

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Военно-медицинский журнал

2014 • № 12

*Тод
взданид
-192-й*



12
ДЕКАБРЬ
2014

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ
И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

Издается с 1823 года

 **РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ:**

М.В.Поддубный (*главный редактор*)
И.И.Азаров
А.Н.Бельских
А.Ю.Власов
Л.Л.Галин (*заместитель главного редактора*)
Г.В.Дюмин
Н.А.Ефименко
В.В.Иванов
О.В.Калачёв
А.А.Калмыков
Б.Н.Котив
К.Э.Кувшинов
А.Б.Леонидов
Ю.В.Мирошниченко
Ю.В.Овчинников
Н.Н.Рыжман
Д.В.Тришкин
А.Я.Фисун
В.Н.Цыган
В.К.Шамрей
А.М.Шелепов

 **РЕДАКЦИОННЫЙ
СОВЕТ:**

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

Адреса редакции:

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

194044, Санкт-Петербург,
ул. Академика Лебедева, д. 6
Тел. (812) 292-33-46

Non scholae, sed vitae discimus!

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2014 * ДЕКАБРЬ
Т. 335 * № 12

- *Перспективы информационно-телекоммуникационных технологий в медицинской службе Вооруженных Сил*
- *Основы сотрудничества в области военной медицины в Азиатско-Тихоокеанском регионе*
- *Современные технологии управления медицинскими организациями*
- *Массивная двухсторонняя тромбоэмболия легочной артерии*
- *Состояние и перспективы развития радиационной гигиены в Военно-морском флоте*
- *Военная медицина на иллюстрациях массовой периодической печати в годы Первой мировой войны*

МОСКВА
АО «КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»


Организация медицинского обеспечения Вооруженных Сил
Organization of medical support of the Armed Forces

Калачёв О.В., Першин И.В., Борисов Д.Н., Корнеев А.А. – Проблемные вопросы и перспективы развития информационно-телекоммуникационных технологий в медицинской службе Вооруженных Сил

4

Kalachev O.V., Pershin I.V., Borisov D.N., Korneenkov A.A. – Problematic issues and prospects of development of information and telecommunication technologies in the medical service of the Armed Forces

Немытин Ю.В. – Об основах современных технологий управления медицинскими организациями

11

Nemytin Yu.V. – The basis of modern medical control management system

Холиков И.В., Дмитракович Д.В. – Политические и организационно-правовые основы сотрудничества в области военной медицины в Азиатско-Тихоокеанском регионе

19

Kholikov I.V., Dmitrakovich D.V. – Political and institutional frameworks for cooperation between countries of the Asia-Pacific region in the field of military medicine


Лечебно-профилактические вопросы
Prophylaxis and treatment

Колтунов А.Н., Лищук А.Н., Шкловский Б.Л., Корниенко А.Н., Бровко Л.Е., Саломов А.А., Есион Г.А., Колтунова Т.Ю., Бакшеев В.И. – Массивная двухсторонняя тромбоэмболия легочной артерии: клиническое наблюдение и обзор литературы

22

Koltunov A.N., Lishchuk A.N., Shklovskii B.L., Kornienko A.N., Brovko L.E., Salomov A.A., Esion G.A., Koltunova T.Yu., Baksheev V.I. – Bilateral massive pulmonary embolism: clinical observation and literature review

Близов А.А., Заварзин А.Ю., Унту Ф.И., Стец В.В. – Наш опыт клинического использования десфлурана

29

Bliznov A.A., Zavarzin A.Yu., Untu F.I., Stets V.V. – Our experience of the clinical use of Desflurane

Белевич В.Л., Хохлов А.В., Елисеев А.В., Овчинников Д.В. – Диагностика и лечение ахалазии кардии

32

Belevich V.L., Khokhlov A.V., Eliseev A.V., Ovchinnikov D.V. – Diagnosis, treatment of achalasia cardia and its results


Авиационная и военно-морская медицина
Air and navy medicine

Азаров И.И., Мосягин И.Г., Петреев И.В., Бутаков С.С., Цветков С.В., Шикаленко Ф.Н. – Состояние и перспективы развития радиационной гигиены в Военно-морском флоте

37

Azarov I.I., Mosyagin I.G., Petreev I.V., Butakov S.S., Tsvetkov S.V., Shikalenko F.N. – Status and development prospects of radiological health in the Navy


Краткие сообщения

44

Brief reports



**Из истории
военной медицины**

**From the history
of military medicine**

Поддубный М.В. — Военная медицина на иллюстрациях массовой периодической печати в годы Первой мировой войны 56

Poddubnyi M.V. — Illustration of military medicine on the pages of mass printed media during the First World War

Петров О.И., Сухоруков В.С. — Вклад Д.П.Зуихина в становление и развитие системы медицинского обеспечения личного состава атомных подводных лодок 59

Petrov O.I., Sukhorukov V.S. — D.P.Zuikhin and his contribution to the establishment and development of the system of medical maintenance of nuclear submarines personnel

Бондарь И.В., Минаев Д.Ю., Насретдинов И.Н., Петухов А.Е. — Санаторию ФСКН России «Подмосковье» — 20 лет 62

Bondar I.V., Minaev D.Yu., Nasretdinov I.N., Petukhov A.E. — «Podmoskovie» — health resort institution of the Federal Drug Control Service of the Russian Federation celebrates the 20th anniversary



Официальный отдел

Official communications



Лента новостей

News feed



Хроника

Chronicle

Холиков И.В., Рыжман Н.Н., Самохвалов И.М., Коскин В.С. — Международная военно-научная конференция и региональная ассамблея рабочей группы стран Азиатско-Тихоокеанского региона 75

Kholikov I.V., Ryzhman N.N., Samokhvalov I.M., Koskin V.S. — International military and scientific conference and regional assembly of Asia-Pacific working group

Кувшинов К.Э., Рыжман Н.Н., Джанаева Ф.В., Довбежко Н.В., Русев И.Т., Фатеева А.Р. — Сбор заведующих медицинскими пунктами довузовских образовательных организаций Министерства обороны 79

Kuvshinov K.E., Ryzhman N.N., Dzhanayeva F.V., Dovbezhko N.V., Rusev I.T., Fateeva A.R. — Meeting of the heads of medical facilities of pre-university educational establishments of the Ministry of Defence

Перечень статей, напечатанных в 2014 г. в «Военно-медицинском журнале» 82

List of the articles, printed in «Military-Medical magazine» in 2014

Алфавитный именной указатель 93

Alphabetic list of autor

CONTENTS



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК [61:002]:355

Проблемные вопросы и перспективы развития информационно-телекоммуникационных технологий в медицинской службе Вооруженных Сил

КАЛАЧЁВ О.В., полковник медицинской службы¹
ПЕРШИН И.В., полковник медицинской службы (per33@mail.ru)¹
БОРИСОВ Д.Н., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы²
КОРНЕЕНКОВ А.А., доктор медицинских наук, профессор²

¹Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации, Москва; ²Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Медицинские информационные системы, состоящие из множества специализированных модулей, помогают в синхронном решении диагностических, терапевтических, управленческих, финансовых, статистических и прочих задач. По мнению авторов, создание единого информационного пространства медицинской службы, интеграция его в единое информационное пространство Министерства обороны РФ, развитие и широкое применение телемедицинских технологий позволят значительно ускорить внедрение в повседневную деятельность военно-лечебных учреждений последних достижений медицинской науки и практики, отвечающих задачам совершенствования военного здравоохранения и повышения качества и доступности медицинской помощи.

К л ю ч е в ы е с л о в а: медицинские информационные системы, телемедицина, консультативная поддержка, консультационные центры.

Kalachev O.V., Pershin I.V., Borisov D.N., Korneenkov A.A. – Problematic issues and prospects of development of information and telecommunication technologies in the medical service of the Armed Forces. Medical information systems composed of many specialized modules help in synchronous solving of diagnostic, therapeutic, administrative, financial, statistical, and other tasks. According to the authors, the creation of a single information space of the medical service, integrating it into a single information space of the Defense Ministry of the Russian Federation, development and widespread use of telemedicine technology will significantly accelerate the integration in the daily activities of military hospitals of the latest achievements in medical science and practices consistent with the objectives of improving the military health care and improvement of the quality and accessibility of health care.

Key words: medical information systems, telemedicine, advisory support, counseling centers.

Развитие информационных технологий и современных коммуникаций, появление в медицинских организациях большого количества автоматизированных медицинских приборов, следящих систем и отдельных компьютеров привели к новому витку интереса и к значительному росту числа *медицинских информационных систем* (МИС) клиник как в крупных медицинских центрах, так и в медицинских центрах средних размеров и даже в небольших клиниках или клинических отделениях.

Медицинские организации накапливают огромные объемы данных. От эффективности использования этой инфор-

мации органами управления, руководителями и врачами зависит качество медицинской помощи и качество жизни прикрепленного на медицинское обеспечение контингента. Этим объясняется актуальность создания МИС в медицинских организациях.

Современная концепция информационных систем предполагает объединение электронных записей о больных с архивами медицинских изображений и финансовой информацией, результатами работы автоматизированных лабораторий и следящих систем, наличие современных средств обмена информацией (электронной внутрибольничной почты, Интернет,



Создание единого информационно-пространства медицинской службы ВС, интеграция его в единое информационное пространство Министерства обороны Российской Федерации, развитие и широкое применение телемедицинских технологий позволит значительно уско-

рить внедрение в повседневную деятельность военно-лечебных учреждений последних достижений медицинской науки и практики, отвечающих задачам совершенствования военного здравоохранения и повышения качества и доступности медицинской помощи в целом.

Литература

1. Борисов Д.Н., Лемешкин Р.Н., Солда-тов Е.А. Методология телемедицинского обеспечения войск (сил) при организации медицинского обеспечения удаленных частей и подразделений (опыт и перспективы) // Актуальные проблемы медицинского обеспечения войск (сил) на стратегических направлениях: Материалы Всесармской науч.-практ. конф. – СПб, 2013. – С. 10–11.
2. Интернет-ресурсы: <http://www.cnews.ru/reviews/free/publichealth/article/region.shtml>

(ИТ в медицине: регионы тестируют инновации); <http://www.cnews.ru/reviews/free/publichealth/article/developers.shtml> (Отечественные разработчики МИС – в боевой готовности)

3. Куракова Н.А. Информатизации здравоохранения как инструмент создания «само-регулируемой системы организации медицинской помощи» // Врач и информационные технологии. – 2009. – № 2.
4. Федеральный закон Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» (в редакции 2013 г.).

© Ю.В.НЕМЫТИН, 2014
УДК 614.2.355

Об основах современных технологий управления медицинскими организациями

НЕМЫТИН Ю.В., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы в отставке (Zhospital@mail.ru)

Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В.Мандрыка, Москва

Для развития отечественного здравоохранения требуется внедрение наиболее современных, эффективных методов и форм управления. Должен быть четко обозначен переход к процессному управлению с последующим введением управления качеством медицинской помощи. Необходимо создать в завершеном варианте трехуровневую систему здравоохранения на основе тесной интеграции в звене «поликлиника – стационар – реабилитация», что позволит обеспечить ресурсосбережение в целом по всей отрасли. Важнейшая задача – целенаправленная всесторонняя подготовка управленческих кадров для здравоохранения – государственных, имеющих потенциальную способность управлять. Руководитель должен владеть всеми формами управления и применять их на научной основе. Стандарты и другие инструменты управления здравоохранением следует постоянно совершенствовать. Стандарты должны стать обучающим инструментом и способствовать улучшению качества и эффективности лечебных процессов, переходу на одноканальное финансирование – самую современную форму оплаты за оказанную медицинскую помощь. Данный вид финансирования требует от руководителей новых подходов к управлению, знаний экономики предприятий. Одна из прорывных задач – создание медицинских организаций нового типа, которые как локомотивы поведут за собой остальных.

К л ю ч е в ы е с л о в а: технологии управления, медицинские организации, процессное управление, управление качеством медицинской помощи, подготовка управленческих кадров, медицинские стандарты, одноканальное финансирование.

Nemytin Yu.V. – The basis of modern medical control management system. For the development of national health care it is required to implement modern and effective methods and forms of governance. It is necessary to clearly identify transition to process management followed by an introduction of quality management care. It is necessary to create a complete version of the three-level health care system based on the integration into the system «Clinic – Hospital – Rehabilitation», which will ensure resource conservation in general throughout the industry. The most important task is purposeful comprehensive management training for health care – statesmen who have the potential ability to manage. The leader must possess all forms of management and apply them on a scientific basis. Standards and other tools of health management should constantly improve. Standards should be a teaching tool and help to improve the quality and effectiveness of treatment processes, the transition to the single-channel financing – the most advanced form of payment for the medical assistance. This type of financing requires managers to new management approaches, knowledge of business economics. One of the breakthrough objectives is the creation of a new type of health care organizations, which as lead locomotives for the rest.

К е у в о р д s: management technology, healthcare organizations, process management, quality of care, management training, medical standards, single-channel financing.



Выводы и предложения

1. Для развития отечественного здравоохранения требуется внедрение наиболее современных, эффективных методов и форм управления. Должен быть строго обозначен переход к процессному управлению, с последующим введением управления качеством медицинской помощи. Без построения ключевых этапов обозначенных процессов отрасли самими медицинскими организациями невозможно построить эффективную систему и осуществить намеченные к 2020 г. цели.

2. Необходимо создать в завершеном варианте трехуровневую систему здравоохранения на основе тесной интеграции в звене поликлиника – стационар – реабилитация.

3. Важнейшая задача – всесторонняя подготовка управленческих кадров для здравоохранения. В первую очередь они должны быть государственниками, имеющими потенциальные способности управлять. Современный руководитель должен владеть всеми формами управления и применять их на научной основе. Уметь анализировать, делать правильные выводы, принимать решения для достижения главных целей организации.

4. Необходимо безотлагательно подумать о поиске и привлечении для обучения врачей-организаторов преподавателей соответствующего уровня, знающих управление и умеющих применять на практике все формы и методы в повседневной деятельности медицинских организаций.

5. Подготовка студентов, клинических ординаторов должна строиться не только на развитии клинического мышления, но и на освоении высоких технологий. Медицинский стандарт должен способствовать развитию клинического мышления, а не наоборот. Не менее важно научить врачей постоянно совершенствоваться по избранной и смежным специальностям.

6. Стандарты и другие инструменты управления здравоохранением не следует рассматривать как догму. С годами меняются научные воззрения на этиопатогенез заболеваний, внедряются новые технологические, лекарственные средства и многое другое. Стандарты должны стать обучающим инструментом и способствовать улучшению качества и эффективности лечебных процессов. Экономическая составляющая стандартов должна быть удобной для внесения изменений. Наконец, стандарты должны способствовать переходу на одноканальное финансирование.

7. Одноканальное финансирование необходимо считать основным обеспечивающим процессом в деятельности медицинских организаций (вместе с тем надо оптимизировать финансирование и организацию работы участковых больниц и фельдшерско-акушерских пунктов).

8. Одна из прорывных задач – создание медицинских организаций нового типа. Требуется поддержка уже имеющихся подобных организаций и отдельных опытейших специалистов-руководителей.

Литература

1. Деминг У.Э. Выход из кризиса. – М.: Альпина Паблишер, 2011. – 424 с.
2. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.
3. Распоряжение правительства РФ от 28.12. 2012 г. № 2599-р О плане мероприятий («дорожной карте») «Изменения в от-

раслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения».

4. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать? – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 592 с.

5. Фисун А.А. Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации: состояние и пути совершенствования // Воен.-мед. журн. – 2014. – Т. 335, № 1. – С. 9.



© И.В.ХОЛИКОВ, Д.В.ДМИТРАКОВИЧ, 2014
УДК 61:355(5)

Политические и организационно-правовые основы сотрудничества в области военной медицины в Азиатско-Тихоокеанском регионе

ХОЛИКОВ И.В., профессор, полковник (gytu2upravlenie@ya.ru)
ДМИТРАКОВИЧ Д.В., подполковник медицинской службы

Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва

Рассматриваются основы сотрудничества в области военной медицины в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Экспертная рабочая группа по военной медицине, в рамках сотрудничества Ассоциации государств Юго-Восточной Азии с партнерами по диалогу (включая Россию), была сформирована для обсуждения наиболее актуальных проблем в области военной медицины, обмена практическим опытом военных врачей, стандартизации и унификации лечебного оборудования, лекарственных средств, уровней и норм оказания медицинских услуг, решения других вопросов в интересах расширения сотрудничества военно-медицинских служб стран-участниц. С 2014 по 2016 г. Российская Федерация и Королевство Таиланд являются сопредседателями данной экспертной группы.

К л ю ч е в ы е с л о в а: межгосударственное сотрудничество в области военной медицины, военная медицина, обмен опытом военных врачей, стандартизация и унификация военно-медицинской техники и имущества.

Kholikov I.V., Dmitrakovich D.V. – Political and institutional frameworks for cooperation between countries of the Asia-Pacific region in the field of military medicine. A framework for cooperation in the field of military medicine in the Asia-Pacific region is considered. Expert Working Group on Military Medicine in cooperation with the Association of Southeast Asian dialogue partners (including Russia) was formed to discuss the most important issues in the field of military medicine, to share practical experience of military physicians, standardization and unification of medical equipment, medicines, levels and standards of medical services and other issues in order to enhance cooperation of military medical services of the participating countries. From 2014 to 2016, the Russian Federation and the Kingdom of Thailand are co-chairs of the expert group.

К е у w o r d s: cross-border cooperation in the field of military medicine, military medicine, exchange of experience of military physicians, standardization and unification of military medical equipment and property.

В принятой в 2013 г. Концепции внешней политики РФ отмечено, что укрепление позиций России в *Азиатско-Тихоокеанском регионе* (АТР) приобретает возрастающее значение. Последнее обусловлено принадлежностью нашей страны к этому самому динамично развивающемуся геополитическому пространству, куда последовательно смещается центр тяжести мировой экономики и политики. Россия заинтересована в активном участии в интеграционных процессах в АТР, использовании его возможностей при реализации программ экономического подъема Сибири и Дальнего Востока, создании в АТР транспарентной и равноправной архитектуры безопасности и сотрудничества на коллективных началах.

Принципиальное значение для нашей страны имеет общее оздоровление военно-политической обстановки в Азии, где сохраняется значительный конфликтный потенциал, наращиваются военные арсеналы, увеличивается опасность распространения оружия массового уничтожения. Последовательно выступая за урегулирование вовлеченными сторонами всех имеющихся разногласий политико-дипломатическими средствами при строгом соблюдении основополагающих принципов международного права, Россия рассматривает механизм восточноазиатских саммитов как основную площадку для стратегического диалога лидеров по ключевым аспектам безопасности и сотрудничества в АТР*.

* Концепция внешней политики РФ, утвержденная Президентом РФ 12 февраля 2013 г.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.131-005.6/.7-031.5

Массивная двухсторонняя тромбоэмболия легочной артерии: клиническое наблюдение и обзор литературы

КОЛТУНОВ А.Н., кандидат медицинских наук (a.koltunov@mail.ru)
ЛИШУК А.Н., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор,
полковник медицинской службы запаса
ШКЛОВСКИЙ Б.Л., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
КОРНИЕНКО А.Н., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
полковник медицинской службы
БРОВКО Л.Е.
САЛОМОВ А.А., кандидат медицинских наук
ЕСИОН Г.А.
КОЛТУНОВА Т.Ю., кандидат медицинских наук
БАКШЕЕВ В.И., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
полковник медицинской службы в отставке (baksheevld@mail.ru)

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Представлено описание успешного хирургического лечения больного с массивной двухсторонней тромбоэмболией легочной артерии (с поражением долевых и сегментарных ветвей), тромбозом правого предсердия и открытым овальным окном. Авторами подчеркивается, что определяющими факторами прогноза успешного хирургического лечения тромбоэмболии легочной артерии у пациента с высоким риском смерти являются: а) оперативность неотложной диагностики заболевания; б) время от начала клинических проявлений заболевания до момента выполнения операции эмбоэктомии (в пределах 1 ч); в) максимально полное удаление тромбов из легочной артерии и ее ветвей. Динамическое наблюдение в течение 12 мес показало значимое уменьшение дефицита перфузии легких, улучшение функциональных параметров правых камер сердца, отсутствие рецидивов тромбоэмболии.

К л ю ч е в ы е с л о в а: тромбоэмболия легочной артерии, эмбоэктомия, искусственное кровообращение, компьютерно-томографическая ангиография, перфузионная сцинтиграфия легких, эхокардиография, ультразвуковое исследование сосудов, легочная гипертензия, глубокий тромбоз вен, дефицит перфузии легких.

Koltunov A.N., Lishchuk A.N., Shklovskii B.L., Kornienko A.N., Brovko L.E., Salomov A.A., Esion G.A., Koltunova T.Yu., Baksheev V.I. — Bilateral massive pulmonary embolism: clinical observation and literature review. The description of successful surgical treatment of a patient with bilateral massive pulmonary embolism (with the defeat of the equity and segmental branches), thrombosis of the right atrium and patent foramen ovale is given. The authors emphasize that determining predictors of successful surgical treatment of bilateral pulmonary embolism in a patient with high risk of death are the following: a) operational emergency diagnosis of disease; b) time from the beginning of clinical manifestations till embolectomy (within 1 hour); c) the maximum total removal of blood clots from the pulmonary artery and its branches. Dynamic 12 months observation showed a significant decrease of pulmonary perfusion deficiency, improvement of functional parameters of right heart chambers, absence of thromboembolism relapses.

К е у о r d s: pulmonary embolism, embolectomy, extracorporeal circulation, computed tomography angiography, pulmonary ventilation/perfusion scan, echocardiography, vascular ultrasound examination, pulmonary hypertension, deep vein thrombosis, pulmonary perfusion deficiency

Одним из тяжелейших и драматически протекающих острых сосудистых заболеваний, сопровождающихся высоким риском смерти, является тромбо-

эмболия легочной артерии (ТЭЛА). Под этим термином понимают окклюзию сосудистого русла легких тромбами, первично образовавшимися в венах большого



Литература

1. Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Турсунова Г.Ф. Клиническое значение современных методик эхокардиографического исследования правых отделов сердца // *Клин. мед.* – 2006. – № 10. – С. 16–23.
2. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия–2008. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. – М.: НЦССХ им. А.Н.Бакулева, 2009. – 162 с.
3. Коломоец Н.М., Бакшеев В.И., Турсунова Г.Ф. Роль дисфункции правого и левого желудочка сердца в развитии легочной гипертензии. В кн.: *Научные труды ГИУВ МО РФ, 2004 (№ 3)*. – М.: Государственный институт усовершенствования врачей Министерства обороны Российской Федерации, 2004. – С. 66–68.
4. Медведев А.П., Немирова С.В., Пичугин В.В. и соавт. Открытая эмболэктомия в лечении массивной тромбоэмболии легочных артерий // *Медицинский альманах*. – 2013. – № 4. – С. 57–60.
5. Мостовой Ю.М., Константинович Т.В. Тромбоэмболия легочной артерии: диагностическая и лечебная тактика // *Острые и неотложные состояния в практике врача*. – 2006. – № 2. – С. 31–41.
6. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений // *Флебология*. – 2010. – Т. 4, № 1, выпуск 2. – С. 3–37.
7. Савельев В.С. *Флебология*. М.: Медицина, 2001. – 664 с.
8. Яковлев В.Б., Яковлева М.В. Тромбоэмболия легочной артерии: патофизиология, диагностика, лечебная тактика // *Consilium Medicum*. – 2005. – № 6. – С. 493–499.
9. Clark D., McGiffin D.C., Dell'italia L.J., Ahmed M.I. Submassive pulmonary embolism: where's the tipping point? // *Circulation*. – 2013. – Vol. 127, N 24. – С. 2458–2464.
10. Cooley D.A., Beall A.C. Jr., Alexander J.K. Acute massive pulmonary embolism. Successful surgical treatment using temporary cardiopulmonary bypass // *JAMA*. – 1961. – Vol. 177, N 5. – С. 283–286.
11. Eftychiou V. Clinical diagnosis and management of the patient with deep venous thromboembolism and acute pulmonary embolism // *Nurse Pract.* – 1996. – Vol. 21, N 3. – P. 50–52, 58, 61–62, passim, quiz 69–71.
12. Fukuda I., Taniguchi S., Fukui K. et al. Improved outcome of surgical pulmonary embolectomy by aggressive intervention for critically ill patients // *Ann. Thorac. Surg.* – 2011. – Vol. 91, N 3. – P. 728–732.
13. Goldhaber S.Z., Visani L., De Rosa M. Acute pulmonary embolism: clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry (ICOPER) // *Lancet*. – 1999. – Vol. 353, N 9162. – P. 1386–1389.
14. Heit J.A. Venous thromboembolism epidemiology: implications for prevention and management // *Semin. Thromb. Hemost.* – 2002. – Vol. 28, suppl. 2. – P. 3–13.
15. Konstantinides S., Geibel A., Kasper W. et al. Patent foramen ovale is an important predictor of adverse outcome in patients with major pulmonary embolism // *Circulation*. – 1998. – Vol. 97, N 19. – P. 1946–1951.
16. Kucher N., Rossi E., De Rosa M., Goldhaber S.Z. Massive pulmonary embolism // *Circulation*. – 2006. – Vol. 113, N 4. – P. 577–582.
17. Leacche M., Unic D., Goldhaber S.Z. et al. Modern surgical treatment of massive pulmonary embolism: results in 47 consecutive patients after rapid diagnosis and aggressive surgical approach // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* – 2005. – Vol. 129, N 5. – P. 1018–1023.
18. Osborne Z.J., Rossi P., Aucar J. et al. Surgical pulmonary embolectomy in a community hospital // *Am. J. Surg.* – 2014. – Vol. 207, N 3. – P. 337–341.
19. Sareyyupoglu B., Greason K.L., Suri R.M. et al. A more aggressive approach to emergency embolectomy for acute pulmonary embolism // *Mayo. Clin. Proc.* – 2010. – Vol. 85, N 9. – P. 785–790.
20. Schluger N., Henschke C., King T. Diagnosis of pulmonary embolism at a large teaching hospital // *J. Thorac. Imaging*. – 1994. – Vol. 9, N 3. – P. 180–184.
21. Stein P.D., Alnas M., Beemath A., Patel N.R. Outcome of pulmonary embolectomy // *Am. J. Cardiol.* – 2007. – Vol. 99, N 3. – P. 421–423.
22. Stein P.D., Henry J.W. Prevalence of acute pulmonary embolism among patients in a general hospital and at autopsy // *Chest*. – 1995. – Vol. 108, N 4. – P. 978–981.
23. Tokyo CCU Network Scientific Committee. Latest management and outcomes of major pulmonary embolism in the cardiovascular disease early transport system: Tokyo CCU Network // *Circ. J.* – 2010. – Vol. 74, N 2. – P. 289–293.
24. Torbicki A., Galie N., Covezzoli A. et al. Right heart thrombi in pulmonary embolism: results from the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2003. – Vol. 41, N 12. – P. 2245–2251.
25. Torbicki A., Perrier A., Konstantinides S. et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC) // *European Heart Journal*. – 2008. – Vol. 29, N 18. – P. 2276–2315.
26. Vohra H.A., Whistance R.N., Mattam K. et al. Early and late clinical outcomes of pulmonary embolectomy for acute massive pulmonary embolism // *Ann. Thorac. Surg.* – 2010. – Vol. 90, N 6. – P. 1747–1752.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 615.211.035

Наш опыт клинического использования десфлурана

БЛИЗНОВ А.А.

ЗАВАРЗИН А.Ю., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы (aadm72@mail.ru)
УНТУ Ф.И., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке
СТЕЦ В.В., полковник медицинской службы

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва

Несмотря на широкое применение ингаляционных анестетиков в современной медицинской практике, до сих пор не удалось создать «идеальный» анестетик, соответствующий следующим требованиям – максимальная эффективность, безопасность и управляемость. Десфлуран – ингаляционный анестетик, впервые появившийся на российском рынке в 2013 г., по заявленным характеристикам соответствующий вышеуказанным требованиям. Представлены результаты использования десфлурана при проведении анестезии у 157 пациентов онкологического центра и центра челюстно-лицевой хирургии в Главном военном клиническом госпитале им. Н.Н.Бурденко. Основными достоинствами десфлурана являются быстрое достижение необходимой глубины анестезии, минимальное воздействие на сердечно-сосудистую систему, хорошая управляемость, быстрое и безопасное пробуждение пациента после хирургической операции, что может сделать его «анестетиком выбора» при проведении недлительных хирургических вмешательств и в амбулаторной хирургии.

К л ю ч е в ы е с л о в а: анестезиология, ингаляционные анестетики, десфлуран, растворимость ингаляционного анестетика в крови, управляемость и глубина анестезии, сердечно-сосудистая система, хирургия «одного дня».

Bliznov A.A., Zavarzin A.Yu., Untu F.I., Stets V.V. – Our experience of the clinical use of Desflurane. Despite the widespread use of inhalational anaesthetics in modern medical practice it is still unable to create an «ideal» anesthetic, which meets the following requirements – maximum performance, security, and manageability. Desflurane is an inhalational anaesthetic, which first appeared on Russian market in 2013, according to the specifications meet the above-mentioned requirements. The results of the use of Desflurane during anaesthesia in 157 patients of the Cancer Department and Department of Oral and Maxillofacial Surgery at the Burdenko Main Military Clinical Hospital are given. The main advantages are the rapid achievement of Desflurane required depth of anaesthesia, minimal effects on the cardiovascular system, good handling, fast and safe awakening of the patient after surgery, which can make it «anaesthetic of choice» for long surgical procedures and outpatient surgery.

К е у о р д с: anesthesiology, inhalational anaesthetic Desflurane, solubility in blood, manageability and the depth of anaesthesia, cardiovascular system, «one day» surgery.

Современное анестезиологическое обеспечение оперативных вмешательств невозможно представить без использования ингаляционных анестетиков [2]. За последние десятилетия ингаляционная анестезия заняла прочное место среди других методов анестезии и область ее применения расширяется. Это диктует необходимость постоянного поиска «идеального» ингаляционного анестетика, отвечающего наиболее важным требованиям: максимальная эффективность действия и минимальное количество побочных эффектов [3, 4, 6, 8], хорошая управляемость и быстрая элиминация из

организма, и, что не менее важно – экономическая конкурентоспособность [2, 7].

Одним из таких препаратов, появившихся на российском рынке в 2013 г., является ингаляционный анестетик десфлуран (Baxter, США). По химической структуре десфлуран напоминает изофлуран, однако незначительное отличие (один из атомов хлора изофлурана заменен на атом фтора) существенно меняет физические свойства анестетика. Так, давление насыщенного пара десфлурана при 20 °С составляет 681 мм рт. ст., поэтому в высокогорье он кипит при комнатной температуре. Для решения дан-



в особенности — при необходимости активизации пациентов в ранний послеоперационный период, больным с избыточной массой тела и пациентам пожилого

возраста. Данный ингаляционный анестетик может найти широкое применение в амбулаторной хирургии и хирургии «одного дня».

Литература

1. Arain S.R., Shankar H., Ebert T.J. Desflurane enhances reactivity during the use of the laryngeal mask airway // Anesthesiology. — 2005. — Vol. 103, N 3. — P. 495–499.
2. Golembiewski J. Economic considerations in the use of inhaled anesthetic agents // Am. J. Health-Syst. Pharm. — 2010. — Vol. 67, N 8. — P. 9–12.
3. Kapoor M.C., Vakamudi M. Desflurane revisited // J. Anaesthesiol. Clin. Pharmacol. — 2012. — Vol. 28, N 31. — P. 92–100.
4. Klock P.A., Czeslick E.G., Klafka J.M. et al. The effect of sevoflurane and desflurane on upper airway reactivity // Anesthesiology. — 2001. — Vol. 94, N 6. — P. 963–967.
5. Magni G., La Rosa I., Melillo G. et al. A Comparison Between Sevoflurane and Des-

flurane Anesthesia in Patients Undergoing Craniotomy for Supratentorial Intracranial Surgery // Anesth. Analg. — 2009. — Vol. 109, N 2. — P. 567–571.

6. Roysse C.F., Andrews D.T., Newman S.N. The influence of propofol or desflurane on postoperative cognitive dysfunction in patients undergoing coronary artery bypass surgery // Anaesthesia. — 2011. — Vol. 66, N 3. — P. 455–464.

7. Weinberg L., Story D., Nam J., McNicols L. Pharmacoeconomics of inhalational anesthetic agents: an 11-year retrospective analysis // Anaesth. Intensive Care. — 2010. — Vol. 38, N 5. — P. 849–854.

8. White P.F., Tang J., Wender R.H. et al. Desflurane versus sevoflurane for maintenance of outpatient anesthesia: the effect on early versus late recovery and perioperative coughing // Anesth. Analg. — 2009. — Vol. 109, N 2. — P. 387–393.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.333-007.61

Диагностика и лечение ахалазии кардии

БЕЛЕВИЧ В.Л., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
(val-belevich@yandex.ru)

ХОХЛОВ А.В., профессор, полковник медицинской службы запаса

ЕЛИСЕЕВ А.В., капитан медицинской службы

ОВЧИННИКОВ Д.В., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы

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

Ахалазия кардии является прогрессирующим нервно-мышечным заболеванием пищевода неизученной этиологии. Недостаточные знания патогенеза ахалазии и отсутствие четких подходов к лечению данной патологии привели к росту ее запущенных форм. Общностью клинических проявлений заболевания является дискоординация сократительной активности мышц пищевода, неспецифичный характер симптомов на начальном этапе болезни и связанная с этим поздняя обращаемость пациентов. Встречаемость ахалазии кардии невысока, поэтому важен анализ имеющихся данных клинической практики. В статье представлен опыт лечения 30 пациентов за 16 лет наблюдения. Средний возраст больных составил 50,5 года, отмечено несущественное преобладание мужчин. У 86,7% пациентов была диагностирована III или IV стадия заболевания, что подтверждено с помощью реоэзофагогастрографии. В группе из 24 больных, которым была предпринята эндоскопическая дилатация кардии, большую часть составили пациенты с II и III стадией болезни. Непосредственный хороший и удовлетворительный результаты эндоскопического лечения были получены у 20 пациентов (83,3%), в 4 случаях (16,7%) развился рецидив заболевания.

Ключевые слова: пищевод, ахалазия кардии, эндоскопическая кардиодилатация, результаты лечения ахалазии кардии.

Belevich V.L., Khokhlov A.V., Eliseev A.V., Ovchinnikov D.V. — Diagnosis, treatment of achalasia cardia and its results. Achalasia is a progressive oesophageal motility disorder of unstudied aetiology involving the smooth muscle layer of the oesophagus. Insufficient knowledge of the pathogenesis of achalasia and the lack of clear treatment approaches has led to an increase of advanced disease forms. Common clinical manifestations of the disease are: incomplete LES relaxation, non-specific initial manifestations and as a



result late medical seeking. Occurrence of achalasia cardiaea is significantly low, therefore it is important to analyse the available clinical data. The article presents an experience of treatment of 30 patients over the last 16 years of observation. The average age of patients was 50,5 years; insignificant male predominance is noted. III or IV disease state was diagnosed in 86,7% of patients; this diagnosis was confirmed by esophagogastroduodenoscopy. In the group of 24 patients who underwent attempted endoscopic dilatation of the cardiaea, most of the included patients with stage II and III disease. Immediate good and satisfactory results of endoscopic treatment were obtained in 20 patients (83,3%), in 4 cases (16,7%) developed recurrent disease.

К е у в о р д s: oesophagus, achalasia, endoscopic cardioidiosis, results of achalasia cardiaea treatment.

Ахалазия — прогрессирующее нервно-мышечное заболевание пищевода, проявляющееся в потере перистальтической активности этого органа и неспособности кардии к расслаблению в ответ на глотание. Данная патология составляет 3–20% всех заболеваний пищевода [5, 8].

Недостаточные знания этиологии и патогенеза ахалазии и отсутствие четких подходов к ее лечению привели к росту запущенных форм заболевания. В числе возможных этиологических факторов ахалазии рассматриваются инфекционный, психогенный, аутоиммунный и токсический. Патогенез характеризуется прогрессирующей воспалительной дегенерацией ганглионарных клеток ауэрбаховского сплетения дистального отдела пищевода, ингибиторных нейронов кардии с сохраняющимся антагонистическим влиянием ее холинэргических нейронов. Болеют преимущественно лица молодого и среднего возраста (от 20 до 40 лет), болезнь нередко приводит к тяжелой алиментарной дистрофии, иногда — к инвалидности пациента [1, 4, 6, 7].

Все известные консервативные, эндоскопические и хирургические методы лечения ахалазии кардии направлены на улучшение прохождения пищи через пищеводно-желудочный переход посредством расширения кардии или снижение ее тонуса. Несмотря на то что традиционные методы лечения ахалазии кардии (эндоскопическая кардиодилатация и оперативное вмешательство) насчитывают более ста лет, остается много спорных и нерешенных вопросов в тактике лечения этого недуга [1–3, 6].

Цель исследования

Обобщение опыта лечения ахалазии кардии в клинике общей хирургии Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова.

Материал и методы

Основу исследования составляет анализ материалов обследования и результатов лечения 30 больных ахалазией кардии, пролеченных в клинике с 1998 по 2014 г. Преобладали пациенты наиболее работоспособного возраста (от 30 до 59 лет) — 23 человека (76,6%), пациентов старших возрастов было 7 (23,3%), средний возраст больных составил 50,5 года. В группе оказалось несколько больше мужчин — 16 человек (53,3%), женщин было 14 (46,6%). Все больные были распределены по стадиям заболевания согласно классификации Б.В.Петровского—О.Д.Федоровой: больные со II стадией заболевания — 4 (13,3%), с III стадией — 16 (53,4%), с IV стадией — 10 пациентов (33,3%).

Обследование больных проводилось по общеклиническому алгоритму, включавшему изучение жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного обследования, лабораторных и инструментальных исследований.

Всем пациентам выполнялась фиброэзофагогастродуоденоскопия, которая позволяет визуально охарактеризовать состояние слизистой пищевода, определить его просвет, эластичность стенок, распространенность патологического процесса, а также при необходимости произвести забор материала со слизистой оболочки пищевода для морфологического исследования.

Во всех случаях выполнялось позиционное рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с бариевой взвесью. Контрастное исследование пищевода включало в себя три фазы прохождения контрастирующего вещества. Первая — тугое заполнение органа для определения формы, размеров, контуров пищевода, дефектов его наполнения и эластичности стенок. При заполнении



Для ахалазии кардии характерно нарушение перистальтики в различных отделах пищевода. Изучение моторики пищевода с помощью импедансометрии позволяет подтвердить и уточнить диагноз, который предварительно устанавливается с помощью анамнеза, эзофагоскопии и других методов. В нашем исследовании импедансометрия выполнена 22 больным ахалазией кардии (73,3%) до и через месяц после лечения (эндоскопического и различных вариантов оперативного).

При оценке результатов импедансометрии до и после лечения методом баллонной дилатации или эндоскопической кардиомиотомии у больных с различными степенями ахалазии выявлена следующая закономерность. До операции в верхней трети пищевода определялся гиперкинетический, в средней трети – гипокINETический, а в зоне кардии – нормокINETический тип моторной активности, что объясняет патофизиологические процессы нарушения моторики в пищеводе, затруднение пассажа пищи по пищеводу. После лечения у больных отмечалось резкое изменение моторной функции пищевода: в верхней его трети определялся нормокINETический, в средней трети и в зоне кардии – гиперкинетический тип моторной активности. Такой характер моторной функции не является полностью физиологическим, но у данной категории больных он позволяет избежать нарушения прохождения пищи

по пищеводу и тем самым устранить жалобы и улучшить качество жизни пациента.

У второй группы больных, подвергшихся оперативному вмешательству через лапаротомный доступ с выполнением различных пособий, при импедансометрии отмечался гипокINETический тип моторной функции пищевода. Он является условно патологическим, т. к. ухудшает прохождение пищи по пищеводу.

ВЫВОДЫ

1. Сочетание рентгенологических и эндоскопических методов диагностики ахалазии кардии позволяет установить стадию заболевания и характер патологических изменений у 100% больных.

2. Импедансометрия пищевода является эффективным методом оценки его функционального состояния до и после применения консервативных и оперативных методов лечения ахалазии кардии.

3. Баллонная дилатация – эффективный метод восстановления проходимости пищевода у больных ахалазией кардии I–III стадии, обеспечивающий стойкую ремиссию заболевания.

4. При неэффективности консервативного лечения ахалазии кардии IV стадии показано оперативное лечение в объеме лапароскопической кардиомиотомии (тип операции Хеллера) с дополнением эндоскопической кардиодилатацией.

Литература

1. Богопольский П.М. История реконструктивной хирургии пищевода в России: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2014. – 428 с.
2. Васнев О.С., Никаноров А.В., Ким Д.О. и др. Хирургическое лечение нейромышечных заболеваний пищевода // Экспер. и клин. гастроэнтерол. – 2011. – № 2. – С. 126–130.
3. Карпущенко Е.Г., Овчинников Д.В. Продольная эзофагокардиомиотомия: 100 лет в клинической практике // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2014. – № 2. – С. 237–241.
4. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Гаджиев А.Н., Ручкин Д.В. Хирургическое лечение нервно-мышечных заболеваний

пищевода // Анн. хир. – 2001. – № 1. – С. 35–38.

5. Чикинев Ю.В., Дробязгин Е.А., Кутепов А.В. и др. Диагностика и лечение ахалазии пищевода // Сибирск. мед. журн. – 2010. – Т. 25, № 3, Вып. 1. – С. 50–55.

6. Chuah S.K. 2011 update on esophageal achalasia // World J. Gastroenterol. – 2012. – Vol. 18, N 14. – P. 1573–1578.

7. O'Neill O.M., Johnston B.T., Coleman H.G. Achalasia: a review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes // World J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19, N 35. – P. 5806–5812.

8. Roman S., Kahrilas P.J. Management of spastic disorders of the esophagus // Gastroenterol. Clin. North Am. – 2013. – Vol. 42, N 1. – P. 27–43.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 614.876:355

Состояние и перспективы развития радиационной гигиены в Военно-морском флоте

АЗАРОВ И.И., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы¹
МОСЯГИН И.Г., профессор, полковник медицинской службы²
ПЕТРЕЕВ И.В., профессор, полковник медицинской службы запаса³
БУТАКОВ С.С., полковник медицинской службы (3612930@mail.ru)⁴
ЦВЕТКОВ С.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
(svetkov2006@yandex.ru)⁵
ШИКАЛЕНКО Ф.Н.⁵

¹Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва; ²Медицинская служба Главного командования ВМФ, Санкт-Петербург; ³Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ⁴736-й Главный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ, Москва; ⁵Научно-технический центр «РАДЭК», Санкт-Петербург

На кораблях и судах, в береговых частях и учреждениях Военно-морского флота эксплуатируется большое количество источников ионизирующего излучения, с ними работают более 7,5 тыс. военнослужащих и лиц гражданского персонала. Это определяет актуальность проблемы обеспечения радиационной безопасности на флотах и медико-профилактических мероприятий данного направления. В статье анализируется состояние организации радиационно-гигиенических мероприятий, излагаются концептуальные основы развития радиационной гигиены в ВМФ. Обоснованы задачи по восстановлению эффективности системы медицинского контроля и государственного санитарно-эпидемиологического надзора за радиационной безопасностью, приведены сведения об оптимальном наборе аппаратуры радиационного контроля для оснащения радиобиологических лабораторий и центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора разного уровня.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Военно-морской флот, источники ионизирующего излучения, радиационная безопасность, радиационная гигиена, государственная санитарно-эпидемиологический надзор за обеспечением радиационной безопасности.

Azarov I.I., Mosyagin I.G., Petreev I.V., Butakov S.S., Tsvetkov S.V., Shikalenko F.N. – Status and development prospects of radiological health in the Navy. More than 7,5 thousands of people work as military and civilian personnel and have an access to a lot of sources of ionizing radiation on ships and vessels, at coastal units and institutions of the Navy. This fact determines the importance of radiation safety and medical preventive measures on naval fleets. The article analyses the state of radiation-hygienic measures, outlines the conceptual basis for the development of radiation hygiene in the Navy. Substantiated reconstruction tasks effectiveness of health control and state sanitary and epidemiological supervision of radiation safety, provides information about the optimal set of instruments for radiation monitoring equipment radiobiological laboratories and centres of state sanitary and epidemiological supervision at various levels.

К е у w o r d s: Navy, sources of ionizing radiation, radiation safety, radiological health, state sanitary and epidemiological supervision of radiation safety.

На кораблях и судах, в береговых частях и учреждениях Военно-морского флота эксплуатируется большое количество различных источников ионизирующего излучения (ИИИ). Специфическими и наиболее мощными ИИИ являются корабельные ядерные энергетические установки (ЯЭУ). В частях ВМФ ис-

пользуются входящие в состав аппаратуры радиационного контроля (АРК) контрольные ИИИ на основе радионуклидов плутоний-239, кобальт-60, углерод-14, цезий-137, стронций-90, иттрий-90, таллий-204 и др. В военно-морских госпиталях эксплуатируется более 100 медицинских рентгеновских аппаратов.



Медицинская служба ВМФ	
Главный специалист ВМФ по радиационной гигиене	Подполковник медицинской службы
Всего: 1 врач по радиационной гигиене	
Медицинская служба СФ и ТОФ	
Главный специалист СФ по радиационной гигиене	Подполковник медицинской службы
Главный специалист ТОФ по радиационной гигиене	Подполковник медицинской службы
Всего: 2 врача по радиационной гигиене	
Служба радиационной безопасности Радиобиологическая лаборатория	
Начальник РБЛ	Майор медицинской службы
Врач по радиационной гигиене	Капитан медицинской службы
Фельдшер-лаборант	Старший мичман
Лаборант	Старшина
Инженер радиационного контроля	Капитан-лейтенант
Техник-дозиметрист	Мичман
Всего: 10 врачей по радиационной гигиене, 5 специалистов со средним медицинским образованием для 5 лабораторий на ВМФ (СФ – 3, ТОФ – 2)	

Рис. 3. Предлагаемый состав специалистов по радиационной гигиене (военнослужащих) в медицинской службе ВМФ и СРБ флотов

обороны РФ задач в области радиационной гигиены потребуются включить по всей ее вертикали не менее 30 сертифицированных специалистов-военнослужащих, оснастить соответствующие подразделения современным оборудованием и аппаратурой радиационного контроля.

Это позволит восстановить систему радиационно-гигиенических мероприятий и контроля за обеспечением радиационной безопасности в ВМФ, вывести ее функционирование на уровень, соответствующий требованиям санитарного законодательства страны.

Литература

1. Гребеньков С.В., Петреев И.В., Цветков С.В. и др. Допуск к работам с ИИИ как один из основных элементов радиационной безопасности в ЛПУ // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2011. – № 1 (33). – С. 259–265.
2. Петреев И.В., Гребеньков С.В. История кафедры военно-морской и радиационной гигиены: предпосылки создания и современность. – СПб, ВМедА, 2010. – 46 с. + 30 с. илл.
3. Приказ ГК ВМФ от 16.12.2004 г. № 480 «Об утверждении Наставления по обеспечению радиационной безопасности на кораблях ВМФ с ядерными энергетическими установками и объектах их обеспечения (НОРБ ВМФ-2004)». – М., 2004. – 167 с.
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2009 г. (ред. от 09.02.2011 г.) № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации». URL: <http://www.base.consultant.ru> (дата обращения: 17.11.2014).

5. Приказ Министра обороны РФ от 31.08.2012 г. № 2552 «Об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия в Вооруженных Силах Российской Федерации». URL: <http://www.base.garant.ru> (дата обращения: 17.11.2014).
6. Руководство по контролю за радиоактивным загрязнением объектов внешней среды и внутренним облучением личного состава кораблей с атомными энергетическими установками (РКВС-90). – М.: Воениздат, 1991. – 92 с.
7. Цветков С.В. Радиационно-гигиеническая характеристика мероприятий радиационной безопасности и их совершенствование в лечебно-профилактических учреждениях Министерства обороны Российской Федерации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2011. – 21 с.
8. Цветков С.В., Петреев И.В. Оптимизация обеспечения радиационной безопасности в крупных лечебно-профилактических учреждениях // Воен.-мед. журн. – 2011. – Т. 332, № 9. – С. 42–47.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 613.693

Малашук Л.С. (*malaschukluda@mail.ru*)¹, **Филатов В.Н.**¹, **Маряшин Ю.Е.**¹, **Рыжов Д.И.**² – Оценка профессионального здоровья и функциональных резервов курсантов летного училища в практике врачебно-летной экспертизы и методы их повышения.

¹Центральный научно-исследовательский институт ВВС Минобороны России, г. Щёлково, Московская область; ²Филиал № 3 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского, Москва

Malashuk L.S., Filatov V.N., Maryashin U.E., Ryzhov D.I. – Assessment of professional health and functional reserves of flight school cadets in the practice of medical-flight expertise and their improvement methods. Has been made a survey of students using statoergometric samples, samples with decompression of the lower half of the body, «rise» in the chamber on a moderate degree of tolerance to hypoxia, spins in a centrifuge. Been made the conclusion about the need to include into the practice the training of the students of special functional training based on physical exercise, consisting of functional exercises, as well as specially designed complex psychophysiological preparation.

К е у в о р д s: flight school cadets, stress tests, special functional training, professional health, functional reserves.

Цель исследования заключалась в оценке функционального потенциала курсантов и летчиков а также разработке способов повышения их устойчивости к негативным факторам высокоманевренного полета на самолетах 5-го поколения.

Для определения механизмов формирования функциональных резервов у курсантов в процессе приобретения летных навыков и профессионально важных качеств были проанализированы протоколы выполнения ими специальных функциональных проб. Кроме того, они прошли курс тренировок на статозргометре с субмаксимальными статическими нагрузками как в условиях Филиала № 3 3 ЦВКГ, так и в учебном центре.

При проведении *статозргометрической пробы* (СЭП) как у летчиков, так и у курсантов наблюдалась адекватная реакция сердечно-сосудистой системы и мышечного напряжения при удержании каждого усилия в 120, 160, 200 и 240 кгс в течение 30 с, что указывает на хорошую переносимость пробы. Вместе с тем при выполнении статических усилий и на 1-й минуте после пробы у летчиков отмечались более высокие цифры *вегетативного индекса Кердо* (ВИК), указывающие на преобладание симпатической вегетативной регуляции. У курсантов отмечена более сбалансированная вегетативная регуляция, соответствующая нормотоническому типу, что соответствует достаточно высоким функциональным резервам организма к статическим нагрузкам.

При обследовании в барокамере на переносимость умеренных степеней гипоксии у летчиков и курсантов с хорошей переносимостью пробы достоверных различий между физиологическими параметрами не отмечалось. Изменения показателей сердечно-сосудистой системы были адекватны уровню гипобарической гипоксии.

У курсантов с 7-й по 20-ю минуту гипоксии отмечалась более выраженная симпатическая вегетативная регуляция функционирования сердечно-сосудистой системы.

Все курсанты хорошо перенесли пробу с *декомпрессией нижней половины тела* (ДНПТ). Их данные сравнили с данными летного состава, также показавшими хорошую переносимость пробы. Обращает на себя внимание тот факт, что средние величины ЧСС в течение всей пробы у курсантов были ниже. ВИК имел более низкие значения, а в середине пробы у курсантов был достоверно ниже, что указывает на более сбалансированную вегетативную регуляцию сердечно-сосудистой системы в процессе декомпрессии нижней половины тела, сохраняя в этих экстремальных условиях адекватный артериальный сосудистый тонус.

При обследовании на центрифуге показатели курсантов сравнили с показателями летного состава, имевших хорошую переносимость пробы с воздействием радиальных ускорений. Устойчивость летчиков к перегрузкам оказалась несколько ниже. Это можно объяснить тем, что все курсанты подверга-



лись воздействию перегрузок величиной 3, 5 и 6 ед., в то время как не весь летный состав подвергался воздействию перегрузок величиной 6 ед.

При обсуждении результатов обследования курсантам было указано на недостаточную устойчивость к воздействию больших величин перегрузок с воздействием радиальных ускорений на центрифуге и на актуальность вопроса совершенствования функциональных резервов для их переносимости, особенно в условиях их быстрого нарастания.

Специалисты отметили необходимость проведения психосоматической самоподготовки в виде функциональной гимнастики, а также специально разработанных комплексов психофизиологической и специальной физической подготовки.

Известно, что эффективная реализация профессиональных навыков и высокая работоспособность летчика в особо сложных условиях высокоманевренного полета зависит от комплекса характеристик текущего функционального состояния, которое определяется как «оптимальное функциональное состояние». Важным является то, что только на фоне оптимального состояния можно постоянно поддерживать необходимый уровень психофизиологических и специальных физических качеств, которые в конечном итоге и определяют степень функциональной готовности пилота к деятельности в экстремальных условиях.

Особенность предложенной нами функциональной гимнастики заключается в том, что она не только оптимизирует функциональное состояние, но и оказывает общее тренировочное воздействие на те системы, которые участвуют в формировании профессионально важных психофизиологических и специальных физических качеств. В ее состав входят упражнения для срочной кор-

рекции состояния организма, которые мы называем «балансировочные упражнения», а также упражнения, являющиеся центральной частью гимнастики и в совокупности представляющие собой комплекс психомоторной саморегуляции. Этот комплекс согласно классическим представлением об основах любого вида тренировки реализуется в три этапа – подготовительный, основной и заключительный.

Таким образом, психофизиологическая подготовка летного состава должна представлять собой совокупность средств и методов воздействия на организм летчика, тренировки его психофизиологических функций и профессиональных качеств, использование которых в конечном итоге позволяет на фоне укрепления здоровья и повышения уровня функциональных резервов организма достичь высокой профессиональной подготовленности и готовности к экстренной и адекватной мобилизации физиологических и психических возможностей в ответ на требования профессиональной деятельности.

Предложенный нами комплекс психофизиологической подготовки состоит из упражнений, направленных на совершенствование функционального состояния зрительного, вестибулярного и двигательного анализаторов. Степень надежности функциональных элементов, влияющих на уровень развития профессионально важные психофизиологические качеств, выражается в значениях основных показателей, характеризующих качество функционирования вышперечисленных систем.

Специальная физическая подготовка в нашем случае направлена на формирование устойчивости к длительным статическим напряжениям, что необходимо летчику для эффективного выполнения противоперегрузочных приемов.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.62-003.6-057.36-055

Шестаев А.Ю., Сивашенко П.П., Кормаков В.А. (krmkov@yandex.ru), Кушниренко Н.П., Протошак В.В., Паронников М.В., Харитонов Н.Н., Синельников Л.М., Рассветаев А.В., Игловиков Н.Ю., Борисов Д.Н. – Гендерные эпидемиологические особенности мочекаменной болезни у военнослужащих. Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Shestaev A.U., Sivashchenko P.P., Kormakov V.A., Kushnirenko N.P., Protochak V.V., Paronnikov M.V., Kharitonov N.N., Sinelnikov L.M., Rassvetaev A.V., Iglouikov N.Yu., Borisov D.N. – Gender epidemiological features of urolithiasis in the military. The authors have shown that over the last decade there was a significant increase in the incidence of urolithiasis troops with some predominance of this index in female military personnel. It is suggested that the gender shift in the structure of morbidity among military personnel may be due to an increase of the number of people who are overweight, which is more common in military women compared with men.

К е у в о р д с: urolithiasis, morbidity, labor losses, dismissal.



В основу исследования легли показатели заболеваемости мочекаменной болезнью (МКБ), связанные с ней трудопотери и изменение ее структуры среди военнослужащих МО РФ по данным отчетов медицинских служб округов и флотов за период с 2003 по 2012 г.

Для этого анализа использовали следующие диагнозы: камни почек и мочеточника (N20), камни нижних отделов мочевых путей (N21), камни мочевых путей при болезнях, классифицированных в других рубриках (N22), почечная колика неуточненная (N23).

Общую заболеваемость оценивали как совокупность заболеваний среди тех или иных групп военнослужащих за календарный год. Отношение числа заболевших, впервые выявленных в течение года, к среднегодовой численности личного состава рассматривали как первичную заболеваемость. В качестве единицы учета трудопотерь рассматривался случай полного освобождения больного военнослужащего от всех видов занятий и работ на срок не менее суток.

В статистику трудопотерь были включены только законченные случаи, завершившиеся определенным исходом лечения (возвращение в часть, увольнение по болезни, летальный исход). По каждому законченному случаю трудопотерь учитывали число дней трудопотерь в виде продолжительности полного отрыва больного военнослужащего от служебной деятельности в днях.

За десятилетний период наблюдения общая заболеваемость военнослужащих увеличилась на 24,39%. При этом количество больных мужчин МКБ увеличилось более чем на треть с пиком прироста в 2010 г. до 32 случаев на 1000, достигнув уровня 12,97%. Среди военнослужащих женского пола заболева-

емость МКБ возросла в 2,5 раза – с 6,5% в 2003 г. до 16,3% в 2012 г. (рис. 1).

Первичная заболеваемость мужчин в 2003 г. 2,03% (против 1,69 у женщин) и медленно увеличивалась до 2,96 в 2007 г., после чего наблюдался значительный рост заболеваемости до 6,66% с последующим снижением, достигнув значения 4,38%. У женщин же показатели увеличивались последовательно в течение всего отрезка времени. В конце периода наблюдения произошли изменения в показателях заболеваемости у военнослужащих мужского и женского пола (гендерный сдвиг): до 2012 г. годовые показатели у мужчин были выше, чем у женщин, в то время как в 2012 г. показатели были значительно выше у женщин (рис. 2).

Независимо от пола, у военнослужащих отмечался рост количества случаев госпитализации более чем в 2 раза к концу периода наблюдения. Примечательно, что эти показатели постоянно увеличивались у военнослужащих женского пола, в то время как у мужчин пик госпитализации приходится на 2010 г. с последующим снижением этого

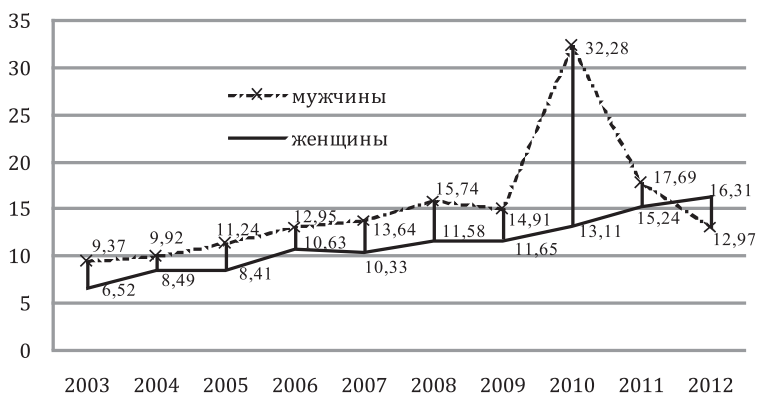


Рис. 1. Динамика общей заболеваемости военнослужащих МКБ, %

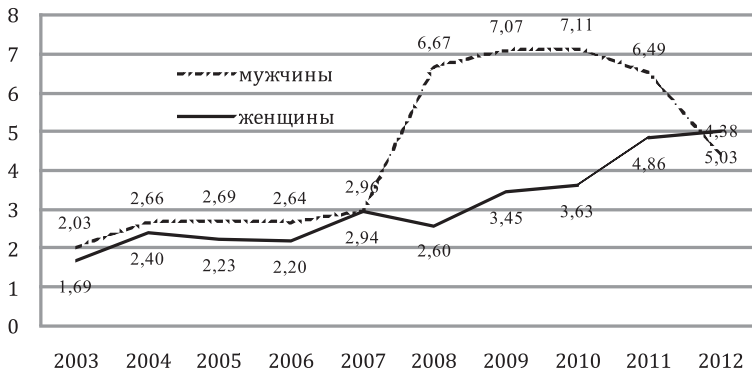


Рис. 2. Динамика первичной заболеваемости военнослужащих МКБ, %



показателя к 2012 г. (рис. 3).

На протяжении всего периода наблюдения отмечалось увеличение числа случаев трудопотерь с 2003 по 2012 г. более чем в 2 раза, причем данный показатель у военнослужащих женского пола превосходил таковой у мужчин к концу периода наблюдения в 1,76 раза (рис. 4).

Уровень увольняемости из рядов ВС по болезни в связи с МКБ характеризовался умеренными колебаниями на протяжении всего периода наблюдения (с 0,09 до 0,21%) без выраженной связи с уровнем заболеваемости и без значительных гендерных различий.

Таким образом, на протяжении последнего десятилетия установлено значительное увеличение заболеваемости военнослужащих МКБ с некоторым преобладанием этого показателя у военнослужащих женского пола. Гендерный сдвиг в структуре заболеваемости МКБ среди военнослужащих может быть обусловлен увеличением количества людей с избыточной массой тела.

Существенное увеличение случаев первичной заболеваемости МКБ может отражать учащение использования высокоинформа-

тивных диагностических методов (УЗИ, компьютерная томография) по поводу других заболеваний. При этом МКБ может быть случайно выявлена во время исследования, не связанного с заболеванием почек.

Устойчивый рост заболеваемости МКБ в Вооруженных Силах России обуславливает увеличение трудопотерь, которое преобладает у военнослужащих женского пола.

Увеличение заболеваемости мочекаменной болезнью у военнослужащих и связанное с этим увеличение трудопотерь требует дальнейшего совершенствования методов диагностики, лечения и профилактики уролитиаза.

© В.И.СТЕКЛОВ, 2014
УДК 616.124-008.318-085.84

Стеклов В.И. (vsteklov@yandex.ru) – Радиочастотная катетерная абляция желудочковой аритмии из переднелатеральной области фиброзного кольца трехстворчатого клапана.

Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В.Мандрыка, Москва

Steklov V.I. – Radiofrequency catheter ablation of ventricular arrhythmias from the anterolateral area of the fibrous ring of the tricuspid valve. Studied electrocardiographic and electrophysiological properties of ventricular arrhythmia with focal localization of the automaticity abnormal focus in the anterolateral area of the fibrous ring of the tricuspid valve. The methods of ventricular arrhythmic focus mapping are shown. Shown a case of successful removal of focal ventricular arrhythmia from the anterolateral area of the fibrous ring of the tricuspid valve by radiofrequency catheter ablation.

Key words: ventricular arrhythmia, tricuspid valve annulus, radiofrequency ablation.

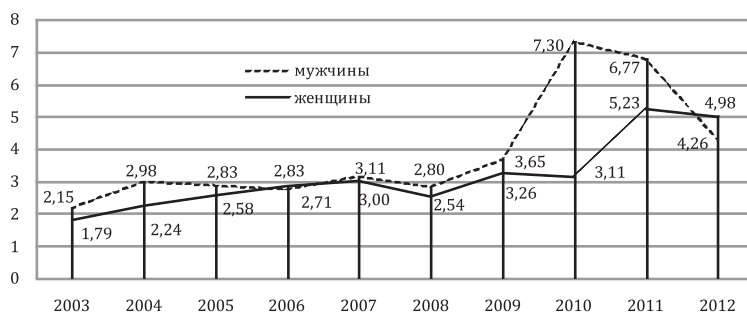


Рис. 3. Количество случаев госпитализации военнослужащих с МКБ, %

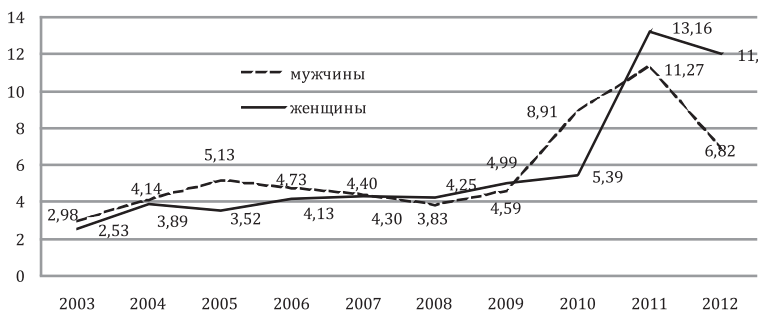


Рис. 4. Уровень трудопотерь у военнослужащих в связи с МКБ, %



Идиопатические желудочковые аритмии (ЖА) в основном возникают у людей, не имеющих органические заболевания сердца. В последние годы радиочастотная катетерная абляция (РЧА) доказала свою высокую эффективность и безопасность в лечении этих аритмий. Известно, что в большинстве случаев желудочковый аритмический фокус (ЖАФ) находится в выносящем тракте правого желудочка сердца, в меньшей степени – в выносящем тракте левого желудочка. Желудочковый аритмический фокус может локализоваться и в других, менее изученных областях сердца. Одним из таких мест является фиброзное кольцо трехстворчатого клапана (ФКТК). Способы электрофизиологического картирования и катетерная абляция ЖАФ, происходящего из ФКТК, до конца не изучены. Также в связи с редкой встречаемостью эктопии данной локализации в литературе имеются единичные публикации о клинической картине, электрокардиографических и электрофизиологических особенностях желудочковой эктопии, локализованной в области ФКТК.

Исходя из вышеизложенного, представляем случай анализа клинических, электрокардиографических и электрофизиологических характеристик фокусной желудочковой аритмии из области ФКТК и результаты ее РЧА.

Пациент И., 68 лет, поступил в отделение с жалобами на перебои в работе сердца, возникающие без связи с какими-либо внешними и внутренними факторами, сопровождающиеся ощущением комка в горле, слабостью, изредка головокружениями. Аритмический анамнез составил 18 лет.

В результате клинических и инструментальных исследований убедительных данных за ишемическую природу ЖА не получено. На фоне проводимой ранее терапии соталолом, а впоследствии амиодароном, положительный антиаритмический эффект не был получен, сохранялись перебои в работе сердца. При очередном холтеровском мониторинге ЭКГ зарегистрирована 9921 монотопная желудочковая экстрасистола с эпизодами неустойчивой мономорфной желудочковой тахикардии. Учитывая неэффективность и исчерпанный лимит консервативной антиаритмической терапии, высокий риск развития жизнеугрожающих аритмий, а также желание пациента, было принято решение о проведении эндокардиального электрофизиологического исследования (эндо-ЭФИ) и выполнении РЧА ЖАФ.

Перед операцией эндо-ЭФИ и РЧА с целью предварительного определения локализации ЖАФ мы провели тщательный анализ морфологии эктопического комплекса по

поверхностной ЭКГ в 12 отведениях, согласно предложенному нами алгоритму. На первом этапе было выяснено, что эктопический очаг не локализуется в выносящих трактах желудочков. Характерными признаками ЖАФ, расположенного в выносящем тракте желудочков сердца, являются: неспецифическая морфология комплекса QRS в I отведении, т. е. он может иметь любую конфигурацию – $QS/qs/qR/rS/R/Rs/r/S$; во II и III отведениях – конфигурацию зубца R ; в aVR , aVL -отведениях – конфигурацию зубца S ; в aVF -отведении – R . У больного (см. рис. 1А) в отведении I комплекс QRS имел морфологию монофазного зубца R , в отведениях II и aVF – морфологию R_s , в отведении III – rs . В отведении aVR желудочковый комплекс имел конфигурацию rSr , а в aVL – морфологию фракционированного зубца r .

Следовательно, в предоперационный период было ясно, что ЖАФ не располагается в выносящих трактах желудочков сердца. С целью определения стороны локализации ЖАФ (правый или левый желудочек) по поверхностной ЭКГ в грудных отведениях оценивали переходную зону комплекса QRS -желудочковой экстрасистолы. При правожелудочковых аритмических фокусах переходная зона, как правило, располагается после отведений V_3 и V_4 . У нашего больного на поверхностной ЭКГ (см. рис. 1А) переходная зона оказалась в отведении V_4 , что свидетельствовало о правожелудочковой локализации эктопического очага.

После подписания информированного согласия на операцию пациент доставлен в рентгеноперационную. Под местной инфильтрационной анестезией по методике Сельдингера выполнены пункции левой подключичной и правой общей бедренной вен – через интродьюсеры в полость сердца под рентгеноскопическим контролем позиционированы два диагностических электрода (см. рис. 1Г): 10-полюсный диагностический электрод CSL, установлен в коронарный синус (КС), и «холодовой» абляционный 4-полюсный электрод, который был установлен в область ФКТК. На рисунке 1Б видно, что во время экстрасистолы на каналах регистрирующих электрические потенциалы внутри КС, наиболее ранняя активация наблюдается в проксимальных парах диагностического катетера («правый» фронт активации экстрасистолы), что подтверждало правостороннюю локализацию ЖАФ.

При картировании полости правого желудочка (см. рис. 1Б) наибольшее опережение было получено в переднелатеральной области ФКТК («пре- QRS » на 39 мс). При стимуляционном картировании (см. рис. 1В) из этой области регистрировалась идентичная морфо-

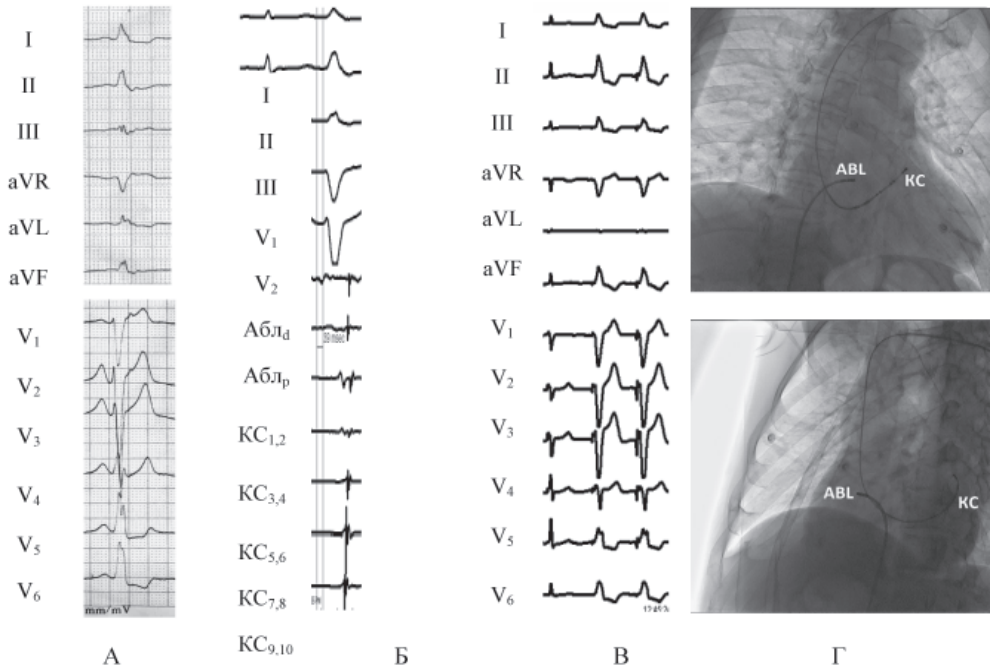


Рис. 1. Данные поверхностной ЭКГ, эндограммы и рентгеноскопического изображения (стоп-кадр) сердца. А – поверхностная ЭКГ до операции; Б – время локального активационного картирования, зарегистрированного в точке успешной абляции, опережало на 39 мс от начала комплекса *QRS*; В – стимуляционное картирование в точке успешной абляции (морфология стимулированных желудочковых комплексов идентична с морфологией эктопического желудочкового комплекса); Г – на верхнем рисунке стоп-кадр рентгеноскопического изображения сердца в правой косои проекции (35°), в нижнем рисунке – в левой косои проекции (45°). Многополюсный диагностический электрод установлен в КС, «холодовой» абляционный катетер позиционирован в переднелатеральной области ФКТК, где выявлен патологический желудочковый эктопический очаг – оптимальное место для абляции. КС – 10-полюсный диагностический электрод, АBL – абляционный катетер



Рис. 2. Поверхностная ЭКГ пациента. Индукция клинической желудочковой бигеминии на первых секундах от начала радиочастотной абляции



логия эктопического желудочкового комплекса с *QRS*-морфологией стимулированных желудочковых комплексов. В этой области орошаемым абляционным электродом выполнена аппликация радиочастотным током с максимальной мощностью 45 Вт, максимальной температурой 45 °С и продолжительностью 60 с с полной элиминацией ЖАФ. На первых секундах воздействия отмечался феномен «разогрева» эктопического фокуса, проявлявшийся желудочковой бигеминией (рис. 2) с последующим исчезновением желудочковой эктопии. В дальнейшем после 30 мин наблюдения за ЭКГ пациента и последующего проведения контрольного эндо-ЭФИ, в т. ч. с нанесением двойных и тройных экстрасимулов из разных отделов правого желудочка сердца, ЖА не возникала. На этом операция была закончена. При дальнейшем наблюдении в течение нескольких месяцев за пациентом сохраняется стойкий синусовый ритм без желудочковой эктопии, при ХМ ЭКГ клиническая ЖА не регистрировалась.

Для ЖА, возникающей вблизи ФКТК, характерны следующие ЭКГ-критерии, которые помогут в более точном определении фокуса аритмии: морфология *QRS*-комплекса по типу блокады левой ножки пучка Гиса, монофазный зубец *R* в I отведении, а также отсутствие отрицательного компонента *QRS*-комплекса в отведениях I, V₂ и V₆. Для более точной верификации ЖАФ в области ФКТК (септальная или латеральная область) необходимо смотреть на морфологию *QRS*-комплекса в отведении V₁, а также на локализацию переходной зоны: для ЖЭ из септальной области ФКТК характерна морфология *QRS*-комплекса по типу «*QS*» и переходная зона до V₃ или в самом отведении V₃; для

ЖЭ из латеральной области ФКТК характерна морфология комплекса *QRS* по типу «*rS*» и переходная зона в V₂ или позже, например V₄ (как в случае с нашим пациентом).

Таким образом, ЭКГ-признаками желудочковых аритмий, исходящих из передне-латеральной области ФКТК, являются: морфология блокады левой ножки пучка Гиса, переходная зона после отведения V₃. Электрическая ось сердца у нашего больного оказалась горизонтальной, а у больных с ЖАФ из выводных отделов желудочков сердца электрическая ось сердца, как правило, вертикальная. Дооперационная неинвазивная топическая диагностика ЖАФ позволила заранее спланировать ход операции. Следует отметить, что, по данным Li Yue-Chun (2012), среди ЖА, возникающих вблизи ФКТК, наибольшее распространение имеют локализации в свободной стенке (это передне-латеральная область, средне-латеральная и задне-латеральные области), а наименьшее – в септальной части. Также по данным этих авторов – наибольшая эффективность абляции – в области свободной стенки ФКТК, нежели в области его септальной части.

Радиочастотная катетерная абляция является эффективным методом лечения больных с ЖА сердца, локализованных в области ФКТК. Использование активационного и стимуляционного картирования при эндо-ЭФИ в сочетании с рентгеновским изображением тени сердца в правой и левой косой проекциях позволяет довольно точно локализовать ЖАФ. Более современным и надежным методом картирования желудочкового аритмического фокуса сегодня остается нефлюороскопическая система навигационного картирования.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.13-007.644-089

Долгих Р.Н., Пинчук О.В. (oleg_pinchuk@mail.ru), Образцов А.В., Рзынин А.В., Иванов А.В., Крыжов С.Н. – Эндоваскулярная хирургия посттравматических артериовенозных фистул.

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Dolgikh R.N., Pinchuk O.V., Obratsov A.V., Rzyanin A.V., Ivanov A.V., Kryzhov S.N. – Endovascular surgery of post-traumatic arteriovenous fistula. Presented materials about the experience of using intravascular stents (stent-grafts) in the treatment of post-traumatic arteriovenous fistula of the main vessels of the retroperitoneal space and lower limbs at the centre of vascular surgery of multidisciplinary military hospital. The effectiveness of low-impact method of endovascular surgical treatment of injuries of large vessels is shown.

К е у в о р д с: arteriovenous fistula, stent graft, vessel trauma, endovascular surgery.

Артериовенозная фистула (АВФ), или свищ, – это патологическое прямое сообщение между артерией и веной, ведущее к току артериальной крови в венозное русло (минуя капиллярную сеть). Свищ развивается при нарушении целост-

ности сосудистой стенки в результате различных причин: огнестрельного повреждения, ранения холодным оружием, тупой травмы и др. При огнестрельных ранениях крупных сосудов АВФ встречаются с частотой до 26,7%. В зависи-



мости от размера свища, его локализации и длительности существования сброс крови может приводить к существенным расстройствам гемодинамики, которые носят как региональный характер (синдром дистальной венозной недостаточности), так и общий, приводя к развитию синдрома правожелудочковой сердечной недостаточности.

Хирургия травматических фистул остается одним из сложнейших разделов сосудистой хирургии. Трудности связаны с многообразием и сложностью анатомических вариантов, особенностью создавшихся гемодинамических нарушений. Развитие интервенционной рентгеноангиохирургии привело к появлению адекватной альтернативы «открытой» хирургии, связанной с использованием внутрисосудистых стентов с покрытием (стент-графтов). В литературе последних лет имеются единичные описания клинических случаев успешного использования стент-графтов при АВФ аорты и нижней полой вены, подвздошных сосудов, сосудов шеи.

Однако операции с использованием стент-графтов при травматических АВФ выполняются достаточно редко. Необходимо обобщение накопленного положительного опыта и более широкое применение эндоваскулярных методик в лечении данной тяжелой патологии.

В 3-м Центральном военном клиническом госпитале им. А.А.Вишневого нами была успешно использована имплантация стент-граф-

тов в лечении 4 пострадавших с посттравматическими АВФ. В 3 наблюдениях повреждение магистральных сосудов было вызвано огнестрельным оружием, в 1 случае – травма ножом. У 2 раненых АВФ локализовалась на уровне подвздошных сосудов, и по одному наблюдению – сосуды голени и бедра. Технический успех операции был достигнут во всех наблюдениях. В одном случае после рентгеноэндоваскулярного устранения АВФ на уровне подвздошных сосудов в связи появлением признаков инфицирования гематомы забрюшинного пространства потребовалось открытое хирургическое вмешательство. Благодаря ранее имплантированному в подвздошную артерию стент-графту артериального кровотечения из поврежденного сосуда в ходе операции не было. Приводим два клинических примера устранения посттравматических АВФ на уровне подвздошных сосудов и сосудов голени.

Сержант контрактной службы П., 1988 г. р., история болезни № 20883. Поступил в отделение сосудистой хирургии с жалобами на снижение толерантности правой нижней конечности к физической нагрузке, постоянный отек правой голени и стопы. В 2010 г. получил ножевое ранение правой голени, хирургическая обработка раны не производилась. На протяжении последующих лет появились и прогрессируют вышеперечисленные жалобы. При обследовании установлен диагноз посттравматической фистулы между задней большеберцовой артерией и веной. При рентген-

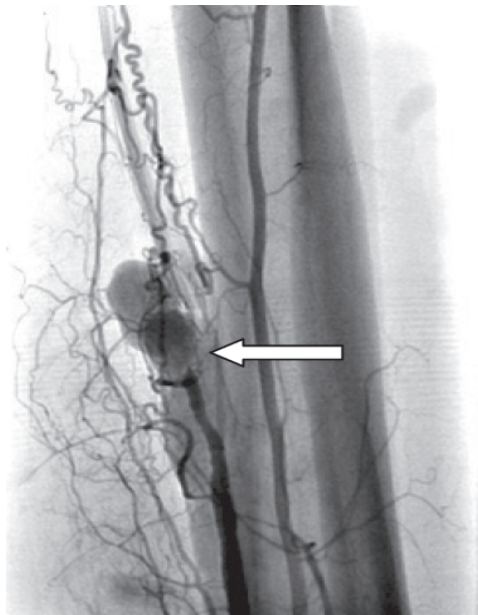


Рис. 1. Пациент П. Исходная рентгеноангиограмма. Через дефект задней большеберцовой артерии происходит контрастирование венозной системы (стрелка)

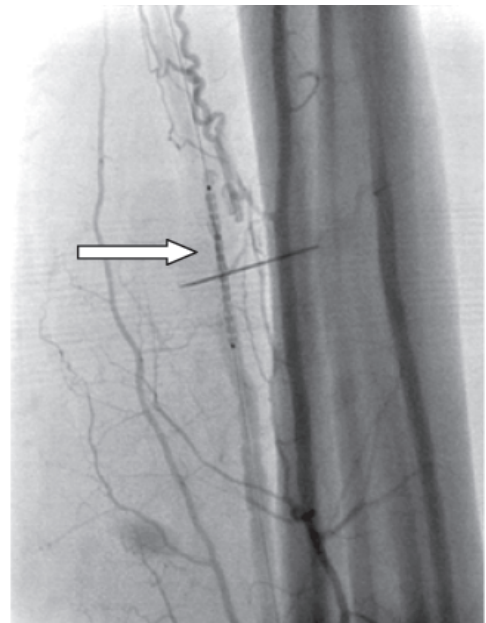


Рис. 2. Тот же пациент. Этап эндоваскулярного вмешательства. Позиционирование стент-графта (стрелка)

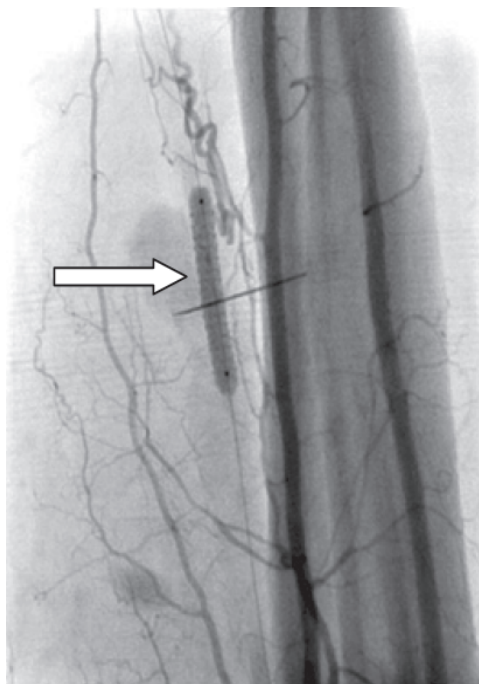


Рис. 3. Тот же пациент. Этап эндоваскулярного вмешательства. Стент-графт расправлен раздуванием баллона (стрелка)

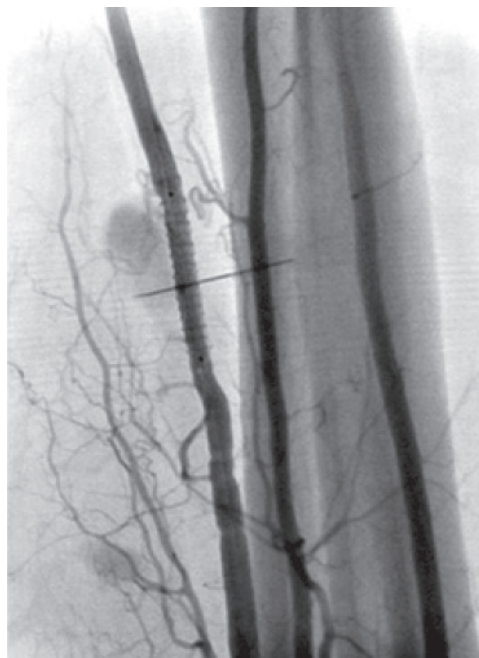


Рис. 4. Тот же пациент. Контрольная рентгеноконтрастная ангиография. Целостность задней большеберцовой артерии восстановлена, АВФ устранена

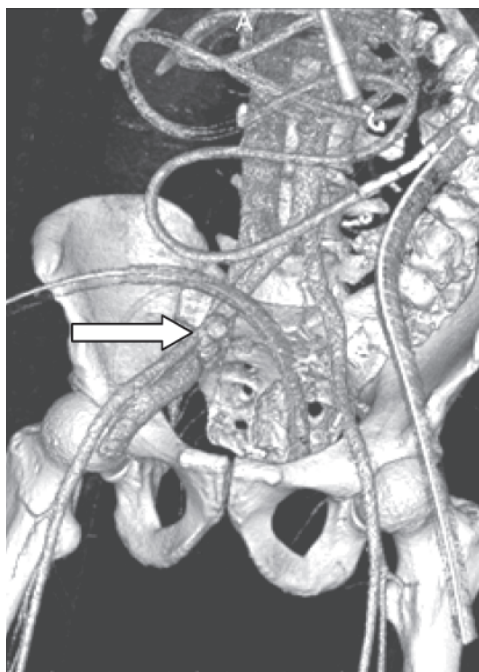


Рис. 5. Раненый Ф. Исходная КТ-ангиограмма. Имеется дефект правой подвздошной артерии со сбросом крови в правую подвздошную вену (стрелка)

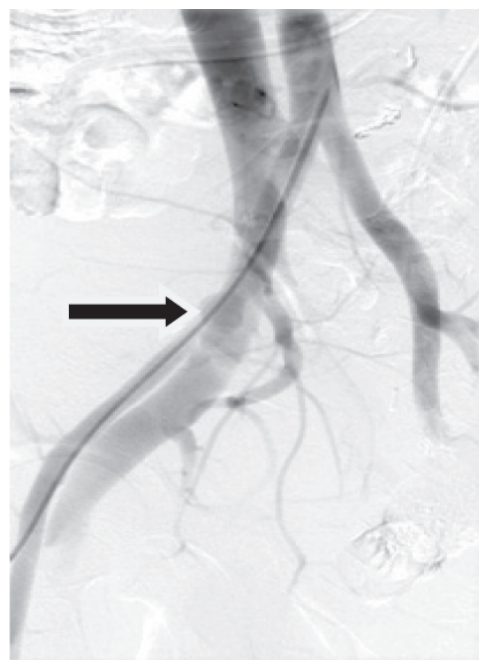


Рис. 6. Тот же раненый. Исходная рентгеноконтрастная ангиограмма. Дефект правой подвздошной артерии с контрастированием правой подвздошной и нижней полых вен (стрелка)



Рис. 7. Тот же раненый. Этап эндоваскулярной операции. В зону дефекта подвздошной артерии имплантирован стент-графт (стрелка). Контрастирование венозной системы отсутствует

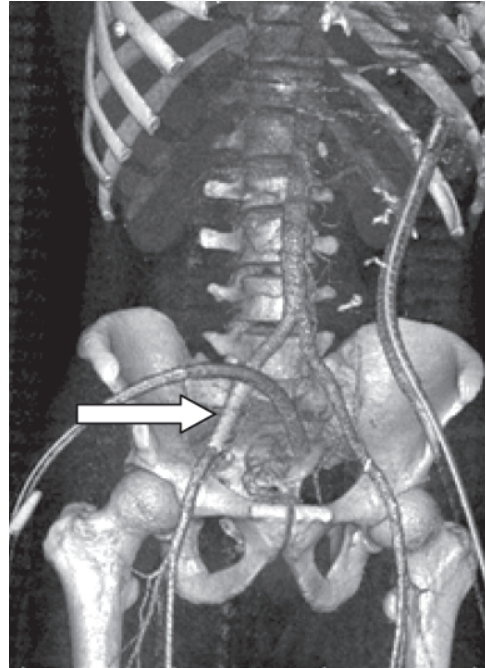


Рис. 8. Тот же раненый. КТ-ангиография. Стент-графт прикрывает дефект подвздошной артерии (стрелка). Сброса в венозную систему нет

контрастной ангиографии 22.08.2014 г. верифицировано наличие выраженного сброса артериальной крови в венозную систему на уровне средней трети голени (рис. 1).

Принято решение о закрытии дефекта задней большеберцовой артерии с устранением АВФ стент-графтом. Этапы операции представлены на (рис. 2–4). Послеоперационный период без осложнений. Отек правой голени и стопы регрессировал. Пациент переведен на реабилитационное лечение.

Рядовой контрактной службы Ф., 1991 г. р., история болезни № 21666, поступил с огнестрельным осколочным слепым проникающим ранением живота и забрюшинного пространства. При осмотре обращено внимание на резкое ослабление артериальной пульсации на правой нижней конечности и характерный симптом «дрожания» над бедренной артерией. По результатам КТ-ангиографии верифицировано наличие АФВ на уровне правых подвздошных сосудов (рис. 5).

Выявленное повреждение определяло чрезвычайно высокий риск при попытках активизации пациента или при развитии инфекционного процесса в забрюшинном пространстве развития профузного артериального кровотечения с фатальными последствиями. Кроме того, существование крупного артериально-венозного сброса неизбежно

приводит к постепенной декомпенсации функции правых отделов сердца.

Консилиум главных специалистов госпиталя, учитывая тяжесть ранения, травматичность «открытого» хирургического вмешательства на сосудах забрюшинного пространства, принял решение, что операцией выбора у данного пострадавшего является малоинвазивный рентгеноэндоваскулярный метод – прямое рентгеноэндоваскулярное стентирование правой подвздошной артерии стентом с покрытием с разобщением артерио-венозного соустья и устранением дефекта подвздошной артерии. 02.09.2014 г. выполнена операция – выделение правой бедренной артерии, прямая эндоваскулярная имплантация стент-графта в правую подвздошную артерию. Этапы рентгеноэндоваскулярного вмешательства представлены на рис. 6–7. Целостность правой подвздошной артерии была восстановлена, АВФ устранена (рис. 8).

Наш опыт использования современных высоких технологий в лечении посттравматических АВФ на различных уровнях демонстрирует большие возможности многопрофильного военного учреждения. Применение эндоваскулярных методов в лечении травмы сосудов несравненно уменьшает травматичность хирургического пособия, способствует улучшению непосредственных результатов и отдаленного прогноза.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.137.83/9-004.6-092

Есипов А.В.¹, Котенко К.В.², Яменсков В.В. (*yame77@mail.ru*)¹ – Липокорригирующее действие комплексных программ физиотерапевтического лечения больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

¹3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область; ²Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И.Бурназяна, Москва

Esipov A.V., Kotenko K.V., Yamenskov V.V. – Lipocorrective effect of a complex physiotherapy treatment of patients with obliterating atherosclerosis of the lower extremities. The results of biochemical blood tests in groups of patients with various integrated rehabilitation programs are analysed. Significant blood indicators that are particularly susceptible to changes were registered in 5 groups of patients. A positive correlation between lipid profile and complex effects of rehabilitation treatment is shown.

The most significant antiatherogenic effect in the comparison groups was achieved by application of dry carbon dioxide baths in combination with endovenous laser therapy and combined magneto therapy.

Key words: cholesterol, atherogenic index, rehabilitation treatment, endovenous laser therapy, magnetic field, dry carbon dioxide baths.

Нами было изучено состояние липидного обмена и основных метаболических показателей у больных атеросклерозом периферических артерий нижних конечностей с целью исследования эффективности физиотерапевтических методов лечения.

Было обследовано 200 больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей в возрасте от 45 до 82 лет с давностью заболевания от 3 до 10 лет, отвечающих основным критериям включения в настоящее исследование. Все больные были распределены на 5 групп (40 человек каждая) в соответствии с методами физиотерапевтического лечения, дополнявшего стандартную вазоактивную терапию (табл. 1 и 2).

В основной группе использовалась комплексная программа восстановительного лечения – надвенное лазерное излучение, бе-

гущее магнитное поле на воротниковую область и икроножные мышцы, сухие углекислые ванны в чередовании с ваннами из конского каштана.

В 1-й группе применялись углекислые ванны в комплексе с надвенным лазерным излучением. Во 2-й группе использовались сухие углекислые ванны и комбинированная магнитотерапия бегущим магнитным полем на воротниковую область и икроножные мышцы. В 3-й группе воздействовали ваннами из конского каштана. В контрольной группе применялась медикаментозная терапия согласно стандартам при данном заболевании.

Как свидетельствуют данные табл. 1, у наблюдаемых больных отмечался липидный дисбаланс (его показатели между группами до лечения достоверно не отличались) с отклонением от нормальных значений.

Таблица 1

Показатели липидного спектра у больных атеросклерозом периферических артерий нижних конечностей под влиянием различных комплексных программ восстановительного лечения

Показатель	Норма	До лечения	Основная группа	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Контрольная группа
Триглицериды, ммоль/л	1,17±0,05	3,22±0,15**	1,11±0,05	2,3±0,09	1,8±0,08	2,9±0,1	3,15±0,1
Общий холестерин, ммоль/л	5,0±0,14	7,6±0,3**	5,0±0,2	6,5±0,3	5,7±0,1	6,8±0,3	7,3±0,3
ЛПВП, ммоль/л	1,20±0,03	0,72±0,05**	1,19±0,05	0,89±0,02	0,99±0,01	0,81±0,01	0,75±0,02
ЛПНП, ммоль/л	3,31±0,13	5,7±0,2***	3,45±0,17	4,4±0,2	4,6±0,1	5,1±0,1	5,7±0,2
β-липопротеиды, г/л	3,61±0,11	6,4±0,2***	3,7±0,19	5,1±0,15	4,5±0,2	5,7±0,2	6,2±0,2
Коэффициент атерогенности (КА)	3,1±0,1	6,8±0,1**	3,1±0,14	5,2±0,2	4,3±0,2	5,9±0,21	6,6±0,3

Примечание. Достоверность различий между нормой и до лечения: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.



Таблица 2

Динамика основных метаболических показателей у больных атеросклерозом периферических артерий нижних конечностей под влиянием различных комплексных программ восстановительного лечения

Показатель	Норма	До лечения	Группа				
			Основная	1-я	2-я	3-я	Контроль
Гликемия, ммоль/л	4,72±0,1	5,6±0,1**	4,7±0,14	4,9±1,2	4,6±0,11	4,8±0,12	5,3±0,15
АлАТ, нмоль/л	66,8±3,1	104,1±3,1***	71,3±1,9	84,9±0,16	79,1±1,2	93,4±2,3	99,8±2,2
АсАТ, нмоль/л	87,5±3,4	106,4±4,1*	87,4±1,7	96,3±1,2	92,2±1,1	96,3±1,6	102,1±2,7
Креатинин ммоль/л	0,09±0,001	0,12±0,002***	0,084±0,004	0,096±0,002	0,094±0,005	0,09±0,001	0,18±0,002
Мочевина ммоль/л	5,5±0,1	7,2±0,1***	5,5±0,17	6,2±0,19	6,8±0,2	6,5±0,3	7,0±0,2

Примечание. Достоверность различий между нормой и до лечения: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Наиболее резкие изменения коснулись такого показателя липидного спектра, как триглицериды, которые по сравнению с нормой были достоверно увеличены (в 2,73 раза; $p < 0,001$). Увеличен общий холестерин, который сам по себе не играет существенной роли в развитии атеросклероза, однако при изменениях соотношения с другими фракциями может приобретать важное значение. В наших наблюдениях он превышал референтные значения в 1,49 раза на фоне увеличения в 1,8 раза липопротеидов низкой плотности и β -липопротеидов в 1,8 раза, что закономерно привело к увеличению коэффициента атерогенности до 6,8±0,2 единицы. Это в 2,23 раза выше физиологической нормы. При оценке антиатерогенного фактора липидного спектра – липопротеидов высокой плотности было установлено, что он был снижен.

Сравнительный анализ липокорректирующего действия различных методов восстановительного лечения у больных атеросклерозом периферических артерий нижних конечностей выявил преимущество разработанной комплексной программы, что подтверждалось восстановлением до нормального значения всех изучаемых показателей липидного спектра.

Наиболее выраженный антиатерогенный эффект в группах сравнения достигнут при применении сухих углекислых ванн в комплексе с надвенным лазерным излучением и комбинированной магнитотерапией.

Менее значимые изменения у наблюдаемых больных были получены при применении каштановых ванн, в контрольной группе существенной коррекции в липидном спектре не отмечалось.

Подобная картина наблюдалась и при изучении некоторых метаболических показателей (табл. 2). Различия этих показателей меж-

ду группами до лечения были недостоверны.

Так, показатели глюкозы в крови соответствовали норме и под влиянием различных лечебных комплексов сохраняли свои референтные значения.

Важным нам представлялось провести оценку уровня АсАТ и АлАТ, их увеличение является маркёром одновременно как поражения мышечной ткани, так и повышенной нагрузки на печень. Необходимо отметить, что значимого увеличения показателей при хроническом течении заболевания быть не должно. Значения аспарагиновой и аланиновой трансаминаз были увеличены в среднем на 25,5%. Показатели креатинина и мочевины также превышали значения нормы на 24 и 26% соответственно, хотя в целом нарушения метаболизма у наблюдаемых больных проявлялись в меньшей степени, чем в липидном спектре, однако они создавали оптимальные условия для действия атерогенных фракций липидов.

Так же, как и при изучении липидного спектра, наиболее выраженная позитивная динамика метаболических показателей отмечалась у больных основной группы, у которых все значения приблизились к норме.

Степень коррекции метаболических нарушений в группах сравнения была аналогичной динамике показателей липидного спектра. У больных контрольной группы положительной динамики не отмечалось.

Таким образом, выраженный липолитический эффект разработанной комплексной программы направлен на устранение важного этиологического звена при атеросклерозе, что обосновывает его включение не только в комплексную программу при атеросклерозе периферических артерий нижних конечностей, но и, что особенно важно, при любых атеросклеротических сосудистых поражениях, а также для первичной профилактики развития атеросклероза при наличии различных факторов риска.



© М.В.ПОДДУБНЫЙ, 2014
УДК 61:355 (1914–1918)

Военная медицина на иллюстрациях массовой периодической печати в годы Первой мировой войны

ПОДДУБНЫЙ М.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса
(voen-med-journal@mtu-net.ru)

Редакция «Военно-медицинского журнала», Москва

В статье анализируется иллюстративный ряд по военно-медицинской тематике на страницах некоторых российских журналов и газет (журнал «Огонёк», газета «Петроградский листок» и приложение к ней), его место среди образов войны, формируемых в массовом сознании сюжетами периодической печати. Сделан вывод о том, что с началом Первой мировой войны сюжеты медицинского содержания окончательно утверждаются среди общепризнанных символов войны. Их закреплению в немалой степени способствовала массовая периодическая печать.

К л ю ч е в ы е с л о в а: военная медицина в России в годы Первой мировой войны 1914–1918 гг., визуальный метод в историческом исследовании.

Poddubnyi M.V. – Illustration of military medicine on the pages of mass printed media during the First World War. The article analyses some of illustrations dedicated to the military medical topics on the pages of some Russian magazines and newspapers (magazine «Ogonek» newspaper «Petrograd's paper» and its annexes), its place among the images of the war, formed in the mass consciousness by periodical subjects. It is concluded that with the beginning of the First World War medical illustrations were finally approved as a recognizable symbol of the war. Mass printed media played a significant role in its entrenchment.

К е у в о р д с: military medicine in Russia during the First World War 1914–1918, visual method in historical research.

Среди мероприятий, связанных в нашей стране с юбилеем начала Первой мировой войны, наиболее значимым стало появление в 2014 г. двух памятников в Калининграде и Москве. На обоих монументах зримо присутствует тема связи медицины и войны, воплощенная в образе сестры милосердия. Известно, однако, что общепризнанной эта связь являлась не всегда. Ниже мы попытаемся выяснить, когда присутствие медицинской тематики среди значимых образов войны стало восприниматься обществом как бесспорное.

В наши дни историческая наука переживает своеобразный «визуальный поворот»: растет число обильно иллюстрированных публикаций, множатся исследования, посвященные различным видам изображений и т. д. Данное направление представляется перспективным и при изучении истории военной медицины.

Предметом анализа послужил иллюстративный ряд по военно-медицинской

тематике на страницах некоторых российских журналов и газет, его место среди образов войны, формируемых в массовом сознании сюжетами периодической печати. В свою очередь и сами эти издания отражали интересы и настроения широких масс российского общества начала XX в.

Выходившая в 1864–1918 гг. в столице газета «Петербургский (Петроградский) листок» стояла у истоков отечественной массовой журналистики, была предтечей т. н. малой («уличной») прессы, ориентированной на обслуживание информационных потребностей городского обывателя. В 1896 г. газета вышла самым большим тиражом среди органов малой прессы – 58,5 тыс., высокий тираж сохранялся и впоследствии. С интервалом 4 дня выходило журнального формата иллюстрированное приложение к газете, адресованное более простым слоям общества.

Газета помещала исключительно графику собственных художников,

Медицина среди образов и символов войны



Памятник героям Первой мировой войны (фрагмент) на Поклонной горе в Москве. Открыт 1 августа 2014 г. Скульпторы *А.Ковальчук, П.Любимов, В.Юсупов*



Памятник героям Первой мировой войны в Калининграде. Открыт 30 мая 2014 г. Скульптор *С.Шербаков*

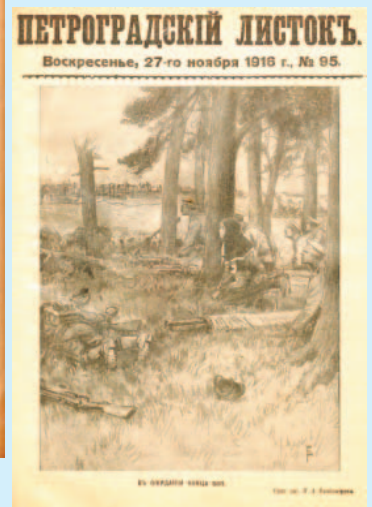
Уходящий год ознаменовался в России открытием памятников и памятных мест, посвященных героям Первой мировой войны 1914–1918 гг. Показательно, что на двух масштабных монументах, воздвигнутых в Москве и Калининграде, в качестве зримого воплощения военной медицины запечатлен образ сестры милосердия. Именно в годы Первой мировой войны, с ее беспрецедентными масштабом санитарных потерь и информационной составляющей, военная медицина получает всеобщее признание как важная составная часть вооруженных сил государства и вместе с тем один из образов войны. В их формировании не последняя роль принадлежала массовой периодической печати, подтверждением чего служат некоторые из публикуемых здесь обложек.



«Бойцы вспоминают минувшие дни...» Рисунок собственного художника журнала «Петроградский листок», 1915 г.



Сестра-героиня. Рисунок собственного художника журнала «Петроградский листок», 1915 г.



В ожидании конца боя. Рисунок художника *И.А.Владимирова*, 1916 г.



Прибытие раненых в Петроград.
Рисунок художника С.Плюинского, 1914 г.



Квартира полковых врачей на фольварке под С—м.
Рисунок художника С.В.Животовского, 1915 г.



Фотообложки журнала «Огонек», 1915–1916 гг.

Статья о военно-медицинских сюжетах массовой периодической печати в годы Первой мировой войны помещена в рубрике «Из истории военной медицины»



тересующих редакцию акцентов (революция, рост анархии, голод и т. д.), так и с появлением новых тем, как например газовая война (1915 г., № 47; 1916 г., № 40; 1917 г., № 24, 43), реабилитация инвалидов войны (1916 г., № 21; 1917 г., № 32) и т. д.

При знакомстве с периодическими изданиями периода Первой мировой войны на их страницах можно встретить также фотографии известных ученых-медиков, оказывающих помощь раненым. Среди подобных сюжетов — профессор ВМА Е.В.Павлов (1845–1916)⁴, видный хирург профессор И.И.Греков (1867–1934)⁵, один из основоположников нейрохирургии профессор Л.М.Пуссеп (1875–1942)⁶. Обширная иконография деятелей российской медицины в периодике военных лет еще ожидает своего исследователя.

Таким образом, именно с началом Первой мировой войны сюжеты медицинского содержания окончательно утверждаются среди общепризнанных символов войны. Их закреплению в этом качестве способствовала в т. ч. массовая периодическая печать, формирующая мнения в

обществе и, с другой стороны, ориентирующаяся на складывающиеся стереотипы.

По нашему мнению, фиксации медицинских образов и мотивов среди символов войны способствовали:

— важность использования гуманитарного аспекта в развернувшейся с августа 1914 г. информационной войне;

— беспрецедентный масштаб санитарных потерь с начала Первой мировой войны⁷;

— близость театра военных действий к наиболее населенным регионам, значительный масштаб социальных проблем (опасность эпидемий, беженцы, пленные и т. д.);

— широкая вовлеченность общественных организаций (Земгор, Красный Крест и др.) в дело помощи раненым и больным на войне;

— общие успехи медицины и военно-полевой хирургии;

— широкое общественное обсуждение военно-медицинской реформы в предвоенный период, в т. ч. в Государственной Думе;

— применение противниками оружия массового поражения (газовая война).

⁴ Петроградский листок. — 1914. — № 277. — С. 11.

⁵ Новое Время. — 1915. — № 13 990. — С. 6.

⁶ Петроградский листок. — 1915. — № 65. — С. 7.

⁷ См., напр.: Миротворцев С.Р. Страницы жизни. — М., 1956. — С. 66–70.

© О.И.ПЕТРОВ, В.С.СУХОРОКОВ, 2014
УДК 613.68 (091)

Вклад Д.П.Зуихина в становление и развитие системы медицинского обеспечения личного состава атомных подводных лодок

*ПЕТРОВ О.И., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы в отставке
СУХОРОКОВ В.С. заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы в отставке
(msvmf@mail.ru)*

988-й центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора Минобороны России, г. Долгопрудный, Московская область

Высококвалифицированный врач, незаурядный руководитель, ученый, Дмитрий Парменович Зуихин (1924–1988) участвовал в создании системы медицинского обеспечения подводников в море и на берегу, обосновал необходимый комплект сил и средств медицинской службы флотилии. Он был первопроходцем этой сложной новой области военно-морской медицины. Благодаря его энергии, настойчивости и целеустремленности в начале 1960-х гг. была создана система медицинского обеспечения личного состава атомных подводных лодок, которая впоследствии была внедрена на всех объединениях и соединениях атомных подводных лодок Северного и Тихоокеанского флотов.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Д.П.Зуихин, медицинское обеспечение личного состава атомных подводных лодок, военно-морская медицина, история военно-морской медицины в XX в.



Petrov O.I., Sukhorukov V.S. – D.P.Zuikhin and his contribution to the establishment and development of the system of medical maintenance of nuclear submarines personnel. A highly qualified physician, an outstanding leader, a scientist Dmitry Zuikhin (1924–1988) was directly involved into establishment of a system of medical support for submariners in the sea and on shore, he proved the necessity of forces and means for the medical service fleet. He was a pioneer in this challenging and new field of naval medicine. His energy, perseverance and determination helped to establish in the early 1960 a system of medical support for nuclear submarines personnel, which was subsequently implemented in all associations and connections of nuclear submarines of the Northern and Pacific fleets.

К е у в о д с: D.P.Zuikhin, medical support for nuclear submarines personnel, naval medicine, history of naval medicine in the XX century.

Создание в Советском Союзе атомного подводного флота в конце 50-х – начале 60-х гг. прошлого столетия наряду с решением сложных технических и организационных проблем потребовало и создания системы медицинского обеспечения личного состава атомных подводных лодок. Внедрение ядерной энергетики в военное кораблестроение остро поставило вопросы защиты личного состава от ионизирующих излучений, сохранения здоровья подводников-атомщиков, поддержания их высокой работоспособности в длительных плаваниях.

В решении этой задачи принимали участие многие научные коллективы страны. Большой вклад в создание системы медицинского обеспечения личного состава атомных подводных лодок внесли А.И.Бурназян, Е.М.Иванов, Д.П.Зуихин, И.А.Сапов, И.А.Мазюк и др.

В ряду основоположников медицинского обеспечения личного состава атомных подводных лодок Дмитрий Парменович Зуихин, которому в октябре 2014 г. исполнилось бы 90 лет, занимает особое место. Участник Сталинградской битвы, выпускник Военно-морской медицинской академии 1947 г., он почти 20 лет (1961–1980) возглавлял медицинскую службу первого в нашей стране объединения атомных подводных лодок на Северном флоте*.

Высококвалифицированный врач, незаурядный руководитель и ученый, Д.П.Зуихин непосредственно участвовал в создании системы медицинского обеспечения подводников в море и на берегу, обосновал необходимый комплект сил и средств медицинской службы флотилии. Он был первопроходцем этой сложной новой области военно-морской медицины.

До назначения на должность начальника медицинской службы флотилии подводных лодок Д.П.Зуихин имел солидный



Д.П.Зуихин (1924–1988)

опыт службы на кораблях Балтийского и Северного флотов на должностях начальника медицинской службы надводных кораблей, флагманского врача бригады подводных лодок. Полученный опыт он эффективно использовал при решении задач медицинского обеспечения атомного подводного флота. Он сумел сплотить коллектив медицинской службы флотилии, нацелив его на решение сложных и ответственных задач.

Наибольшее внимание он уделял становлению и профессиональному росту врачей атомных подводных лодок, проявляя особую заботу о готовности врачей-подводников к оказанию медицинской помощи в море при неотложных состояниях, действиям при аварийной ситуации, в т. ч. при ухудшении радиационной обстановки.

* См.: Воен.-мед. журн. – 2004. – Т. 325, № 11. – С. 65–67.



ском обеспечении кругосветного плавания группы атомных подводных лодок.

В 1970 г. Д.П.Зуихин защитил кандидатскую диссертацию, в 1980 г. — докторскую. Он является автором и соавтором более 130 научных трудов.

Таким образом, благодаря неиссякаемой энергии, настойчивости и целеустремленности Д.П.Зуихина в начале 1960-х гг. была создана система медицинского обеспечения личного состава атомных подводных лодок, впоследствии внедренная на всех объединениях и соединениях атомных подводных лодок Северного и Тихоокеанского флотов.

Многие врачи, прошедшие школу Д.П.Зуихина, стали ведущими специалистами и видными организаторами медицинского обеспечения (Н.Н.Алферов, К.М.Алканович, О.К.Бумай, С.В.Гребеньков, В.А.Катонин, А.А.Красненков,

О.Д.Немчинов, О.И.Петров, И.А.Погорелов и др.), а генерал-майор медицинской службы В.М.Строганов был начальником медицинской службы Балтийского и Северного флотов.

Советом ветеранов медицинской службы Военно-морского флота за заслуги Д.П.Зуихина в становлении и развитии медицинского обеспечения личного состава атомных подводных лодок учреждена общественная медаль «Д.П.Зуихин — основоположник школы врачей атомного подводного флота». На здании военно-морского госпиталя в Западной Лице в честь Д.П.Зуихина установлена мемориальная доска.

Идеи Дмитрия Парменовича Зуихина, его научные труды актуальны и сегодня. Вся его жизнь и врачебная деятельность являются достойным примером для новых поколений военно-морских врачей.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК [614.2:615.83](470)

Санаторию ФСКН России «Подмосковье» — 20 лет

БОНДАРЬ И.В., заслуженный врач РФ, профессор¹
МИНАЕВ Д.Ю., полковник полиции (sankur2013@yandex.ru)¹
НАСРЕТДИНОВ И.Н., полковник полиции²
ПЕТУХОВ А.Е., полковник полиции¹

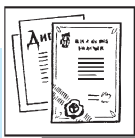
¹Медицинское управление Департамента тылового и финансового обеспечения ФСКН России, Москва; ²ФКУ «Санаторий “Подмосковье”» ФСКН России, пос. Горбово, Московская область

Статья приурочена к 20-летию Федерального казенного санаторно-курортного учреждения Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (ФКУ «Санаторий “Подмосковье”» ФСКН России). В санатории разработаны лечебные программы для пациентов с патологиями сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем. Применяются методы ультразвуковой, лазерной и магнитной терапии, нормобарическая гипокситерапия, фитотерапия, спелеотерапия и др. Широко используются природные лечебные факторы Рузского района Подмосковья, как климатотерапия, лечение минеральной водой X группы Смоленского типа из собственных скважин и бальнеогрязелечение. За прошедшие 20 лет функционирования здравницы в ней получили лечение и отдохнули около 70 тыс. человек.

К л ю ч е в ы е с л о в а: санаторно-курортное лечение сотрудников силовых ведомств, лечение природными факторами, бальнеолечение, ведомственная медицина в РФ.

Bondar I.V., Minaev D.Yu., Nasretdinov I.N., Petukhov A.E. — «Podmoskovie» — health resort institution of the Federal Drug Control Service of the Russian Federation celebrates the 20th anniversary. The article is dedicated to the 20th anniversary of the Federal government health resort institution of the Federal Drug Control Service of the Russian Federation (FGI «Health resort “Podmoskovie”» of the Federal Drug Control Service of the Russian Federation). In this health resort were developed treatment programs for patients with abnormalities of the cardiovascular, respiratory and digestive systems; methods of ultrasonic, laser and magnetic therapy, atmospheric hypoxic, herbal medicine, speleotherapy are employed. Widely used natural healing factors of Ruza district of the Moscow region such as climate therapy, treatment with mineral water group of X type of Smolensk from own wells and balneo-mudtherapy. Over the past 20 years 70 000 patients received an appropriate treatment in this health resort.

К е у о р д s: health resort treatment of law enforcement employees, treatment with natural factors, balneo-mudtherapy, departmental medicine in Russia.



ЮБИЛЕИ

© А.А.ФИСУН, С.Ф.ГОНЧАРОВ, 2014
УДК 616.355 (092 Нечаев Э.А.)



10 декабря 2014 г. исполнилось 80 лет известному российскому хирургу и государственному деятелю, министру здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации (1992–1995), начальнику Главного военно-медицинского управления МО СССР (РФ) в 1989–1993 гг., члену-корреспонденту Российской академии медицинских наук, доктору медицинских наук, профессору генерал-полковнику медицинской службы в отставке **Эдуарду Александровичу Нечаеву**.

Эдуард Александрович родился в Смоленске в семье военнослужащего. В 1958 г. с отличием окончил Военно-медицинский факультет при Саратовском медицинском институте и прошел сложный путь от начальника лазарета отдельного батальона аэродромно-технического обеспечения, хирурга армейского госпиталя до начальника Главного военно-медицинского управления и министра здравоохранения и медицинской промышленности РФ.

С 1964 по 1988 г. проходил службу в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова в качестве адъюнкта, преподавателя, старшего преподавателя на кафедрах хирургии усовершенствования врачей, а также в должности заместителя начальника академии по клинической части. В этот период Э.А.Нечаев направлялся в длительные зарубежные командировки: в Республику Афганистан, где трудился главным хирургом Центрального военного госпиталя Афганской армии, и в Германскую Демократическую Республику главным хирургом Группы советских войск.

В 1967 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Электрическая стимуляция сердца в хирургической клинике», а в 1976 г. докторскую диссертацию – «Диагностика и хирургическое лечение митрально-трикуспидального стеноза», в 1980 г. получил ученое звание профессора.

В 1988 г. Э.А.Нечаев был назначен главным хирургом Советской армии, а в 1989 г. возглавил медицинскую службу Вооруженных Сил СССР, в последующем и Российской Федерации. По долгу службы в тот период являлся одним из руководителей и организаторов оказания помощи пострадавшим при катастрофическом землетрясении в Армении (1988) и взрыве на железной дороге под Уфой (1989), приведшем к возникновению тяжелых ожогов почти у тысячи человек.

В 1992 г. Э.А.Нечаев был назначен министром здравоохранения РФ и одновременно исполняющим обязанности начальника медицинской службы Вооруженных Сил.

Особая заслуга Э.А.Нечаева – в организации и осуществлении эффективной медицинской помощи раненым и больным в период Афганского, Абхазского, Приднестровского, Югоосетинского военных конфликтов и в первой контртеррористической операции на Северном Кавказе (1994–1996). Обстановка в стране после распада СССР потребовала включения министра здравоохранения в состав Совета безопасности РФ в качестве постоянного члена, что способствовало успешной ликвидации крупных эпидемических вспышек дифтерии, холеры, полиомиелита и налаживанию выпуска соответствующих отечественных лечебно-профилактических препаратов.

Усилиями министра Э.А.Нечаева более 20 лет назад граждане РФ получили право и возможность пользоваться услугами обязательного медицинского страхования. При его непосредственном участии были приняты первые 12 законов, регламентирующих медицинскую деятельность нового государства.

В течение трех лет Э.А.Нечаев избирался в руководящий орган Всемирной организации здравоохранения в качестве члена Совета директоров (Исполкома ВОЗ). По его инициативе и при поддержке генерального директора ВОЗ (Хириси Наказима, Япония) в этой организации было создано подразделение по вопросам экстремальной медицины. В тот же период Э.А.Нечаев, как председатель Ученого совета министерства, состоял в Президиуме РАМН.

По поручению Президента России и Правительства страны Эдуард Александрович неоднократно возглавлял делегации РФ на высшем уровне на различных международных саммитах и конгрессах по актуальным проблемам здравоохранения и социальной жизни общества.



© А.С.МИСАН, А.С.АЛЕКСАНДРОВ, 2014
УДК 655:355 (092 Бабский В.В.)



5 декабря 2014 г. исполнилось 70 лет заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы в отставке **Владимиру Ивановичу Бабскому**.

В.И.Бабский родился в г. Харькове. В 1968 г. окончил лечебный факультет Винницкого медицинского института им. Н.И.Пирогова и был призван в армию. Проходил службу в должностях младшего врача и начальника медицинского пункта полка (1968–1970, ПрикВО), старшего ординатора и командира госпитального взвода медико-санитарного батальона, ординатора и старшего ординатора терапевтического отделения гарнизонного госпиталя (1970–1974, ЮГВ).

С 1974 по 1976 г. являлся слушателем факультета руководящего медицинского состава ВМедА им. С.М.Кирова по специальности «терапия». В 1976–1998 гг. в Главном военном клиническом госпитале им. Н.Н.Бурденко прошел путь от ординатора до начальника радиотерапевтического отделения, начальника радиотерапевтического центра – главного радиолога госпиталя. Под его руководством создано отделение химиотерапии злокачественных новообразований (1988).

После увольнения из рядов Вооруженных Сил с 1998 по 2011 г. Владимир Иванович вел активную научно-педагогическую деятельность, будучи доцентом, профессором кафедры онкологии ГИУВ МО РФ. С 2012 г. является консультантом-онкологом Медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В.Мандрыка, а также преподавателем кафедры хирургии этого центра.

В.И.Бабский – автор более 110 научных работ и учебных пособий, руководства по реабилитации онкологических больных. Он впервые в стране применил метод комбинированного лечения мелкоклочеточного рака легких и злокачественных лимфом с одновременным лучевым воздействием и химиотерапией.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В.Мандрыка, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Владимира Ивановича Бабского с юбилеем, желают ему здоровья, счастья и новых успехов.

© П.Ф.ГЛАДКИХ, А.А.ГОЛУБЕВА, 2014
УДК 616:355 (092 Гладких П.Ф.)

«Слова улетают, написанное остается...»

(Интервью с видным историком военной медицины, профессором полковником медицинской службы в отставке П.Ф.Гладких)



2 января 2015 г. исполняется **80 лет** заслуженному работнику высшей школы РФ, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы в отставке **П.Ф.Гладких**. Накануне своего юбилея Павел Фёдорович ответил на вопросы сотрудницы редакции «Военно-медицинского журнала» **А.А.Голубевой**.

– Уважаемый Павел Фёдорович, вы являетесь известным историком отечественного военного здравоохранения, медицинской службы Сухопутных войск и Военно-воздушных сил России. Читателям «Военно-медицинского журнала» небезынтересно узнать о вехах пройденного вами жизненного пути – начиная с первых впечатлений жизни.

– Себя помню по довоенному детскому саду в г. Орле. Уходившие в действующую армию оба родителя отправили меня в село Виногробль Курской области к бабушке и дедушке. Здесь пережил немецкую оккупацию и даже нападение немецкой овчарки, «подарившей» мне шрам на ладони правой кисти.



В Ситуационном центре Вооруженных Сил Российской Федерации под руководством начальника ГВМУ МО РФ генерал-майора медицинской службы **Александра Фисуна** состоялось очередное селекторное совещание руководящего состава *Главного военно-медицинского управления Минобороны России*, начальников медицинских служб военных округов и флотов, а также руководителей центральных военно-медицинских учреждений.

В ходе совещания выступили начальник I управления – заместитель начальника ГВМУ МО РФ полковник медицинской службы **К.Э.Кувшинов**, главный государственный санитарный врач МО РФ полковник медицинской службы **И.И.Азаров**, главный пульмонолог МО РФ подполковник медицинской службы **А.А.Зайцев** и др.

Были заслушаны доклады начальников медицинских служб видов и родов войск ВС РФ, военных округов и флотов по вопросам проведения профилактической работы, направленной на недопущение распространения простудных заболеваний в зоне ответственности.

На совещании обсуждались способы совершенствования лечебно-профилактической и организационно-плановой работы, ход оснащения военно-медицинских учреждений современным медицинским оборудованием. Кроме того, руководство ГВМУ МО РФ проанализировало уровень исполнения бюджетных обязательств в текущем году, определило конкретные меры по повышению финансовой дисциплины.

Управление пресс-службы и информации

Министерства обороны Российской Федерации, 19 ноября 2014 г.

http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12000548@egNews

В Санкт-Петербурге прошла торжественная церемония открытия отремонтированного здания Естественно-исторического института *Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова*.

В комплексе зданий на Пироговской набережной в настоящее время располагаются кафедры химии, клинической биохимии и лабораторной диагностики, биологической и медицинской физики.

После капитального ремонта, который был завершён на 5 мес ранее запланированного срока, в здании могут одновременно обучаться до 800 курсантов и слушателей.

Специалисты ОАО «Оборонстрой» восстановили исторические рисунки мозаичных полов, а также сохранили деревянные конструкции стропильной системы и кровельного покрытия, созданные военными инженерами в XIX в. В результате реконструкции удалось сохранить монументальные вытяжные шкафы на тепловой тяге. Все учебные аудитории здания оснащены современным оборудованием, позволяющим проводить учебные занятия на высоком уровне.

В торжественной церемонии открытия участвовали начальник Главного военно-медицинского управления Минобороны России генерал-майор медицинской службы **Александр Фисун**, командование и ветераны ВМА им. С.М.Кирова, руководство строительных и проектных организаций.

Здание Естественно-исторического института имеет статус объекта культурного наследия федерального значения, а также обладает градостроительным значением: оно оформляет Пироговскую набережную у Литейного моста и является выразительным средообразующим элементом в панораме Выборгской стороны северной столицы.

Управление пресс-службы и информации

Министерства обороны Российской Федерации, 21 ноября 2014 г.

http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12000993@egNews



Селекторное совещание в Ситуационном центре Вооруженных Сил

В Ситуационном центре Вооруженных Сил Российской Федерации **1 ноября 2014 г.** под руководством министра обороны генерала армии **Сергея Шойгу** состоялось очередное селекторное совещание в режиме видеоконференции. Глава военного ведомства обозначил повестку дня, отметив, что в первую очередь предстоит обсудить, «как ведется работа по профилактике заболеваний органов дыхания среди военнослужащих».

Министр обороны обозначил комплекс мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья военнослужащих, отметив, что это является «одной из приоритетных задач для руководителей и командиров всех уровней». «Основное внимание здесь в этот период года необходимо уделить борьбе с болезнями органов дыхания, которые занимают “лидирующие” позиции в общей структуре заболеваемости», – подчеркнул глава военного ведомства.

Генерал армии Сергей Шойгу сообщил, что «благодаря взаимодействию военных медиков и командиров в прошлом осенне-зимнем периоде количество указанных заболеваний среди военнослужащих по призыву удалось снизить на 8,5%, а число дней трудопотери сократилось почти на 7%». «Однако за два последних месяца намечился рост заболеваний органов дыхания», – предостерег он от самоуспокоенности. Министр обороны поручил проанализировать причины роста подобных заболеваний у призывников и разработать меры по их профилактике. «Благодушья, а тем более разгильдяйства здесь мы терпеть не будем», – предупредил Сергей Шойгу.

В ходе совещания был также рассмотрен ряд других вопросов, касающихся выдачи военнослужащим персональных электронных карт, оснащения объектов военного ведомства приборами учета коммунальных ресурсов, повседневной жизнедеятельности войск, укрепления правопорядка и дисциплины в воинских коллективах.





© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 61:355(063)(5)

Международная военно-научная конференция и региональная ассамблея рабочей группы стран Азиатско-Тихоокеанского региона

*ХОЛИКОВ И.В., профессор, полковник¹
РЫЖМАН Н.Н., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы²
САМОХВАЛОВ И.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса (igor-samokhvalov@mail.ru)²
КОСКИН В.С., старший лейтенант медицинской службы²*

¹Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва; ²Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

В Санкт-Петербурге **17–19 июня 2014 г.** по плану международного военного сотрудничества Генерального штаба МО РФ состоялась конференция представителей военно-медицинских служб стран *Азиатско-Тихоокеанского региона* (АТР) на тему «Применение сил и средств военной медицины в условиях ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» и региональная ассамблея рабочей группы стран АТР (подкомитета) *Международного комитета военной медицины* (МКВМ). Рабочим языком мероприятий был английский.

Программа конференции включала заслушивание и обсуждение докладов по вопросам оказания медицинской помощи вооруженными силами в чрезвычайных ситуациях мирного времени (17.06.2014, конференц-зал гостиницы «Park Inn Пулковская»), посещение делегатами военно-медицинского учения «Рубеж-2014» (18.06.2014, Учебный центр Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Красное Село) и торжественный прием участников начальником Главного военно-медицинского управления МО РФ профессором генерал-майором медицинской службы **А.Я.Фисунюм**.

В конференции, кроме сотрудников ВМедА, приняло участие 60 военно-медицинских специалистов из 17 стран АТР и СНГ, в т. ч. из Брунея, Вьетнама, Индии, Китая, Лаоса, Сингапура, Таиланда, Японии и др. Большинство делегатов являлись представителями АСЕАН (ASEAN – Association of South-East Asian Nations) – Ассоциации государств Юго-Восточной Азии, которая была основана 8 августа 1967 г. в Бангкоке (Таиланд) и первоначально включала в себя 5 стран: Индонезию, Малайзию, Филиппины, Сингапур и Таиланд. Далее в течение 47 лет в блок вошли Бруней, Камбоджа, Лаос, Мьянма, Вьетнам, на сегодняшний день АСЕАН включает 10 стран с общим населением более 600 млн человек. В рамках АСЕАН действует механизм совета министров обороны («СМОА плюс»), в котором экспертную рабочую группу по военной медицине возглавляют Российская Федерация и Королевство Таиланд.

Открыл научную конференцию секретарь тайской части экспертной рабочей группы по военной медицине «СМОА плюс» полковник **Прамот Имваттана** (Таиланд). С приветственным словом выступил секретарь российской части экспертной рабочей группы по военной медицине «СМОА плюс» профессор полковник **И.В.Холиков**.

Военно-научная конференция по проблемам медицины катастроф и региональная ассамблея Азиатско-Тихоокеанского подкомитета Международного комитета военной медицины в Санкт-Петербурге



Материал о конференции и заседании региональной ассамблеи опубликован в рубрике «Хроника»



(Китай), вторые — в 2012 г. в Бангкоке (Таиланд).

Открыла региональную ассамблею действующий секретарь Азиатско-Тихоокеанского подкомитета МКВМ полковник **Прапаипим Тиракупт** (Таиланд). В работе ассамблеи принял участие генеральный секретарь МКВМ генерал-майор **Роджер ван Хув**. На сегодняшний день в Азиатско-Тихоокеанском подкомитете насчитывается 16 государств и одно государство в ранге официального наблюдателя.

На ассамблее обсуждался ряд вопросов текущей деятельности подкомитета, Российской Федерации было предложено провести следующий — 3-й региональный конгресс по военной медицине и региональную ассамблею Азиатско-Тихоокеанского подкомитета на своей территории. По итогам мероприятия был подготовлен доклад министру обороны Российской Федерации, который поддержал данную идею и принял решение о проведении конгресса в первой половине 2016 г. в Москве.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 61:355

Сбор заведующих медицинскими пунктами довузовских образовательных организаций Министерства обороны

*КУВШИНОВ К.Э., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы¹
РЫЖМАН Н.Н., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы²
ДЖАНАЕВА Ф.В., полковник медицинской службы¹
ЛОВБЕЖКО Н.В., капитан 1 ранга запаса³
РУСЕВ И.Т., доктор медицинских наук, профессор, полковник медицинской службы запаса²
ФАТЕЕВА А.Р.³*

¹Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва; ²Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ³Кронштадтский морской кадетский корпус, г. Кронштадт

В соответствии с Планом подготовки Главного военно-медицинского управления МО РФ на 2014 г., утвержденным заместителем министра обороны Российской Федерации, и программой, утвержденной начальником ГВМУ МО РФ, **15–16 мая 2014 г.** в Санкт-Петербурге проведен сбор заведующих медицинскими пунктами довузовских образовательных организаций МО РФ на тему «Совершенствование системы медицинского обеспечения довузовских образовательных организаций Министерства обороны Российской Федерации».

В первый день сбора состоялись пленарное заседание и круглый стол на базе Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, во второй день — показательные занятия на базе Кронштадтского морского кадетского корпуса в Кронштадте.

В работе сбора приняло участие 50 человек, в т. ч. представители Главного

военно-медицинского управления МО РФ, медицинской службы военных округов (флотов), Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, довузовских образовательных организаций МО РФ.

Основной целью сбора было обсуждение проблемных вопросов организации медицинского обеспечения и организации оказания медицинской помощи несовершеннолетним в свете основных положений законодательства РФ в области охраны здоровья граждан Российской Федерации, а также выработка основных направлений совершенствования медицинского обеспечения довузовских образовательных организаций МО РФ.

Открывая сбор, председательствующий — начальник I управления — заместитель начальника ГВМУ МО РФ полковник медицинской службы **К.Э.Кувшинов** отметил, что руководством Министерства обороны и Главного во-

Сбор заведующих медпунктами довузовских образовательных организаций МО РФ на базе Кронштадтского морского кадетского корпуса



Материал о сборе опубликован в рубрике «Хроника»

**ПЕРЕЧЕНЬ СТАТЕЙ,
НАПЕЧАТАННЫХ В 2014 г. В «ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОМ ЖУРНАЛЕ»***

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ

Белякин С.А., Барбинов В.В., Паценко М.Б., Тарасенко Г.Н., Виноградов С.Н. – Теле-медицинский подход к организации консультативной дерматологической помощи. 6,24.

Борисов Д.Н., Корнеев А.А., Коровин Р.Н., Цыпурдеев Д.Р. – Основные направления и опыт использования телемедицинских технологий в военно-медицинской службе. 11,16.

Будко А.А., Грибовская Г.А., Журавлев Д.А. – Исторический опыт взаимодействия военно-медицинской службы с органами здравоохранения в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. 5,4.

Булавин В.В., Кальманов А.С., Панюшин К.А., Бровкин С.Г., Работкин О.С., Житников А.Г. – Состояние здоровья подростков, допризывников и призывников и организация мероприятий по его укреплению. 3,56.

Виноградов С.Н., Воробьев Е.Г., Шкловский Б.Л. – Понятие «случай амбулаторного лечения» в деятельности военной поликлиники. 4,9.

Елов М.С., Клипак В.М., Жеребко О.А., Бельшев Д.В., Борисов Д.Н. – Опыт внедрения медицинской информационной системы в многопрофильном амбулаторно-поликлиническом учреждении. 9,4.

Закурдаев В.В., Резванцев М.В. – Обоснование и поиск индикаторов здоровья населения и военнослужащих. 9,19.

Калачев О.В., Першин И.В., Борисов Д.Н., Корнеев А.А. – Проблемные вопросы и перспективы развития информационно-телекоммуникационных технологий в медицинской службе Вооруженных Сил. 12,4.

Калмыков А.А., Носарев В.Г., Аминев Р.М., Коновалов П.П. – Роль взаимодействия командования и медицинской службы округа в профилактике острых болезней органов дыхания. 11,11.

Костюченко О.М., Свиридова Т.Б. – Маркетинг в системе военно-медицинских учреждений. 2,10.

Котенко П.К., Киреев С.Г., Парамозко В.В., Божок Р.Н., Мартынов А.И. – Опыт создания и применения мобильных медицинских формирований МЧС России. 10,9.

Котенко П.К., Пак Р.В., Головинова В.Ю. – Движение легкораненых и легкобольных в военных госпиталях в ходе операции по принуждению Республики Грузия к миру (август 2008 г.). 9,14.

Малых А.Б., Яковлев С.В., Валевский В.В. – Опыт медицинского обеспечения военного парада на Красной площади. 3,13,2–3 с. вклейки.

Немытин Ю.В. – Об основах современных технологий управления медицинскими организациями. 12,11.

Панюшин К.А., Потехин Н.П., Саркисов К.А., Старовойтова И.М., Орлов Ф.А. – Утренняя врачебная конференция как элемент контроля качества медицинской помощи в госпитале. 4,59.

Попов А.П., Покусаев А.А. – Организационные аспекты медицинского обеспечения ветеранов Великой Отечественной войны. 7,44.

Резванцев М.В., Кузнецов С.М., Иванов В.В., Закурдаев В.В. – Состояние и перспективы мониторинга здоровья военнослужащих. 1,17.

Фисун А.Я. – Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации: состояние и пути совершенствования. 1,4.

Фисун А.Я., Жданов К.В., Захаренко С.М., Коваленко А.Н. – Болезнь, вызванная вирусом Эбола: клинико-диагностические аспекты и организация лечебно-профилактических мероприятий. 11,4.

Фисун А.Я., Кувшинов К.Э., Макиев Р.Г., Пастухов А.Г. – Высокотехнологичная медицинская помощь: современное состояние и перспективы развития в лечебных организациях Министерства обороны. 2,4.

Фисун А.Я., Кувшинов К.Э., Шамрей В.К., Алексеев В.В., Гончаренко А.Ю., Пастушенков А.В., Тихенко В.В. – Профилактика наркоманий в Вооруженных Силах: организация и проведение скрининговых обследований. 3,4.

Фисун А.Я., Шамрей В.К., Гончаренко А.Ю., Овчинников Б.В., Чермянин С.В. – Психология и психопатология информационных войн. 6,4.

Фисун А.Я., Щегольков А.М., Юдин В.Е., Пономаренко Г.Н. – Медицинская реабилитация в Вооруженных Силах: истоки, современное состояние и перспективы. 8,4.

*Цифры, стоящие после названия статьи, означают: первая – номер журнала, вторая – страницу.

Халимов Ю.Ш., Ткачук Н.А., Жекалов А.Н. — Организация и оказание терапевтической помощи в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах. 8,16.

Хмелик В.И., Бровкин С.Г. — Методические подходы к оценке эффективности медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе. 11,58.

Холиков И.В., Дмитракович Д.В. — Политические и организационно-правовые основы сотрудничества в области военной медицины в Азиатско-Тихоокеанском регионе. 12,19.

Хубулава Г.Г., Рыжман Н.Н., Овчинников Ю.В., Тыренко В.В., Пелешок А.С. — Современное состояние и перспективы развития кардиохирургии в Вооруженных Силах. 4,4.

Чаплюк А.Л., Вовкодав В.С., Чурилов Ю.К., Клепиков А.Н. — Методологические основы современного этапа медицинского освидетельствования летного состава государственной авиации. 10,4.

Чаплюк А.Л., Потехин Н.П., Саркисов К.А., Орлов Ф.А., Старовойтова И.М., Каракотов А.Г. — Хроническая болезнь почек как объект медицинской экспертизы. 9,61.

Шелепов А.М., Леоник С.И., Пономаренко В.Н. — Организация медицинского обеспечения Белорусской операции 1944 г. «Багратион». 6,13.

Шестаев А.Ю., Сивашенко П.П., Кормаков В.А., Кушниренко Н.П., Протошак В.В., Паронников М.В., Харитонов Н.Н., Синельников Л.М., Рассветаев А.В., Игловиков Н.Ю., Борисов Д.Н. — Гендерные эпидемиологические особенности мочекаменной болезни у военнослужащих. 12,45.

Щёголев А.В., Петраков В.А., Савченко И.Ф. — Организация анестезиологической и реаниматологической помощи на войсковых этапах медицинской эвакуации. 7,4.

Юдин В.Е., Клишко В.В., Шкарупа О.Ф., Гузенко И.Е. — Основные направления совершенствования системы медицинской реабилитации военнослужащих после кардиохирургических вмешательств. 8,25.

МЕДИЦИНА ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

Гайдаш А.А., Ивченко Е.В., Левичев В.В. — Микроструктура гиппокампа в острой фазе черепно-мозговой травмы, вызванной огнестрельным оружием ограниченного поражения. 5,11,3 с. обл.

Гайдаш А.А., Ивченко Е.В., Левичев В.В., Денисов А.В. — Структура мембран и физико-механические свойства эритроцитов в ранний период черепно-мозговой травмы, вызванной огнестрельным оружием ограниченного поражения. 4,14.

Калачёв О.В., Жмакина Л.В., Щеголев И.В. — Влияние факторов чрезвычайных ситуаций на динамику кожной заболеваемости у личного состава формирований, привлекаемых к ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. 1,48.

Рейнюк В.Л., Савченко А.В. — Сравнение заболеваемости населения территорий, различных по уровню химического загрязнения. 4,62.

Симоненко В.Б., Сарманаев С.Х., Ковалев Е.В., Сарманаева Р.Р., Куханов А.В. — Современные подходы к формированию запасов антидотов в медицинских учреждениях России и зарубежных стран. 11,22.

Титов Р.В., Тюрин М.В., Кабанов М.Ю., Непомнящий С.А., Смолин Н.В., Нагут Н.Н., Сорока А.К., Николаев И.К. — Современные методы изучения огнестрельных травм и ранений, нанесенных после взаимодействия пули с преградой. 7,11.

Уховский Д.М., Тегза В.Ю., Резванцев М.В., Васильченко В.В., Беликова Т.М. — Клиника, диагностика и профилактика синдрома барометеочувствительности на Крайнем Севере. 10,14.

ВОЙСКОВАЯ МЕДИЦИНА

Бойко Э.В., Черныш В.Ф. — Организация оказания неотложной помощи при ожогах глаз в условиях воинской части (корабля). 6,29.

Деревянко Р.В., Шевченко О.С., Устинов М.В. — Медико-социальные аспекты заболеваемости дерматозами у военнослужащих в условиях Крайнего Севера. 5,18.

Калмыков А.А., Аминев Р.М., Алимов А.В., Носарев В.Г., Поляков В.С. — Опыт применения современных средств дезинфекции воздуха для профилактики болезней органов дыхания в войсках. 3,16.

Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Бояринцев В.В., Самохвалов И.М., Кононов В.Н., Миляев А.В. — Использование новых наборов и укладок медицинских в войсковом звене медицинской службы Вооруженных Сил. 11,27,4 с. вклейки.

Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Гребенюк А.Н., Кононов В.Н., Сидоров Д.А. — Использование новых комплектов медицинского имущества в войсковом звене медицинской службы Вооруженных Сил. 9,26.

Сивашенко П.П., Кушнирчук И.И., Сорокин С.И. — Использование современных информационных технологий для анализа состояния здоровья военнослужащих в войсковом звене. 3,20.

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

ХИРУРГИЯ

- Акулич А.Ю., Акулич Ю.В.** – Дифференцированный подход к хирургической тактике при переломах шейки бедра. 2,68.
- Багненко С.С., Труфанов Г.Е.** – Магнитно-резонансная диффузия в диагностике очаговых образований печени. 2,59.
- Белякин С.А., Пинчук О.В., Образцов А.В., Яменсков В.В.** – Диагностика и лечение периферических артериальных аневризм нижних конечностей. 7,24.
- Близнов А.А., Заварзин А.Ю., Унту Ф.И., Стец В.В.** – Наш опыт клинического использования десфлурана. 12,29.
- Гузенко И.Е., Юдин В.Е., Будко А.А.** – Применение воздушно-озоновых ванн в комплексной медицинской реабилитации больных после хирургической коррекции клапанных пороков сердца. 8,59.
- Долгих Р.Н., Пинчук О.В., Образцов А.В., Рзянин А.В., Иванов А.В., Крыжов С.Н.** – Эндovasкулярная хирургия посттравматических артериовенозных фистул. 12,50.
- Ефименко Н.А., Есипов А.В., Мусайлов В.А., Москаленко В.В.** – Плазменная хирургия в военной медицине. 6,34.
- Ивануса С.Я., Лазуткин М.В., Алентьев С.А.** – Современные возможности применения рентгеноэндovasкулярных вмешательств в диагностике и лечении воспалительных заболеваний поджелудочной железы. 9,36.
- Ивануса С.Я., Лазуткин М.В., Шершень Д.П., Алентьев С.А., Керимова А.Г.** – Сравнительная характеристика современных миниинвазивных вмешательств в лечении кист поджелудочной железы. 8,60.
- Клименко Ю.Ф.** – Дивертикулит Меккеля под клинической маской острой тонкокишечной непроходимости. 3,60.
- Колтунов А.Н., Лищук А.Н., Шкловский Б.Л., Корниенко А.Н., Бровко Л.Е., Саломов А.А., Есион Г.А., Колтунова Т.Ю., Бакшеев В.И.** – Массивная двухсторонняя тромбоэмболия легочной артерии: клиническое наблюдение и обзор литературы. 12,22.
- Крайнюков П.Е., Татарин С.Н., Оганов А.И.** – Использование комплексного индивидуального подхода в лечении больных с флегмонами кисти. 7,28.
- Крылов Н.Л.** – Болезнь Осгуда – Шлаттера у военнослужащих. 2,37.
- Максимов И.Б., Брижань Л.К., Астахов В.Л., Давыдов Д.В., Керимов А.А., Арбузов Ю.В., Варфоломеев Д.И.** – О применении нового «Комплекта стержневого военно-полевого» при боевых повреждениях опорно-двигательного аппарата. 4,22,5 с. вклейки.
- Максимов И.Б., Паниошин К.А., Брижань Л.К., Буряченко Б.П., Варфоломеев Д.И., Пиманчев О.В.** – Эндопротезирование тазобедренного сустава у военнослужащих. 1,30.
- Матвиенко В.В., Бучнов А.Д., Егорова И.А., Юдин В.Е., Цоллер К.А.** – Перспективы применения остеопатической медицины в многопрофильном военно-медицинском реабилитационном центре. 8,54.
- Мягков Ю.А., Дыбов М.В., Карабач И.В., Мягкова А.Ю.** – Психологическое сопровождение раненых и больных с органической формой эректильной дисфункции до и после фаллоэндопротезирования в условиях реабилитационного центра. 2,62.
- Орлов В.П.** – Хирургическое лечение огнестрельных ранений черепа и головного мозга в условиях горно-пустынной местности. 11,59.
- Плеханов В.Н.** – Структура и антибиотикорезистентность уропатогенов при госпитальных инфекциях мочевыводящих путей у лиц молодого возраста в условиях Севера. 2,31.
- Попов А.П., Покусаев А.А., Сажаева О.Н., Астахова Т.П.** – Гипербарическая оксигенация в комплексном амбулаторном лечении больных хирургического профиля. 4,60.
- Сакс Л.А.** – Комплексная амбулаторная помощь больным с остеоартрозом и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями околосуставных тканей. 4,36.
- Самохвалов И.М., Жабин А.В., Гребнев А.Р., Бадалов В.И., Труфанов Г.Е., Суворов В.В.** – Сокращенное ультразвуковое исследование в хирургии повреждений живота: методика и возможности клинического применения. 4,30.
- Самохвалов И.М., Карев Е.А., Бадалов В.И., Немченко Н.С., Васильев М.А., Жирнова Н.А., Мешаков Д.П., Литвиненко С.Г., Головкин К.П., Денисов А.В., Дмитриева Е.В.** – Критерии безопасности реинфузии крови в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений. 3,26.

Самохвалов И.М., Рева В.А., Денисов А.В., Озерецковский Л.Б., Пронченко А.А. – Хирургические аспекты огнестрельных повреждений артерий конечностей ранящими снарядами современного стрелкового оружия. 10,19,3 с. обл.

Шаповалов В.М., Хоминец В.В., Губочкин Н.Г., Микитюк С.И., Фоос И.В. – Использование кровоснабжаемого надкостничного трансплантата при лечении больной с атрофическим ложным суставом плечевой кости. 8,50,3 с. обл.

Шаповалов В.М., Хоминец В.В., Михайлов С.В., Шакун Д.А., Фоос И.В. – Ошибки и осложнения при выполнении внутреннего остеосинтеза у больных с переломами длинных костей конечностей. 1,25.

Шестаев А.Ю., Кушниренко Н.П., Харитонов Н.Н., Рассветаев А.В., Кормаков В.А. – Применение локальной вибротерапии в комплексном лечении военнослужащих с камнями мочеточников после дистанционной ударно-волновой литотрипсии. 5,40.

Юдин В.Е., Поправка С.Н., Ярошенко В.П., Болотов Д.Д. – Медицинская реабилитация раненых с ампутационными дефектами нижних конечностей. 8,52.

ТЕРАПИЯ

Арсений Т.В., Юдин В.Е., Будко А.А., Клишко В.В., Фролова С.С., Зюлина Ю.В. – Применение индивидуализированных физических тренировок у больных ишемической болезнью сердца после операции коронарного шунтирования. 8,56.

Артюшкевич О.В. – Показатели качества жизни и психологического статуса больных метаболическим синдромом различных возрастных групп. 3,55.

Белевич В.Л., Бреднев А.О., Овчинников Д.В. – Применение чрескожной эндоскопической гастростомии для обеспечения длительного энтерального питания. 4,46.

Белевич В.Л., Хохлов А.В., Елисеев А.В., Овчинников Д.В. – Диагностика и лечение ахалазии кардии. 12,32.

Белякин С.А., Серебренников В.Н., Шкловский Б.Л., Паценко М.Б. – Уровень С-пептида – ранний диагностический маркер метаболического синдрома и предиктор сердечно-сосудистой патологии у больных сахарным диабетом 2 типа. 10,46.

Белякин С.А., Хабурзания А.К., Сидоров В.А., Кохан Е.В. – Современные возможности лапароскопического метода в лечении онкологических заболеваний почек. 2,17, 3 с. вклейки.

Гаспарян С.С. – Предикторы сахарного диабета 2-го типа у лиц с метаболическим синдромом. 2,65.

Гришаев С.Л., Шарова Н.В., Моисеев Э.В., Буланьков Ю.И., Орлова Е.С. – Особенности бронхолегочной патологии у ВИЧ-инфицированных пациентов. 8,37.

Грошин В.С., Баранов А.В., Мазур М.В., Иванов А.О., Болиев О.Э., Павлиди К.Д., Кочубейник Н.В., Бугаян С.Э. – Применение гипербарической ререспирации в комплексной реабилитации больных с патологией нижних дыхательных путей. 11,63.

Данько А.А., Хрупкин В.И., Белков С.А., Овчинников Ю.В., Матвеев А.А., Палченкова М.В., Данько А.О. – Особенности течения внебольничной пневмонии у больных инфарктом миокарда. 10,62.

Есипов А.В., Котенко К.В., Яменсков В.В. – Липокорректирующее действие комплексных программ физиотерапевтического лечения больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей. 12,54.

Зайцев А.А., Овчинников Ю.В., Макаревич А.М., Кондратьева Т.В., Кулагина И.Ц., Орлов Ф.А. – Клинико-экономический анализ режимов антибактериальной терапии нетяжелой внебольничной пневмонии. 10,60.

Зайцев А.А., Овчинников Ю.В., Чернов С.А., Кондратьева Т.В. – Применение шкал оценки тяжести состояния больных внебольничной пневмонией у пациентов молодого возраста. 3,31.

Кальманов А.С., Бровкин С.Г., Булавин В.В., Пашковский Р.Д., Денисова М.П., Житников А.Г. – Основные принципы диагностики сердечной недостаточности при некоторых заболеваниях внутренних органов в практике военно-врачебной экспертизы. 9,63.

Крайнюков П.Е., Попов А.В., Курмансеитов М.М., Серговецев А.А., Ефремова А.А., Исаева Л.В., Арсеньев Л.В. – Опыт успешного лечения пациента с внебольничной пневмонией тяжелого течения, осложненной острым респираторным дистресс-синдромом, в условиях военного госпиталя. 3,58.

Крайнюков П.Е., Попов А.В., Серговецев А.А., Ефремова А.А., Хмелик В.И., Ким Е.А. – Опыт успешного лечения вирусно-бактериальных пневмоний тяжелого течения в условиях военного госпиталя. 5,38.

Максимов И.Б., Чернов С.А., Зайцев А.А., Антипушина Д.Н., Сивокотов И.В., Курбанов С.И., Бугакова М.В., Троян В.Н., Бобин А.Н. – Первый опыт применения ПЭТ/КТ в диагностике активного саркоидоза. 1,50, 4 с. вклейки.

Мамедова Л.А., Ефимович О.И. – Сочетанное применение электромиографии и программы T-scan для коррекции окклюзионных нарушений при заболеваниях пародонта и миофасциальном синдроме. 6,65,4 с. вклейки.

Овчинников Ю.В., Крюков Е.В., Зайцев А.А., Антипушина Д.Н. – Клинико-диагностические и организационные аспекты оказания помощи больным саркоидозом органов дыхания в Вооруженных Силах. 11,35.

Павлов А.И., Белякин С.А. – Алкогольная болезнь печени: возможности диагностики, лечения и реабилитации в многопрофильном стационаре. 3,39.

Половинка В.С., Демьяненко А.В., Стеклов В.И., Морозов Д.А., Емельяненко М.В. – Инновационные методы лечения желудочковых аритмий сердца. 11,44.

Потехин Н.П., Чаплюк А.Л., Фурсов А.Н., Саркисов К.А., Старовойтова И.М., Орлов Ф.А. – Новое в военно-врачебной экспертизе лиц, страдающих гипертонической болезнью. 3,53.

Синеглазова А.В. – Предикторы атеросклероза коронарных артерий при ревматоидном артрите. 1,52.

Стеклов В.И. – Радиочастотная катетерная абляция желудочковой аритмии из передне-латеральной области фиброзного кольца трехстворчатого клапана. 12,47.

Суржиков П.В., Кицшин В.П., Макиев Р.Г. – Место баллистокardiографии в изучении сердечной деятельности. 10,24.

Тихова А.В., Попов А.П., Бузунов Р.В. – Возможности диагностики и лечения ночных гипоксических состояний в условиях поликлиники. 11,53.

Фурсов А.Н., Чернецов В.А., Чернов С.А., Потехин Н.П., Соколянский Н.В., Захарова Е.Г., Ляпкова Н.Б. – Рефрактерная гипертония: диагностика и оптимизация лечебных мероприятий. 5,22.

Шуленин С.Н., Куликов А.Н., Кучмин А.Н., Бобров А.Л., Нагорный М.Б., Литвиненко Р.И. – Возможности стресс-эхокардиографии в диагностике сердечно-сосудистой патологии и определении годности к военной службе. 3,46.

НЕВРОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

Букин С.А., Бисага Г.Н., Фрунза Д.Н., Попов А.Е. – Центральное время моторного проведения у больных рассеянным склерозом с поражением кортико-спинального тракта. 4,63.

Вавилова А.А., Киреев П.В., Сыроежкин Ф.А., Швецова М.В., Голованов А.Е., Дворянчиков В.В., Кузнецов М.С. – Использование метода транслингвальной стимуляции для уменьшения вестибулярной дисфункции у пациентов в ранние сроки после стапедопластики. 9,65.

Литвиненко И.В., Бобков А.В. – Современные представления о болевых синдромах при болезни Паркинсона. 10,30.

Литвищев Б.С., Одинак М.М., Коваленко А.П., Ефимцев А.Ю., Тарумов Д.А., Петров А.Д., Лисянский Д.А. – Патология нервной системы у военнообязанных лиц с наркоманией в анамнезе: симптоматика, методы диагностики. 8,32.

Негруша Н.А., Гордиенко А.В., Зенин Д.Ю. – Высокий уровень тревожности как фактор риска нарушения пищевого поведения и развития «гестационного метаболического синдрома» у женщин-военнослужащих. 2,66.

Одинак М.М., Искра Д.А. – Систематизация первичных головных болей: ближайшие и отдаленные перспективы. 2,22.

Степанов А.В., Ярцева А.А., Гребенюк А.Н., Антонов В.Г., Антушевич А.Е. – Экспериментальное обоснование применения иммуномодулятора моликсан в качестве средства терапии герпесвирусной инфекции. 2,64.

Цыган Н.В., Трашков А.П. – Патогенетические варианты повреждения головного мозга и фармакологическая церебропротекция на модели состояния головного мозга при кардиохирургических операциях в условиях искусственного кровообращения. 10,34.

Шамрей В.К., Гончаренко А.Ю., Пастушенков А.В. – Современные технологии экспресс-диагностики алкогольного и наркотического опьянения. 7,17.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Белякин С.А., Пушкарев Е.П., Черенкова М.А. — Эффективность применения пантомгниевых ванн в медицинской реабилитации больных с метаболическим синдромом. 10,70.

Васильева Е.С., Коновка Е.П., Орехова Э.М., Кончугова Т.В., Белякина Е.С. — Новые лазерные технологии в коррекции инволюционных изменений кожи лица. 7,45.

Волгин В.Н., Странадко Е.Ф., Кагоянц Р.В. — Фотодинамическая терапия рака гортани. Сообщение 1. 9,35.

Волгин В.Н., Странадко Е.Ф., Кагоянц Р.В. — Фотодинамическая терапия рака гортани. Сообщение 2. 11,65.

Ламоткин И.А., Рукавицын А.О., Кристостурова О.В. — Паранеопластический кожный зуд при миелопролиферативных заболеваниях. 10,69.

Санакоева Э.Г. — Заболеваемость акне лиц молодого возраста в различных социально значимых коллективах. 10,66.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Белов А.Б., Огарков П.И. — Дифтерия в Вооруженных Силах: уроки и современное состояние профилактики, перспективы контроля эпидемического процесса. 1,38.

Болехан В.Н., Загородников Г.Г., Горичный В.А., Орлова Е.С., Николаев П.Г. — Проблемы и перспективы организации работы регистра инфекционной патологии и ВИЧ-инфицированных военнослужащих. 8,45.

Гладинец И.В., Иващенко А.Н., Рыбин В.В., Рихтер В.В., Ярославцев В.В., Волошин А.Ю., Заволожин В.А., Лягусова Т.А. — Эпидемиологические особенности острых болезней органов дыхания и их профилактика во внутренних войсках МВД России. 9,43.

Ельшин А.В., Тихвинский М.С., Воробьев А.А. — Оценка возможности дифференцирования вирулентных и авирулентных штаммов чумного микроба с помощью полимеразной цепной реакции. 10,71.

Калмыков А.А., Корнеев А.Г., Аминев Р.М., Косова А.А., Поляков В.С. — Значимость отдельных климатических факторов в формировании заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом населения района дислокации воинских частей. 4,50.

Кибирев Я.А., Исупов С.Г., Чухланцев Д.А. — Современные молекулярно-генетические методы идентификации возбудителей инфекционных заболеваний бактериальной природы. 10,50.

Никитюк Н.Ф., Глущенко В.А., Панин И.В., Юревич М.А. — Изучение состояния иммунитета к дифтерии и столбняку у военнослужащих, имеющих в анамнезе различные соматические заболевания. 10,67.

ГИГИЕНА И ФИЗИОЛОГИЯ ВОЕННОГО ТРУДА

Ворона А.А., Моисеев Ю.Б., Рыженков С.П. — Медицинские подходы к созданию и испытаниям средств защиты экипажей боевых машин от взрыва противотранспортных мин. 9,50.

Гребенюк А.Н., Легеза В.И., Тарумов Р.А. — Радиомитигаторы: перспективы использования в системе медицинской противорадиационной защиты. 6,39.

Маряшин Ю.Е., Малащук Л.С., Филатов В.Н. — Оценка эффективности комплекса специальных упражнений, направленных на повышение устойчивости летчиков высокоманевренных самолетов к пилотажным перегрузкам. 1,54.

Овечкин И.Г., Шалыгина Е.Л., Юдин В.Е., Матвиенко В.В. — Состояние аккомодационной системы глаза у военнослужащих старше 45 лет. 8,57.

Тюрин М.В., Сохранов М.В., Ивченко Е.В., Цыган В.Н., Голицын В.М., Сильницкий А.Н., Соколов В.П., Барсуков А.Б. — Совершенствование оказания медицинской помощи при боевых действиях: мониторинг физиологического состояния военнослужащего. 1,45.

Шалимов П.М., Запрудная О.В., Кречетова Т.П., Михайлов В.Г., Малинин А.В. — Эффективность медико-психофизиологического и лабораторно-токсикологического мониторинга лиц, работающих с опасными химическими веществами. 1,48.

Шатов Д.В., Иванов А.О., Грошилин В.С., Беляев В.Ф., Павлиди К.Д., Лобозова О.В., Анистратенко Л.Г. — Влияние длительного периодического пребывания в условиях искусственных нормобарических гипоксических газовых сред на операторскую работоспособность. 8,63.

Юдин М.А., Быков В.Н., Чекур С.В., Сарана А.М., Цыган В.Н., Анохин А.Г. — Фармакологическая толерантность к терапии отравлений фосфорорганическими соединениями и пути ее преодоления. 5,26.

АВИАЦИОННАЯ И ВОЕННО-МОРСКАЯ МЕДИЦИНА

Александров А.С., Голосов С.Ю., Давыдов В.В., Лапа В.В., Минаков А.А., Суханов В.В., Чистов С.Д. — Оценка условий и факторов, влияющих на эффективность деятельности и зрительную работоспособность летчика в полетах на вертолете ночью с использованием очков ночного видения. 7,39.

Азаров И.И., Мосягин И.Г., Петреев И.В., Бутаков С.С., Цветков С.В., Шикаленко Ф.Н. — Состояние и перспективы развития радиационной гигиены в Военно-морском флоте. 12,37.

Благинин А.А., Гребенюк А.Н., Лизогуб И.Н. — Основные направления совершенствования медицинского обеспечения полетов авиации ВВС в современных условиях. 2,42.

Благинин А.А., Лизогуб И.Н., Синельников С.Н., Жильцова И.И. — Особенности медицинского обеспечения полетов на малых и предельно малых высотах. 7,36.

Гудков А.Б., Мосягин И.Г., Иванов В.Д. — Характеристика фазовой структуры сердечного цикла у новобранцев учебного центра ВМФ на Севере. 2,58.

Кабанов М.Ю., Мануйлов В.М., Соловьев И.А., Плескач В.В., Сорока А.К., Колунов А.В. — Оказание хирургической помощи на кораблях ВМФ: становление, развитие, современность. 2,45.

Малашук Л.С., Филатов В.Н., Маряшин Ю.Е., Рыжов Д.И. — Оценка профессионального здоровья и функциональных резервов курсантов летного училища в практике врачебно-летной экспертизы и методы их повышения. 12,44.

Мызников И.Л., Аскерко Н.В., Ханкевич Ю.Р., Устименко Л.И., Бурцев Н.Н., Кузьминов О.В., Садченко С.Н., Маточкина А.А., Трофимова А.Ю. — Состояние здоровья военнослужащих, проходящих службу по призыву на Северном флоте. 6,44.

Мясников А.А., Головашкин Г.В., Шитов А.Ю., Мотасов Г.П., Чумаков А.В., Сухорослова И.Е., Бобров Ю.М. — Ультразвуковая диагностика внутрисосудистого декомпрессионного газообразования в практической деятельности водолазного врача. 6,53.

Пономаренко В.А., Ворона А.А. — Предпосылки для развития профилактической военной авиационной медицины. 10,55.

Ханкевич Ю.Р., Блощинский И.А., Вальский А.В., Набоков Н.Л. — Динамика функционального состояния подводников в предподходовый период. 9,55.

Черников О.Г., Черный В.С., Мишин Ю.А., Сошкин П.А., Фисун А.В. — Опыт организации медицинского обеспечения союзных конвоев в годы Великой Отечественной войны на северном морском театре. 5,32.

Шишов А.А., Оленев Н.И., Шишкин А.Н., Филатов В.Н. — Барокамерные подъемы как метод специального обследования летного состава государственной авиации. 4,54.

ВОЕННАЯ ФАРМАЦИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА

Горин С.Ф., Горячев А.Б. — Анализ экономической эффективности использования лекарственных средств на примере группы нестероидных противовоспалительных препаратов. 10,63.

Горин С.Ф., Горячев А.Б. — Влияние доказанной биоэквивалентности на ценообразование воспроизведенных лекарственных средств. 6,67.

Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б., Красавин К.Д., Голубенко Р.А., Гайнов В.С., Тихонов А.В., Ставила А.Г., Клочкова И.В. — Современные подходы к актуализации формулярной системы в военном здравоохранении. 6,59.

Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б., Красавин К.Д., Тихонов А.В. — Совершенствование системы нормирования медицинского имущества для соединений и воинских частей на мирное время. 2,52.

ПО СТРАНИЦАМ ЗАРУБЕЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕЧАТИ

Болахан В.Н., Голота А.С., Крассий А.Б., Разумова Д.В., Суборова Т.Н. — Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи: современное состояние проблемы. 7,48.

Болахан В.Н., Голота А.С., Крассий А.Б., Трунов Я.Н. — Медицинский контроль за физической подготовкой в вооруженных силах США. 6,70.

Внебольничная пневмония. 2,72.

Голота А.С., Зубенко А.И., Ивченко Е.В., Крассий А.Б., Шалахин Р.А. – Сетевая организация научно-медицинских исследований в вооруженных силах США. 3,63.

Голота А.С., Ивченко Е.В., Крассий А.Б., Кувакин В.И., Солдатов Е.А. – Разработка медицинских роботов поля боя в вооруженных силах США. 4,65.

Голота А.С., Крассий А.Б., Моровикова Т.В., Солдатов Е.А. – Медицинская служба вооруженных сил Норвегии. 9,68.

Ежегодник медицинской службы ВМФ США (2014). 4,67.

Журавлев В.К., Голота А.С., Крассий А.Б., Миронов В.Г., Парфенов В.Д. – Современные подходы к расчету санитарных потерь: опыт медицинских служб вооруженных сил США и Великобритании. 1,56.

Заболевания и травмы членов летных экипажей. 6,72.

Ивченко Е.В., Голота А.А., Крассий А.Б., Сечин А.А. – Перспективные методы лечения боевой ожоговой травмы. 11,68.

Ивченко Е.В., Голота А.С., Кондратенко Д.Г., Крассий А.Б. – Боевая ожоговая травма: опыт Афгано-иракской кампании. 8,66.

Исследование эффективности вакцинопрофилактики гриппа в вооруженных силах США. 7,43.

Капитальный труд по военно-полевой хирургии. 3,69.

Нагибович О.А., Голота А.С., Крассий А.Б. – Современное состояние и перспективы военной эндокринологии. 10,73.

Нагибович О.А., Голота А.С., Крассий А.Б. – Современное состояние и перспективы развития военной нефрологии. 5,41.

Новый индивидуальный комплект первой помощи армии США. 1,37.

Новый номер международного военно-медицинского журнала. 5,45.

Сибиреязвенная инфекция у наркоманов, употребляющих героин. 2,73.

Солдатов Е.А., Голота А.С., Крассий А.Б., Парфенов В.Д. – Современные источники для составления медико-географической характеристики. 2,70.

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Бондарь И.В., Минаев Д.Ю., Насретдинов И.Н., Петухов А.Е. – Санаторию ФСКН России «Подмосковье» – 20 лет. 12,62.

Брюсов П.Г. – Опыт оказания медицинской помощи пострадавшим при катастрофическом землетрясении 1988 года в Армении. 1,58.

Будко А.А., Чigareва Н.Г. – Российское общество Красного Креста в деле оказания медицинской помощи раненым и больным в Первую мировую войну. 9,74,1–4 с. вклейки.

В объективе война: Военная медицина России в годы Первой мировой войны: фотодокументы. 9,4 с. обл.

Вальский В.В., Бутиков В.П., Рыбаков С.М., Черников О.Г. – «Начмед должен быть личностью...» (К 70-летию со дня рождения Н.Г.Рыжмана). 9,85.

Горелова Л.Е., Локтев А.Е. – Санитарно-эпидемиологическое обеспечение Русской армии в Первой мировой войне 1914–1918 гг. 2,74.

Грибовская Г.А. – А.Я.Барабанов – руководитель медицинской службы фронтов в период Великой Отечественной войны. 5,60.

Грибовская Г.А. – Российские врачи в первые месяцы большой войны (К 100-летию начала Первой мировой войны). 8,71.

Егорышева И.В. – Николай Илларионович Козлов – ученый, врач, выдающийся организатор военной медицины (К 200-летию со дня рождения). 11,71,3 с. обл.

Егорышева И.В., Поддубный М.В. – Обсуждение проблемы алкоголизма в армии на пироговских съездах. 3,61.

Каликинская Е.И. – С.С.Юдин в годы Первой мировой войны. 10,83.

Кнопов М.Ш., Тарануха В.К. – Академия медицинских наук в период Великой Отечественной войны и первые послевоенные годы. 6,73.

Коноплева Е.Л., Остапенко В.М. – Смоленская станция переливания крови в годы Великой Отечественной войны. 11,66.

Костюк А.В. – Противоэпидемическое обеспечение Российского флота в XVIII веке. 3,70.

Максимов И.Б., Крылов Н.Л. – Ефим Иванович Смирнов – выдающийся организатор военной медицины и гражданского здравоохранения (К 110-летию со дня рождения). 10,79.

Миросниченко Ю.В., Кононов В.Н., Перфильев А.Б. – Организация обеспечения медицинским имуществом войск Русской армии в период Отечественной войны 1812 года. 7,64.

Нагут Н.Н., Захарчук Л.Ф. – Военному госпиталю в Комсомольске-на-Амуре – 80 лет. 6,78,3 с. обл.

Петров О.И., Сухоруков В.С. – Вклад Д.П.Зуихина в становление и развитие системы медицинского обеспечения личного состава атомных подводных лодок. 12,59.

Поддубный М.В. – Боевой путь эвакогоспиталя № 3457 и его начальник Порфирий Иванович Заболотный. 5,66.

Поддубный М.В. – Военная медицина на иллюстрациях массовой периодической печати в годы Первой мировой войны. 12,56, 2–3 с. вклейки.

Покровский Б.Л. – Системе профессионального психологического отбора в Военно-воздушных силах – 50 лет. 8,81.

Россия в Великой войне 1914–1918 гг.: выставка в ЦВЗ «Манеж». 10,2–4 с. вклейки.

Россия в Первой мировой войне: выставка в московском Новом Манеже. 11,2–3 с. вклейки.

Ростовцев Е.А., Сидорчук И.В. – Первая мировая война и высшая медицинская школа Петрограда. 9,81.

Савинова Т.Н. – Новое в биографии военного врача А.Г.Передельского. 11,78.

Симоенко В.Б., Абашин В.Г. – «1-й терапевтический госпиталь Красного Креста» в годы Гражданской войны. 4,69,1–4 с. вклейки.

Симоенко В.Б., Абашин В.Г., Половинка В.С. – Центральный военный госпиталь НКО в годы Великой Отечественной войны. 5,46.

Хильмончик Н.Е. – Средний медицинский персонал Белоруссии в годы фашистской оккупации. 5,72.

Цымбал А.Н. – Фалеристика сестер милосердия. 3,79,1 с. вклейки.

Черников О.Г., Черный В.С., Мишин Ю.А., Сошкин П.А. – 1-й Военно-морской госпиталь в период Великой Отечественной войны. 5,52.

Черников О.Г., Черный В.С., Мишин Ю.А., Сошкин П.А. – В.И.Шестов – основатель кафедры ОТМС флота. 11,75.

Юдин В.Е., Будко А.А., Овечкин И.Г., Ярошенко В.П. – Филиалу № 2 3-го Центрального военного клинического госпиталя имени А.А.Вишневого – 25 лет. 8,76,1–4 с. вклейки,4 с. обл.

Яншин Л.А. – К истории медицинского обеспечения войск Белого движения на востоке России (1918–1920 гг.). 7,55.

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

[**Галин Л.Л., Рябинкин В.В.**] – «Медицина – не сфера обслуживания...» (Интервью с Ю.В.Немыгиным – бывшим начальником 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого). 5,75.

[**Гладких П.Ф., Голубева А.А.**] – «Слова улетают, написанное остается...» (Интервью с видным историком военной медицины, профессором полковником медицинской службы в отставке Павлом Фёдоровичем Гладких). 12,68.

[**Ниниченко В.И., Поддубный М.В., Фисун А.Я.**] «Жуков – человек масштаба, не сравнимого ни с кем...» (Интервью с полковником медицинской службы в отставке Владимиром Валерьяновичем Валем – лечащим врачом многих выдающихся военачальников). 3,83.

[**Рябинкин В.В., Галин Л.Л.**] «Ни разу не пожалел, что стал военным врачом...» (Интервью с Ю.Н.Саввиным – бывшим начальником лечебно-профилактического управления – заместителем начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ). 1,68.

Награждения: 4,77.

Назначения: 2,79; 7,70; 9,90.

Некрологи: 1,70; 6,84; 8,89.

Перечень циклов повышения квалификации в военно-медицинских вузах в 2014/2015 учебном году. 7,71.

Правила для авторов «Военно-медицинского журнала». 2,81.

Присвоены воинские звания, классные чины: 1,66; 8,88.

ЮБИЛЕИ

- Азаров Игорь Иванович** (К 50-летию со дня рождения). 8,88.
Бабский Владимир Иванович (К 70-летию со дня рождения). 12,68.
Браженко Николай Андреевич (К 75-летию со дня рождения). 7,70.
Быков Игорь Юрьевич (К 60-летию со дня рождения). 1,66.
Громов Михаил Сергеевич (К 50-летию со дня рождения). 11,82.
Довгуша Виталий Васильевич (К 70-летию со дня рождения). 1,67.
Дюмин Геннадий Васильевич (К 65-летию со дня рождения). 10,91.
Ивануса Ярослав Михайлович (К 75-летию со дня рождения). 6,83.
Коньшев Иван Сергеевич (К 70-летию со дня рождения). 2,79.
Корнилов Александр Борисович (К 50-летию со дня рождения). 11,83.
Крылов Николай Леонидович (К 85-летию со дня рождения). 2,79.
Мельник Юрий Андреевич (К 60-летию со дня рождения). 5,80.
Нечаев Эдуард Александрович (К 80-летию со дня рождения). 12,66.
Петров Валентин Павлович (К 90-летию со дня рождения). 10,91.
Пирумов Петр Ашотович (К 70-летию со дня рождения). 8,88.
Редя Алитет Владимирович (К 50-летию со дня рождения). 9,91.
Руказенков Эдуард Дмитриевич (К 80-летию со дня рождения). 6,82.
Самохвалов Игорь Маркеллович (К 60-летию со дня рождения). 7,71.
Сколунов Николай Петрович (К 60-летию со дня рождения). 6,83.
Спичев Владислав Петрович (К 80-летию со дня рождения). 6,82.
Тельных Юрий Викторович (К 70-летию со дня рождения). 5,80.
Терентьев Леонид Прокопович (К 75-летию со дня рождения). 11,82.
Тесля Александр Николаевич (К 60-летию со дня рождения). 3,85.
Тохта-Ходжаев Шухрат Сахибович (К 70-летию со дня рождения). 9,90.
Федонок Владимир Петрович (К 60-летию со дня рождения). 8,89.
Фролов Виктор Михайлович (К 60-летию со дня рождения). 6,84.
Цыган Василий Николаевич (К 60-летию со дня рождения). 5,79.
Яремко Василий Иванович (К 50-летию со дня рождения). 9,90.

ХРОНИКА

Александров А.С. – О развитии учебно-материальной базы МУНКЦ имени П.В.Мандрыка. 7,95.

Бакшеев В.И., Фролкин М.Н. – Заседание Комитета Государственной Думы по обороне в 3-м Центральном военном клиническом госпитале им. А.А.Вишневого. 2,89.

Благинин А.А., Кузнецов С.М., Шелепов А.М., Жильцова И.И., Анненков О.А. – Вопросы профессиональной патологии, авиационной и космической медицины в практике военного труда. 6,92.

Бобий Б.В., Рябинкин В.В. – Конференция, посвященная 20-летию Всероссийского центра медицины катастроф «Защита». 4,87,2 с. обл.

Бойко Э.В., Рейтузов В.А., Кириллов Ю.А. – Конференция, посвященная юбилею первой в России кафедры офтальмологии. 2,92, 4 с. вклейки.

Варфоломеев В.А. – К 25-летию вывода советских войск из Афганистана. 5,84,2 с. обл., 1 с. вклейки.

Второй балтийский форум военной медицины. 2–4 с. вклейки.

Выставка высокотехнологичных разработок в области в Международном выставочном центре «Крокус Экспо» (28–30 октября 2013 г.). 1,3 с. обл.

Голубева А.А. – Заседание Координационного совета при Совете Федерации по социальной защите военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членов их семей. 10,95,2 с. обл.

Голубева А.А. – Конференция к столетию инфильтрационной теории атеросклероза. 4,95,6–7 с. вклейки.

Закладка памятного камня на месте строительства новой многопрофильной клиники Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова (22 августа 2014 г.). 9,2 с. обл.

Заседание Комитета Государственной Думы по обороне в 3-м Центральном военном клиническом госпитале им. А.А.Вишневого (ноябрь 2013 г.). 2,2 с. обл., 1–2 с. вклейки.

К Международному женскому дню 8 марта. 3,2 с. обл.

Калачёв О.В., Холиков И.В., Самохвалов И.М., Жоголев С.Д., Мануковский В.А. – 3-й Европейский конгресс по военной медицине. 11,89,1 с. вклейки.

Кувшинов К.Э., Рыжман Н.Н., Джанаева Ф.В., Довбежко Н.В., Русев И.Т., Фатеева А.Р. – Сбор заведующих медицинскими пунктами довузовских образовательных организаций Министерства обороны. 12,79,4 с. обл.

Кувшинов К.Э., Яковлев С.В., Сушенин А.А., Юманов А.П. – Опыт организации медицинского обеспечения спортивной гонки всероссийского масштаба «Гонка героев». 11,94,4 с. обл.

Курносенко В.Ю. – «Бурденковские встречи» в Главном военном клиническом госпитале. 2,95.

Куроедов А.В., Александров А.С., Городничий В.В., Огородникова В.Ю. – XI ежегодный конгресс Российского глаукомного общества. 6,95.

Лента новостей. 1,71; 2,16,83; 3,86; 4,21,49,53,64,79; 5,10,37,81; 6,69,81,85; 7,47,90; 8,31,49,90; 9,92; 10,59,92; 11,21,26,34,57,67,84; 12,2 с. обл., 4 с. вклейки,71.

Макиев Р.Г. – Вектор развития военной медицины определен (Заседание Общественного совета при Министерстве обороны Российской Федерации). 8,92,2 с. обл.

Максимов И.Б., Мануйлов В.М., Марчик В.В., Козовой М.Я., Шестопапов С.С., Яковлев А.Е. – Пятая международная научно-практическая конференция «Духовное и врачебное наследие святителя Луки (В.Ф.Войно-Ясенецкого)». 4,90,8 с. вклейки,4 с. обл.

Международный салон «Комплексная безопасность 2014» на ВДНХ (20–23 мая). 7,2,3 с. обл.,1–4 с. вклейки.

Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Кононов В.Н., Голубенко Р.А., Костенко Н.Л. – Перспективы развития фармацевтической науки и практики в военном здравоохранении. 3,91.

Мясников А.А., Петреев И.В., Кулешов В.И., Андрусенко А.Н., Шитов А.Ю. – Проблемные вопросы военно-морской медицины. 5,89.

Общественная палата Российской Федерации провела секцию по проблемам реформирования военной медицины. 1,2 с. обл.,1 с. вклейки.

Овчинников Ю.В., Зайцев А.А. – Научно-практическая конференция «Внебольничная пневмония у военнослужащих». 7,92.

Перспективы и направления развития информационно-телекоммуникационных технологий в медицинской службе до 2020 года. 10, 1 с. вклейки.

Поддубный М.В. – Подведение итогов работы медицинской службы Вооруженных Сил РФ за 2013 год и постановка задач на предстоящий период. 1,2–3 с. вклейки.

Рева В.А. – Научно-практический курс «Сосудистая хирургия для военно-полевых хирургов» в Ульме. 3,93.

Самохвалов И.М., Петров А.Н., Рева В.А. – Международная хирургическая неделя в Хельсинки. 5,92.

Самохвалов И.М., Рева В.А. – Европейский конгресс по травме и неотложной хирургии. 1,77.

Самохвалов И.М., Холиков И.В. – 40-й Всемирный конгресс по военной медицине в Саудовской Аравии. 6,86,1 с. вклейки.

Специальное комплексное учение «Авария-2013» в Мурманской области. 6,2–4 с. вклейки.

Торжественные мероприятия в Военно-медицинской академии. 11,2 с. обл.

Фисун А.Я. – С Днем медицинского работника! 6,2 с. обл.

Холиков И.В., Рыжман Н.Н., Самохвалов И.М., Коскин В.С. – Международная военно-научная конференция и региональная ассамблея рабочей группы стран Азиатско-Тихоокеанского региона. 12,75, 1 с. вклейки.

Шелепов А.М., Ивченко Е.В., Жуков А.А. – Всеармейская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы медицинского обеспечения войск (сил) на стратегических направлениях». 4,83.

ОБЪЯВЛЕНИЯ

IX Всеармейская научно-практическая конференция с международным участием «Баротерапия в комплексном лечении и реабилитации раненых, больных и пораженных». 7,89.

VII съезд по радиационным исследованиям (радиобиология, радиозоология, радиационная безопасность) Москва, 21–24 октября 2014 г. 4,96.

Новые книги. 2,3 с. обл.; 4,4 с. обл.; 5,4 с. обл.

О наборе в военную докторантуру и адъюнктуру Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова. 2,80.

О подписке на «Военно-медицинский журнал» на второе полугодие 2014 г. 4,3.

АЛФАВИТНЫЙ ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ*

- Абашин В.Г., 4,69; 5,46.
 Азаров И.И., 12,37.
 Акулич А.Ю., 2,68.
 Акулич Ю.В., 2,68.
 Александров А.С., 6,84,95;
 7,39,95; 12,68.
 Алексеев В.В., 3,4.
 Алентьев С.А., 8,60; 9,36.
 Алимов А.В., 3,16.
 Аминов Р.М., 3,16; 4,50;
 11,11.
 Андрусенко А.Н., 5,89.
 Анистратенко Л.Г., 8,63.
 Анненков О.А., 6,92.
 Анохин А.Г., 5,26.
 Антипушина Д.Н., 1,50; 11,35.
 Антонов В.Г., 2,64.
 Антушевич А.Е., 2,64.
 Арбузов Ю.В., 4,22.
 Арсений Т.В., 8,56.
 Арсеньев Л.В., 3,58.
 Артюшкевич О.В., 3,55.
 Аскерко Н.В., 6,44.
 Астахова Т.П., 4,60.
 Асташов В.Л., 4,22.
 Багненко С.С., 2,59.
 Бадалов В.И., 3,26; 4,30.
 Бакшеев В.И., 2,89; 10,91;
 12,22.
 Баранов А.В., 11,63.
 Барбинов В.В., 6,24.
 Барсуков А.Б., 1,45.
 Белевич В.Л., 4,46; 12,32.
 Беликова Т.М., 10,14.
 Белков С.А., 10,62.
 Белов А.Б., 1,38.
 Бельшев Д.В., 9,4.
 Беляев В.Ф., 8,63.
 Белякин С.А., 2,17; 3,39;
 6,24; 7,24; 10,46,70.
 Белякина Е.С., 7,45.
 Бисага Г.Н., 4,63.
 Благинин А.А., 2,42; 6,92; 7,36.
 Близов А.А., 12,29.
 Блощинский И.А., 9,55.
 Бобий Б.В., 4,87.
 Бобин А.Н., 1,50.
 Бобков А.В., 10,30.
 Бобров А.Л., 3,46.
 Бобров Ю.М., 6,53.
 Божок Р.Н., 10,9.
 Бойко Э.В., 2,92; 6,29.
 Болехан В.Н., 6,70; 7,48; 8,45.
 Болиев О.Э., 11,63.
 Болотов Д.Д., 8,52.
 Бондарь И.В., 12,62.
 Борисов Д.Н., 9,4; 11,16;
 12,4,45.
 Бояринцев В.В., 11,27.
 Браженко О.Н., 7,70.
 Бреднев А.О., 4,46.
 Брижань Л.К., 1,30; 4,22.
 Бровкин С.Г., 3,56; 9,63;
 11,58.
 Бровко Л.Е., 12,22.
 Брюсов П.Г., 1,58.
 Бугакова М.В., 1,50.
 Бугаян С.Э., 11,63.
 Будко А.А., 5,4; 8,56,59,76;
 9,74.
 Бузунов Р.В., 11,53.
 Букин С.А., 4,63.
 Булавин В.В., 3,56; 9,63.
 Буланьков Ю.И., 8,37.
 Бунин С.А., 3,91; 9,26;
 10,91; 11,27.
 Бурцев Н.Н., 6,44.
 Бурыченко Б.П., 1,30.
 Бутаков С.С., 8,88; 12,37.
 Бутиков В.П., 9,85.
 Бучнов А.Д., 8,54.
 Быков В.Н., 5,26.
 Вавилова А.А., 9,65.
 Валевский В.В., 3,13.
 Вальский А.В., 9,55.
 Вальский В.В., 9,85.
 Варфоломеев В.А., 5,84.
 Варфоломеев Д.И., 1,30; 4,22.
 Васильев В.Г., 10,91.
 Васильев М.А., 3,26.
 Васильева Е.С., 7,45.
 Васильченко В.В., 10,14.
 Виноградов С.Н., 4,9; 6,24.
 Власов А.Ю., 1,66.
 Вовкодав В.С., 10,4.
 Волгин В.Н., 9,35; 11,65.
 Волошин А.Ю., 9,43.
 Воробьев А.А., 10,71.
 Воробьев Е.Г., 4,9.
 Ворона А.А., 9,50; 10,55.
 Гайдаш А.А., 4,14; 5,11.
 Гайнов В.С., 6,59.
 Галин Л.Л., 1,68; 5,75.
 Гаспарян С.С., 2,65.
 Гладинец И.В., 9,43.
 Гладких П.Ф., 12,68.
 Глушенко В.А., 10,67.
 Голицын В.М., 1,45.
 Голованов А.Е., 9,65.
 Головинова В.Ю., 9,14.
 Головкин К.П., 3,26.
 Головашкин Г.В., 6,53.
 Голосов С.Ю., 7,39.
 Голота А.А., 11,68.
 Голота А.С., 1,56; 2,70;
 3,63; 4,65; 5,41; 6,70; 7,48;
 8,66; 9,68; 10,73.
 Голубева А.А., 4,95; 10,95;
 12,68.
 Голубенко Р.А., 3,91; 6,59.
 Гончаренко А.Ю., 3,4; 6,4;
 7,17.
 Гончаров С.Ф., 12,66.
 Гордиенко А.В., 2,66.
 Горелова Л.Е., 2,74.
 Горин С.Ф., 6,67; 10,63.
 Горичный В.А., 8,45.
 Городничий В.В., 6,95.
 Горячев А.Б., 2,52; 6,59,67;
 10,63.
 Гребенюк А.Н., 2,42,64;
 6,39; 9,26.
 Гребнев А.Р., 4,30.
 Грибовская Г.А., 5,4,60; 8,71.
 Гришаев С.Л., 8,37.
 Гришин В.С., 8,63; 11,63.
 Губочкин Н.Г., 8,50.
 Гудков А.Б., 2,58.
 Гузенко И.Е., 8,25,59.
 Давыдов В.В., 7,39.
 Давыдов Д.В., 4,22.
 Данько А.А., 10,62.
 Данько А.О., 10,62.
 Дворянчиков В.В., 9,65.
 Демьяненко А.В., 11,44.
 Денисов А.В., 3,26; 4,14;
 10,19.
 Денисова М.П., 9,63.
 Деревянко Р.В., 5,18.
 Джанаева Ф.В., 12,79.
 Дмитракович Д.В., 12,19.
 Дмитриева Е.В., 3,26.
 Довбежко Н.В., 12,79.
 Долгих Р.Н., 10,91; 12,50.
 Долгов Е.Н., 11,83.
 Дыбов М.В., 2,62.
 Егорова И.А., 8,54.
 Егорышева И.В., 3,61; 11,71.
 Елисеев А.В., 12,32.
 Елоев М.С., 9,4.
 Ельшин А.В., 10,71.
 Емельяненко М.В., 11,44.

* Цифры, стоящие после фамилии, означают: первая – номер журнала, вторая – страницу.

- Есион Г.А., 12,22.
 Есипов А.В., 6,34; 12,54.
 Ефименко Н.А., 6,34.
 Ефимович О.И., 6,65.
 Ефимцев А.Ю., 8,32.
 Ефремова А.А., 3,58; 5,38.
 Жабин А.В., 4,30.
 Жданов К.В., 11,4.
 Жеглов В.В., 1,67.
 Жекалов А.Н., 8,16.
 Жеребко О.А., 9,4.
 Жильцова И.И., 6,92; 7,36.
 Жирнова Н.А., 3,26.
 Житников А.Г., 3,56; 9,63.
 Жмакина Л.В., 1,48.
 Жоголев С.Д., 11,89.
 Жуков А.А., 4,83.
 Журавлев В.К., 1,56.
 Журавлев Д.А., 5,4.
 Заварзин А.Ю., 12,29.
 Заволожин В.А., 9,43.
 Загородников Г.Г., 8,45.
 Зайцев А.А., 1,50; 3,31;
 7,92; 10,60; 11,35.
 Закурдаев В.В., 1,17.
 Закурдаев Вл.В., 9,19.
 Запрудная О.В., 1,48.
 Захаренко С.М., 11,4.
 Захарова Е.Г., 5,22.
 Захарчук Л.Ф., 6,78.
 Зенин Д.Ю., 2,66.
 Зубенко А.И., 3,63.
 Зюлина Ю.В., 8,56.
 Иванов А.В., 12,50.
 Иванов А.О., 8,63; 11,63.
 Иванов В.В., 1,17.
 Иванов В.Д., 2,58.
 Ивануса С.Я., 8,60; 9,36.
 Ивашкин В.Т., 5,80.
 Ивашенко А.Н., 9,43.
 Ивченко Е.В., 1,45; 3,63;
 4,14,65,83; 5,11; 8,66;
 11,68.
 Игловиков Н.Ю., 12,45.
 Исаева Л.В., 3,58.
 Искра Д.А., 2,22.
 Исупов С.Г., 10,50.
 Кабанов М.Ю., 2,45; 7,11.
 Кагоянц Р.В., 9,35; 11,65.
 Калачёв О.В., 1,48; 11,89; 12,4.
 Калкинская Е.И., 10,83.
 Калмыков А.А., 3,16; 4,50;
 11,11.
 Кальманов А.С., 3,56; 9,63.
 Карабач И.В., 2,62.
 Каракозов А.Г., 9,61.
 Карев Е.А., 3,26.
 Керимов А.А., 4,22.
 Керимова А.Г., 8,60.
 Кибирев Я.А., 10,50.
 Ким Е.А., 5,38.
 Киреев П.В., 9,65.
 Киреев С.Г., 10,9.
 Кириллов Ю.А., 2,92.
 Кицышин В.П., 10,24.
 Клепиков А.Н., 10,4.
 Клименко Ю.Ф., 3,60.
 Климко В.В., 8,25,56.
 Клипак В.М., 9,4.
 Клочкова И.В., 6,59.
 Кнопов М.Ш., 6,73.
 Ковалев Е.В., 11,22.
 Коваленко А.Н., 11,4.
 Коваленко А.П., 8,32.
 Козовой М.Я., 4,90.
 Колтунов А.Н., 12,22.
 Колтунова Т.Ю., 12,22.
 Колунов А.В., 2,45.
 Кондратенко Д.Г., 8,66.
 Кондратьева Т.В., 3,31;
 10,60.
 Коновалов П.П., 11,11.
 Коновка Е.П., 7,45.
 Кононов В.Н., 3,91; 7,64;
 9,26; 11,27.
 Коноплева Е.Л., 11,66.
 Кончугова Т.В., 7,45.
 Кормаков В.А., 5,40; 12,45.
 Корнеев А.Г., 4,50.
 Корнеев А.А., 11,16; 12,4.
 Корниенко А.Н., 12,22.
 Коровин Р.Н., 11,16.
 Коскин В.С., 12,75.
 Косова А.А., 4,50.
 Костенко Н.Л., 3,91.
 Костюк А.В., 3,70.
 Костюченко О.М., 2,10.
 Котенко К.В., 12,54.
 Котенко П.К., 9,14; 10,9.
 Котив Б.Н., 5,79.
 Кохан Е.В., 2,17.
 Кохан Е.П., 10,91.
 Кочубейник Н.В., 11,63.
 Крайнюков П.Е., 3,58; 5,38;
 7,28.
 Красавин К.Д., 2,52; 6,59.
 Крассий А.Б., 1,56; 2,70;
 3,63; 4,65; 5,41; 6,70; 7,48;
 8,66; 9,68; 10,73; 11,68.
 Кречетова Т.П., 1,48.
 Кристостурова О.В., 10,69.
 Крыжов С.Н., 12,50.
 Крылов Н.Л., 2,37; 10,79.
 Крюков Е.В., 11,35.
 Кувакин В.И., 4,65.
 Кувшинов К.Э., 2,4; 3,4;
 11,94; 12,79.
 Кузнецов М.С., 9,65.
 Кузнецов С.М., 1,17; 6,92;
 11,82.
 Кузьминов О.В., 6,44.
 Кулагина И.Ц., 10,60.
 Кулешов В.И., 5,89.
 Куликов А.Н., 3,46.
 Курбанов С.И., 1,50.
 Курмансеитов М.М., 3,58.
 Курносенко В.Ю., 2,95.
 Куроедов А.В., 6,95.
 Куханов А.В., 11,22.
 Кучмин А.Н., 3,46.
 Кушниренко Н.П., 5,40; 12,45.
 Кушничук И.И., 3,20.
 Лазуткин М.В., 8,60; 9,36.
 Ламоткин И.А., 10,69.
 Лапа В.В., 7,39.
 Левичев В.В., 4,14; 5,11.
 Легеза В.И., 6,39.
 Леоник С.И., 6,13.
 Лизогуб И.Н., 2,42; 7,36.
 Лим В.С., 9,90.
 Лисянский Д.А., 8,32.
 Литвиненко И.В., 10,30.
 Литвиненко Р.И., 3,46.
 Литвиненко С.Г., 3,26.
 Литвинцев Б.С., 8,32.
 Лишук А.Н., 12,22.
 Лобозова О.В., 8,63.
 Локтев А.Е., 2,74.
 Лянгусова Т.А., 9,43.
 Ляпкова Н.Б., 5,22.
 Ляшедько П.П., 7,71.
 Мазур М.В., 11,63.
 Макаревич А.М., 10,60.
 Макиев Р.Г., 2,4; 8,92; 10,24.
 Максимов И.Б., 1,30,50;
 2,79; 4,22,90; 10,79.
 Малащук Л.С., 1,54; 12,44.
 Малинин А.В., 1,48.
 Малых А.Б., 3,13.
 Мамедова Л.А., 6,65.
 Мануйлов В.М., 2,45; 4,90.
 Мануковский В.А., 11,89.
 Мартынов А.И., 10,9.
 Марчик В.В., 4,90.
 Маряшин Ю.Е., 1,54; 12,44.
 Матвеев А.А., 10,62.
 Матвиенко В.В., 8,54,57; 11,82.
 Маточкина А.А., 6,44.
 Мешаков Д.П., 3,26.
 Микитюк С.И., 8,50.
 Миляев А.В., 11,27.
 Минаев Д.Ю., 12,62.
 Минаков А.А., 7,39.
 Миронов В.Г., 1,56.
 Мирошниченко Ю.В., 2,52;
 3,91; 6,59; 7,64; 9,26;
 10,91; 11,27.

- Мисан А.С., 12,68.
 Михайлов А.А., 3,85.
 Михайлов В.Г., 1,48.
 Михайлов С.В., 1,25.
 Мишин Ю.А., 5,32,52; 11,75.
 Моисеев Э.В., 8,37.
 Моисеев Ю.Б., 9,50.
 Моровикова Т.В., 9,68.
 Морозов Д.А., 11,44.
 Москаленко В.В., 5,89; 6,34.
 Мосягин И.Г., 2,58; 12,37.
 Мотасов Г.П., 6,53.
 Мусаилов В.А., 6,34.
 Мызников И.Л., 6,44.
 Мягков Ю.А., 2,62.
 Мягкова А.Ю., 2,62.
 Мясликов А.А., 5,89; 6,53.
 Набоков Н.Л., 9,55.
 Нагибович О.А., 5,41; 10,73.
 Нагорный М.Б., 3,46.
 Нагут Н.Н., 6,78; 7,11.
 Насретдинов И.Н., 12,62.
 Негруша Н.А., 2,66.
 Немченко Н.С., 3,26.
 Немытин Ю.В., 5,75; 12,11.
 Непомнящий С.А., 7,11.
 Никитин Е.А., 9,90,91.
 Никитюк Н.Ф., 10,67.
 Николаев И.К., 7,11.
 Николаев П.Г., 8,45.
 Никулин Н.Д., 8,82.
 Ниниченко В.И., 3,83.
 Носарев В.Г., 3,16; 11,11.
 Образцов А.В., 7,24; 12,50.
 Овечкин И.Г., 8,57,76.
 Овчинников Б.В., 6,4.
 Овчинников Д.В., 4,46; 12,32.
 Овчинников Ю.В., 3,31; 4,4;
 7,92; 10,60,62; 11,35.
 Оганов А.И., 7,28.
 Огарков П.И., 1,38.
 Огородникова В.Ю., 6,95.
 Одинак М.М., 2,22; 8,32.
 Озерецковский Л.Б., 10,19.
 Оленев Н.И., 4,54.
 Орехова Э.М., 7,45.
 Орлов В.П., 11,59.
 Орлов Ф.А., 3,53; 4,59;
 9,61; 10,60.
 Орлова Е.С., 8,37,45.
 Остапенко В.М., 11,66.
 Павлиди К.Д., 8,63; 11,63.
 Павлов А.И., 3,39.
 Пак Р.В., 9,14.
 Палченкова М.В., 10,62.
 Панин И.В., 10,67.
 Панченко И.П., 6,83.
 Панюшин К.А., 1,30; 3,56;
 4,59.
 Парамошко В.В., 10,9.
 Паронников М.В., 12,45.
 Парфенов В.Д., 1,56; 2,70.
 Пастухов А.Г., 2,4.
 Пастушенков А.В., 3,4; 7,17.
 Пащенко М.Б., 6,24; 10,46.
 Пашковский Р.Д., 9,63.
 Пелешок А.С., 4,4.
 Перфильев А.Б., 7,64.
 Першин И.В., 12,4.
 Петраков В.А., 7,4.
 Петреев И.В., 5,89; 12,37.
 Петров А.Д., 8,32.
 Петров А.Н., 5,92.
 Петров О.И., 1,67; 5,80;
 6,83,83; 8,88; 12,59.
 Петухов А.Е., 12,62.
 Пиманчев О.В., 1,30.
 Пинчук О.В., 7,24; 12,50.
 Пирумов П.А., 5,80.
 Плескач В.В., 2,45.
 Плеханов В.Н., 2,31.
 Поддубный М.В., 3,61,83;
 5,66; 12,56.
 Покровский Б.Л., 8,81.
 Покусаев А.А., 4,60; 7,44.
 Половинка В.С., 2,79; 3,85;
 5,46; 11,44.
 Поляков В.С., 3,16; 4,50.
 Пономаренко В.А., 10,55.
 Пономаренко В.Н., 6,13.
 Пономаренко Г.Н., 8,4.
 Попов А.В., 3,58; 5,38.
 Попов А.Е., 4,63.
 Попов А.П., 4,60; 7,44; 11,53.
 Поправка С.Н., 8,52.
 Потехин Н.П., 3,53; 4,59;
 5,22; 9,61.
 Пронченко А.А., 10,19.
 Протошак В.В., 12,45.
 Пушкарев Е.П., 10,70.
 Работкин О.С., 3,56.
 Разумова Д.В., 7,48.
 Рассветаев А.В., 5,40; 12,45.
 Рева В.А., 1,77; 3,93; 5,92;
 10,19.
 Резванцев М.В., 1,17; 9,19;
 10,14.
 Рейнюк В.Л., 4,62.
 Рейтузов В.А., 2,92.
 Рзянин А.В., 12,50.
 Рихтер В.В., 9,43.
 Ростовцев Е.А., 9,81.
 Рукавицын А.О., 10,69.
 Русев И.Т., 12,79.
 Рыбаков С.М., 9,85.
 Рыбин В.В., 9,43.
 Рыженков С.П., 9,50.
 Рыжман Н.Н., 4,4; 12,75,79.
 Рыжов Д.И., 12,44.
 Рябинкин В.В., 1,68; 4,87,95;
 5,75.
 Савинова Т.Н., 11,78.
 Савченко А.В., 4,62.
 Савченко И.Ф., 7,4.
 Садченко С.Н., 6,44.
 Сажаева О.Н., 4,60.
 Сакс Л.А., 4,36.
 Саломов А.А., 12,22.
 Самойлов В.О., 6,82.
 Самохвалов И.М., 1,77;
 3,26; 4,30; 5,92; 6,86;
 10,19; 11,27,89; 12,75.
 Санакоева Э.Г., 10,66.
 Сарана А.М., 5,26.
 Саркисов К.А., 3,53; 4,59;
 9,61.
 Сарманаев С.Х., 11,22.
 Сарманаева Р.Р., 11,22.
 Свиридова Т.Б., 2,10.
 Селин А.И., 10,91.
 Серговенцев А.А., 3,58;
 5,38.
 Серебренников В.Н., 10,46.
 Сечин А.А., 11,68.
 Сивашенко П.П., 3,20; 12,45.
 Сивокозов И.В., 1,50.
 Сидоров В.А., 2,17.
 Сидоров Д.А., 9,26.
 Сидорчук И.В., 9,81.
 Сильницкий А.Н., 1,45.
 Симоненко В.Б., 4,69; 5,46;
 11,22.
 Синеглазова А.В., 1,52.
 Синельников Л.М., 12,45.
 Синельников С.Н., 7,36.
 Смолин Н.В., 7,11.
 Соколов В.П., 1,45.
 Соколянский Н.В., 5,22.
 Солдатов Е.А., 2,70; 4,65;
 9,68.
 Соловьев И.А., 2,45.
 Сорока А.К., 2,45; 7,11.
 Сорокин С.И., 3,20.
 Сохранов М.В., 1,45.
 Сошкин П.А., 5,32,52; 11,75.
 Ставила А.Г., 6,59.
 Старовойтова И.М., 3,53;
 4,59; 9,61.
 Стеклов В.И., 11,44; 12,47.
 Степанов А.В., 2,64.
 Стец В.В., 12,29.
 Странадко Е.Ф., 9,35; 11,65.
 Суборова Т.Н., 7,48.
 Суворов В.В., 4,30.
 Суржиков П.В., 10,24.
 Суханов В.В., 7,39.
 Сухорослова И.Е., 6,53.

- Сухоруков В.С., 6,82,83; 12,59.
 Сушенин А.А., 11,94.
 Сыроежкин Ф.А., 9,65.
 Тарануха В.К., 6,73.
 Тарасенко Г.Н., 6,24.
 Тарумов Д.А., 8,32.
 Тарумов Р.А., 6,39.
 Татарин С.Н., 7,28.
 Тегза В.Ю., 10,14.
 Тельных Ю.В., 8,88.
 Титов Р.В., 7,11.
 Тихвинский М.С., 10,71.
 Тихенко В.В., 3,4.
 Тихова А.В., 11,53.
 Тихонов А.В., 2,52; 6,59.
 Ткачук Н.А., 8,16.
 Трашков А.П., 10,34.
 Тришкин Д.В., 9,90.
 Трофимова А.Ю., 6,44.
 Троян В.Н., 1,50.
 Трунов Я.Н., 6,70.
 Труфанов Г.Е., 2,59; 4,30.
 Тынянкин Н.А., 7,71.
 Тыренко В.В., 4,4.
 Тюрин М.В., 1,45; 7,11.
 Унту Ф.И., 12,29.
 Устименко Л.И., 6,44.
 Устинов М.В., 5,18.
 Уховский Д.М., 10,14.
 Фатеева А.Р., 12,79.
 Филатов В.Н., 1,54; 4,54; 12,44.
 Фисун А.В., 5,32.
 Фисун А.Я., 1,4,66; 2,4; 3,4,83; 6,4; 8,4; 9,90; 10,91; 11,4; 12,66.
 Фоос И.В., 1,25; 8,50.
 Фролкин М.Н., 2,89; 10,91.
 Фролова С.С., 8,56.
 Фрунза Д.Н., 4,63
 Фурсов А.Н., 3,53; 5,22.
 Хабурзания А.К., 2,17.
 Халимов Ю.Ш., 8,16.
 Ханкевич Ю.Р., 6,44; 9,55.
 Харитонов Н.Н., 5,40; 12,45.
 Хильмончик Н.Е., 5,72.
 Хмелик В.И., 5,38; 11,58.
 Холиков И.В., 6,86; 11,89; 12,19,75.
 Хоминец В.В., 1,25; 8,50.
 Хохлов А.В., 12,32.
 Хрупкин В.И., 10,62.
 Хубулава Г.Г., 4,4.
 Цветков С.В., 12,37.
 Цоллер К.А., 8,54.
 Цыган В.Н., 1,45; 5,26.
 Цыган Н.В., 10,34.
 Цымбал А.Н., 3,79.
 Цыпурдеев Д.Р., 11,16.
 Чаплюк А.Л., 3,53; 9,61; 10,4.
 Чепур С.В., 5,26; 8,89.
 Черенкова М.А., 10,70.
 Чермянин С.В., 6,4.
 Чернецов В.А., 5,22.
 Черников О.Г., 5,32,52; 9,85; 11,75.
 Чернов С.А., 1,50; 3,31; 5,22.
 Черный В.С., 5,32,52; 11,75.
 Черныш В.Ф., 6,29.
 Чигарева Н.Г., 9,74.
 Чистов С.Д., 7,39.
 Чумаков А.В., 6,53.
 Чурилов Ю.К., 10,4.
 Чухланцев Д.А., 10,50.
 Шакун Д.А., 1,25.
 Шалахин Р.А., 3,63.
 Шалимов П.М., 1,48.
 Шалыгина Е.Л., 8,57.
 Шамрей В.К., 3,4; 6,4; 7,17.
 Шаповалов В.М., 1,25; 8,50.
 Шарова Н.В., 8,37.
 Шатов Д.В., 8,63.
 Швецова М.В., 9,65.
 Шевцов В.И., 7,70.
 Шевченко О.С., 5,18.
 Шелепов А.М., 4,83; 6,13,92.
 Шершень Д.П., 8,60.
 Шестаев А.Ю., 5,40; 12,45.
 Шестопалов С.С., 4,90.
 Шикаленко Ф.Н., 12,37.
 Шитов А.Ю., 5,89; 6,53.
 Шишкин А.Н., 4,54.
 Шишов А.А., 4,54.
 Шкарупа О.Ф., 8,25.
 Шкловский Б.Л., 4,9; 10,46; 12,22.
 Шуленин С.Н., 3,46.
 Щеголев И.В., 1,48.
 Щегольков А.М., 8,4.
 Щёголев А.В., 7,4.
 Юдин А.Б., 8,89.
 Юдин В.Е., 8,4,25,52,54,56,57,59,76.
 Юдин М.А., 5,26.
 Юманов А.П., 11,94.
 Юревич М.А., 10,67.
 Яковлев А.Е., 4,90.
 Яковлев С.В., 3,13; 11,94.
 Яменсков В.В., 7,24; 12,54.
 Яньшин Л.А., 7,55.
 Ярославцев В.В., 9,43.
 Ярошенко В.П., 8,52,76.
 Ярцева А.А., 2,64.

Перечень подготовил **Н.В.Киселев**

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



За содержание и достоверность сведений в рекламном объявлении ответственность несет рекламодатель.



Учредитель – Министерство обороны Российской Федерации.
 Зарегистрировано Министерством печати и информации Российской Федерации.
 Номер регистрационного свидетельства 01975 от 30.12.1992 г.

Сдано в набор 08.11.14.
 Формат 70×108¹/₁₆.
 Усл. печ. л. 8,4.
 Заказ № 3086.

Печать офсетная.
 Усл. кр.-отт. 9,8.
 Тираж 3360 экз.

Подписано к печати 10.12.14.
 Бумага офсетная.
 Уч.-изд. л. 8,6.
 Каталожная цена 61 р. 00 к.

**Отпечатано в АО «Красная Звезда»
 123007, Москва, Хорошевское шоссе, д. 38, <http://www.redstarph.ru>
 Тел.: (495) 941-28-62, 941-34-72, 941-31-62, E-mail: kr_zvezda@mail.ru**