случаях возникновения эпилептических припадков в течение первых двух лет после СГМ такая связь представляется возможной и диагноз «посттравматическая эпилепсия» будет обо-

снованным. Военнослужащие, у которых повторные неспровоцированные эпилептические приступы возникли через 2 года и более после СГМ, должны рассматриваться как больные с идиопатической или криптогенной эпилепсией, освидетельствоваться по статье 21 (приложение к Положению о ВВЭ) и не иметь причинно-следственной связи с травмой.

Таким образом, проведение ВВЭ у военнослужащих с последствиями ЧМТ требует всестороннего анализа всех факторов патогенеза и установления доказанной причинно-следственной связи при вынесении экспертного заключения на основании подробного изучения имеющейся медицинской документации.

Литература

1. Асстутти М.А. Посттравматическая эпилепсия: особенности клиники, диагностики и лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2009. — 30 с.
2. Базилевич С.Н. Объективные факторы относительной и возможные причины истинной фармакорезистентности у больных эпилепсией // Вестник Рос. воен.-мед. акад. — 2009. — № 2 (26). — С. 118–123.
3. Гайдар Б.В., Парфенов В.Е., Савенков В.П. и др. Закрытая и открытая травмы черепа и головного мозга. — СПб, 1996. — 59 с.
4. Гехт А.Б., Мильчакова Л.Е., Чурилин Ю.Ю. Эпидемиология эпилепсии в России // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. Эпилепсия (прилож. к журналу). — 2006. — Вып. 1 — С. 3–7.
5. Гриндель О.М. Электроэнцефалография: Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. — М., 1998. — Т. 1. — С. 361–386.
6. Гусев Е.И. Симптоматическая посттравматическая эпилепсия. Клиника, диагностика, лечение: Метод. рекомендации. — М.: Изд-во «Поматур», 2004. — С. 34.
7. Дыскин Д.Е. Патогенетическая диагностика эпилепсии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб, 2003. — 44 с.
8. Емельянов А.Ю. Травматическая энцефалопатия: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб, 2000. — 39 с.
9. Казаков А.Ю. Посттравматическая эпилепсия: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2003. — 36 с.
10. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. — М.: Антидор, 1998. — Т. 1. — 550 с.
11. Куликов В.В., Ядчук В.Н., Работкин О.С. и др. Актуальные вопросы медицинского освидетельствования граждан, исполняющих воинскую обязанность, при наиболее часто встречающихся заболеваниях: Метод. пособие для врачей. — М.: ГВМУ МО РФ, 2006. — 170 с.
12. Литвиненко И.В., Базилевич С.Н., Прокудин М.Ю., Дыскин Д.Е., Кошкарев М.А. «Посттравматическая эпилепсия» после сотрясения головного мозга: Матер. III Азиатско-Тихоокеанского конгресса по военной медицине. — СПб, 2016. — С. 132.
13. Литвиненко И.В., Емелин А.Ю., Воробьев С.В., Лобзин В.Ю. Клинические особенности формирования и возможности терапии посттравматических когнитивных расстройств // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 2010. — Т. 110, № 12. — С. 60–66.
14. Лихтерман Л.Б. Неврология черепно-мозговой травмы. — М.: Антидор, 2009. — 250 с.
15. Лихтерман Л.Б. Принципы современной периодизации течения черепно-мозговой травмы // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко. — 1990. — № 6. — С. 13–18.
16. Макаров А.Ю., Садыков Е.А., Киселев В.Н. Посттравматическая эпилепсия: диагностика и клинические варианты // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 2001. — Т. 101, № 6. — С. 7–11.
17. Мишнякова Л.П. Клинико-нейрофизиологические исследования и методы нейровизуализации при эпилепсии в раннем и отдаленном периодах тяжелой черепно-мозговой травмы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. — 27 с.
18. Михайленко А.А., Дыскин Д.Е., Бицадзе А.Н. Клинико-патогенетические варианты отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы головного мозга // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1993. — Т. 93, № 1. — С. 39–42.
19. Михайленко А.А., Одинак М.М., Литвиненко И.В., Ильинский Н.С., Юрин А.А., Сеницын П.С. Неврологическая симптоматика в остром периоде сотрясения головного мозга // Неврологический журнал. — 2015. — Т. 20, № 3. — С. 29–36.
20. Одинак М.М. Невропатология сочетанной черепно-мозговой травмы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб, 1995. — 46 с.



21. *Одинак М.М., Емельянов А.Ю., Коваленко П.А., Емелин А.Ю.* Структура боевой травмы мозга и организация оказания неврологической помощи на этапах медицинской эвакуации в вооруженных конфликтах // *Воен.-мед. журн.* — 1997. — Т. 318, № 1. — С. 56–64.
22. *Одинак М.М., Дыскин Д.Е.* Эпилепсия: этиопатогенез, дифференциальная диагностика, медикаментозное лечение. — СПб: Изд-во «Политехника», 1997. — 233 с.
23. *Одинак М.М., Емельянов А.Ю.* Классификация и клинические проявления последствий черепно-мозговых травм // *Воен.-мед. журн.* — 1998. — Т. 319, № 1. — С. 46–51.
24. *Одинак М.М., Емельянов А.Ю., Емелин А.Ю.* Черепно-мозговая травма // В кн.: *Военная неврология* / Под ред. *М.М.Одинака*. — СПб: ВМедА, 2004. — 356 с.
25. *Одинак М.М., Бровкин С.Г., Дворянчиков Н.А., Коваленко П.А., Панюшин К.А., Ядчук А.В.* Современные аспекты диагностики и военно-врачебной экспертизы при последствиях черепно-мозговых травм // *Глав. Врач.* — 2006. — № 10. — С. 41–48.
26. *Одинак М.М., Базилевич С.Н., Дыскин Д.Е., Прокудин М.Ю.* Возможности и опыт применения функциональных методов нейровизуализации в эпилептологии // *Эпилепсия и пароксизмальные состояния*. — 2010. — № 3. — С. 45–50.
27. *Одинак М.М., Базилевич С.Н., Прокудин М.Ю., Скиба Я.Б.* Фармакорезистентность при фокальных эпилепсиях у взрослых // *Эпилепсия: фундаментальные, клинические и социальные аспекты* / Под ред. *Е.И.Гусева, А.Б.Гехт*. — М.: АПКИППРО, 2013. — 874 с.
28. *Одинак М.М.* Нервные болезни: Учебник для студентов медицинских вузов. — СПб: СпецЛит, 2014. — 526 с.
29. Постановление Правительства РФ от 29.07.1998 г. № 855 «О мерах по реализации Федерального закона “Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы” (перечень увечий (ранений, травм, контузий), относящихся к тяжелым или легким, при наличии которых принимается решение о наступлении страхового случая)».
30. Постановление Правительства РФ от 4.07.2013 г. № 565 (в ред. от 1.10.2014 г.) «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».
31. *Потапов А.А., Гаврилов А.Г.* Травматическое поражение нервной системы // В кн.: *Неврология: Национальное руководство*. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 856 с.
32. Приказ министра обороны РФ от 20.10.2014 г. № 770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам военно-врачебной экспертизы».
33. Приказ министра обороны РФ от 18.06.2011 г. № 800 «Об утверждении Руководства по диспансеризации военнослужащих в Вооруженных Силах Российской Федерации».
34. *Шток В.Н., Левин О.С.* Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 520 с.
35. *Hauser A.* 27th International Epilepsy Congress / Abstract Book, 2007. — P. 13–166.
36. *Temkin N.R.* Risk factors for posttraumatic seizures in adults // *Epilepsia*. — 2003. — Vol. 44 (suppl. 10). — P. 18–20.
37. *Walker A.E.* Posttraumatic epilepsy in world war II veterans // *Surg. Neurol.* — 1989. — Vol. 32, N 3. — P. 235–236.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

С целью оценки качества подготовки будущих специалистов здравоохранения по менеджменту и лидерству, поддержки одаренных обучаемых в марте-апреле 2018 г. на базе *Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава РФ* кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А.Семашко провела московскую олимпиаду «Менеджмент и лидерство в здравоохранении». В олимпиаде приняли участие аспиранты, магистранты, ординаторы и студенты 4–6 курсов образовательных и научных организаций Москвы, всего 98 человек.

Олимпиада проводилась в два тура: заочный (дистанционный), включающий в себя выполнение тестовых заданий и очный — решение ситуационных задач, разбор кейсов и отработка практических навыков симуляционно-коммуникативным методом.

Победителями олимпиады стали слушатели (ординаторы) первого и второго годов обучения кафедры управления военным здравоохранением *Филиала Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (Москва)*, занявшие три первых призовых места:

- I место — подполковник медицинской службы **Алексей Приходько**;
- II место — подполковник медицинской службы **Александр Гончаров**;
- III место — майор медицинской службы **Вячеслав Барышев**.

