

# ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

*Тод  
издания  
-189-й*

ТОМ  
СССХХІІ

Военно-медицинский журнал

2011 • № 5



5

МАЙ  
2011

## Торжественный парад на Дворцовой площади Санкт-Петербурга в честь Дня Победы

9 мая 2011 г. в северной столице России состоялся торжественный парад на Дворцовой площади в честь 66-й годовщины Победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. Парад принимал командующий войсками Западного военного округа генерал-полковник **А.В.Бахин**, командовал парадом командующий 6-й армией генерал-майор **Е.А.Устинов**.

В празднике приняли участие более 3,5 тыс. военнослужащих и 100 единиц военной техники, среди которой были бронированные автомобили «Тигр», специальные автомобили «Гусар», артиллерийские системы «Рапир», «Нопа», системы залпового огня «Ураган» и «Град», зенитно-ракетный комплекс «Искандер» (впервые принимавший участие в параде на Дворцовой площади). Парадные расчеты составили сводные батальоны и роты военнослужащих Западного военного округа, вузов Минобороны и МВД. Офицеры и солдаты, принявшие участие в параде, стройными рядами маршировали под звуки оркестра из 300 музыкантов.



Парадный расчет с Государственным флагом Российской Федерации и боевым знаменем Военно-медицинской академии на Дворцовой площади. В центре – начальник кафедры ОТМС заслуженный деятель науки РФ, профессор генерал-майор медицинской службы **А.М.Шелепов**



В парадном строю – курсанты Факультета подготовки врачей для Ракетных и Сухопутных войск Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ  
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ  
И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ  
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Издается с 1823 года*



**РЕДАКЦИОННАЯ  
КОЛЛЕГИЯ:**

М. В. Поддубный (*главный редактор*)  
А. Б. Белевитин  
В. В. Бузунов (*ответственный секретарь*)  
И. В. Бухтияров  
А. Ю. Власов  
Л. Л. Галин (*заместитель главного редактора*)  
В. В. Иванов  
О. В. Калачев  
А. А. Калмыков  
А. Н. Кучмин  
Ю. В. Лобзин  
Ю. В. Мирошниченко  
А. Э. Никитин  
В. Е. Парфенов  
И. В. Петреев  
И. М. Самохвалов  
Э. П. Соловей  
Ю. Ш. Халимов  
В. Н. Цыган  
В. К. Шамрей  
А. М. Шелепов  
В. В. Яменсков



**РЕДАКЦИОННЫЙ  
СОВЕТ:**

С. А. Белякин (Красногорск)  
П. Г. Брюсов (Москва)  
А. А. Будко (С.-Петербург)  
С. Ф. Гончаров (Москва)  
В. В. Добржанский (Москва)  
И. Б. Максимов (Москва)  
И. Г. Мосягин (Калининград)  
Э. А. Нечаев (Москва)  
В. А. Новиков (Ростов-на-Дону)  
В. Ю. Петрищев (Хабаровск)  
Ю. В. Сабанин (Москва)  
В. Б. Симоненко (Москва)  
Ю. Р. Ханкевич (Североморск)  
И. М. Чиж (Москва)

**Адрес редакции:**

194044, Санкт-Петербург,  
ул. Академика Лебедева, д. 6  
Тел. (812) 329-71-94

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

**Адрес в сети Интернет:**  
[www.mil.ru/info/1070/11618](http://www.mil.ru/info/1070/11618)

*Non scholae, sed vitae discimus!*

# ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2011 \* МАЙ  
Т. 332 \* № 5

- *Служба медицины катастроф  
Министерства обороны РФ*
- *Перспективы снижения  
заболеваемости военнослужащих  
воздушно-капельными инфекциями*
- *Классификации последствий  
катапультирования и профессио-  
нальное здоровье летного состава*
- *Прогрессивные подходы к созданию  
медицинской укладочной тары  
для комплектов медицинского  
имущества*
- *Санитарно-химическая защита  
в период Великой Отечественной  
войны*
- *Истоки «мундирного» облика  
медиков русского флота в первой  
трети XVIII века*

МОСКВА  
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ  
«КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»


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

Белевитин А.Б., Корнюшко И.Г., Яковлев С.В. – Служба медицины катастроф Министерства обороны Российской Федерации на современном этапе

4

Belevitin A.B., Korniyushko I.G., Yakovlev S.V. – Service for Disaster Medicine of the Ministry of Defence of the Russian Federation at the present stage

Кузьмин С.А. – Анализ удовлетворенности призывников и врачей Оренбургской области организацией медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе

12

Kuzmin S.A. – Analysis of recruits and doctors satisfaction in Orenburg region organization of medical support training of citizens for military service


**Войсковая медицина**
**Army health Service**

Ворона А.А. – Влияние состояния здоровья военнослужащих на сплоченность воинских подразделений

16

Vorona A.A. – The impact of health personnel at the cohesion of military units


**Лечебно-профилактические вопросы**
**Prophylaxis and treatment**

Самохвалов И.М., Гаврилин С.В., Бадалов В.И., Недомолкин С.В., Мешаков Д.П., Храпов К.Н., Васильев М.А. – Трахеостомия при длительной искусственной вентиляции легких у пострадавших с политравмой

20

Samokhvalov I.M., Gavrilin S.V., Badalov V.I., Nedomolkin S.V., Meshakov D.P., Khrapov K.N., Vasilyev M.A. – Tracheostomy for prolonged mechanical ventilation in patients with multiple injuries

Зеленов Г.Г., Колокольчикова Е.Г., Науменко Э.В. – Значение сосудистой хирургии и патоморфологии в лечении парасимпатических хемодектом

24

Zelenov G.G., Kolokolchikova E.G., Naumenko E.V. – Importance of Vascular Surgery and Pathology in the treatment of parasympathetic chemodectoma

Куроедов А.В., Брежнев А.Ю., Александров А.С., Огородникова В.Ю. – Принципы лечения начальной стадии глаукомы: хирургия против терапии (Обзор литературы)

28

Kuroyedov A.V., Brezhnev A.Yu., Alexandrov A.S., Ogorodnikova V.Yu. – Principles of treatment of early stage glaucoma: Surgery vs. therapy (Review of literature)

Дмитришен Р.А., Цыган В.Н., Долгов Г.В. – Профилактика рецидивов доброкачественных новообразований яичников у женщин репродуктивного возраста после urgentных операций

36

Dmitrishen R.A., Tsygan V.N., Dolgov G.V. – Prevention of recurrence of benign ovarian tumors in women of reproductive age after urgent operations


**Эпидемиология и инфекционные болезни**
**Epidemiology and infectious diseases**

Белов А.Б., Огарков П.И. – Перспективы снижения заболеваемости военнослужащих воздушно-капельными инфекциями, не управляемыми средствами вакцинопрофилактики

42

Belov A.B., Ogarkov P.I. – Prospects for reducing the incidence of military air-borne infections which are not controllable by means of vaccination



**Авиационная  
и военно-морская медицина**

***Air and navy medicine***

Моисеев Ю.Б., Лозбин А.С., Страхов А.Ю.  
– Классификация влияния последствий  
катапультирования на профессиональ-  
ное здоровье летного состава

49

Moiseev Yu.B., Lozbin A.S., Strakhov A.Yu.  
– The classification of influence of con-  
sequences of the bailout for the profes-  
sional health of flight personnel



**Военная фармация  
и медицинская техника**

***Military pharmacy  
and medical technique***

Белевитин А.Б., Мирошниченко Ю.В., Ми-  
ляев А.В., Куринной Е.Д. – Применение  
прогрессивных конструкторских подходов  
к созданию ящиков медицинских укладоч-  
ных для современных функциональных  
комплектов медицинского имущества

54

Belevitin A.B., Miroshnichenko Yu.V., Mi-  
lyaev A.V., Kurinnoy E.D. – Advanced of  
progressive design approaches to produce  
Medical Packaging Boxes for modern  
Functional Complete Sets of Medical  
Property



**Краткие сообщения**

59

***Brief reports***



**По страницам зарубежной  
медицинской печати**

79

***From the foreign  
medical publications***



**Из истории  
военной медицины**

***From the history  
of military medicine***

Имангулов Р.Г., Гребенюк А.Н., Рыбалко В.М.,  
Носов А.В. – Санитарно-химическая  
защита в годы Великой Отечественной  
войны

82

Imangulov R.G., Grebenyuk A.N., Rybal-  
ko V.M., Nosov A.V. – Sanitary and  
chemical protection during the Great  
Patriotic War

Старкова Е.В., Куковьякин С.А. – Из  
истории Кировского эвакогоспитала  
№ 1322 в годы войны

85

Starkova E.V., Kukovyakin S.A. – From  
the history of the Kirov evacuation hos-  
pital № 1322 during the war

Данченко В.Г. – Истоки «мундирного»  
облика медиков русского флота в первой  
трети XVIII века

88

Danchenko V.G. – Origins of the «coat»  
appearance of physicians of the Russian  
fleet in the first third of XVIII century



**Официальный отдел**

92

***Official communications***



**Хроника**

***Chronicle***

Величко М.А. – Конференция Объеди-  
нения ветеранов военно-медицинской  
службы

94

Velichko M.A. – Conference of the Associ-  
ation of veterans of the military medical  
service

CONTENTS





© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК 61:355

## Служба медицины катастроф Министерства обороны Российской Федерации на современном этапе

БЕЛЕВИТИН А.Б., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы<sup>1,2</sup>  
КОРНИЮШКО И.Г., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,  
генерал-майор медицинской службы в отставке<sup>3</sup>  
ЯКОВЛЕВ С.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Главное военно-медицинское управление МО РФ, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; <sup>3</sup>Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва

*Belevitin A.B., Korniyushko I.G., Yakovlev S.V. – Service for Disaster Medicine of the Ministry of Defence of the Russian Federation at the present stage. The basic documents of the history of service Disaster Medicine in the USSR and the Armed Forces of the country, employed in this branch of medical terminology, classification of emergency situations are presented. The problem of Disaster Medicine Service of the Ministry of Defence of the Russian Federation at the present stage, the levels of its operations and readiness, as well as the structure and objectives of the medical detachment for special purposes are considered. The involvement of service in peacekeeping operations and medical support of local armed conflicts are assessed.*

*К е у о р д с : Service for Disaster Medicine of the Russian Federation, military medicine, medical history, the terminology of disaster medicine.*

В конце 80-х годов XX в. в СССР произошло много крупных *чрезвычайных ситуаций* (ЧС), сопровождавшихся большими человеческими жертвами. Опыт ликвидации их последствий показал, что система здравоохранения, а также медицинская служба Гражданской обороны, нацеленные на работу в условиях возникновения очагов массовых санитарных потерь среди мирного населения в военное время, оказались не в состоянии в условиях ЧС мирного времени своевременно и качественно выполнять необходимый комплекс мероприятий медико-санитарного обеспечения. Возникла необходимость, с одной стороны, в научной разработке этой проблемы, а с другой – в создании в стране специальной службы, способной успешно решать задачи медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени.

Начало создания службы медицины катастроф (экстренной медицинской помощи) в СССР было положено постановлением Совета Министров СССР от 07.04.1990 г. № 339 «О создании в стране службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях».

С целью организации и обеспечения ликвидации медико-санитарных последствий ЧС природного и техногенного характера в районах дислокации войск, на объектах и территориях *Вооруженных Сил* (ВС) в соответствии с приказом министра обороны СССР 1990 г. № 214 была создана Служба экстренной медицинской помощи Вооруженных Сил и первые четыре многофункциональных медицинских отряда специального назначения (при Главном военном клиническом госпитале им. Н.Н.Бурденко и окружных военных госпиталях в Киеве, Ташкенте и Хабаровске).



## Анализ удовлетворенности призывников и врачей Оренбургской области организацией медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе

КУЗЬМИН С.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса

Военный комиссариат Оренбургской области, г. Оренбург

*Kuz'min S.A. – Analysis of recruits and doctors satisfaction in Orenburg region organization of medical support training of citizens for military service. In the article results of questioning on studying of opinion of 1023 recruits at the age from 18 till 26 years and 323 doctors – the experts working as a part of the invocatory commissions of municipal unions of the Orenburg region about the organization of medical maintenance of preparation of citizens to military service, including preventive medical inspections, medical-improving actions, supervision of young men and physical examination in the invocatory commissions where the validity category to military service is defined are presented.*

*К е у в о р д с: the recruit, the doctor-expert, physical examination, military service.*

В последние годы в стране приоритетной задачей, стоящей перед национальной системой здравоохранения, является повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению. Один из важных критериев оценки качества медицинской помощи – удовлетворенность населения [1, 2]. В определении, разработанном в Центральном НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития Российской Федерации, сказано, что «качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии» [4].

Принято выделять следующие характеристики качества медицинской помощи: профессиональная компетенция, доступность, результативность, межличностные взаимоотношения, эффективность, непрерывность, безопасность, удобство, удовлетворенность [4].

В настоящем исследовании принята попытка проанализировать на региональном уровне отдельные аспекты качества медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе. Для этого была

изучена удовлетворенность призывников, а также врачей, работающих в призывных комиссиях муниципальных образований Оренбургской области, организацией медицинского обеспечения подготовки граждан к службе в Вооруженных Силах.

При составлении анкет использовали рекомендации академика РАМН А.В. Решетникова (2003 г.), которым предложено изучать мнение респондентов о качестве медицинских услуг с помощью оценки комплекса следующих характеристик: достаточность объема предоставляемых медицинских услуг, отношение персонала к пациентам, условия получения медицинской помощи (санитарно-гигиенические, сервисные и т. д.), профессиональные характеристики персонала, организация и порядок работы отделений и специалистов, состояние лекарственного обеспечения лечебно-диагностического процесса и др. [3].

В начале исследования качество медицинской подготовки граждан к военной службе было предложено оценить самим призывникам. Для этого использовали специально разработанную анкету.

В анкетировании приняли участие 1023 призывника в возрасте 18–26 лет, проживающих на территории Оренбургской области.



© А.А.ВОРОНА, 2011  
УДК 613.67

# Влияние состояния здоровья военнослужащих на сплоченность воинских подразделений

ВОРОНА А.А., заслуженный деятель науки РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке

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

*Vorona A.A. — The impact of health personnel at the cohesion of military units. It is shown that in military units sociometric status of troops largely determined by the frequency of diseases in the following classes of diseases: mental and behavioral disorders (Grade 7), diseases of the eye (Grade 7), diseases of the ear and mastoid process (Grade 8) and diseases of the digestive system (Grade 11). Therefore, prevention efforts on these types of diseases will help to create cohesive military units, but it rebuets presence in the military link of the medical service of specialists.*

*К е у w o r d s: sociometric status of military personnel, mental disorders, diseases of the eye, ear, mastoid, digestive organs.*

Обследование выпускников, проведенное в процессе медико-психологического сопровождения учебного процесса в одном из высших учебных заведений МО РФ, выявило около 25% лиц с которыми, по мнению сослуживцев, нежелательно совместное выполнение служебных обязанностей и проведение свободного времени. По нашему мнению, данный факт свидетельствует о том, что достаточно большое число курсантов в процессе 5-летнего обучения не смогло социально приспособиться ни к окружающему коллективу, ни к требованиям военной службы. Между тем проводимое реформирование армии предполагает, что ее основой станут части и соединения постоянной готовности. Как показывает практика применения спецподразделений, которые с полным основанием могут служить прообразом таких формирований, успешность и эффективность их действий в боевой обстановке во многом определяется уровнем сплоченности, основанной как на высоком профессионализме каждого бойца, так и на чувстве доверия к сослуживцам («чувстве локтя»). Вряд ли следует ждать высокой

сплоченности в подразделениях, в которых будут военнослужащие с низким уровнем доверия со стороны других членов коллектива.

Возникает закономерный вопрос: «Отчего четверть курсантов при проведении социометрического обследования была оценена сослуживцами как наименее приемлемая для совместной работы (службы, учебы), отдыха и занятий спортом, т. е. получила низкий социометрический статус?»

Для ответа на этот вопрос был проведен сравнительный анализ данных о заболеваемости и успеваемости курсантов с низким социометрическим статусом (2-я группа) и их однокурсников (1-я группа) в процессе прохождения программы обучения. Он позволил выявить целый ряд интересных закономерностей.

Оказалось, что в группе курсантов с низким социометрическим статусом заболеваемость была на 10,7% выше ( $p < 0,05$ ), чем у их сослуживцев. Изучение структуры заболеваемости позволило установить, что они по сравнению с остальными курсантами чаще болеют болезнями органов пищеварения, психи-





© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК 616-001-031.14-085.816:616.231-089.86

## Трахеостомия при длительной искусственной вентиляции легких у пострадавших с политравмой

САМОХВАЛОВ И.М., профессор, полковник медицинской службы запаса  
ГАВРИЛИН С.В., профессор  
БАДАЛОВ В.И., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
НЕДОМОЛКИН С.В., подполковник медицинской службы  
МЕШАКОВ Д.П., кандидат медицинских наук  
ХРАПОВ К.Н., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
ВАСИЛЬЕВ М.А., полковник медицинской службы

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

*Samokhvalov I.M., Gavrilin S.V., Badalov V. I., Nedomolkin S.V., Meshakov D.P., Khrapov K.N., Vasilyev M.A. — Tracheostomy in the process of prolonged artificial pulmonary ventilation in patients with polytrauma. One of modern tendencies of carrying out long ALV of patients with polytrauma is application of «early» tracheostomy. Thus optimum terms of «early» tracheostomy are defined indistinctly and vary from 2 to 10 days from beginning of ALV. It is established that at predicted long ALV of patients with polytrauma optimum terms of tracheostomy performance is the second period of traumatic illness (12–48 hours from the moment of getting trauma). Tracheostomy, executed for patients with polytrauma for the purpose of maintenance long ALV in early terms, promotes improvement of gases diffusion, microcirculation in lungs, improvement of system of external breath as a whole and it is accompanied by decrease in frequency of development life danger infectious «pulmonary» complications and lethality reduction.*

*Key words: tracheostomy, polytrauma, infectious complications.*

Длительная, продолжительностью более 24 ч, искусственная вентиляция легких (ИВЛ) — одна из важнейших составляющих реаниматологической помощи пострадавшим с политравмой. Нуждаемость в ее проведении у данного контингента пациентов достигает 46,1%, а при сочетании тяжелой черепно-мозговой травмы с тяжелым повреждением груди — 100% [1]. Одной из современных тенденций проведения длительной ИВЛ является применение «ранней» трахеостомии (ТС), что сопровождается снижением летальности и сроков лечения в отделениях интенсивной терапии [4, 5]. При этом оптимальные сроки «ранней» ТС определяются нечетко и варьируют от 2 до 10 сут от начала ИВЛ [3].

### Цель исследования

Определение оптимальных сроков выполнения ТС у пострадавших с политравмой и оценка ее влияния на сис-

тему внешнего дыхания и течение травматической болезни в целом.

### Материал и методы

Из 122 пострадавших с наиболее прогностически неблагоприятным сочетанием повреждений — ушибом головного мозга тяжелой степени и тяжелой травмой груди было сформировано два массива наблюдений. Массив № 1 — ретроспективный ( $n=46$ ) — составили пациенты, находившиеся на лечении в клинике военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М.Кирова в 2002–2006 гг. В массив № 2 — проспективный ( $n=76$ ) — вошли больные, которым была оказана помощь в том же лечебном учреждении в 2007–2011 гг. Достоверных различий по возрасту, тяжести полученных повреждений, тяжести состояния при поступлении в стационар между пациентами обоих массивов не было. Характеристика обоих массивов представлена в табл. 1.



ности, но и более ранними сроками развития тяжелого сепсиса с наступлением летального исхода. Данное обстоятельство и обусловило отсутствие достоверных различий между массивами по длительности ИВЛ и срокам лечения в отделении интенсивной терапии.

## ВЫВОДЫ

1. При прогнозируемой длительной ИВЛ у пострадавших с политравмой оптимальный срок выполнения трахео-

стомии – второй период травматической болезни (период относительной стабилизации жизненно важных функций, 12–48 ч от момента травмы).

2. «Ранняя» трахеостомия у пострадавших с политравмой, выполненная с целью обеспечения длительной ИВЛ, способствует улучшению диффузии газов, микроциркуляции крови в легких, состояния системы внешнего дыхания в целом и сопровождается снижением частоты развития инфекционных «легочных» осложнений и уменьшением летальности.

## Литература

1. Мешаков Д.П. Показания и противопоказания к продленной и длительной искусственной вентиляции легких у раненых и пострадавших: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2005. – 23 с.  
2. Самохвалов И.М., Шеголев А.В., Гаврилин С.В. Ранняя диагностика вариантов течения травматической болезни у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой головы и груди // Матер. XII съезда Федерации анестезиологов и реаниматологов. – М., 2010. – С. 390.

3. Brook A., Sherman G., Malen J., Kollef M. Early versus tracheostomy in patients who require prolonged mechanical ventilation // Am. J. Crit. Care. – 2000. – Vol. 9, N 2. – P. 352–359.  
4. Dunham C., Ransom K. Assessment of early tracheostomy in trauma patients: a systematic review and meta-analysis // Am. Surg. – 2006. – Vol. 72, N 2. – P. 276–281.  
5. Rumbak M., Newton M., Truncale T. A prospective, randomized, study comparing early percutaneous dilation tracheostomy to prolonged translaryngeal intubation in critically ill medical patient // Crit. Care Med. – 2004. – Vol. 32, N 1. – P. 1689–1694.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК 616-006.488-089

# Значение сосудистой хирургии и патоморфологии в лечении парасимпатических хемодектом

ЗЕЛЕНОВ Г.Г., кандидат медицинских наук<sup>1</sup>  
КОЛОКОЛЬЧИКОВА Е.Г., доктор биологических наук<sup>2</sup>  
НАУМЕНКО Э.В., подполковник медицинской службы<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Российский государственный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва; <sup>2</sup>НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Москва; <sup>3</sup>Филиал № 4 ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, г. Краснознаменск, Московская область

*Zelenov G.G., Kolocolchikova E.G., Naumenko E.V. – The importance of vascular surgery and path morphology in therapy of parasympathetic chemodectomas. Was closely studied the material of 28 extracted chemodectomas. On the basis of modern methods of morphological investigation (histological, electronic-microscopic methods) were ascertained criterions of their malignant nature; for the first time was described the phenomenon of vessels overgrowing.*

*Key words: brachiocephalic arteries chemodectoma, histology, vascular surgery, algorithm of therapy.*

В настоящее время возрастает роль сосудистой хирургии в лечении ряда заболеваний, особенно в области онкологии. Это связано не только с новыми технологическими и диагностическими

возможностями, но и с появлением работ морфологического плана. Взаимодействие хирургов и морфологов, как правило, всегда приносило хорошие результаты, что, по-видимому, связано



с базированием их на стыке наук (функция — структура).

Обширная литература по эндокринно-клеточным опухолям вообще и по хемодектомам шеи в частности свидетельствует о большом интересе специалистов к проблеме диагностики и лечения этих новообразований [4].

Патологические процессы, сопряженные с окклюдующим поражением брахиоцефальных артерий или их ветвей, проявляются многообразными клиническими синдромами, для каждого из которых характерна та или иная степень недостаточности артериального кровоснабжения головного мозга или верхних конечностей. В основе стеноза или окклюзии артерий лежит чаще всего атеросклероз, особенно у мужчин старше 40 лет, реже — неспецифический аортоартериит, преимущественно у женщин моложе 30 лет, или экстравазальная компрессия, иногда фиброзно-мышечная дисплазия или висцеральный сифилис, патологическое удлинение или извитость сосудов.

Клиническое течение патологического процесса зависит от локализации и степени сосудистого поражения, темпов его развития, уровня системного артериального давления и состояния коллатерального русла. Наиболее важным механизмом компенсации при поражении брахиоцефальных артерий служит коллатеральное кровообращение. В данном сосудистом бассейне оно представлено уникальной системой, включающей в себя артериальный круг большого мозга (Виллизиев круг) и анастомозы между интра- и экстракраниальными артериями. Нормально сформированный Виллизиев круг обеспечивает более или менее адекватное кровоснабжение головного мозга, требующее для своего функционирования до 20% минутного объема крови, при множественных стенозах и даже окклюзиях магистральных артерий, но лишь при условии медленного развития патологического процесса [2].

Парасимпатические параганглиомы (хемодектомы) шеи являются достаточно редкими опухолями, однако, как правило, прорастая наружную и внутреннюю

сонные артерии, они создают дополнительные трудности для хирургов при их удалении. Это обстоятельство не только увеличивает риск операции и ухудшает прогноз, но и заставляет прибегать к помощи сосудистых хирургов, тогда как факт прорастания опухоли в основные магистральные сосуды до сих пор вызывает дискуссии и не имеет единого мнения [1, 7] (см. рисунок).

### Цель исследования

На примере каротидных хемодектом с помощью гистологических методик раскрыть структурные моменты этого явления, показать их особенности и на их основе выработать алгоритм хирургического лечения этих опухолей в условиях военного госпиталя. Работ, посвященных этому вопросу, практически недостаточно.

### Материал и методы

Исследован операционный материал, полученный от 28 больных с парасимпатическими параганглиомами. Возраст пациентов составил 20–60 лет с соотношением мужчин и женщин 1:3.

Большинство удаленных хемодектом локализовалось в зоне бифуркации общей сонной артерии на наружную и внутреннюю, т. е. в месте локализации каротидного гломуса. Такие хемодектомы принято называть каротидными. Все удаленные новообразования тщательно изучены визуально. При этом особое внимание уделено взаимоотношению опухолевой ткани с сосудистыми и нервными образованиями данной области.

Для гистологического исследования вырезали пластины опухоли по ее наибольшему диаметру, которые использовали для изготовления гистотопограмм. В случае необходимости решения вопроса о взаимоотношении опухолевой ткани с магистральными сосудами пластину для гистотопограмм вырезали таким образом, чтобы можно было получить поперечный срез исследуемых сосудов. Материал после фиксации в 10% нейтральном формалине и обезвоживания в спиртах окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизону, ставили ШК-реакцию.



дектомах шеи не только спаяны с новообразованием, но, как правило, находятся в толще его, что свидетельствует, по мнению ряда авторов, об экспансивном росте опухоли [6, 7].

При гистологическом исследовании видно, что адвентиция артерий отсутствует и опухолевые клетки прилежат к гипертрофированной мышечной оболочке артерии или напрямую смыкаются с ней, что свидетельствует об инфильтрирующем росте опухоли. В отличие от магист-

ральных сосудов в более мелких артериях с более тонкой стенкой опухолевая ткань прорастает также мышечную оболочку и интиму вплоть до эндотелиальной выстилки. При исследовании полутонких срезов инвазия опухолевых клеток в еще более мелкие кровеносные сосуды видна повсеместно. При этом опухолевые клетки хемодектомы, разрушая стенку кровеносных сосудов, проникают в их просвет (карцинемия), что является предпосылкой к метастазированию [3].

### Литература

1. Атанасян А.А. Хемодектомы. — М.: Медицина, 1967. — С. 91.
2. Евдокимов А.Г., Тополянский В.Д. Болезни артерий и вен. Справочное руководство для практического врача. — М. — 2001. — С. 45.
3. Зеленев Г.Г., Шеголев А.И., Колокольникова Е.Г. Ультраструктурная характеристика хемодектом // БЭМБ, Наука, 2008. — № 2. — С. 229–234.
4. Митякин Е.Г., Дан В.Н., Шубин А.А. и др.

Параганглиома шеи (хемодектома). — М.: Вердана, 2005. — С. 200.

5. Пальцин А.А. Микроскопическая техника. — М., 1996. — С. 253–283.

6. Скуба Н.Д., Шеголев А.И., Зеленев Г.Г. и др. Гистологические варианты парасимпатических параганглиом (хемодектом) шеи и морфологические критерии их злокачественности // Архив патологии. — 2004. — № 3. — С. 8–12.

7. Фалилеев Г.В. Опухоли шеи. — М.: Медицина, 1978. — С. 168.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК 617.7-007.681-08

## Принципы лечения начальной стадии глаукомы: хирургия против терапии (Обзор литературы)

КУРОЕДОВ А.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы<sup>1</sup>  
БРЕЖНЕВ А.Ю., кандидат медицинских наук<sup>2</sup>  
АЛЕКСАНДРОВ А.С., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса<sup>1</sup>  
ОГОРОДНИКОВА В.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>2-й Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыки, Москва; <sup>2</sup>Курский государственный медицинский университет

*Kuroyedov A.V., Brezhnev A.Yu., Alexandrov A.S., Ogorodnikova V.Yu. — Principles of treatment of early stage glaucoma: Surgery vs. Therapy (Review of literature). Swift development of ophthalmopharmacology in last years has led to loss of starting positions surgery in glaucoma treatment, especially in early stage. Medical therapy is considered safer and not less effective in spite of problems of compliance, intolerance to hypotensive drugs in some patients with ocular surface diseases and less significant reduction of baseline intraocular pressure. There are many glaucoma guidelines refer to this data which led to significant decrease of proportions of surgery. Whether such an approach is applicable in all cases?*

*Key words: glaucoma, intraocular pressure, surgery, topical hypotensive therapy.*

Большинство офтальмологов считают целесообразным применение комплексного подхода при лечении больных глаукомой, позволяющего дифференцированно оценивать объем необходимого

диагностического поиска и мониторинга, применения лекарственных препаратов и хирургических пособий [6, 14, 20, 24, 46]. Это обусловлено характером течения заболевания и неуклонным увеличением



числа лиц с диагностированной глаукомой разных стадий, наблюдаемыми в течение последних 30 лет [5, 21].

Проблема хирургического лечения первичной глаукомы далеко не нова, но ей суждено, по-видимому, еще долго служить предметом научных дискуссий, в т. ч. и вследствие развития диагностических технологий, фармацевтического рынка и совершенствования техники операций. Действительно, конечная цель лечения пациентов с *первичной открытоугольной глаукомой* (ПОУГ) очевидна: это стабилизация глаукоматозного процесса и предотвращение слепоты. Очевидна и непосредственная цель лечения – нормализация уровня офтальмотонуса. Между тем также известно, что так называемая нормализация уровня *внутриглазного давления* (ВГД) не всегда останавливает прогрессирующий распад зрительных функций.

Нечеткое разграничение между целью желаемой и целью реальной во многом объясняет борьбу мнений о роли хирургических и терапевтических методов в лечении глаукомы. Продолжительное время считалось и остается приоритетным положение, что глаукома – это «хирургическое» заболевание, а оперативное лечение наиболее целесообразно проводить именно в начальной стадии болезни.

В то же время не утихает спор относительно определения показаний к хирургическому лечению. Еще академик М.И.Авербах отмечал, что «не леченная глаукома обязательно кончается слепотой; то, что больной успел потерять к моменту поступления в руки врача – невосвратимо и не может восстановиться ни при каких обстоятельствах; *и, наконец, что всякое вмешательство, будет ли оно консервативным или хирургическим, тем эффективнее, чем раньше применено*» [1].

Не отрицая очевидных успехов хирургического лечения в начальной стадии заболевания, следует отметить, что именно у этой группы больных консервативное лечение также до определенного периода оказывается эффективным [11]. Успехи офтальмофармакологии и относительная неудовлетворенность части

офтальмологов хирургическим лечением позволяют по-новому взглянуть на эту проблему [10].

Прежде всего, ответим на вопрос: что можно считать «идеальным» способом лечения? Очевидно, что он должен: 1) обеспечивать эффективное и продолжительное снижение и поддержание уровня ВГД с минимальными значениями его суточных колебаний, способствующее стабилизации зрительных функций; 2) обладать незначительными местными и системными побочными эффектами и осложнениями; 3) иметь удобный и простой режим дозирования, т. е. обладать высокой степенью комплаентности; 4) быть экономически обоснованным.

В настоящее время в арсенале офтальмологов имеется широкий спектр антиглаукомных препаратов различных групп: бета-адреноблокаторы, ингибиторы карбоангидразы, холино- и симпатомиметики, аналоги простагландинов и их всевозможные комбинации. Относительный гипотензивный эффект большинства из них колеблется на уровне понижения офтальмотонуса на 15–25% от исходного, что не позволяет достигнуть пресловутого «30%-ного порога» снижения уровня ВГД, обеспечивающего в большинстве случаев стабилизацию глаукомного процесса [13, 15, 20, 24].

Согласно результатам многочисленных исследований, лишь одна группа лекарственных средств при монотерапии (аналоги простагландинов и простамида) способна соответствовать вышеуказанному критерию. Однако и их применение зачастую ограничено, когда дело касается конкретных клинических наблюдений. Установлено, что почти у 20% глаукомных больных терапия препаратами простагландинового ряда неэффективна в силу ряда причин и они нуждаются в дополнительном гипотензивном лечении уже после первого года применения препаратов данной группы [28].

Например, по данным Р.А.Netland и соавт. (2001), доля больных, у которых при использовании аналогов простагландинов удалось достигнуть 30%-ного снижения офтальмотонуса по сравнению с исходным, или уровня ВГД <17 мм рт. ст., не превысила 55% при аналогичном по-





## Профилактика рецидивов доброкачественных новообразований яичников у женщин репродуктивного возраста после urgentных операций

ДМИТРИШЕН Р.А., подполковник медицинской службы<sup>1</sup>  
ЦЫГАН В.Н., профессор, полковник медицинской службы запаса<sup>2</sup>  
ДОЛГОВ Г.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>442-й Окружной военный клинический госпиталь, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

*Dmitrishen R.A., Tsygan V.N., Dolgov G.V. — Prevention of recurrence of benign ovarian tumors in women of reproductive age after urgent operations. A comprehensive analysis of the survey and emergency surgical treatment 152 troops of women of reproductive age for benign tumors and tumor-like formations of ovaries, who applied to gynecological otdeleniya garrison military hospitals in the Far East region from 1999 to 2009 is made. For patients characterized by the predominance of ovarian tumor formation in 65,1% of benign ovarian tumors (34,9%). In patients of reproductive age undergoing surgery for benign ovarian tumors implementation of the proposed rehabilitation system allows you to restore reproductive function in 37,5% of cases for 1 year after surgery and recurrence of ovarian neoplasms during the observation period of 2 years.*

*Key words: benign ovarian tumors, surgical treatment of gynecological diseases among female soldiers.*

Частота доброкачественных новообразований яичников (ДНЯ) составляет 75–94% всех истинных опухолей яичников, пограничных опухолей – 8–12% и рака яичников – 4–6% [2–4].

Термин «доброкачественное новообразование яичника» является собирательным понятием, куда относятся доброкачественные опухоли яичников (ДОЯ) и ретенционные опухолевидные образования яичников (ООЯ), разнообразные по своему гистологическому строению [2, 3, 5].

Основным методом лечения новообразований яичников служит хирургический [1–3, 7]. В Российской Федерации операции по поводу доброкачественных новообразований яичников в 48–64% случаев проводятся у женщин репродуктивного возраста [2, 3], при этом частота urgentных вмешательств доходит до 27,3%, а частота рецидивов – до 29,5% [4, 7].

Особую актуальность эта проблема приобретает в формате реализации национального проекта «Здоровье» для военнослужащих-женщин (ВЖ), т. к. в отда-

ленных гарнизонах они не всегда имеют возможность получить адекватные реабилитационные мероприятия для восстановления специфических функций женского организма и профилактики рецидивов ДНЯ [6].

Литература, посвященная лечению ДНЯ, обширна, однако значительная ее часть касается вопросов этиологии, патогенеза, закономерностей адаптации женского организма при плановом хирургическом лечении и только отдельные работы посвящены профилактике рецидивов ДНЯ [2, 7].

Вместе с тем исследований по профилактике рецидивов в доступной литературе нет. Это требует разработки системы эффективной реабилитации пациенток после urgentного хирургического лечения ДНЯ и их профилактики.

### Цель исследования

На основе создания системы реабилитации больных после urgentных операций по поводу доброкачественных новообразований яичников улучшить профилактику их рецидивов.



© А.Б. БЕЛОВ, П.И. ОГАРКОВ, 2011  
УДК 616.98-057.36-036.22

## Перспективы снижения заболеваемости военнослужащих воздушно-капельными инфекциями, не управляемыми средствами вакцинопрофилактики

БЕЛОВ А.Б., заслуженный работник высшей школы РФ, доцент,  
полковник медицинской службы в отставке  
ОГАРКОВ П.И., профессор, полковник медицинской службы запаса

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

*Belov A.B., Ogarkov P.I. — Prospects for reducing the incidence of military air-borne infections which are not controllable by means of vaccination. Examines the state of immunization by means of uncontrolled disease vaccine (influenza, SARS, pneumonia, streptococcal and meningococcal infections). They cause disease in both children and adolescents, as well as in organized collectives of adults, especially among conscripts. Calendars vaccination of the population and soldiers regulate immunization risk of epidemic indications against influenza, and partly against meningococcal infection; gradually introduced to the troops Immunoprophylaxis of pneumococcal pneumonia. Not solved the problem of immunization of adenovirus and streptococcal infections in military personnel. Discussed ways to improve your calendar vaccination of military personnel on extended epidemic indications against the mentioned diseases.*

*К е у w o r d s: military collectives, uncontrolled airborne infections, epidemiology and specific prophylaxis.*

Инфекции с аэрозольным механизмом передачи относятся к потенциально управляемым средствами иммунопрофилактики, поскольку при массовом и рациональном применении эффективных вакцин может быть достигнуто снижение заболеваемости населения вплоть до стойкого спорадического уровня. Благодаря многолетней успешной иммунопрофилактике живыми вакцинами и анатоксинами с тотальным охватом детей, а затем и подростков такие болезни, как дифтерия, корь, эпидемический паротит, краснуха, ветряная оспа, теперь редко возникают у младшего поколения, но продолжают регистрироваться у взрослых. Вследствие «повзреления» заболеваемости их перестали считать сугубо «детскими». Однако некоторые воздушно-капельные инфекции (ВКИ) продолжают вызывать массовую заболеваемость как у детей и подростков, так и у взрослого населения, обуславливая огромный социально-экономический ущерб. Это связано с недостаточной эф-

фективностью соответствующих вакцин или с их отсутствием, а также с неполным охватом прививками детей и подростков уже имеющимися препаратами. Речь идет об иммунопрофилактике гриппа, острых респираторных инфекций негриппозной этиологии (ОРИ), внебольничных пневмоний, стрептококковой и менингококковой инфекций, по-прежнему весьма актуальных для населения и воинских контингентов.

Недостаточная эффективность препаратов для профилактики некоторых из упомянутых инфекций сопряжена не только с технологическими проблемами разработки вакцин и гетерогенностью иммунного ответа людей на природные и искусственные антигены. Неоднородность и динамика антигенной структуры циркулирующих возбудителей, изменчивость их свойств в ходе эпидемического процесса или под давлением вакцинального иммунитета привитых людей обеспечивают сохранение эпидемических вариантов среди населения, и прежде все-



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК 613.693

## Классификации влияния последствий катапультирования на профессиональное здоровье летного состава

МОИСЕЕВ Ю.Б., профессор, полковник медицинской службы запаса  
ЛОЗБИН А.С., кандидат технических наук, подполковник запаса  
СТРАХОВ А.Ю., подполковник медицинской службы

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

*Moiseev Yu.B., Lozbin A.S., Strakhov A.Yu. – The classification of the bailout for the professional health of flight personnel. The paper considers existing approaches to the classification of outcomes of emergency egress the aircraft. The existing classification of time-related manifestations of the outcome of the bailout supplemented with clause «immediate consequences bailout.» The analysis of the effects of aircraft emergency escape for the pilot's health, special attention is paid to long-term consequences, their impact on professional practice.*

*К е у в о р д с: consequences of the bailout, occupational health, emergency escape airplane.*

Необходимость более полной оценки ущерба, наносимого авиации повреждениями летного состава, сопровождающимися вынужденные аварийные покидания самолетов в полете, глубокого понимания патофизиологии расстройств здоровья, разработки эффективных мер их профилактики, а также обоснования лечебно-восстановительных мероприятий требуют разработки развернутой классификации медицинских последствий вынужденных катапультирований.

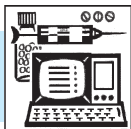
Рабочая классификация исходов аварийного покидания самолета строится на нескольких методологических подходах.

Первый подход основан на влиянии факторов катапультирования на профессиональную составляющую здоровья летчика. Она отражает влияние того или иного повреждения на трудопотери травмированного летчика. Под трудопотери понимается срок, на который летчик полностью отстраняется от полетов, и включает время, необходимое для обследования, лечения и реабилитации. Необходимость такой классификации вызвана тем, что клиническая тяжесть по-

вреждения не всегда коррелирует с его последствиями для летной работы. Предлагаемый подход отражает один из важнейших аспектов влияния профессионально обусловленной травмы на профессиональное здоровье члена экипажа самолета. Такая классификация была предложена нами ранее. При ее разработке использовались руководящие документы, регламентирующие допуск летного состава по состоянию здоровья к полетам. В таблице представлены основные ее характеристики.

Второй подход состоит в делении нарушений здоровья по видам повреждений (см. рисунок).

Все травмы подразделяются на соматические (повреждения различных органов) и психические (расстройства психики летчика). Соматические повреждения представлены ушибами, ссадинами, гематомами, ожогами, вывихами, переломами и т. д. К психическим нарушениям, возникшим у летного состава под влиянием аварийного покидания самолета, относятся в первую очередь различные проявления постстрессовых травматических расстройств.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК 615.47

## Применение прогрессивных конструкторских подходов к созданию ящиков медицинских укладочных для современных функциональных комплектов медицинского имущества

БЕЛЕВИТИН А.Б., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы<sup>1,2</sup>  
МИРОШНИЧЕНКО Ю.В., заслуженный работник здравоохранения РФ, профессор,  
полковник медицинской службы запаса<sup>2</sup>  
МИЛЯЕВ А.В.<sup>3</sup>  
КУРИННОЙ Е.Д.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Главное военно-медицинское управление МО РФ, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; <sup>3</sup>ООО «Специальная медицинская техника», Санкт-Петербург

*Belevitin A.B., Miroshnichenko Yu.V., Milyaev A.V., Kurinnoy E.D. – Advanced of progressive design approaches to produce Medical Packaging Boxes for modern Functional Complete Sets of Medical Property. New types of medical packaging boxes represent collapsible products based on solid metal pieces and flat polymeric panels with stiffening ribs. They allow to implement the advanced methods of medical property storage and correspond to the standards of modern container-transporting system. They have high reparability level and insignificant own weight. The main elements and junctions can be interchanged as well as the whole box can be transformed into field medical furniture.*

*К е у w o r d s: Medical Packaging Boxes, metal pieces and flat polymeric panels, standards of modern container-transporting system, transformed into field medical furniture.*

В последнее время создание современного комплектно-табельного оснащения (КТО) войскового звена медицинской службы, и в первую очередь комплектов медицинского имущества (МИ), рассматривается как одно из важнейших направлений деятельности медицинской службы Вооруженных Сил [1, 2, 4, 6].

Вместе с тем время развертывания этапов медицинской эвакуации и их подготовка к проведению комплекса лечебно-эвакуационных и других медицинских мероприятий во многом зависят от потребительских и иных свойств средств упаковки и хранения комплектов МИ. Эти средства должны обладать надежными защитными свойствами (быть пыле- и влагозащищенными, защищенными от проникновения радиоактивных и отравляющих веществ, бактериальных аэрозолей), а также изготавливаться из материалов, позволяющих проводить их дезактивацию, дегазацию, дезинфекцию.

Традиционно для хранения и транспортирования комплектов МИ используются ящики медицинские укладочные (ЯМУ).

Опыт применения укладочной тары для комплектов МИ. Конструкция ЯМУ впервые разрабатывается перед началом Великой Отечественной войны, когда начинается массовое формирование функциональных комплектов МИ [4]. Нормативно-техническая документация на ЯМУ, используемые в настоящее время медицинской службой ВС, не пересматривалась более 30 лет и не имеет принципиальных отличий от ранее действовавшей [2, 6, 7]. В соответствии с ГОСТ 22972-78, «Ящики медицинские укладочные. Общие технические условия»<sup>1</sup> для большей части функциональных комплектов МИ предусмотрены следующие типы ЯМУ:

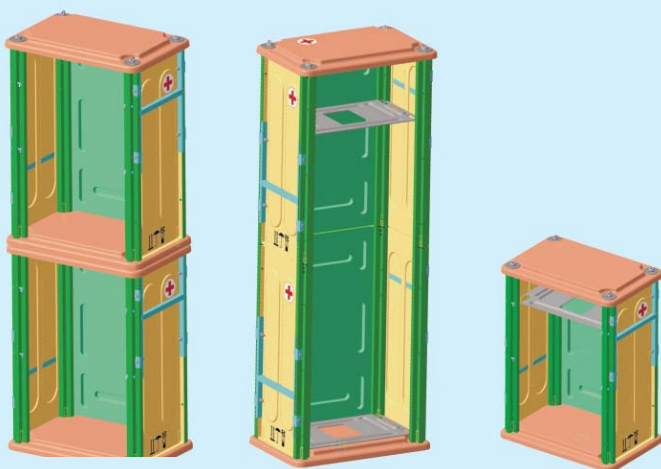
<sup>1</sup>В настоящее время не действует.

## Применение прогрессивных конструкторских подходов к созданию ящиков медицинских укладочных



Внешний вид ящиков медицинских укладочных (ЯМУ) для современных функциональных комплектов медицинского имущества войскового звена медицинской службы

Трансформация ЯМУ в полевую медицинскую мебель

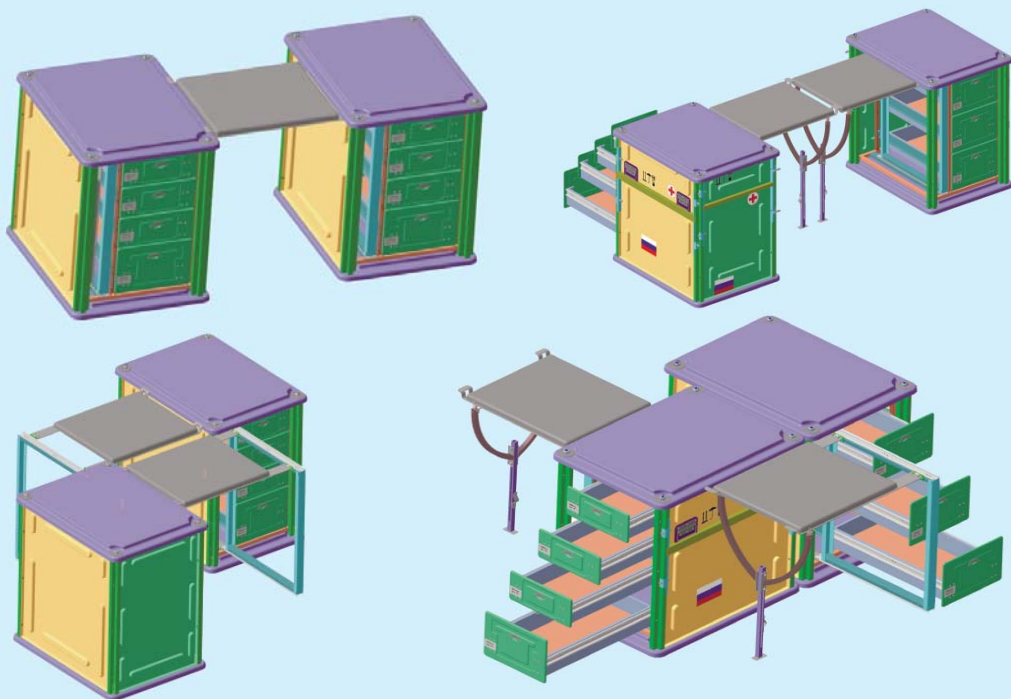


Использование ЯМУ № 1 в качестве стола моноблочного типа

*Материал об укладочной таре для функциональных комплектов медицинского имущества опубликован в рубрике «Военная фармация и медицинская техника»*



## Применение прогрессивных конструкторских подходов к созданию ящиков медицинских укладочных



Создание многофункциональных столов медицинских из ЯМУ

Размещение дистиллятора в ЯМУ



Упаковка медицинского имущества в чехлы-укладки



ЯМУ № 1 с вынимающимися поддонами-вкладышами





**Угроза заражения вирусом лихорадки Западного Нила для солдат и доноров крови бундесвера, а также автохтонное проявление вируса в Германии (Gefährdung durch West Nil Fieber bei Soldaten und Blutspendern der Bundeswehr sowie autochthones Vorkommen in Deutschland).** — *A.C.Jager, G.Dobler, M.Faulde.* — Wehrmedizinische Monatsschrift. — 2009. — Hf. 4. — S. 105–110 (нем.)

Во время разлива Одера в 1997 г. вирус лихорадки Западного Нила (ЛЗН) выявлялся среди людей и комаров в регионе Моравия (Чешская Республика). Под эпидемическую угрозу распространения ЛЗН попадали регионы, затронутые приливом Одера в Польше и Германии, а также регионы от Голландии до Швеции. Чтобы дать оценку вероятности угрозы заражения вирусом ЛЗН для солдат и доноров бундесвера, а также возможного распространения вируса в Германии, на наличие вируса ЛЗН были исследованы 2225 сывороток крови доноров из Германии и 140 сывороток крови местного населения Кундуза в Афганистане (тест IgG ELISA с использованием иммунофлуоресцентной техники). Потребовались также дополнительные исследования сывороток крови на наличие вируса весенне-летнего менингоэнцефалита и тропической лихорадки из-за имею-

щейся крестообразной реакции при скрининге.

В итоге 387 сывороток крови (17,4%) показали положительный результат, 31 (1,4%) — спорно-положительный. 60 человек (14,4% от общего числа обследованных) сообщили в анкете, что они получали вакцинацию против FSME в течение последних 12 мес. У 2 человек (0,09%) выявлены антитела, которые были приобретены в результате пребывания за границей в эндемичных районах.

Полученные результаты свидетельствуют, что не следует опасаться распространения вируса ЛЗН в Германии. Вирус не представляет угрозы для солдат и доноров крови бундесвера. Противоположные результаты были получены в процессе исследования 22,1% сывороток крови афганских добровольцев из Кундуза. Очевидно, что для немецких солдат, находящихся в тех районах, вирус ЛЗН представляет опасность.

**Ренессанс сифилиса в немецких крупных городах (Die Renaissance der Syphilis in deutschen Grossstädten).** — *M.Fischer, R.M.Hagen, R.Muller, D.Reinel.* — Wehrmedizinische Monatsschrift. — 2009. — Hf. 7. — S. 177–185 (нем.)

В статье подробно говорится о клинических проявлениях, диагностике и эпидемиологии сифилиса. Препараты пенициллина в различных лекарственных формах по-прежнему остаются средствами первого выбора при лечении. Согласно рекомендациям ВОЗ этот препарат играет главную роль в терапии сифилиса.

После Второй мировой войны сифилис перестал представлять угрозу здоровью на-

селения Германии. Однако с 2000 г. число заболевших снова стало расти, к 2004 г. было зарегистрировано уже около 3500 случаев. Среди эпидемических очагов сифилиса оказались такие крупные города, как Берлин, Гамбург, Франкфурт и Кёльн. Сегодня до 90% новых случаев встречаются у мужчин, 77% из них заразились вследствие гомосексуальных контактов.

**Трансфиксация пяточной кости при смещении таранной кости и субтаранного сустава (Talocalcaneal transfixation in total dislocation of the talus and subtalar dislocations).** — *Pavljic R.* — Military Medicine. — 2009. — N 3. — P. 324–327 (англ.)

Представлено 4 клинических случая смещения пяточной кости. В одном из них имело место латеральное смещение пяточной кости, в остальных трех — закрытые смещения субтаранного сустава. Была произведена репозиция смещения и трансфиксация с помощью трех

спиц Киршнера, установленных в виде раскрытого веера, под телерентгенологическим контролем. Повторных случаев смещения или аваскулярного некроза не наблюдалось.

(Госпиталь университета  
Озиек, Хорватия)



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011  
УДК [614:355](091)«1941–1945»

## Санитарно-химическая защита в годы Великой Отечественной войны

ИМАНГУЛОВ Р.Г., профессор, полковник медицинской службы в отставке  
ГРЕБЕНЮК А.Н., профессор, полковник медицинской службы  
РЫБАЛКО В.М., профессор, полковник медицинской службы в отставке  
НОСОВ А.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы

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

*Imangulov R.G., Grebenyuk A.N., Rybalko V.M., Nosov A.V. — Sanitary and chemical protection during the Great Patriotic War. During the Great Patriotic War (1941–1945) there was a real danger of use by German armies of the chemical weapon against staff of Red Army. However German command didn't risked to go on conducting large-scale chemical war against the USSR that rescued from painful death millions person. A principal cause of this decision was well organized and technically provided system of antigas protection in Red Army, including precisely organized actions of sanitary-chemical protection, qualitative preparation of military doctors on these questions and presence at them effective antidotes and other means of treatment of injuries by fighting poison gases.*

*Key words: the Great Patriotic War, chemical weapon, poison gases, sanitary-chemical protection.*

Все годы Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.) существовала реальная опасность применения противником химического оружия против личного состава Красной Армии. Главное командование сухопутных войск фашистской Германии еще в 1937 г. так определило стратегию массового применения боевых *отравляющих веществ* (ОВ): «Мы не должны повторять ошибки мировой войны и применять новые ОВ разрозненно и в небольших количествах. Такие ОВ должны быть применены молниеносно, неожиданно, в решающем месте и на широком фронте».

К началу Второй мировой войны вермахт содержал в повышенной боевой готовности части и подразделения, которые были способны применять в больших объемах различные типы ОВ. На вооружении химических войск вермахта имелись авиабомбы, снаряды, мины различных калибров и химические фугасы, снаряженные ипритом, люизитом, фосгеном, дифосгеном, адамситом и др. Специальные машины могли

создать за короткое время обширные зоны заражения местности стойкими ОВ. Уже в ходе войны немецкая химическая промышленность освоила в значительных количествах производство самых высокотоксичных ОВ нервно-паралитического действия – табуна, зарина и зомана. О реальной возможности применения химического оружия свидетельствует тот факт, что после разгрома Германии в ее химических арсеналах было обнаружено более 300 тыс. тонн различных боевых ОВ.

Однако даже в самые критические периоды войны Германия не применила химическое оружие против СССР, несмотря на обладание всем этим запасом ОВ и необходимыми средствами их доставки. Немецкое командование не решилось на химическое нападение по причине наличия в Красной Армии хорошо организованной и технически обеспеченной системы противохимической защиты войск, а также из-за опасения получить возмездие таким же сокрушительным способом.



© Е.В. СТАРКОВА, С.А. КУКОВЯКИН, 2011  
УДК [614.2:355](091)«1941–1945»

## Из истории кировского эвакогоспиталя № 1322 в годы войны

СТАРКОВА Е.В.  
КУКОВЯКИН С.А., профессор

Кировская государственная медицинская академия

*Starkova E.V., Kukovyakin S.A. — From the history of the Kirov evacuation hospital N 1322 during the war. During the Great Patriotic War in Kirov Red Army soldiers provided specialized psychiatric care. 24 June 1942 on the basis of evacohospital N 1322 was organized by the psychiatric ward. This department carries out all necessary psychiatric care until November 1945.*

*К е у в о р д с: psychiatric care, psychoneurological department, evacohospital, Kirov area.*

Принятая в Великую Отечественную войну эшелонированная система лечебно-эвакуационных мероприятий предусматривала развертывание сети госпиталей в тылу страны. Потребовалась мобилизация сил и средств местных медицинских учреждений для их формирования и оказания необходимой помощи раненым и больным воинам Красной армии.

В Кирове был создан эвакогоспиталь № 1322, формирование которого началось 2 июня 1941 г. Для него были выделены 4 здания: в трех (школы № 6, 17 и 15) размещались медицинские отделения и лечебно-диагностические кабинеты, в четвертом здании (помещение нарсузда Сталинского района) — штаб госпиталя\*.

В соответствии с его предназначением эвакогоспиталь имел общехирургический профиль. В его составе было 6 медицинских отделений, кабинеты рентгеновский, зубоврачебный и физиотерапевтический, кабинет ЛФК, лаборатория, операционные и перевязочные.

В первый год существования госпиталя терапевтического отделения в нем не было, но пациенты данного профиля все же поступали. Среди таких пациентов было 27 неврологических и 36 психиатрических.

Изначально госпиталь был рассчитан на 600 коек, но постепенно его емкость увеличивалась и достигла к сентябрю-октябрю 1941 г. 800, а к февралю 1942 г. — 1000 коек.

Со второго полугодия 1942 г. контингент больных в госпитале меняется: организуются психиатрическое, а позднее и неврологическое отделения. Созданное 24 июня 1942 г. психиатрическое отделение имело емкость 180 коек и предназначалось для диагностики, лечения и экспертизы (судебной и военно-врачебной) раненых военнослужащих, страдающих психическими и резко выраженными пограничными заболеваниями.

Необходимость в организации этого отделения возникла в связи с переводом за город городской психиатрической больницы, где до этого оказывалась специализированная помощь воинам Красной армии.

Для психиатрического отделения госпиталя было выделено здание школы № 15, где до этого было хирургическое отделение. Двухэтажное здание с печным отоплением, с широкими оконными проемами, с неудобно расположенными санузлами и коридорами было не приспособлено для размещения душевнобольных.

К 1 июля на лечении было уже 71 человек. Из-за недостатка материалов приспособление отделения (установка перегородок, деревянных щитов к окнам, замков в дверях) шло медленно. Хотя в первые дни численность персонала была

\* Здесь и далее в настоящей работе использованы материалы Государственного архива Кировской области (ф. 2248, оп. 6, д. 272, л. 2, 6–9, 12, 13, 90, 91, 94–100, 121, 122, 171, 172).



Движение больных оставалось интенсивным, но врачи, несмотря на большую нагрузку в отделении, консультировали в других госпиталях, принимали больных, направляемых с пересыльного пункта, из военкоматов и частей гарнизона.

Отделение испытывало перебои с топливом, недостаток белья, постоянную неисправность санузлов. Его работу осложняла практика госпиталей отправлять в психиатрическое отделение всех нарушителей внутреннего порядка, т. е. тех, кто нуждался не в лечении, а в дисциплинарном воздействии.

Психоневрологическое отделение ликвидировали в ноябре 1945 г. Одни душевнобольные были выписаны домой, другие переведены в психолечебницы городов Котельнич и Киров, а неврологические больные — в нервное отделение хирургического корпуса.

Нервное отделение в здании школы № 17 было упразднено 5 октября 1945 г., но 15 октября было вновь развернуто на 40 коек и существовало до 20 декабря 1945 г. С закрытием психоневрологического отделения здание школы № 15 было изъято у госпиталя, осталось одно здание школы № 17, где помещались хирургические больные.

20 декабря 1945 г. эвакогоспиталь № 1322 расформировали, и в его здании был развернут протезно-ортопедический госпиталь для долечивания инвалидов войны.

Таким образом, в годы Великой Отечественной войны эвакогоспиталь № 1322 и его психиатрическое отделение достойно выполнили свои задачи. Бойцы и командиры Красной армии, страдающие психическими расстройствами, получали в нем полноценную медицинскую помощь.

© В.Г. ДАНЧЕНКО, 2011  
УДК [61:355](091)

## Истоки «мундирного» облика медиков русского флота в первой трети XVIII века

ДАНЧЕНКО В.Г., кандидат исторических наук

Государственный Эрмитаж, Санкт-Петербург

*Danchenko V.G. — Origins of the «coat» appearance of physicians of the Russian fleet in the first third of XVIII century. The article is devoted to the reconstruction of medical uniforms Russian navy first third of the 18th century. It can be assumed that doctors were in varying degrees, the senior officer's dress, but of course without the braid, although there are exceptions, which related to doctors willing to go to a more senior hypostasis. A number of documents of different structures gives rise to speak with a high probability that the doctors of different ranks, serving in the Marine units that had shaped dress that is largely consistent with their position in the hierarchy of ranks and received in the near future, its development.*

*К е у w o r d s: History of Military Medicine of Russia 18th century, a form of military medics.*

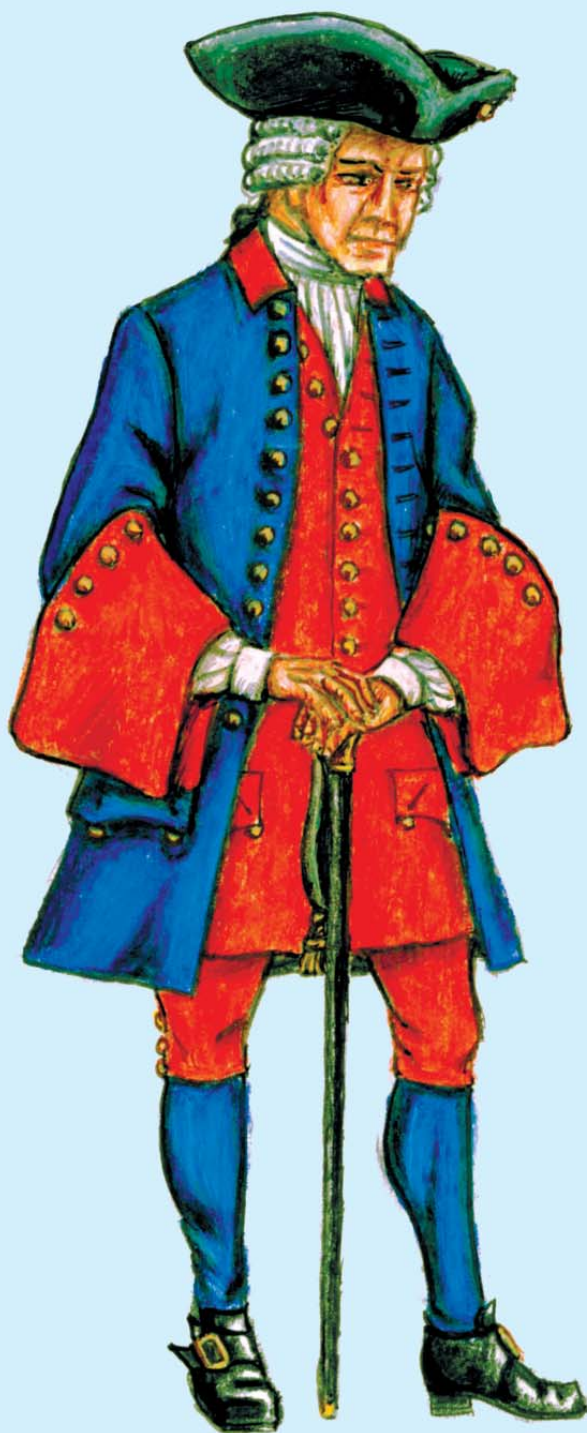
П ринято считать, что форменная одежда военных и морских врачей появилась не ранее времен Петра III и Екатерины II, чему действительно есть немало оснований. На первый взгляд, исходя из официальных документов того времени, вещевых табелей, расходных книг «магазинных», где хранилось и откуда поступало в войска и на корабли мундирное платье, медики разных званий, нахо-

дившиеся на службе в армии и на флоте, оказывались обделенными с точки зрения вещевого имущества. Они не считались строевыми чинами и потому не могли претендовать на форменную одежду (в т. ч. казенную) — им полагалось жалованье, на которое и следовало приобретать свой гардероб.

В этом смысле медики по своему положению напоминали офицеров, кото-



## Мундирный облик медиков русского флота в первой трети XVIII в.



sp. 2011.

Лекарь. Начало 1730-х гг. XVIII в. Иллюстрация-реконструкция [С.Л.Плотникова]

## Мундирный облик медиков русского флота в первой трети XVIII в.



Слева — лекарский ученик в бостроке, в центре — лекарь, справа — подлекарь. 1720-е гг. XVIII в.  
Иллюстрация-реконструкция [С.Л.Плотникова](#)



рые все же, в силу ряда объективных обстоятельств (особенно в гвардии), должны были покупать мундир определенного фасона в соответствии с приборным цветом полка (или другого подразделения). Армейские и флотские эскулапы формально были свободны в выборе. Однако реалии развития российских вооруженных сил в петровское время и несколько позднее были таковы, что многое из установленного и даже «Высочайше утвержденного» могло меняться в связи с разного рода обстоятельствами.

Затяжная Северная война 1700–1721 гг., отсутствие должного финансирования и, как следствие, нехватка сукна, красителей, нерадивость структур, отвечавших за вещевое снабжение, — все это приводило к изрядной неразберихе в том, что касалось снабжения войск, в т. ч. и форменной одеждой. В большей степени это относилось к флоту, строительство которого начиналось едва ли не с нуля. К его развитию были причастны многие административные структуры и должностные лица, — как результат, многие вопросы решались неоперативно и нерадиво, а зачастую и вообще откладывались до лучших времен. Основное внимание уделялось собственно строительству кораблей и судов, и всему с этим связанному, тогда как положение экипажей, их обеспечение во всем его многообразии волновало власти не в первую очередь. Отсюда и многочисленные издержки в том, что касалось одежды и экипировки плавсостава, хотя нельзя сказать, что его форменная одежда вообще отсутствовала. Даже в условиях войны на флот мундирное платье все же поступало.

Задача облегчалась тем, что на первых порах большая часть морских чинов петровского флота прибывала на корабли и суда из армии и долгое время донашивала солдатские и офицерские кафтаны, поярковые шляпы и «корпусы» (некое подобие гренадерских колпаков). Правда, уже в первые годы войны на флот стали поставлять «бостроки» — короткие, выше колен, куртки (в основном из Европы). Однако их было сравнительно немного —

чаще носились кафтаны разных цветов и отчасти фасонов. Флотские медики на этом фоне не стали исключением, попав в «мундирный водоворот», особенно с учетом их статуса в морской иерархии.

Первым медиком, ступившим на борт русского корабля, был голландский лекарь Иоганн Термонд, совершивший плавание на первенце русского флота «Орле», построенном в 1667–1669 гг.<sup>1</sup> Надо полагать, как и все иностранцы в это время, он резко выделялся своим внешним видом и был одет в традиционное «иноземное» платье. Аптекарский приказ не имел отношения к его гардеробу, за исключением выплаты законного жалования, на которое он мог приобретать необходимые вещи.

С созданием и развитием Петром Великим русского флота число медиков на кораблях, судах и в морской пехоте увеличивается, хотя их было явно недостаточно — к 1714 г. на Балтийском флоте по штатам не хватало 30 лекарей и 20 лекарьских учеников<sup>2</sup>.

Иерархия званий флотских медиков выглядела следующим образом: доктора, главные лекари (штаб-лекари), лекари, подлекари (не имевшие права самостоятельно заниматься лечебной деятельностью), лекарьские ученики, аптекари и аптекарские ученики. На всех кораблях, начиная с 14-пушечных, полагалось иметь по лекарю, число подлекарей зависело от ранга корабля (максимум 2), равно как и лекарьских учеников. В 1720 г. на Балтийском флоте состояло в наличии 38 лекарей, 35 подлекарей и 29 лекарьских учеников<sup>3</sup>.

Несколько иначе обстояло дело в галерном флоте, где лекарей было значительно меньше, а главными эскулапами выступали подлекари и лекарьские ученики. Что касается морской пехоты, то число медиков там неоднократно менялось: например, в морском батальоне в 1711 г. не было ни одного лекаря, зато сразу 5 фельдшеров (подлекарей), но в штате 2 морских полков 1733 г. лекари

<sup>1</sup> Устав Морской 1720 года. — СПб, 1763. — С. 6.

<sup>2</sup> Михайлов С. С. Медицинская служба русского флота в XVIII веке. — Л., 1957. — С. 31.

<sup>3</sup> Там же. — С. 24.



### Ю Б И Л Е И

© В.Н.ГОЛУБЕВ, 2011

УДК 616:355(092 Самойлов В.О.)



**7 мая 2011 г.** исполнилось 70 лет ветерану Вооруженных Сил, известному физиологу, биофизику, историку медицины, члену-корреспонденту РАМН, доктору медицинских наук, профессору генерал-майору медицинской службы в отставке **Владимиру Олеговичу Самойлову.**

В.О.Самойлов родился в г. Горьком в семье студентов-медиков. Окончил ВМедА им. С.М.Кирова с золотой медалью (1964) и Ленинградский электротехнический институт (1970). С 1964 г. служил старшим врачом полка РВСН, затем в ВМедА преподавал на кафедре нормальной физиологии, с 1974 по 1988 г. — начальник кафедры биологической и медицинской физики академии. В 1988—1994 гг. — заместитель начальника ВМедА по учебной и научной работе.

Владимир Олегович — автор более 470 научных работ. Под его руководством защищены 7 докторских и 22 кандидатские диссертации.

В.О.Самойлов участвует в работе ряда специализированных советов и комиссий, редакционных коллегий журналов, постоянно действующей школы по биологической и медицинской кибернетике.

После увольнения в запас (1994) создал лаборатории биофизики Санкт-Петербургского медицинского университета им. И.П.Павлова, биофизики органов чувств НИИ ЛОР (1994—1996), физиологии и биофизики клетки Института физиологии им. И.П.Павлова РАН (с 1995 г.), работал директором Государственного научного центра пульмонологии Министерства здравоохранения РФ (1996—1999). В 1997 г. организовал факультет медицинской физики и биоинженерии в Санкт-Петербургском политехническом университете им. Петра Великого, стал деканом этого факультета и заведует кафедрой физико-химических основ медицины. Кроме того, возглавляет лабораторию физиологии и биофизики клетки в Институте физиологии им. И.П.Павлова РАН. С 2001 г. совмещает эту работу с заведыванием кафедрой нормальной физиологии ВМедА. В русле нового научного направления — квантовой биофизики изучает квантово-механические основы биоэнергетики и на этой основе разрабатывает новые диагностические и лечебные технологии.

Владимир Олегович является действительным членом Европейской академии наук и искусств (Зальцбург), почетным членом Медицинского центра Уилфорд Холла ВВС США и Института морских медицинских исследований США, членом президиума Конфедерации историков медицины.

Заслуги В.О.Самойлова отмечены орденами Трудового Красного Знамени, «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени и многими медалями, включая медаль «За боевые заслуги».

**Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», ученики и товарищи сердечно поздравляют Владимира Олеговича Самойлова с юбилеем, желают ему доброго здоровья, счастья и успехов в труде.**





© М.В.ПОДДУБНЫЙ, Л.Л.ГАЛИН, 2011  
УДК 616:355 (092 Воропай А.В.)



**16 мая 2011 г.** исполнилось 90 лет ветерану Великой Отечественной войны, члену Союза журналистов Москвы, заслуженному врачу Российской Федерации, члену-корреспонденту Российской академии естественных наук, кандидату медицинских наук полковнику медицинской службы в отставке **Александру Васильевичу Воропаю**.

А.В.Воропай родился в г. Астрахани в семье краснофлотца. С марта 1942 г., будучи студентом выпускного курса Астраханского государственного медицинского института им. А.В.Луначарского, стал работать ординатором хирургического отделения эвакогоспиталя Наркомздрава СССР, перестроенного позднее в армейский госпиталь для легкораненых № 4431. В сентябре того же года, завершив по усмотрению программу обучения в институте, был призван в Красную Армию. В звании военврача 3 ранга служил ординатором хирургического и приемно-сортировочного отделений фронтового, затем армейского госпиталя для легкораненых. Участвовал в медицинском обеспечении войск Сталинградского, Южного, 4-го и 1-го Украинских фронтов.

В 1944 г., окончив курсы по подготовке хирургов-ординаторов, Александр Васильевич был назначен на должность старшего врача гаубичного артполка 106-й стрелковой дивизии, участвовавшей в Бугско-Висленской, Сандомирской и Висло-Одерской наступательных операциях.

После войны А.В.Воропай служил в группах советских войск в Чехословакии, Венгрии и Германии. В 1947 г. окончил ВМедА им. С.М.Кирова и, получив высшее медицинское образование, проходил службу в Забайкальском военном округе старшим врачом танкового полка. С 1949 г. Александр Васильевич служил в Главном (с 1962 г. — Центральном) военно-медицинском управлении МО СССР, где около 20 лет был старшим офицером отделов — лечебно-профилактического, боевой подготовки и военно-учебных заведений.

А.В.Воропай внес значительный вклад в разработку проектов руководящих документов по вопросам организации лечебно-профилактического обеспечения войск и сил флота. Он опубликовал свыше 270 статей, брошюр и книг.

С октября 1968 по март 1978 г. Александр Васильевич — главный редактор «Военно-медицинского журнала». За этот период он многое сделал для повышения научного уровня публикуемых материалов, усиления их влияния на совершенствование военного здравоохранения.

После увольнения из Вооруженных Сил А.В.Воропай до 1989 г. возглавлял управление медицинской пропаганды и информации Исполкома Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР, являлся членом Всесоюзного совета санитарного просвещения Министерства здравоохранения СССР, ученого совета ЦНИИ санитарного просвещения МЗ СССР, редколлегий ряда журналов, был лектором и членом бюро секции пропаганды медицинских знаний Всесоюзного общества «Знание».

В последующие 10 лет Александр Васильевич работал врачом-специалистом Московского городского центра гигиенического воспитания и образования населения Госсанэпиднадзора России. В 1999—2005 гг. был консультантом Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Минздравсоцразвития России.

А.В.Воропай награжден тремя орденами Отечественной войны II степени, орденом «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени и многими медалями, в т. ч. медалью «За боевые заслуги», а также Почетным знаком СОКК и КП СССР и нагрудным Знаком Н.И.Пирогова.

**Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Секретариат Союза журналистов Москвы, совет Объединения ветеранов военно-медицинской службы, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» горячо и сердечно поздравляют Александра Васильевича Воропая с 90-летием, желают ему доброго здоровья и счастья.**





© М.А.ВЕЛИЧКО, 2011  
УДК [61:355] (063)

# Конференция Объединения ветеранов военно-медицинской службы

ВЕЛИЧКО М.А., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы в отставке

Межрегиональная общественная организация «Объединение ветеранов военно-медицинской службы», Москва

В конце декабря 2010 г. в Москве, в актовом зале Научно-исследовательского испытательного института военной медицины ВМедА им. С.М.Кирова состоялась V отчетно-выборная конференция межрегиональной общественной организации «Объединение ветеранов военно-медицинской службы».

Ветераны военно-медицинской службы – особый контингент военнослужащих, оказавшихся по разным причинам в запасе или в отставке. Жизненный и профессиональный опыт этих людей уникален. Все годы службы они находились «на передовой», охраняли здоровье защитников Отчизны, возвращали к жизни раненых и больных. Многие ветераны являются участниками локальных войн, боевых действий в Афганистане и контртеррористических операций на Северном Кавказе. Их опыт и глубокие профессиональные знания высоко ценятся в гражданском здравоохранении. Нельзя допускать, чтобы социальный статус этого обширного контингента ветеранов упал, снизилась его активность в общественной жизни, а полученные знания и богатый профессиональный опыт не использовались на благо общества.

Деловой настрой, обилие реальных предложений, прозвучавших на конференции, были актуальны и злободневны. В отчетном докладе председатель совета объединения генерал-лейтенант медицинской службы в отставке **И.В.Синопальников**, напомнив основные вехи общественной деятельности организации за истекшие 10 лет со дня ее создания (20 мая 2000 г.), доложил участникам конференции о деятельности президиума и совета общественной организации военных медиков за послед-

ний двухлетний период. Он кратко осветил многолетние деловые взаимоотношения с объединением офицеров запаса «МЕГАПИР», московским объединением ветеранов Вооруженных Сил и труда, Московским домом ветеранов войны и Вооруженных Сил, общественной организацией «Боевое братство», объединением медиков – ветеранов боевых действий.

Докладчик засвидетельствовал, что лучшей региональной организацией объединения является четко работающая первичная ветеранская организация ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, которой много лет умело руководит генерал-майор медицинской службы в отставке Н.Л.Крылов. Другие первичные общественные ветеранские организации Москвы и Подмосковья пока остаются пассивными, привычно ожидая помощи или указаний сверху. Он отметил, что до сих пор не создана подробная и столь необходимая электронная база данных на всех членов объединения, позволяющая проводить выборочные «выемки» необходимых данных о юбилейных датах, участниках локальных войн и вооруженных конфликтов, адресах и телефонах бывших военнослужащих, нуждающихся в реальной помощи.

Докладчик осветил задачи деятельности президиума и совета объединения на ближайшие 2 года. В ряду этих задач конкретными являются мероприятия, посвященные 50-летию полета Ю.А.Гагарина в космос, военно-патриотическому воспитанию. Новым направлением в деятельности старшего поколения военных медиков недавно стало патриотическое воспитание школьников Москвы, вхо-



т. к. они субсидируются местными органами власти.

Далее состоялось открытое голосование. Предварительный список членов совета межрегиональной общественной организации «Объединение ветеранов военно-медицинской службы» огласил профессор А.К.Соболенко. В списке (с учетом ротации) числилось 29 человек. Предложено было внести кандидатуру полковника медицинской службы в отставке В.В.Рябкина, далее полковник медицинской службы запаса В.Р.Медведев огласил фамилии предложенных трех членов ревизионной комиссии.

Выступивший с заключительным словом генерал-лейтенант медицинской службы в отставке И.В.Синопальников поблагодарил собравшихся, членов президиума и совета объединения за проделанную безвозмездную работу и попросил освободить его от должности президента объединения по состоянию здоровья и в связи с занятостью. Он предложил избрать в состав президиума 15 человек, оставив почетным президентом объединения генерал-полковника медицинской службы в отставке Фёдора Ивановича Комарова. За представленный список члены совета проголосовали единогласно.

Президентом (председателем совета) межрегиональной общественной организации «Объединение ветеранов военно-медицинской службы» И.В.Синопальников предложил избрать начальника кафедры медицины катастроф РМАПО генерал-лейтенанта медицинской службы запаса Юрия Ивановича Погодина.

Член вновь избранного президиума объединения генерал-лейтенант медицинской службы в отставке И.В.Синопальников еще раз обратил внимание на недочеты в деятельности общественной организации, имея в виду прежде всего защиту социальных интересов ветеранов военной медицины.

В решениях конференции намечены новые пути подъема ветеранского движения, направленные на расширение состава объединения. Намечены многочисленные военно-патриотические акции с молодежью в год 50-летия полета первопроходца космоса Ю.А.Гагарина. Готовится к изданию книга о младшем медицинском персонале – Героях Советского Союза и Героях России и вторая книга с анкетами школьников «Сбережем наше гордое прошлое».

В результате открытого голосования на период 2011–2012 гг. в состав президиума объединения вошли офицеры в отставке и запаса – генерал-лейтенанты медицинской службы Ю.Н.Саввин и И.В.Синопальников, генерал-майоры медицинской службы В.В.Жеглов и Н.Л.Крылов, генерал-майор В.Г.Довгань, полковники медицинской службы М.А.Величко, В.В.Рябкин, А.К.Соболенко, М.Н.Хоменко, полковник А.С.Круглов, руководитель фирмы «Социальные инновации» А.Г.Дмитриев.

Президентом объединения ветеранов военно-медицинской службы единогласно избран генерал-лейтенант медицинской службы запаса **Ю.И.Погодин**, генеральным директором переизбран полковник медицинской службы в отставке **О.А.Попов**.

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

<input type="checkbox"/>	За содержание и достоверность сведений в рекламном объявлении ответственность несет рекламодатель.	
<input type="checkbox"/>	Учредитель – Министерство обороны Российской Федерации. Зарегистрирован Министерством печати и информации Российской Федерации. Номер регистрационного свидетельства 01975 от 30.12.1992 г.	
Сдано в набор 30.04.11. Формат 70×108 <sup>1/16</sup> . Усл. печ. л. 8,4. Заказ № 2290.	Печать офсетная. Усл. кр.-отт. 9,8. Тираж 3338 экз.	Подписано к печати 19.05.11. Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 8,6. Каталожная цена 54 р. 00 к.
<b>Отпечатано в типографии ОАО «Издательский дом «Красная звезда» 123007, г. Москва, Хорошевское шоссе, 38, <a href="http://www.redstarph.ru">http://www.redstarph.ru</a></b>		