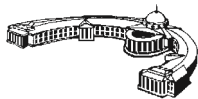


ЖУРНАЛ им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО



2  
2016

# НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ



# Журнал им. Н.В. Склифосовского «НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

## № 2' 2016

### Научно-практический рецензируемый журнал

Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь» зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций 04.06.2012 г. (ПИ № ФС77-50071)

#### Соучредители:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»

Межрегиональная общественная организация «Научно-практическое общество врачей неотложной медицины»

**Журнал является рецензируемым изданием**

Тираж: 1000 экз.

Периодичность издания: 4 раза в год

Индекс в каталоге Роспечать: 70012

#### Редакция журнала:

Адрес: 129090, Москва,  
Б. Сухаревская пл., д. 3.

Телефон: +7 (495) 620-11-00

Факс: +7 (495) 628-22-55

E-mail: jnmp@mail.ru

Адрес в Интернете: www.jnmp.ru

#### Зав. редакцией:

Е.В. Ефремова

#### Корректоры:

О.В. Куковкина

О.В. Меньшикова

#### Дизайн и верстка:

С.В. Варивода

С.Н. Майорова

#### Перевод:

А.П. Джиеова

Отпечатано в типографии  
ОАО «ВПК «НПО машиностроения»

Перепечатка материалов возможна только с письменного разрешения издателя

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов публикуемых материалов

С 25 мая 2015 года журнал включен ВАК РФ в перечень ведущих рецензируемых научных изданий, выходящих в РФ и рекомендованных для опубликования результатов диссертаций

**Главный редактор** — чл.-кор. РАН М.Ш. Хубутия

**Заместитель главного редактора** — проф. М.М. Абакумов

**Заместитель главного редактора** — акад. РАН С.Ф. Багненко

**Заместитель главного редактора** — акад. РАН В.А. Кубышкин

**Ответственный секретарь** — д-р мед. наук Н.Е. Кудряшова

#### Редакционная коллегия:

проф. Я.Б. Бранд (Москва, Российская Федерация)

проф. С.Р. Гиляревский (Москва, Российская Федерация)

д-р мед. наук М.А. Годков (Москва, Российская Федерация)

д-р мед. наук П.А. Иванов (Москва, Российская Федерация)

д-р мед. наук С.А. Кабанова (Москва, Российская Федерация)

проф. И.А. Козлов (Москва, Российская Федерация)

чл.-кор. РАН Л.С. Коков (Москва, Российская Федерация)

акад. РАН Е.А. Лужников (Москва, Российская Федерация)

д-р мед. наук С.С. Петриков (Москва, Российская Федерация)

канд. мед. наук А.В. Пинчук (Москва, Российская Федерация)

проф. М.Л. Рогаль (Москва, Российская Федерация)

проф. С.В. Смирнов (Москва, Российская Федерация)

проф. В.Б. Хватов (Москва, Российская Федерация)

#### Редакционный совет:

проф. Р.Н. Акалаев (Ташкент, Республика Узбекистан)

акад. РАН Л.А. Бокерия (Москва, Российская Федерация)

чл.-кор. РАН Г.Н. Голухов (Москва, Российская Федерация)

акад. РАН С.В. Готье (Москва, Российская Федерация)

чл.-кор. РАН Е.Г. Григорьев (Иркутск, Российская Федерация)

проф. С.Л. Дземешкевич (Москва, Российская Федерация)

чл.-кор. РАН А.С. Ермолов (Москва, Российская Федерация)

проф. Н.В. Завада (Минск, Республика Беларусь)

акад. РАН И.И. Затевахин (Москва, Российская Федерация)

акад. РАН В.В. Крылов (Москва, Российская Федерация)

чл.-кор. РАН О.Б. Лоран (Москва, Российская Федерация)

акад. РАН С.П. Миронов (Москва, Российская Федерация)

чл.-кор. РАН В.В. Мороз (Москва, Российская Федерация)

проф. Л.М. Печатников (Москва, Российская Федерация)

проф. Н.Ф. Плавунин (Москва, Российская Федерация)

чл.-кор. РАН В.А. Порханов (Краснодар, Российская Федерация)

проф. Л.М. Рошаль (Москва, Российская Федерация)

акад. РАН В.А. Сандриков (Москва, Российская Федерация)

акад. РАН Г.Т. Сухих (Москва, Российская Федерация)

В. Ташлыклов (Ришон ле-Цион, Государство Израиль)

акад. РАН Е.И. Чазов (Москва, Российская Федерация)

проф. А.В. Чжао (Москва, Российская Федерация)

акад. РАН А.Г. Чучалин (Москва, Российская Федерация)

чл.-кор. РАН В.О. Щепин (Москва, Российская Федерация)

#### Научные редакторы:

д-р мед. наук П.М. Богопольский

проф. Ю.С. Гольдфарб

канд. пед. наук Е.Е. Лукьянова

# СОДЕРЖАНИЕ

## ОТ РЕДАКЦИИ

К юбилею Николая Васильевича  
Склифосовского ..... 6

## ХРОНИКА МЕРОПРИЯТИЙ

Научно-практическая конференция  
«Новые технологии в скорой и неотложной  
медицинской помощи» ..... 7

## МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА

Аневризма и расслоение аорты: достижения и  
перспективы ..... 11

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Биоспецифические гемосорбенты. Успехи  
и проблемы  
В.В. Кирковский, И.Г. Колесникова, Г.А. Лобачева,  
Е.Л. Седёлкина ..... 16

Особенности повреждений заднего отдела  
стопы у пациентов с сочетанной травмой  
В.Б. Бондарев, В.О. Каленский, П.А. Иванов ..... 20

Оценка прогностической значимости  
биохимических маркеров окислительного  
стресса, эндогенной интоксикации и сосудистой  
регуляции в развитии неблагоприятных  
исходов у больных с сепсисом  
Е.В. Клычникова, Е.В. Тазина, С.И. Рей,  
И.В. Александрова, М.А. Годков ..... 25

Влияние L-лизина эсцината на внутричерепное  
давление у пострадавших с тяжелой черепно-  
мозговой травмой, находящихся в критическом  
состоянии  
С.С. Петриков, А.А. Солодов, С.А. Бадьгов,  
Э.Д. Мехиа Мехиа, В.В. Крылов ..... 31

## ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Эндоваскулярные методы лечения при остром  
нарушении мезентериального кровообращения  
С.А. Прозоров, А.В. Гришин ..... 37

Легочное кровотечение: Эндоскопическая  
диагностика и лечение  
А.М. Гасанов, Ш.Н. Даниелян, А.В. Миронов,  
В.И. Бабаян, М.Б. Буданова ..... 43

Апоптоз клеток эндометрия в норме и при  
пролиферативных заболеваниях матки  
Н.В. Боровкова, М.М. Дамиров, О.Н. Олейникова ..... 48

## ПРАКТИКА ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Некоторые особенности раннего  
послеоперационного периода у пациентов с  
разрывами аневризм брюшного отдела аорты  
Д.А. Косолапов, А.Г. Дорфман, И.П. Михайлов ..... 54

## ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Анализ показателей клинической  
и организационной деятельности НИИ СП им.  
Н.В. Склифосовского в 2005–2015 гг.  
М.Ш. Хубутя, Н.А. Карасев, Е.В. Кислухина,  
В.А. Васильев, Б.Л. Курилин, А.Б. Медведева,  
И.В. Киселевская-Бабинина ..... 59

## КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Синдром Лайелла в судебно-медицинской  
и патолого-анатомической практике  
Л.Н. Зимина, А.Ы. Ибраева, Г.В. Михайлова,  
Т.К. Осипенкова-Вичтомова, В.А. Строкова,  
В.В. Титова ..... 64

Перфоративная язва двенадцатиперстной  
кишки. Клиническое наблюдение из практики  
судовой медицины  
К.В. Логунов, К.С. Шевцов ..... 69

Дооперационная диагностика и хирургическое  
лечение ущемленной грыжи Винлова  
отверстия  
А.И. Панасюк, Т.Н. Бойко, Р.О. Быргазов,  
Е.Г. Григорьев ..... 72

Необычные инородные тела дыхательных  
путей у детей  
Д.М. Мустафаев, В.М. Свистушкин ..... 75

## ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

К 70-летию Рената Сулеймановича Акчурина ..... 78

К 50-летию Олега Олеговича Янушевича ..... 79

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА ..... 80

СТРАНИЦА БИБЛИОГРАФА ..... 90

## АНОНС

Научно-практические мероприятия  
во III квартале 2016 г. ..... 94

ТРЕБОВАНИЯ К АВТОРАМ ..... 96

# ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ СУДОВОЙ МЕДИЦИНЫ

**К.В. Логунов<sup>1,2</sup>, К.С. Шевцов<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский многопрофильный центр МЗ РФ – Клиника СПбГУ,

<sup>2</sup> Медикон, Санкт-Петербург,

<sup>3</sup> СКФ Новошип Технический Менеджмент, Новороссийск, Российская Федерация

## PERFORATED DUODENAL ULCER. CLINICAL CASE OF MARITIME MEDICINE

**K.V. Logunov<sup>1,2</sup>, K.S. Shevtsov<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> St. Petersburg Multidisciplinary Centre – St. Petersburg University Clinic, the Ministry of Health of the Russian Federation,

<sup>2</sup> Medicon (LLC), St. Petersburg,

<sup>3</sup> SCF Novoship Technical Management (LLC), Novorossiysk, Russian Federation

### РЕЗЮМЕ

Из опыта медицинского обеспечения современного танкерного флота приведен пример благоприятного исхода поздней диагностики и запоздалого, отсроченного на несколько суток оперативного лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Разобраны основные особенности медицинской помощи лицам плавсостава.

### Ключевые слова:

морская медицина; неотложная хирургия; острый живот; язвенная болезнь – осложнения, поздняя диагностика и лечение.

### ABSTRACT

We report a favorable outcome of late diagnosed and operated (delayed for several days) perforated duodenal ulcer from the practice of medical support for the modern oil-tanker fleet. Main features of medical care for shipboard personnel are discussed as well.

### Keywords:

maritime medicine; emergency surgery; acute abdomen; ulcer – complications, late diagnosis, delayed treatment.

АД — артериальное давление

ЧСС — частота сердечных сокращений

### ВВЕДЕНИЕ

В связи с выбором Россией стратегического курса на овладение Арктикой и Арктическим шельфом, интенсивным освоением водных маршрутов и прибрежных территорий трассы Северного морского пути в повестку дня неизбежно встают вопросы организации медицинского обслуживания работников и населения в этих непростых условиях [1]. Анализ практического опыта подобной работы [2] демонстрирует слабую готовность медицинского персонала всех звеньев службы скорой и скорой специализированной медицинской помощи к эффективной работе по спасению человеческой жизни на море.

**Цель** — обратить внимание специалистов на исключительные условия труда и быта работников водного транспорта, препятствующие исполнению привычных лечебно-диагностических схем и алгоритмов на всех этапах.

**Задачи работы:** максимально наглядно продемонстрировать трудности организации медицинской помощи на судах и на морских добывающих платформах, показать особенности здравоохранения в таких необычных условиях на примере оказания экстренной медицинской помощи пациенту с атипичной клинической картиной перфорации язвы двенадцатиперстной кишки.

### Клиническое наблюдение

Около 17 ч 15 мин по московскому времени 13 ноября 2012 г. на дежурный телефон службы круглосуточных радиотелефонных медицинских консультаций для судов обратился капитан танкера А-к в связи с заболеванием матроса В. М-ко.

Пациент 57 лет (1955 г.р.) считает себя больным в течение уже нескольких дней. Свободно передвигается, самостоятельно себя обслуживает, исполняет должностные обязанности в полном объеме. Его беспокоит отсутствие аппетита, жажда, немотивированная слабость, общая усталость, неприятное чувство «распирания» живота, уменьшающееся в положении лежа. Дефекации не было в течение 5 последних суток. При внешнем осмотре, выполненном вторым помощником капитана, ответственным за оказание первой помощи и организацию ухода за больными и пострадавшими на борту, каких-либо особенностей не выявлено, рубцов на передней стенке живота нет. Артериальное давление (АД) 120/70 мм рт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС – пульс) – 110 в мин. Танкер А-к следует Датскими проливами в западном направлении, через сутки предполагается заход в порт г. Гётеборг, Швеция.

Врач-консультант предположил «катастрофу брюшной полости» (острый живот, R10.0) и рекомендовал следующую

щее. Больного уложить в постель, не кормить и не поить, организовать непрерывное наблюдение: контроль ЧСС и АД каждые 2 ч, обратить особое внимание на то, отходят ли газы, измерять окружность живота на уровне пупка, измерять количество отделяемой мочи. Результаты наблюдения записывать с указанием времени определения показателей. Провести повторный осмотр больного, внимательно осмотреть живот, провести ощупывание передней брюшной стенки на предмет болезненности в разных ее отделах, выслушать шумы в животе непосредственно ухом или с использованием фонендоскопа. Перезвонить через 2 ч для обсуждения результатов наблюдения.

Капитан судна предупрежден о возможной необходимости срочной госпитализации заболевшего в береговое медицинское учреждение. Окончательное решение предложено принять при повторной консультации.

Повторный телефонный звонок поступил почти через 4 ч, около 21:00 по московскому времени. За время наблюдения ЧСС составила 107–110 в мин, АД 120/95 мм рт.ст., окружность живота на уровне пупка – 105 см. Газы не отходят. Аускультацию живота не проводили. Врач-консультант вновь рекомендовал выполнить ощупывание передней брюшной стенки и «выслушать» живот. Подробно разъяснена технология манипуляций.

Через 30 мин (около 21:30) следующий сеанс связи. При ощупывании живот плотный, напряженный, болезненный в средних отделах. При аускультации – «немой», никаких шумов, кроме частого глухого биения сердца и редких всплесков, возникающих при сотрясении передней брюшной стенки, определить не удается.

По итогам наблюдения и повторных консультаций вынесено заключение. У матроса В. М-ко, 1955 г.р. острая кишечная непроходимость (K56.7), необходима срочная госпитализация для оперативного лечения. Рекомендовано просить ближайший Морской спасательно-координационный центр об экстренной эвакуации В. М-ко по установленным международным процедурам (MEDEVAC). На время вынужденной задержки больного на борту – строгий постельный режим, не кормить и не поить, наблюдение в соответствии с ранее выданными рекомендациями. Начать антибиотикотерапию (цефтриаксон внутримышечно в соответствии с инструкцией). При задержке эвакуации пациента на срок более 6 ч рекомендована очередная радиотелефонная консультация для корректировки и возможного дополнения лечебных рекомендаций.

В течение следующих 30 мин заключение подтверждено по телефону представителю компании-судовладельца, танкер сменил курс и при прохождении датского порта Скагеноколо по полудню по местному времени (14 ч по Москве) 14 ноября сдал матроса В. М-ко в больницу г. Хьёрринг (*Hjørringhospital*). От момента появления у капитана первых подозрений о возможном серьезном заболевании матроса В. М-ко и первой радиотелефонной консультации и до госпитализации прошло более 20 ч.

В больнице г. Хьёрринг после непродолжительного обследования, значительно осложненного языковым барьером (врачи и больной могли общаться друг с другом исключительно на английском языке, не являвшемся родным ни для одной из сторон), около 18 ч по московскому времени пациент взят в операционную с диагнозом острой кишечной непроходимости, осложненной перитонитом (K56.7, K65.0). Срединная лапаротомия. На операции: разлитой гнойный перитонит, в полости живота более 3 л гнойной жидкости с остатками пищи, перфорация двенадцатиперстной кишки, предположительной давности – несколько суток. Выполнена санация брюшной полости,

резекция желудка в объеме 2/3–3/4, гастроеюноанастомоз по типу Бильрот-II.

Послеоперационное течение в первые же сутки осложнилось острой почечной недостаточностью (N99.0), диурез составлял не более 400 мл в сутки. С 16 ноября (2-е сут после операции) по 11 декабря проводили гемодиализ, 22 ноября (на 8-е сут после операции) пациента перевели из больницы г. Хьёрринг в госпиталь г. Ольборг (*Ålborghospital*), располагавший техническими и кадровыми возможностями для оказания помощи в данном конкретном случае. Самостоятельная перистальтика у пациента не восстанавливалась ни в больнице г. Хьёрринг, ни в госпитале г. Ольборг, сохранялась лихорадка гектического типа. Выполненная 23 ноября (9-е сут после операции) компьютерная томография выявила абсцесс брюшной полости (T81.4). Абсцесс вскрыт и дренирован 24 ноября, высвобождено около 400 мл гноя, в последующую неделю по дренажам ежесуточно отходило до 300 мл гнойного отделяемого. На фоне септического состояния (T81.1, R57.2) развился интоксикационный послеоперационный психоз (F05.8), уровень гемоглобина не превышал 53 г/л, пациенту регулярно требовалась респираторная поддержка и непрерывные ингаляции кислорода (2 л/мин). После непродолжительного улучшения 15 декабря потребовалось повторное дренирование гнойных полостей, установка дополнительных дренажей большего диаметра.

В целом, интенсивным лечением с использованием и частой сменой новейших антибиотиков датским врачам удалось справиться со всеми осложнениями, относительная стабилизация общего состояния пациента наступила к 28 декабря. Лечащий врач через судового агента предложил судовладельцу рассмотреть вопрос об эвакуации больного для дальнейшего восстановления на Родину (город Н.). В качестве важнейших условий организации медицинской эвакуации матроса В. М-ко из госпиталя г. Ольборг в больницу по месту жительства лечащий врач определил необходимость перевозки пациента авиационным транспортом, лежа на носилках, в сопровождении врача и при постоянной ингаляции кислорода в объеме не менее 2 л/мин. Соответственно потребовался фрахт специализированного санитарно-транспортного авиарейса.

Для оценки целесообразности мероприятия и минимизации медицинских рисков, связанных с немедленной эвакуацией больного на Родину, компания-судовладелец вновь обратилась в службу круглосуточных радиотелефонных медицинских консультаций. Учитывая обстоятельства происшествия, представленные компанией медицинские документы (справки, выписки из медицинской карты) и личный опыт организации эвакуации раненых и больных в различных обстоятельствах, врач-консультант сформулировал следующие предложения.

Состояние больного остается тяжелым, медицинскими показаниями к эвакуации пациента в таком состоянии следует считать невозможность оказания необходимой помощи на месте, т.е. отсутствие врачей соответствующих специальностей и/или квалификации, оборудования и др. необходимых условий. В подобных случаях целесообразна немедленная эвакуация по назначению, т.е. в ближайшее лечебное учреждение, где есть возможность оказать пособие в требуемом объеме. Термин «немедленная эвакуация по назначению» не следует понимать буквально, в условиях отсутствия военных действий, стихийного бедствия или катастрофы целесообразна экономическая и логистическая оценка вариантов: возможно, дешевле и проще организовать доставку требуемого оборудования и врачей к месту лечения, нежели транспортировать больного. Объективных свидетельств о преимуществах лечения

именно в России по месту жительства В. М-ко нет, поэтому медицинских показаний к немедленной эвакуации из больницы датского г. Ольборг в областную или иную больницу г. Н. также нет.

При отсутствии собственно медицинских показаний возможны обстоятельства, оправдывающие эвакуацию иными соображениями. В подобных ситуациях для минимизации рисков, связанных с ухудшением состояния здоровья, транспортировка больного может планироваться и проводиться при одновременном исполнении семи условий: 1) не ранее 8-х сут после операции на органах живота, 2) при восстановлении функций кишечника (регулярное отхождение газов, звуки перистальтики при аускультации, самостоятельный стул), 3) при отсутствии недренированных гнойных очагов (нормальная температура тела в течение нескольких дней, лабораторные показатели лейкоцитоза, близкие к нормальным), 4) при отсутствии дренажей в брюшной полости, 5) при отсутствии кишечного зонда, 6) на фоне стабильной гемодинамики (устойчивое АД и частота пульса, близкие к нормальным), 7) на фоне близких к норме показателей красной крови (уровень гемоглобина не менее 100 г/л, гематокрит не менее 30% и содержание эритроцитов не менее  $3 \times 10^{12}$  /л).

Кроме того, вопрос об организации эвакуации матроса В. М-ко из Дании на Родину обсуждался в последних числах декабря, т.е. накануне длительных общероссийских рождественских каникул. Поскольку праздничные дни несут самостоятельные риски роста числа смертельных исходов в любой крупной больнице, рекомендовано не планировать транспортировку пациента в Россию ранее окончания общенациональных выходных дней.

В итоге, матрос В. М-ко был оставлен для дальнейшего лечения в датском госпитале еще на 2 нед и вернулся на Родину в г. Н. в середине января 2013 г. уже после полной стабилизации состояния. Он прибыл самостоятельно обычным авиарейсом в сопровождении родственников. После возвращения прошел обследование в окружном медицинском центре, лечение и восстановление завершил амбулаторно в медицинской организации по месту жительства.

Мы привели это наблюдение не для обсуждения верности лечебно-диагностической тактики, выбранной врачами на различных этапах оказания медицинской помощи. В описанном наблюдении одной из главных причин запоздалого установления диагноза и оказания оперативного пособия явилась атипичная клиническая картина перфорации язвы двенадцатиперстной кишки. Наблюдавшиеся осложнения вполне закономерны и объяснимы — как задержкой сроков

оказания квалифицированного пособия, так и особенностями выбора первичного оперативного приема. Главная цель — привлечь внимание к специфике морского труда и к тем особенностям, с которыми сопряжено здравоохранение на водном транспорте. Работа на морских судах предполагает весьма необычные производственно обусловленные риски, связанные не только с прямым воздействием известных вредных и опасных факторов труда, но и с особой организацией перевозок водным транспортом.

## ВЫВОДЫ

1. Несмотря на все достижения науки и техники, экипаж любого судна остается «отрезанным» от большинства привычных обывателю благ современной цивилизации, гарантирующих охрану жизни и здоровья. Плавсоставу редко бывает доступна квалифицированная медицинская помощь в те сроки и в тех объемах, которые современная медицина считает необходимыми для успешного лечения экстренных заболеваний и травм. На торговых судах нет медицинского персонала, врач и больная разделены многими сотнями и тысячами морских миль, и не часто это расстояние можно быстро преодолеть. Даже прямой контакт с береговой медициной далеко не всегда означает для заболевшего моряка доступность квалифицированной помощи. Существуют языковые и культурные барьеры.

2. Разобранный случай наглядно демонстрирует: в европейских прибрежных водах, когда берег буквально виден, экстренная эвакуация пациента с установленным диагнозом острого хирургического заболевания и доставка его в больницу растягиваются на десятки часов. Поздняя госпитализация — очень важный фактор, осложняющий организацию медицинской помощи. В здравоохранении на водном транспорте это не дефект, а трудноустраняемая особенность. И стационарные этапы всех видов скорой медицинской помощи к такому повороту событий всегда должны быть готовы.

3. Морская медицина — прежде всего медицина нестандартная. Медицинская помощь на судах не может быть основана на общих порядках и стереотипах. Широко известные из литературы и привычные врачебному сообществу рекомендации и требования редко исполнимы в морских условиях, а устоявшиеся алгоритмы, успешные в обычной жизни, несут опасность серьезных осложнений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Будиев А.Ю., Лупачев В.В., Логунов К.В. Медицинские проблемы Арктики // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия: Естественные науки. – 2013. – № 3. – С. 163–165.
2. Логунов К.В. Эвакуация больных и пострадавших с борта неаварийных морских судов на берег в поисково-спасательных районах ответственности Российской Федерации // Скорая медицинская помощь. – 2015. – Т. 16, № 3. – С. 49–54.

## REFERENCES

1. Budiev A.Yu., Lupachev V.V., Logunov K.V. Meditsinskie problemy Arktiki [Medical problems of the Arctic]. *Vestnik Severnogo (Arkticheskogo) federal'nogo universiteta*. 2013; 3: 163–165. (Estestvennye nauki). (In Russian).
2. Logunov K.V. Evakuatsiya bol'nykh i postradavshikh s borta neavariynykh morskikh sudov na bereg v poiskovo-spatatel'nykh rayonakh otvetstvennosti Rossiyskoy Federatsii [Medevac Operations in Russian SAR Region]. *Skoraya meditsinskaya pomoshch'*. 2015; 16 (3): 49–54. (In Russian).
3. Svanes C., Lie R.T., Svanes K., et al. Adverse effects of delayed treatment for perforated peptic ulcer. *Ann Surg*. 1994; 220 (2): 168–175.

3. Svanes C., Lie R.T., Svanes K., et al. Adverse effects of delayed treatment for perforated peptic ulcer // *Ann. Surg.* – 1994. – Vol. 220, N. 2. – P. 168–175.

Поступила 23.12.2015

Контактная информация:  
**Логунов Константин Валерьевич**,  
 д.м.н., профессор  
 Санкт-Петербургского многопрофильного центра  
 e-mail: logounov@mail.ru