

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ
СССXXXVI

*Тод
издания
-193-й*



12

ДЕКАБРЬ
2015



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*)
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
А. Г. Ставила
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)

Почтовый адрес редакции:

119160, Москва,
Фрунзенская набережная, д. 22,
редакция «Военно-медицинского
журнала»
Тел./факс (495) 656-33-41

Тел. в Санкт-Петербурге
(812) 292-33-46

Non scholae, sed vitae discimus!

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2015 * ДЕКАБРЬ
Т. 336 * № 12

- *Современные медицинские комплексы на базе пневмокаркасных сооружений для полевых формирований медицинской службы Вооруженных Сил*
- *Программно-аппаратный комплекс для учета медицинского имущества в войсковом звене медицинской службы в военное время*
- *Нормативно-правовые аспекты организации санаторно-курортного лечения военнослужащих Вооруженных Сил*
- *Неотложные состояния при артериальной гипертензии*
- *Методика барокамерных подъемов для врачебно-летной экспертизы летного состава в условиях госпиталя*
- *Николай Иванович Пирогов в последние годы жизни*

МОСКВА
АО «КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»



Организация медицинского обеспечения Вооруженных Сил

Organization of medical support of the Armed Forces

Фисун А.Я., Кувшинов К.Э., Сушильников С.И., Яковлев С.В., Сидоров В.А. — Оснащение полевых формирований медицинской службы Вооруженных Сил современными медицинскими комплексами на базе пневмокаркасных сооружений и порядок их применения

4

Fisun A.Ya., Kuvshinov K.E., Sushilnikov S.I., Yakovlev S.V., Sidorov V.A. — **Equipment of field units of the medical service of the Armed Forces with modern medical complexes on the basis of pneumo-frame modules, and procedure of the use**



Войсковая медицина

Army health Service

Мирошниченко Ю.В., Кононов В.Н., Азарова Н.И., Родионов Е.О., Милыев А.В. — Разработка и использование современного программно-аппаратного комплекса для учета медицинского имущества в войсковом звене медицинской службы в военное время

15

Miroshnichenko Yu.V., Kononov V.N., Azarova N.I., Rodionov E.O., Milyaev A.V. — **Development and use of modern hardware-software complex for medical equipment accounting in military unit of the medical service in wartime**



Лечебно-профилактические вопросы

Prophylaxis and treatment

Крюков Е.В., Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Чернецов В.А., Чернов С.А., Орлов Ф.А., Захарова Е.Г. — Неотложные состояния при артериальной гипертензии

21

Kryukov E.V., Potekhin N.P., Fursov A.N., Chernetsov V.A., Chernov S.A., Orlov F.A., Zakharova E.G. — **Emergency state of health by arterial hypertension**



Авиационная и военно-морская медицина

Air and navy medicine

Исаенков В.Е., Шишов А.А., Рыженков С.П., Оленев Н.И., Шишкин А.Н., Филатов В.Н. — Разработка методики барокамерных подъемов для врачебно-лётной экспертизы лётного состава в условиях госпиталя

27

Isaenkov V.E., Shishov A.A., Ryzhenkov S.P., Olenev N.I., Shishkin A.N., Filatov V.N. — **Development of a methodology of for medical-flight examination of flight personnel under condition of hospital**



Юридический всеобуч

Law education

Пономаренко Г.Н., Мерзликін А.В., Адхамов Б.М., Воронина Л.А. — Нормативно-правовые аспекты организации санаторно-курортного лечения военнослужащих Вооруженных Сил

37

Ponomarenko G.N., Merzlikin A.V., Adkhamov B.M., Voronina L.A. — **Normative legal aspects of health-resort treatment organization for military servicemen of the Armed Forces**



Краткие сообщения

Brief reports

44



Из истории военной медицины

From the history of military medicine

Калмыков А.А., Коротаев В.И., Поляков В.С., Зыков А.Г. – 1026-му Центру государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства обороны РФ – 80 лет

54

Kalmykov A.A., Korotaev V.I., Polyakov V.S., Zykov A.G. – 1026th Center of state sanitary and epidemiological surveillance of the Ministry of defence of the Russian Federation celebrates 80th anniversary

Журавский С.Г. – Н.И.Пирогов в последние годы жизни (по материалам дневника 1876–1878 гг. Д.А.Скалона)

57

Zhuravskii S.G. – Last years of N.I.Pirogov (according to diary of D.A.Skalon in 1876 – 1878)



Официальный отдел

69

Official communications



Лента новостей

26, 70
71

News feed



Хроника

Chronicle

Мельчаков А.А., Зубков О.В., Запорожский И.А. – Показное российско-китайское тактико-специальное учение «Организация ликвидации медико-санитарных последствий крупномасштабного землетрясения в приграничной зоне»

73

Melchakov A.A., Zubkov O.V., Zaporozhskii I.A. – Show Russian-Chinese tactic and special exercises «Organization of medical and sanitary consequences of the large-scale earthquake liquidation in border territory»

Кузнецов С.М., Терентьев Л.П., Яковлев А.Г. – Первой в России кафедре гигиены – 150 лет

74

Kuznetsov S.M., Terentyev L.P., Yakovlev A.G. – First department of hygienic in Russia celebrates 150th anniversary

Рева В.А. – Обучающие курсы по хирургии повреждений и эндоваскулярной хирургии при травмах в Эребру (Швеция)

78

Reva V.A. – Courses on injury surgery and endovascular surgery by traumas (Orebro, Sweden)

Перечень статей, напечатанных в 2015 г. в «Военно-медицинском журнале»

82

List of the articles, printed in «Military-Medical magazine» in 2015

Алфавитный именной указатель

93

Alphabetic list of autor

CONTENTS



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК [615.46:355]/(470)

Оснащение полевых формирований медицинской службы Вооруженных Сил современными медицинскими комплексами на базе пневмокаркасных сооружений и порядок их применения

ФИСУН А.Я., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы¹
КУВШИНОВ К.Э., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,
генерал-майор медицинской службы¹
СУШИЛЬНИКОВ С.И., полковник медицинской службы¹
ЯКОВЛЕВ С.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
(vsmk-mo@yandex.ru)¹
СИДОРОВ В.А., полковник в отставке²

¹Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва; ²Государственный научно-исследовательский испытательный институт (военной медицины) МО РФ, Санкт-Петербург

В статье на основе изучения опыта медицинского обеспечения в локальных войнах и вооруженных конфликтах современности, при ликвидации медико-санитарных последствий катастроф мирного времени выявлены основные организационные проблемы войскового звена медицинской службы. Показано, что в их решении важное место отводится средствам развертывания медицинских частей и подразделений. Определены требования к средствам развертывания. Оценены существующие табельные средства. Показаны преимущества пневмокаркасных сооружений, их тактико-технические характеристики, варианты использования при развертывании войсковых этапов медицинской эвакуации в полевых условиях.

К л ю ч е в ы е с л о в а: войсковое звено медицинской службы, пневмокаркасное сооружение, медицинский комплекс, подвижная медицинская группа.

Fisun A.Ya., Kuvshinov K.E., Sushilnikov S.I., Yakovlev S.V., Sidorov V.A. — Equipment of field units of the medical service of the Armed Forces with modern medical complexes on the basis of pneumo-frame modules, and procedure of the use. On the basis of experience of medical supply in local wars and modern armed conflicts, when liquidating medical and sanitary disaster consequences the authors revealed the main organizational problems in army echelon of the medical service. It is shown that these problems can be solved by means of deployment of medical units and subunits. Requirements for means of deployment are defined. Present organic equipment is assessed. The authors showed advantages of pneumo-framed modules, their tactic and technical characteristics, variants of the use when deploying army levels of field medical evacuation.

К e y w o r d s: army echelon of the medical service, pneumo-framed module, medical complex, mobile medical group.

В общей системе медицинского обеспечения войск как в мирное, так и в военное время важнейшую роль играет войсковое звено медицинской службы. Степень эффективности его работы непосредственным образом влияет на результативность лечебно-эвакуационных мероприятий и в конечном итоге — на боеспособность частей и соединений.

Анализ практики медицинского обеспечения войск в Афганистане и на Северном Кавказе позволил выявить в войсковом звене медицинской службы ряд недостатков организационного характера, основными из которых являются:

— низкая мобильность и недостаточная техническая оснащенность современной специальной техникой и имуществом;



В сентябре 2015 г. в период проведения показательного тактико-специального учения по ликвидации медико-санитарных последствий наводнения в Дальневосточном регионе и на совместном российско-китайском учении по ликвидации последствий землетрясения в рамках Всероссийской службы медицины катастроф (Хабаровск, сентябрь 2015 г.) под руководством начальника ГВМУ МО РФ в полном составе был развернут медо (СпН) (рис. 6).

Медицинские комплексы омедо(а) развертываются на учениях и при проведении массовых мероприятий с участием ВДВ (рис. 7).

Таким образом, поступившие в войска медицинские комплексы на базе пневмокаркасных сооружений активно используются, что позволяет повысить эффективность и качество медицинской помощи раненым, больным и пострадавшим.

В период с сентября 2015 г. по март 2016 г. с целью уточнения тактико-технических характеристик данных медицинских комплексов и в соответствии с приказом начальника ГВМУ МО РФ от 13 июля 2015 г. № 68 во всех медицинских подразделениях специалистами

ВМедА и ГосНИИИ ВМ МО РФ проводятся эксплуатационные испытания комплексов, причем в разное время года и в разнообразных климатогеографических условиях.

По результатам испытаний будет принято окончательное решение о составе и типах средств развертывания медицинских подразделений и их подвижных медицинских групп с учетом особенностей применения, удаленности от переднего края, требований мобильности и защищенности, обеспечения работы как в военное, так и в мирное время, планируемого времени работы на одном месте, оказываемых видов медицинской помощи, необходимых условий для работы медицинского персонала. Это, несомненно, будет способствовать решению главной в настоящее время задачи медицинской службы ВС РФ, заключающейся в обеспечении мобильности медицинских частей и подразделений, активном участии в медицинском обеспечении мероприятий, проводимых в Минобороны России, ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, достижении высокого уровня оказываемой медицинской помощи.

Литература

1. Интервью начальника ГВМУ МО РФ управлению пресс-службы и информации МО РФ // Воен.-мед. журн. — 2015. — Т. 336, № 7. — С. 37.

2. Корнюшко И.Г., Яковлев С.В., Красавин К.Д., Лемешкин Р.Н. Организация обеспечения медицинской техникой и имуществом военно-медицинских учреждений и формирований Службы медицины катастроф МО РФ в чрезвычайных ситуациях // Воен.-мед. журн. — 2011. — Т. 332, № 10. — С. 9–14.

3. Корнюшко И.Г., Яковлев С.В., Мурашев Н.В., Медведев В.Р., Матвеев А.Г. Анализ использования полевых медицинских формирований в армиях стран НАТО и Вооруженных Силах Российской Федерации // Воен.-мед. журн. — 2011. — Т. 332, № 12. — С. 4–14.

4. Корнюшко И.Г., Яковлев С.В., Сидоров В.А., Медведев В.Р. Опыт развития технических средств развертывания этапов медицинской эвакуации // Воен.-мед. журн. — 2011. — Т. 332, № 11. — С. 79–83.

5. Нормы снабжения медицинской техникой и имуществом медицинского отряда специального назначения: Приказ начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ № 5 от 22.01.2015 г.

6. Пастухов А.Г. О формировании и применении мобильных специализированных подразделений // Воен.-мед. журн. — 2013. — Т. 334, № 10. — С. 86–89.

7. Сообщение пресс-службы и информации МО РФ 17 июня 2015 г. // Воен.-мед. журн. — 2015. — Т. 336, № 7. — С. 88.

8. Фисун А.Я. Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации: итоги деятельности и основные задачи на 2015 год // Воен.-мед. журн. — 2015. — Т. 336, № 1. — С. 4–21.

9. Фисун А.Я., Власов А.Ю., Сушильников С.И., Булатов М.Р. Совершенствование системы лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках с использованием мобильных специализированных подразделений // Воен.-мед. журн. — 2013. — Т. 334, № 7. — С. 4–8.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 615.47:355

Разработка и использование современного программно-аппаратного комплекса для учета медицинского имущества в войсковом звене медицинской службы в военное время

*МИРОШНИЧЕНКО Ю.В., заслуженный работник здравоохранения РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса (miryvb1@gmail.com)¹
КОНОНОВ В.Н., доцент, полковник медицинской службы¹
АЗАРОВА Н.И., кандидат экономических наук, подполковник запаса¹
РОДИОНОВ Е.О., капитан медицинской службы¹
МИЛЯЕВ А.В.²*

¹Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ²ООО «Специальная и медицинская техника», Санкт-Петербург

Представлена характеристика современного программно-аппаратного комплекса для учета медицинского имущества в войсковом звене медицинской службы, входящего в состав принятого на снабжение Вооруженных Сил Российской Федерации комплекта медицинского имущества «Бланки и книги медицинского учета и отчетности (войсковой)». Показан алгоритм разработки и порядок работы специализированного программного обеспечения для учета медицинского имущества в медицинских подразделениях соединений и воинских частей в военное время.

К л ю ч е в ы е с л о в а: войсковое звено медицинской службы, медицинское имущество, программно-аппаратный комплекс, специализированное программное обеспечение, учет.

Miroshnichenko Yu. V., Kononov V. N., Azarova N. I., Rodionov E. O., Milyaev A. V. – Development and use of modern hardware-software complex for medical equipment accounting in military unit of the medical service in wartime. The authors presented characteristics of a modern hardware-software complex for medical equipment assessment in medical troops of the medical service, included into the complete set of medical equipment «Forms and books of record and reporting (military)», which is accepted by the Armed Forces of the Russian Federation. An algorithm of development and routine of special-purpose software for accounting of medical equipment in medical branches of formations and military units in wartime.

К е у w o r d s: military echelon of the medical service, medical equipment, hardware-software complex, special-purpose software, accounting.

Учет медицинского имущества (МИ) относится к важнейшим направлениям деятельности системы медицинского снабжения войск (сил). Во многом это связано с тем, что наличие достоверной учетной информации является ключевым условием для правильного определения потребности, истребования, распределения и отпуска МИ, а также способствует принятию обоснованных управленческих решений при организации медицинского обеспечения соединений и воинских частей ВС РФ. Учет МИ

должен быть своевременным, полным, достоверным и точным, вестись в любых условиях обстановки и не зависеть от характера деятельности медицинских подразделений (организаций) [2, 4]. Эффективное выполнение этих требований возможно только путем использования современных программно-аппаратных комплексов (ПАК).

Анализ опыта обеспечения МИ войск (сил) в различных вооруженных конфликтах и чрезвычайных ситуациях свидетельствует, что традиционно ис-

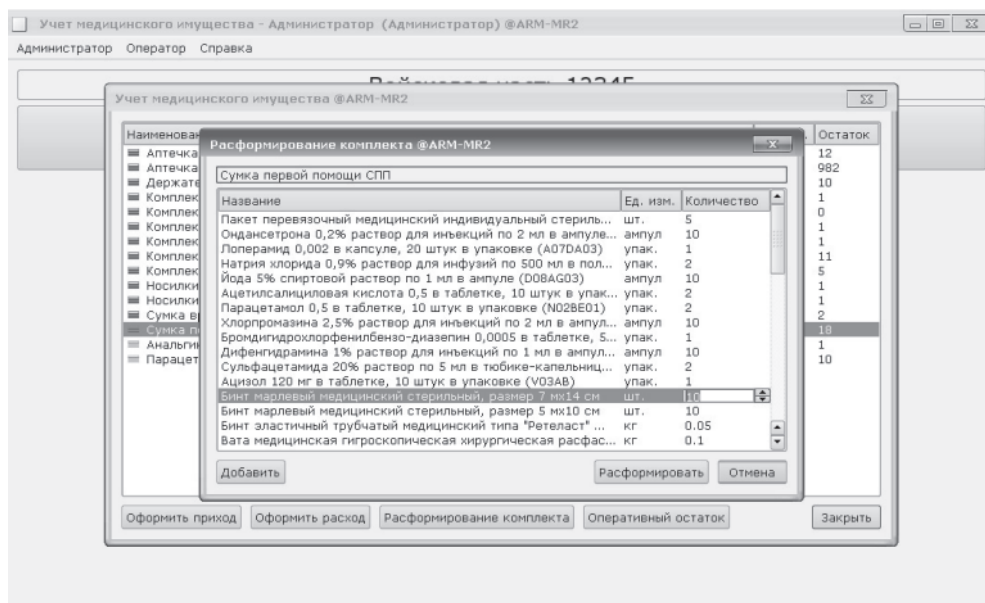


Рис. 5. Внешний вид операции по расформированию комплектов медицинского имущества

сантов и слушателей передовым технологиям учета МИ в военное время.

Таким образом, современный программно-аппаратный комплекс для учета медицинского имущества в войсковом звене медицинской службы позволяет в

любых условиях обстановки эффективно решать ряд важных задач по учету медицинского имущества, что, в свою очередь, способствует своевременному и бесперебойному обеспечению им соединений и воинских частей.

Литература

1. Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Горячев А.Б., Иванов В.В., Моргунов В.А., Голубенко Р.А. и др. Концептуальные подходы к автоматизации управления ресурсами медицинского имущества // Вестник Российской Воен.-мед. акад. — 2012. — № 1 (37). — С. 251–255.
2. Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Кононов В.Н. Организация обеспечения медицинским имуществом воинской части: Учебник. — СПб: ООО СРП «Павел» ВОГ, 2014. — 200 с.
3. Мирошниченко Ю.В., Беля Ф.М., Горячев А.Б. Опыт медицинского снабжения войск в вооруженном конфликте на территории Южной Осетии // Воен.-мед. журн. — 2009. — Т. 330, № 1. — С. 68–72.
4. Мирошниченко, Ю.В., Горячев А.Б., Бунин С.А., Умаров С.З., Косолапов В.Н. Учет медицинского имущества; под общей редакцией Ю.В.Мирошниченко. — СПб: ВМА, 2009. — 120 с.
5. О внесении изменений в Приказ начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации от 12 июля 2011 г. № 77: приказ начальника Главного военно-меди-

цинского управления Министерства обороны Российской Федерации от 25.03.2015 г. № 26.

6. О принятии на снабжение Вооруженных Сил Российской Федерации изделий комплектно-табельного оснащения медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации: приказ министра обороны РФ от 21.05.2011 г. № 744.

7. Об утверждении Норм снабжения медицинским имуществом медицинских и фармацевтических организаций (подразделений) Вооруженных Сил Российской Федерации на военное время: приказ министра обороны РФ от 18.03.2015 г. № 147.

8. Об утверждении Норм снабжения медицинским имуществом соединений, воинских частей и организаций Вооруженных Сил Российской Федерации и запасов на военное время: приказ министра обороны РФ от 18.12.2012 г. № 3740.

9. Об утверждении Сборника описей комплектов медицинского имущества для войскового звена медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации на военное время: приказ начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации от 12.07.2011 г. № 77.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.12-008.331.1-07

Неотложные состояния при артериальной гипертензии

КРЮКОВ Е.В., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы
ПОТЕХИН Н.П., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке
ФУРСОВ А.Н., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке
(fursovan@mail.ru)
ЧЕРНЕЦОВ В.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
полковник медицинской службы
ЧЕРНОВ С.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
полковник медицинской службы запаса
ОРЛОВ Ф.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке
ЗАХАРОВА Е.Г., кандидат медицинских наук (elenazacharova@mail.ru)

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

По данным Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, в настоящее время частота кризового течения гипертонической болезни составляет около 16% от числа всех больных с этой нозологией. Купирование гипертонического криза должно предусматривать оценку состояния больного с позиции угрозы развития у него фатальных осложнений. При этом главной задачей при лечении гипертонического криза является не достижение нормотензии, а снижение артериального давления к безопасному уровню, учитывая потенциальный риск гипотонии и гипоперфузии при излишне агрессивной гипотензивной терапии. Основной причиной развития гипертонического криза является отсутствие приверженности к лечению. Даны рекомендации по лечению осложненных и неосложненных форм гипертонического криза, а также приведены показания к госпитализации больных.

К л ю ч е в ы е с л о в а: гипертонический криз, артериальная гипертензия, гипотензивное лечение.

Kryukov E.V., Potekhin N.P., Fursov A.N., Chernetsov V.A., Chernov S.A., Orlov F.A., Zakharova E.G. — Emergency state of health by arterial hypertension. According to the Burdenko Main Military clinical hospital at the present time the frequency of crisis hypertensive heart disease is 16% from the total number of all patients with this nosology. Rapid relief of hypertensive crisis should be provided for patients' status assessment from the position of development of fatal complications. Herewith the main task when treating hypertensive crisis is not normotension, but reduction of blood pressure to safe level, taking into account potential risk of hypotonia and hypoperfusion in case of too aggressive hypotensive therapy. The main factor of hypertensive crisis development is the absence of compliance. The authors gave recommendations on treatment of complicated and non-complicated forms of hypertensive crisis, and provided indications for hospitalization.

К е у в о р д s: hypertensive crisis, arterial hypertension, hypertensive heart disease.

Гипертоническая болезнь (ГБ) — одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. В России артериальная гипертензия (АГ) диагностируется у 40% взрослого населения [4, 6].

По данным ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, в 80-х годах XX в. частота кризового течения ГБ составляла около 30% от числа всех больных с этой патологией.

К 2012 г. этот показатель уменьшился до 16%. Возникновению ГК, по нашим данным, в большинстве случаев способствует сочетание таких причин, как отсутствие лечения или нерегулярный прием антигипертензивных препаратов (АГП), — в 50–60% случаев; эмоциональный стресс (25%), метеозависимость (25%), а также чрезмерные физические нагрузки (15% случаев) [8].



Для медицинской службы Вооруженных Сил РФ актуальность проблемы ГБ обусловлена значительным ростом частоты АГ и ее осложнений (мозговой инсульт, инфаркт миокарда) у кадровых офицеров и прапорщиков старше 35 лет. За последние 10 лет увольняемость в связи с этой нозологической формой военнослужащих как по призыву, так и по контракту увеличилась в 5 раз [5, 8].

В настоящее время, согласно рекомендациям *Российского кардиологического общества 2010 г.* (РКО 2010 г.), *гипертонический криз* (ГК) — это остро возникшее выраженное повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами, требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения «органов-мишеней» [4].

Наиболее частые жалобы при ГК — «триада симптомов»: головная боль, головокружение, тошнота (встречаются у 70–90% пациентов). Реже встречаются: боль в груди, одышка, психомоторное возбуждение, носовые кровотечения. Вегетативными проявлениями криза являются: мышечная дрожь, усиленное потоотделение, гиперемия кожного покрова, сердцебиение; к концу криза полиурия, иногда обильный жидкий стул [1].

При обследовании важно выявить очаговые неврологические симптомы, проявления нарушения сознания (ступор, кома), кардиоваскулярные синдромы (признаки отека легких, набухание шейных вен, периферические отеки), острые изменения со стороны глазного дна (отек, геморрагии, экссудация). Необходимо проверить симметричность АД и пульса на обеих руках; провести пальпацию и аускультацию живота, выполнить ЭКГ, рентген органов грудной клетки [1].

В настоящее время в России принята классификация ГК в зависимости от состояния «органов-мишеней» (осложненный и неосложненный ГК). В этой классификации отсутствуют «жесткие» количественные параметры уровня АД для диагностики ГК. Отказ от количественного критерия ГК связан с тем, что возникновение и выраженность острого повреждения «органов-мишеней» обуславливаются не столько высоким абсолютным уровнем АД, сколько степенью его

относительного повышения у конкретного больного и внезапностью развития данного симптомокомплекса (в большинстве случаев ГК развивается при систолическом АД выше 180 мм рт. ст. и/или диастолическом АД больше 120 мм рт. ст., однако у молодых пациентов, с недавно появившейся ГБ, криз может возникнуть и при уровне АД 150/100 мм рт. ст.) [4].

Согласно рекомендациям РКО 2010 г., осложненный (жизнеугрожающий) ГК сопровождается развитием острого клинически значимого и потенциально фатального повреждения «органов-мишеней», что требует экстренной госпитализации (обычно в блок интенсивной терапии) и немедленного снижения АД с применением парентеральных гипотензивных препаратов. К осложненным ГК относятся: *острая гипертоническая энцефалопатия* (ОГЭ), *острое нарушение мозгового кровообращения* (ОНМК), *внутричерепное кровоизлияние*, *острая левожелудочковая недостаточность* (ОЛЖН), *острый коронарный синдром* (ОКС), *острая почечная недостаточность*, *расслаивающаяся аневризма аорты*, *эклампсия*, ГК при *феохромоцитоме*, *послеоперационное кровотечение*, ГК на фоне приема амфетаминов, кокаина и др. [4].

Следует иметь в виду, что ОКС, *инфаркт головного мозга* (ИГМ), отек легких могут быть не только осложнениями, но и фоном или причиной острого компенсаторного повышения АД [2].

Неосложненный (жизнеугрожающий) ГК — внезапное повышение АД (на 30–40% от обычных для больного цифр АД). При этом отсутствуют признаки поражения «органов-мишеней». Лечение необходимо начинать немедленно с возможным использованием как внутривенных, так и пероральных и сублингвальных форм гипотензивных препаратов. Экстренной госпитализации, как правило, не требуется [4].

Кроме указанного деления ГК на неосложненные и осложненные, в практической деятельности для определения необходимой гипотензивной терапии в России используется классификация ГК, основанная на особенностях центральной гемодинамики (гиперкинетические, гипокINETические, эукинетические кризы) [1].



Следует рассмотреть особые клинические ситуации. Так, *при ИГМ* – использование гипотензивных препаратов возможно при уровне *систолического АД* (САД) выше 200 мм рт. ст. и *диастолического АД* (ДАД) – выше 120 мм рт. ст., при этом темп снижения АД должен быть на 10–15% от исходного в течение 24 ч. *При внутривенном кровоизлиянии* использование гипотензивных препаратов возможно при уровне САД выше 180 мм рт. ст. и ДАД – выше 105 мм рт. ст. *При расслоении аорты* – немедленное снижение АД до 90–100 мм рт. ст. в течение 20 мин, причем за первые 5–10 мин на 25% от исходного. *При ОКС* – использование гипотензивных препаратов возможно при уровне САД выше 160 мм рт. ст. и ДАД – выше 110 мм рт. ст. *При ГК вследствие феохромоцитомы* в первую очередь необходимо поднять изголовье кровати на 45 градусов, что уже способствует снижению АД. Препаратом выбора является фентоламин внутривенно болюсом по 5 мг, как вспомогательный препарат – дроперидол (5–10 мг внутривенно). Применение бета-адреноблокаторов (пропранолол 20–40 мг) возможно только после назначения альфа-адреноблокаторов. Купирование *ГК на фоне алкогольной интоксикации* предусматривает сочетание инфузионной терапии солевыми растворами с бензодиазепинами и пероральный прием бета-блокаторов, следует избегать внутривенного введения глюкозы до инъекции тиамина (профилактика энцефалопатии Гайе–Вернике) [7].

По данным ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, ГК диагностировался у 16% больных ГБ, причем в 39% случаев имело место поражение «органов-мишеней» (осложненный ГК), что потребовало проведения лечебных мероприятий в условиях отделения интенсивной терапии кардиоцентра. У больных с осложненным ГК в 67% случаев преобладала клиника нестабильной стенокардии, в 22% – транзиторная мозговая ишемическая атака, в 11% – ОЛЖН. У пациентов с неосложненным ГК на первый план выходили проявления гипертонической энцефалопатии (68% случаев) и малые носовые кровотечения (32%).

Для купирования неосложненного ГК нами использовался пероральный прием иАПФ каптоприла или АИР моксонидина. Купирование осложненного гипертонического криза при ОКС, отеке легких потребовало инфузионного введения нитратов (нитроглицерин 5–10 мкг/мин), при необходимости в комбинации с петлевыми диуретиками (фуросемид 40–80 мг). У пациентов с ОГЭ успешно использовался урапидил (10–50 мг внутривенно болюсом, затем с помощью инфузомата со скоростью 4–8 мг/ч). Снижение уровня АД за 1 ч не превышало 20 мм рт. ст. от исходного уровня. Сроки стабилизации уровня АД на целевых значениях составляли 38 ± 5 ч [3].

Показаниями к госпитализации являются: некупирующийся ГК, любой осложненный ГК; больные с неясным генезом АД, на фоне которой развился ГК.

Рекомендации по применению лекарственных средств для лечения осложненных гипертонических кризов

Препарат	Доза	Начало действия	Продолжительность действия	Показания
Нитроглицерин	5–10 мкг/мин	2–5 мин	5–15 мин	ОКС
Эналаприл	1,25–50 мг/мин	15–30 мин	4–6 ч	ОЛЖН (кроме ИМ)
Фентоламин	5–10 мг в/в	1–2 мин	10–20 мин	Феохромоцитома
Урапидил	10–50 мг в/в болюсно, затем 4–8 мг/ч	2–5 мин	8–12 ч	ОГЭ, ИГМ
Фуросемид	40–80 мг в/в	5–10 мин	2–3 ч	ОЛЖН
Беталок	5 мг в/в	5–10 мин	30 мин	Расслаивающая аневризма



Необходимо отметить, что все вышеприведенные рекомендации основаны на мнении экспертов, а не на сведениях, удовлетворяющих требованиям доказательной медицины, в связи с практически полным отсутствием рандомизированных клинических исследований по этой тематике.

Таким образом, по данным ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, в настоящее время часто-

та кризового течения ГБ составляла около 16% от числа всех больных с этой нозологией, причем в 39% случаев имел место осложненный ГК. Оптимизация лечебно-диагностических мероприятий при неотложных состояниях на фоне АГ позволит унифицировать подходы к ведению этой категории больных, снизить частоту развития осложнений на этапах медицинской эвакуации.

Литература

1. Алгоритмы ведения пациента с гипертоническим кризом. Издание первое. Общероссийская общественная организация «Содействия профилактике и лечению артериальной гипертонии «Антигипертензивная Лига». – Санкт-Петербург, 2015. – 34 с.
2. *Бокарев И.Н., Киселева З.М.* Артериальные гипертонии и их лечение. – М.: МИА, 2005. – 168 с.
3. *Галевич А.С.* Диагностика и лечение артериальных гипертоний. – Казань: ГУП «ПИК Идеал-Пресс», 2000. – 169 с.
4. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Российские рекомендации (4-й пересмотр). Москва, 2010 г. // Системные гипертонии. – 2010. – № 3. – С. 5–26.

5. Организационно-методологические аспекты военно-врачебной экспертизы граждан с заболеваниями внутренних органов / *Куликов В.В., Чернов О.Э., Булавин В.В.* Пособие для врачей. – М.: РИЦ ГШ ВС РФ, 2004. – 160 с.
6. Рекомендации по лечению артериальной гипертонии Европейского общества по гипертонии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC) 2013 г. // *Journal of Hypertension*. – 2013. – Vol. 31(7). – P. 1281–1357.
7. *Руксин В.В.* Экстренная помощь при артериальной гипертонии. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 48 с.
8. *Фурсов А.Н., Потехин Н.П., Чернов С.А.* и др. Гипертонический криз: проблема диагностики и подходы к лечению // *Воен.-мед. журн.* – 2012. – Т. 333, № 7. – С. 11–15.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В Главном военном клиническом госпитале имени академика Н.Н.Бурденко с 12 по 13 ноября прошла IV ежегодная всероссийская нейрохирургическая конференция «Бурденковские встречи».

В ходе конференции разбирались наиболее актуальные вопросы современной нейрохирургии: хирургия позвоночника и спинного мозга, новые направления хирургии сосудов головного мозга, современная эндоскопическая хирургия основания черепа, новые методики лечения опухолей головного мозга. Помимо выступлений, проводились трансляции интересных операций из операционного зала, мастер-классы по освоению редких и малоинвазивных операций. Выпущен сборник презентаций лекций конференции.

В мероприятии принимали участие ведущие специалисты из ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Научно-исследовательского института нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Эндокринологического научного центра Минздрава России и др.

Управление пресс-службы и информации

Министерства обороны Российской Федерации, 13 ноября 2015 г.

http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12064596@egNews

В Филиале № 6 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневского» Минобороны России 25 ноября состоялась научно-практическая конференция «Ведущему амбулаторно-поликлиническому учреждению медицинской службы Вооруженных Сил России – 40 лет». Участников конференции поздравил начальник 1 управления – заместитель начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ генерал-майор медицинской службы **К.Э.Кувшинов**, который наметил перспективы дальнейшего развития многопрофильного амбулаторно-поликлинического учреждения. Были заслушаны доклады руководящего состава поликлиники, в которых рассмотрены история, организационные аспекты деятельности, развитие диагностики, хирургической, терапевтической помощи, совершенствования снабжения медицинским имуществом.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 613.693

Разработка методики барокамерных подъемов для врачебно-лётной экспертизы лётного состава в условиях госпиталя

ИСАЕНКОВ В.Е., полковник медицинской службы¹
ШИШОВ А.А., профессор, полковник медицинской службы запаса (aashishov@yandex.ru)^{2,3}
РЫЖЕНКОВ С.П., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы²
ОЛЕНЕВ Н.И., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса²
ШИШКИН А.Н., капитан медицинской службы (AN-Shishkin43@yandex.ru)²
ФИЛАТОВ В.Н., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы²

¹Медицинская служба ГК ВКС, Москва; ²Центральный научно-исследовательский институт ВВС, г. Шелково, Московская область; ³Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова

При экспериментальном изучении возможности усовершенствования методики барокамерных подъемов с участием 95 лиц спецконтингента определена недостаточная безопасность подъемов лётного состава на высоты до 6500 м из-за большого процента (10%) выявленной пониженной переносимости гипоксии умеренной и средней степени у практически здоровых обследуемых лиц и наличия потенциально высокого риска развития высотной декомпрессионной болезни без проведения предварительной десатурации. Проведена экспериментальная апробация методики подъемов на 5000 и 6000 м по 5 мин, обоснованы критерии переносимости гипобарической гипоксии умеренной и средней степени при проведении экспертизы состояния здоровья 589 лиц лётного состава (в т. ч. имеющих диагнозы) в барокамере применительно к госпитальным условиям. Экспериментально показано, что методика обследования в барокамере на переносимость гипоксии умеренной и средней степени при подъемах на высоты 5000 и 6000 м является эффективным средством определения функционального состояния и резервных возможностей организма, выявления скрытых форм заболеваний человека и может использоваться для врачебно-лётной экспертизы лётного состава в условиях госпиталя.

К л ю ч е в ы е с л о в а: государственная авиация, барокамера, врачебно-лётная экспертиза, гипоксия, лётчик, медицинское обеспечение, профессиональное здоровье, психофизиологическая подготовка, резервные возможности, функциональное состояние.

Isaenkov V.E., Shishov A.A., Ryzenkov S.P., Olenev N.I., Shishkin A.N., Filatov V.N. – Development of a methodology of for medical-flight examination of flight personnel under condition of hospital. When performing an experimental study of ways of improvement of hyperbaric ascent involving 95 servicemen of special contingent determined lack of ascent security of flight crews to altitudes up to 6500 meters due to the large percentage (10%) of revealed reduced hypoxia tolerance of mild and moderate level in military personnel and potentially high risk of high-altitude decompression disease without a preparatory desaturation. The experimental testing of 5 minutes ascent technique for 5000 m and 6000 m is performed, justified criteria of hypobaric hypoxia tolerance of mild and moderate level during the examination of health state of 589 aircrew personnel (including personnel with approved diagnoses) in hyperbaric chamber in relation to hospital conditions. It is experimentally shown that the method of the survey in the chamber on hypoxia tolerance of mild and moderate level in the ascent to the height of 5000 m and 6000 m is an effective mean of determining the functional state and reserve capacity of the organism to identify hidden forms of human diseases and can be used for medical-flight examination of flight personnel in a hospital.

К е у в о р д s: state aviation, hyperbaric chamber, medical-flight examination, hypoxia, pilot, medical care, occupational health, psycho-physiological training, spare capacities, functional state.



Врачебное заключение

Данные о результатах подъемов врач заносит в историю болезни в виде протокола обследования переносимости гипобарической гипоксии и специальный журнал, а также в медицинские книжки летного состава. Заполненные протоколы записей обследованных летчиков хранятся отдельно.

Таким образом, методика обследования в барокамере на переносимость гипоксии умеренной и средней степеней при подъемах на высоты 5000 и 6000 м является эффективным средством определения функционального состояния и резервных возможностей организма, выявления скрытых форм заболеваний человека и может использоваться для врачебно-летней экспертизы летного со-

става в условиях госпиталя. Одновременно по информативности, наглядности и предметности показа действия на организм высотной гипоксии, практического обучения правильной эксплуатации КДА и снаряжения, а также принятию мер по устранению кислородного голодания при нештатных аварийных ситуациях высотного полета методика позволяет решать вопросы психофизиологической подготовки летного состава к высотным полетам.

Полученные результаты исследований включены в проект Пособия для членов военно-врачебных комиссий по медицинскому освидетельствованию летного состава «Специальные методы исследований в целях врачебно-летней экспертизы».

Литература

1. *Благинин А.А., Торчило В.В., Калтыгин М.В., Анохин А.Г.* Методы исследования в психологии и физиологии труда / Под ред. А.А.Благинина. — СПб: ЛГУ им. А.С.Пушкина, 2012. — 252 с.
2. *Голофеевский В.Ю., Смолянинов А.Б., Войтенко А.М., Розентул А.Ш.* Врачебно-летняя экспертиза: методики терапевтического обследования. — СПб: ВМедА, 2003. — 212 с.
3. Динамический врачебный контроль, подготовка к выполнению полетов, особенности врачебно-летней экспертизы и реабилитации летчиков высокоманевренных самолетов. — М.: Воениздат, 1991. — 79 с.
4. Методики исследований в целях врачебно-летней экспертизы. — М.: Воениздат, 1995. — 455 с.
5. Об утверждении Федеральных авиационных правил медицинского обеспечения полетов государственной авиации. Приказ

министра обороны РФ от 27.04.2009 г. № 265.

6. Руководство по медицинскому обеспечению полетов авиации ВС СССР. — М.: Воениздат, 1991. — 168 с.

7. *Черняков И.Н., Продин В.И., Шишов А.А.* Диагностика гипоксии в полете // *Авиация и космонавтика*. — 1991. — № 11. — С. 10–11.

8. *Черняков И.Н., Продин В.И., Шишов А.А.* О возможности распознавания летчиком гипоксии в высотном полете // *Воен.-мед. журн.* — 1991. — № 7. — С. 64–66.

9. *Черняков И.Н., Продин В.И., Шишов А.А.* Ознакомительно-тренировочные барокамерные подъемы летного состава как элемент психофизиологической подготовки к высотным полетам // *Воен.-мед. журн.* — 1994. — № 8. — С. 51–52.

10. *Шишов А.А., Оленев Н.И., Шишкин А.Н., Филатов В.Н.* Барокамерные подъемы как метод специального обследования летного состава государственной авиации // *Воен.-мед. журн.* — 2014. — Т. 335, № 4. — С. 54–58.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 615.838.057.56

Нормативно-правовые аспекты организации санаторно-курортного лечения военнослужащих Вооруженных Сил

ПОНОМАРЕНКО Г.Н., заслуженный деятель науки РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса
МЕРЗЛИКИН А.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы (bundeswer@mail.ru)
АДХАМОВ Б.М.
ВОРОНИНА Л.А.

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

В статье приведен анализ содержания основных нормативных документов, регламентирующих организацию санаторно-курортного лечения в Российской Федерации и Вооруженных Силах и определяющих порядок отбора, направления в санаторно-курортные организации, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению. Определены возможные направления совершенствования правового регулирования санаторно-курортного лечения военнослужащих.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Вооруженные Силы, военнослужащие, санаторно-курортное лечение, нормативно-правовое регулирование.

Ponomarenko G.N., Merzlikin A.V., Adkhamov B.M., Voronina L.A. — Normative legal aspects of health-resort treatment organisation for military servicemen of the Armed Forces. The authors of the article gave an analysis of the main normative documents, regulating organization of health-resort treatment in the Russian Federation and the Armed Forces, and determining selection procedure, referral to health-resort institutions, indications and contraindications to health-resort treatment. The authors defined probable ways of improvement of normative legal regulation of health-resort treatment for military servicemen.

К е у w o r d s: the Armed Forces, military servicemen, health-resort treatment, normative legal regulation.

Увеличение частоты и напряженности локальных военных конфликтов начала XXI века заставляет по-новому взглянуть на проблему скорейшего восстановления боеспособности военнослужащих. В связи с этим среди комплекса лечебно-профилактических мероприятий, проводимых медицинской службой, важную роль приобретает санаторно-курортное (восстановительное) лечение военнослужащих. Ст. 348 Устава внутренней службы *Вооруженных Сил Российской Федерации* (ВС РФ), утвержденного Указом Президента РФ № 1495 от 10 ноября 2007 г., устанавливает, что к основным лечебно-профилактическим мероприятиям, проводимым военнослужащим, помимо диспансеризации, амбулаторной и стационарной помощи, относится и санаторно-курортное лечение [6].

В настоящее время правом на санаторно-курортное обеспечение по линии *Министерства обороны Российской Федерации* (МО РФ) обладают 6,9 млн человек. Из этого количества более 80 тыс. военнослужащих ежегодно нуждаются в санаторно-курортном лечении, медицинской и медико-психологической реабилитации, организованном отдыхе. В период с 2008 по 2012 г. произошло значительное снижение числа военнослужащих, получивших лечение и находившихся на отдыхе в военных здравницах, — с 43 до 4,2 тыс., при этом ежегодные совокупные расходы на содержание военных санаторно-курортных организаций (не менее 5,5 млрд руб.) фактически не изменились. В течение 2013–2014 гг. удалось увеличить количество военнослужащих, получивших санаторно-



ние которых требует организационного оформления в виде соответствующих правовых актов. Прежде всего, это относится к регламентации перечня показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению, контроля качества и безопасности санаторно-курортной помощи, критериев эффективности санаторно-курортного лечения.

В Ы В О Д Ы

1. Организация санаторно-курортного лечения военнослужащих ВС РФ регламентирована соответствующими правовыми актами, учитывающими принцип

соподчиненности и разработанными в строгом соответствии с требованиями федеральных законов и приказов.

2. Требуют решения отдельные вопросы организации санаторно-курортного лечения, касающиеся определения показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению, контроля его качества и безопасности, критериев эффективности, что позволит обеспечить доступность и повысить эффективность санаторно-курортного лечения, защиту прав и интересов военнослужащих в период их пребывания на курорте, улучшить качество обслуживания больных (отдыхающих) в военных здравницах.

Литература

1. Горшколов О.И. Санаторно-курортное дело в Вооруженных Силах Российской Федерации. Избранные страницы истории. – М., 2002. – 158 с.

2. Медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения взрослых и подростков (кроме больных туберкулезом): Методические указания от 22.12.1999 г. № 99/227. – М.: МЗ РФ, 1999.

3. Об обеспечении санаторно-курортным лечением отдельных категорий военнослужащих, проходящих военную службу по контракту в соединениях и воинских частях постоянной готовности: Постановление Правительства РФ от 20.08.2004 г. № 423 // Собрание законодательства РФ, 23.08.2004 г., № 34, ст. 3557.

4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 28.11.2011 г., № 48, ст. 6724.

5. Об утверждении номенклатуры медицинских организаций: Приказ Минздрава России от 6.08.2013 г. № 529н // Российская газета, № 224, 7.10.2013 г.

6. Об утверждении общевоинских уставов Вооруженных Сил Российской Федерации: Указ Президента РФ от 10.11.2007 г. № 1495 // Собрание законодательства РФ, 19.11.2007 г., № 47 (ч. 1), ст. 5749.

7. Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации: Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 г. № 608 // Собрание законодательства РФ, 25.06.2012 г., № 26, ст. 3526.

8. Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высоко-

технологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях: Приказ Минздрава России от 11.03.2013 г. № 121н // Российская газета, № 101, 15.05.2013 г.

9. О Порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение: Приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г. № 256 // Российская газета, № 283, 22.12.2004 г.

10. О порядке санаторно-курортного обеспечения в Вооруженных Силах Российской Федерации: Приказ министра обороны РФ от 15.03.2011 г. № 333 // Российская газета, № 135, 24.06.2011 г.

11. О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах: Федеральный закон от 23.02.1995 г. № 26-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 27.02.1995 г., № 9, ст. 713.

12. О статусе военнослужащих: Федеральный закон от 27.05.1998 г. № 76-ФЗ // Собрание законодательства РФ, № 22, 1.06.1998 г., ст. 2331.

13. Руководство по организации работы военного санатория (дома отдыха). – М.: ГВМУ МО РФ, 2002. – 351 с.

14. Санаторно-курортное лечение и отдых в санаториях и домах отдыха Вооруженных Сил Российской Федерации. – М.: ГВМУ МО РФ, 2006. – 75 с.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 615.282.8.035:616.9

Калмыков А.А.¹, Аминев Р.М. (sen1026@yandex.ru)², Алимов А.В.³, Поляков В.С.² — Опыт применения противовирусного препарата гриппферон в сочетании очаге острых респираторных вирусных инфекций и ветряной оспы.

¹Медицинская служба Центрального военного округа, г. Екатеринбург; ²1026-й Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора ЦВО, г. Екатеринбург; ³НИИ вирусных инфекций Роспотребнадзора, г. Екатеринбург

Kalmykov A.A., Aminev R.M., Alimov A.V., Polyakov V.S. — Experience of the use of anti-viral medication «Grippferon» for acute respiratory viral disease and chickenpox. The authors approved an epidemiological effectiveness of «Grippferon» as a preventive mean for acute respiratory viral diseases and tonsillitis in a military collective during the seasonal morbidity, and showed its high effectiveness against chickenpox. Side reaction and complications haven't been observed in the military personnel that is why the given medication can be recommended as a non-specific preventive mean not only for acute respiratory viral disease, but also for chickenpox.

К е у в о р д s: acute respiratory viral diseases, chickenpox, non-specific immune prophylaxis, antiviral medication «Grippferon».

Наиболее эффективным мероприятием по предотвращению массового распространения *острых респираторных вирусных инфекций* (ОРВИ) является использование средств неспецифической иммунопрофилактики.

В настоящее время известен целый ряд препаратов, способных повышать неспецифическую резистентность организма. Одним из них является гриппферон (генноинженерный интерферон рекомбинантный IFN- α 2b) для применения интраназально, непосредственно во входных воротах инфекции. Препарат синтезирован из биомассы бактерий *E. coli*, в генетический аппарат которой встроены ген человеческого IFN- α 2b. В 1 мл препарата содержится 10 000 МЕ IFN, а также антиоксидант трилон-В и биологически совместимый полимер поливинилпирролидон и полиэтиленоксид.

Высокую защитную эффективность гриппферона на протяжении 15 лет с начала использования подтверждают результаты его применения в качестве средства экстренной профилактики и лечения больных в очагах гриппа и других ОРВИ во взрослых организованных коллективах, в т. ч. и военнослужащих. Индекс профилактической эффективности в среднем составляет 3,4 с диапазоном колебания от 2,1 до 5,0.

Препараты интерферона применяются в основном для профилактики ОРВИ, однако они эффективны и при других вирусных инфекциях.

Нами получены результаты применения гриппферона в сочетании очаге ОРВИ и ветряной оспы в одном из учебных воинских коллективов, дислоцированном в Ульяновской области. Случаи заболевания ОРВИ и ветряной оспы в коллективе начали регистрироваться

в первой декаде декабря 2014 г., когда из 519 военнослужащих 21 заболел ОРВИ, а затем еще 2 человека заболели ветряной оспой. Было принято решение о профилактике распространения ОРВИ среди военнослужащих по призыву препаратом гриппферон, который закапывался медицинским работником по 3 капли в каждый носовой ход 2 раза в день утром и вечером. Перед процедурой военнослужащие очищали полость носа, а после закапывания в течение 1 мин в положении сидя массировали переносицу. Наблюдение за эпидемическим очагом ОРВИ и ветряной оспы проводилось до 7 января 2015 г. Специфическая профилактика ветряной оспы не предпринималась.

В связи с отсутствием достаточного количества препарата гриппферон получало одно подразделение (№ 1 — 210 человек), военнослужащие подразделения № 2 (176 человек) профилактических средств не получали. Военнослужащие обоих подразделений имели одинаковые условия размещения, водоснабжения, питания в одной столовой, занимались учебно-боевой подготовкой в учебных классах и полевых условиях, обслуживанием военной техники в парке.

С целью расшифровки ОРВИ у 43 заболевших при госпитализации проведено молекулярно-биологическое исследование (полимеразная цепная реакция) мазков из носа и ротоглотки, на 10–14-й день заболевания — забор крови для постановки серологических исследований (иммуноферментного анализа, реакция торможения гемагглютинации). Установлено, что наиболее часто респираторные инфекции среди курсантов вызывали возбудители аденовирусной инфекции (25,6%). Одновременно в коллективе циркулировали возбудители гриппа А



(H3N2), хламидии пневмонии, цитомегало-вирусной инфекции.

С целью подтверждения диагноза ветряной оспы у первых 2 заболевших было проведено лабораторное исследование с использованием метода иммуноферментного анализа. В сыворотке крови заболевших были обнаружены ранние антитела (JgM) к возбудителю ветряной оспы.

Уровень заболеваемости военнослужащих ОРВИ в подразделении № 1 составил 404,8, в подразделении № 2 – 653,4, а индекс эффективности гриппферона – 1,6. Заболеваемость тонзиллитом имела величины соответственно 138,1 и 284,1, индекс эффективности препарата – 2,0.

Уровень заболеваемости ветряной оспой в подразделении № 1 составил 9,5, а в подразделении № 2 достиг 62,5, индекс эффективности гриппферона по этой инфекции – 6,5.

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

– препарат гриппферон подтвердил эпидемиологическую эффективность для профилактики острых респираторных вирусных инфекций, тонзиллита и показал высокую профилактическую эффективность в отношении ветряной оспы;

– препарат не вызывал у военнослужащих побочных реакций и осложнений, поэтому может быть рекомендован как средство профилактики не только ОРВИ, но и ветряной оспы в организованных коллективах в период сезонного подъема заболеваемости этими инфекциями.

Целесообразно проведение дополнительных исследований с целью подтверждения эффективности препарата гриппферон для профилактики ветряной оспы и внесения соответствующих показаний в инструкцию по его применению, а также изучения профилактической эффективности при других вирусных инфекциях (краснуха, эпидемический паротит и др.).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.716.4-001.5-089.843

Терещук С.В. (*tereschuksv@gmail.com*), **Деменчук П.А.**, **Горбуленко В.Б.**, **Сухарев В.А.** – Применение аппарата для внеочаговой фиксации отломков нижней челюсти при поднадкостничной остеотомии реваскуляризированного трансплантата из малоберцовой кости.

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

Tereshchuk S.V., Demenchuk P.A., Gorbulyenko V.B., Sukharev V.A. – The use of extrafocal fixator of low jaw fragments while subperiosteal osteotomy with vascularised fibular grafting. The article presents an experience of original method of fibular graft fixation with the help of device for extrafocal fixation of low jaw fragments. The proposed method considerably facilitates surgeons' work during subperiosteal osteotomy, reduces the possibility of vessel injury, which surround the bone graft, and allows performing osteotomy with maximum precision.

К е у в о р д с: fibular grafting, osteotomy, low jaw defect, external fixator.

Реваскуляризированный трансплантат из малоберцовой кости был впервые описан G.Taylor в 1975 г. С конца 1980-х гг. применение реваскуляризированных костных ауто трансплантатов стало золотым стандартом в реконструктивной хирургии нижней челюсти, эффективность этого метода достигает более 90% (Hidalgo D.A. et al., 2002; Robb G., 2004). Сохраняет свою актуальность проблема формирования малоберцового ауто трансплантата, точно повторяющего контуры удаляемого фрагмента нижней челюсти. Решение данной проблемы возможно на основе специально разработанных программ для планирования реконструктивных операций с применением малоберцового трансплантата, например ProPlan CMF (Materialise, Бельгия). Они позволяют виртуально моделировать трансплантат с учетом будущей ортопедической реабилитации, в т. ч. устанавливать дентальные имплантаты в малоберцовую кость еще до придания формы трансплантату и помещения его в дефект. Ис-

пользование данных программ ограничено в связи с их высокой стоимостью и сложностями логистики, не позволяющими получить результаты планирования (шаблоны и модели, индивидуальные фиксирующие пластины) в кратчайшие сроки, что неприемлемо для онкологических больных.

Для решения этих задач нами применяются спланированные и изготовленные по результатам виртуального планирования в Институте проблем лазерных и информационных технологий РАН стереолитографические шаблоны для резекции нижней челюсти (рис. 1), шаблон для поднадкостничной резекции малоберцового трансплантата (рис. 2) и модели резецированной нижней челюсти с трансплантатом в дефекте, модели черепа больного. Внутренняя поверхность шаблона для поднадкостничной резекции малоберцовой кости конгруэнтна наружной поверхности участка малоберцовой кости, запланированного для резекции. При этом обязательным является полутора-двухмиллиметровый

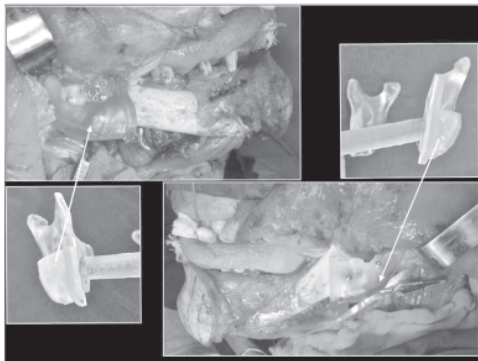


Рис. 1. Стереолитографические шаблоны для резекции нижней челюсти

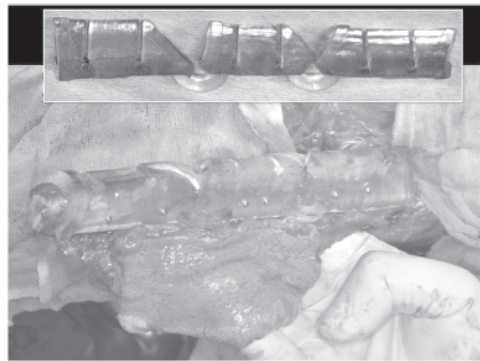


Рис. 2. Шаблон для поднадкостничной резекции малоберцовой трансплантата

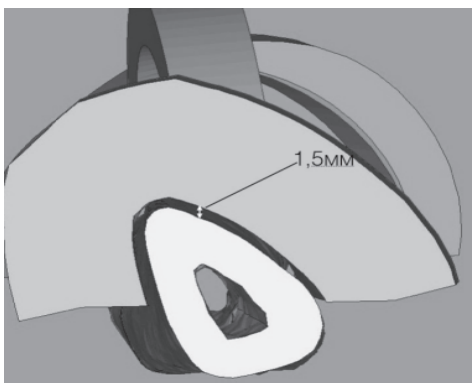
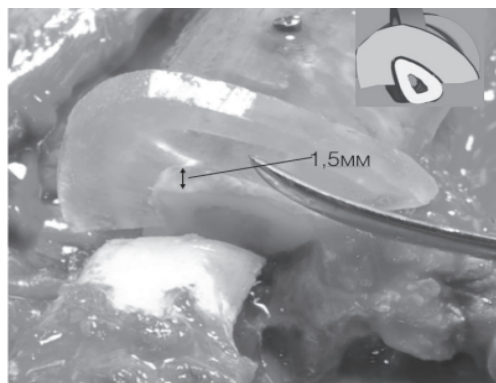


Рис. 3. Полутора-двухмиллиметровый зазор для мышечной манжеты



зазор для мышечной манжеты (рис. 3). Для того чтобы шаблон сохранял правильное положение на малоберцовой кости, его фиксируют к ней внутрикостными винтами (рис. 2). Как правило, это винты диаметром 2 мм и длиной 12 мм. В ходе последующей поднадкостничной остеотомии трансплантата возникает проблема с его удерживанием при работе силовыми инструментами.

Трансплантат покрыт мышечной манжетой с сосудистой сетью, обеспечивающей питание кости. После выполнения поднадкостничной остеотомии и наложения микрососудистых анастомозов именно эти сосуды обеспечивают питание кости. Питающая кость ветвь от малоберцовой артерии не принимает участия в кровоснабжении остеотомированных фрагментов малоберцовой кости. Поэтому любые грубые манипуляции на мышечной манжете и надкостнице могут стать причиной нарушения кровоснабжения кости и, как следствие, неудачи в послеоперационный период (гибели трансплантата).

Учитывая опыт зарубежных специалистов (Schepers R.H. et al., 2013) по установке денальных имплантатов в трансплантат и необходимость накладывать как минимум пилотные отверстия диаметром 2 мм, нами

разработан и предложен к применению способ фиксации малоберцового трансплантата с помощью аппарата внеочаговой фиксации костных отломков. Мы используем аппарат Дацко как наиболее соответствующий требованиям из имеющихся в нашем распоряжении аппаратов. Прежде всего, в процессе виртуального планирования необходимо предусмотреть размещение стержней аппарата по переднему либо медиальному краю малоберцовой кости. Как правило, над этой же областью в ходе операции размещается шаблон для поднадкостничной остеотомии.

Стержни аппарата (минимум 2 на 1 фрагмент трансплантата) должны хорошо фиксироваться в кости. Диаметр стержней – 2 мм. Для обеспечения правильной их установки в соответствии с планом в шаблоне предусматриваются отверстия для проводника сверла. В своей практике мы используем проводник для сверла диаметром 1,8 мм из набора Transbucal фирмы «Synthes» (рис. 4). Его наружный диаметр равен 2,4 мм. Такой же диаметр имеют отверстия в шаблоне (рис. 5). Установленный в эти отверстия проводник позволяет подготовить костный канал для стержня строго в заданном направлении (рис. 6). После фиксации в кости стержни

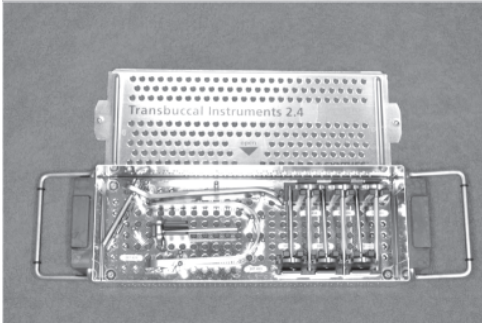


Рис. 4. Набор Transbuccal фирмы «Synthes»

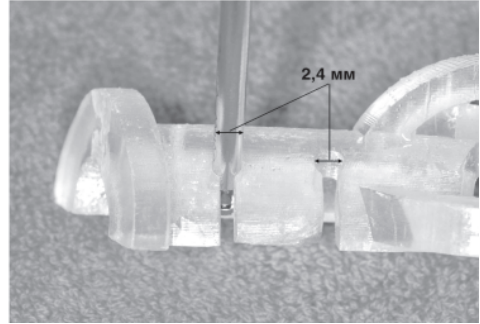


Рис. 5. Проводник в шаблоне

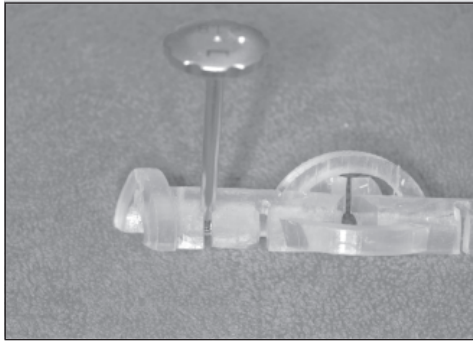


Рис. 6. Использование проводника для сверления



Рис. 7. Трансплантат после резекции

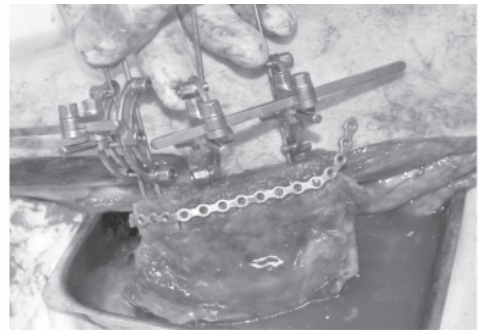


Рис. 8. Использование стержней для фиксации фрагментов трансплантата к реконструктивной пластине

могут быть объединены по два либо в единую конструкцию в зависимости от желания и удобства для хирурга.

Для сокращения времени операции удерживающая стержни рамка должна быть собрана до операции, ориентируясь на шаблон для поднадкостничной резекции малоберцовой кости. После завершения остеотомии фиксирующие шаблон винты могут быть удалены, а шаблон снят через имеющиеся в нем прорези шириной 2 мм, что соответствует диаметру стержней (рис. 7, 8). В дальнейшем удерживаемые за стержни фрагменты трансплантата легче соединить титановой пластиной, подготовленной заранее по модели ре-

зецированной челюсти с фиксированным в дефекте трансплантатом, чем если бы это делалось «на руках».

Предложенный нами способ фиксации малоберцового трансплантата позволяет значительно облегчить работу хирурга в ходе поднадкостничной остеотомии, уменьшить вероятность повреждения сосудистой сети, окружающей трансплантат. Кроме того, жесткая фиксация малоберцового трансплантата в аппарате внешней фиксации позволяет выполнять остеотомию с максимальной точностью в соответствии с виртуальным планом.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК [616.36-002.12:578.891]-057.36-07

Кокоев В.Г.¹, Папушин О.Н. (papuhino@rambler.ru)¹, Зайцева Н.С.², Багмет А.Д.², Рубан А.П.² — Опыт диагностики и лечения хронических вирусных гепатитов С и В у военнослужащих Южного военного округа.

¹1602-й военный клинический госпиталь МО РФ, г. Ростов-на-Дону; ²Ростовский государственный медицинский университет

Kokoev V.G., Papushin O.N., Zaitseva N.S., Bagmet A.D., Ruban A.P. — Experience of diagnosis and treatment of chronic viral hepatitis type B and C in military servicemen of the South military district. The authors presented an experience of clinical, laboratory and morphological diagnosis and treatment of 375 military servicemen of the South military district with chronic viral hepatitis type B and C who were treated at gastroenterological department of the military hospital in 2004–2014.

К е у в о р д s: chronic viral hepatitis type B and C, epidemiological process, structure of transmission, morphological characteristics of degree of hepatitis activit.

Целью нашего исследования явилась оценка динамики заболеваемости хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) В и С военнослужащих по данным ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ и обобщение опыта диагностики и лечения этой категории больных.

Изучены истории болезни 375 пациентов с ХВГ, прошедших лечение в гастроэнтерологическом отделении госпиталя с 2004 по 2014 г.

Средний возраст пациентов составил $26,6 \pm 1,2$ года (от 18 до 46 лет), из них 100 человек были военнослужащими, проходящими военную службу по призыву, 275 — военнослужащими, проходящими военную службу по контракту (130 из них офицеры). Давность заболевания после установления диагноза составила от 1 года до 11 лет. Этиологическая структура была представлена следующим образом: ХВГ В диагностировался у 72 (19,2%) военнослужащих, ХВГ С — у 283 (75,4%), микст инфекция ХВГ С и В у 10 (2,7%), гепатиты неустановленной этиологии у 10 (2,7%).

Заболеваемости ХВГ В у военнослужащих в 2014 г. увеличилась в сравнении с 2004 г. в 1,2 раза, ХВГ С — в 2,7 раза. ХВГ С был выявлен у 80% военнослужащих по призыву от всех лечившихся военнослужащих с вирусным гепатитом, в 71,5% случаев у военнослужащих по контракту; ХВГ В выявлялся у 16% военнослужащих по призыву, у 20% военнослужащих по контракту; микстинфицирование ХВГ С и В регистрировалось у 5% военнослужащих по контракту.

Имело место активное включение в эпидемический процесс лиц призывного возраста. В зависимости от региона призыва в первые 6 мес службы выявлялось от 50 до 75% заболевших из всех военнослужащих по призыву (из них 100 были уволены из ВС). По-видимому, они заразились до призыва и выявлялись в инкубационный период.

Заражение при внутривенном введении наркотических средств с немедицинскими целями было выявлено у 4% пациентов, в результате переливания крови и ее компонентов — у 1%, татуажа — у 2%, косметических процедур — у 1%, внутрибольничного инфицирования (оперативные вмешательства, инвазивные процедуры) — у 2%, профессионально-бытовое заражение (в числе заболевших были и медицинские работники) было доказано у 1% пациентов. В 89% случаев путь заражения не установлен.

Всем больным было проведено комплексное обследование, включая биопсию печени. При биохимическом исследовании крови у 85,5% пациентов уровень билирубина оставался в норме и лишь у 14,5% был повышен, у 92% больных регистрировалось увеличение показателей АсАТ. Уровень АлАТ был в норме у 55% пациентов, увеличение выявлено у 45% военнослужащих. Нормальные показатели активности щелочной фосфатазы выявлялись у 97% пациентов, у 3% больных регистрировалось увеличение показателей. Активность гаммаглутамилтрансферазы была повышена у 96,5% пациентов, понижена — у 0,5%, норма была выявлена у 3% больных.

При проведении ИФА было выявлено содержание HBsAg — у 3% обследованных, HBsAg+антиHBc M,G — у 2%, HBsAg + антиHBc G — у 10%, HBsAg + антиHBc + Be — у 2%, HBsAg + антиHBe — у 1%, антиHBcM,0 — у 1%, антиHBe + антиHBc G — у 1%, HBeAg + HBsAg + антиHBeG — у 1%, HCV суммарные антитела M+G — у 35%, антитела M — у 24%, антитела G — у 41%.

При проведении УЗИ гепатобилиарной системы гепатомегалия диагностировалась у 12% больных, спленомегалия — у 3%, гепатоспленомегалия — у 4%, диффузные изменения печени — у 1%. У 82% больных патологических изменений не выявлено.

В результате проведенного обследования определено сочетание ХВГ со следующими



заболеваниями: гастродуоденит – в 49% случаев, дискинезия желчевыводящих путей – в 1% случаев, желчнокаменная болезнь – в 2% случаев, язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки – в 7% случаев, хронический колит – в 2%.

У 370 пациентов биопсия позволила установить достоверный диагноз ХВГ, у 5 больных диагноз был вероятным. По данным гистологических исследований биопсийного материала печени у 85% обследованных выявлялась слабая степень активности, у 8% – умеренная степень активности, у 1% – выраженная степень активности процесса. Признаки цирроза были обнаружены у 5,5% пациентов.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.127-005.4-07:616.132

Жарикова Т.С. (*wise_tanya@mail.ru*), **Милюков В.Е.**, **Николенко В.Н.** – Морфометрическая оценка коронарных артерий в определении лечебной тактики у больных ишемической болезнью сердца.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова

Zharikova T.S., Milyukov V.Ye., Nikolenko V.N. – Morphometric assessment of coronary arteries and its connection with treatment tactics determination for patients with ischemic heart disease. We determined individual characteristics of the coronary arteries network in norm. The morphometric evaluation of coronary arteries in norm in the gender aspect allow an objective judgment about the functional adequacy of the blood supply to the heart muscle, to determine tactics of treatment of patients, predict and prevent intraoperative and postoperative complications that plays an important role in military medicine.

К е у в о р д с: coronary heart disease, coronary arteries, myocardium, morphometry, dominance of coronary circulation.

Для определения степени патологических изменений сосудистого русла сердца и объективизации выбора лечебной тактики у больных *ишемической болезнью сердца* (ИБС) необходим единый взгляд на границы нормы организации сосудистого русла. Вместе с тем в медицинской литературе приводятся лишь ограниченные сведения о длине коронарных артерий, расположенных эпикардially и играющих главную роль в ангиографической оценке коронарного кровоснабжения, а данных о гендерных и индивидуальных особенностях развития сети коронарных артерий в норме крайне недостаточно.

Целью исследования явилось обоснование способа оценки развития артериального русла сердца для объективизации тактики лечения больных ИБС.

Изучены архивные записи ангиограмм 161 пациента, по которым патологических изменений коронарных артерий выявлено не было. Коронароангиография проводилась в 2012 г. в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева. Среди обследованных было 77 (47,9%) женщин и 84 (52,1%) мужчины в возрасте 36–74 года. Ста-

Таким образом, среди обследованных военнослужащих преобладали ХВГ со слабой степенью активности как по биохимическим показателям, так и по гистологическим данным. Отмечено включение в эпидемический процесс большого количества военнослужащих по призыву с выявлением ХВГ в первые 6 мес службы. Изменилась структура путей передачи возбудителей ВГ С и В. Резко уменьшилось число заболевших парентеральными вирусными гепатитами, заражение которых можно было связать с переливанием крови или ее препаратов и с лечебно-диагностическими манипуляциями, зато значительно увеличилось количество заражений путем «татуажа» и косметических процедур.

тистический анализ полученные данных включал вычисление средних, их ошибок, стандартного квадратичного отклонения, коэффициента вариации с использованием программ «Syngo Fast View», «Adobe Photoshop CS7», «Microsoft Excel», «SPSS». Достоверность определяли с помощью *t*-критерия Стьюдента.

В исследовании авторы использовали классификацию основных типов кровоснабжения сердца (*правовенечный, левовенечный, равномерный*), основанную на визуально определяемом при селективном контрастировании венечных артерий источнике формирования задней межжелудочковой ветви.

Во всех возрастных группах преобладал правовенечный тип кровоснабжения сердца (см. таблицу).

Среди мужчин правовенечный тип отмечен у 60,7% (среди женщин – у 61%), левовенечный – у 25% (23,4%), равномерный – у 14,3% (15,6%) обследованных.

У мужчин второго периода зрелого возраста наибольшее значение длины русла *правой коронарной артерии* (ПКА) отмечено при правовенечном типе кровоснабжения сердца



Встречаемость различных типов кровоснабжения сердца, %

Пол	Возрастной период	Тип кровоснабжения сердца		
		Правовенечный	Левовенечный	Равномерный
Мужской <i>n</i> =84	Второй период зрелого возраста	62,0	20,0	18,0
	Пожилой возраст	58,8	32,4	8,8
Женский <i>n</i> =77	Второй период зрелого возраста	72,2	13,9	13,9
	Пожилой возраст	51,2	31,7	17,1

– 1020,53±73,78 мм, а *левой коронарной артерии* (ЛКА) – при левовенечном – 1014,03±116,22 мм. Наибольшее значение длины русла как ПКА, так и ЛКА у мужчин пожилого возраста выявлено у лиц с равномерным типом кровоснабжения сердца – 1208,75±232,85 и 1128,74±159,57 мм соответственно.

Среди женщин второго периода зрелого возраста наибольшее значение длины русла ПКА установлено у лиц с правовенечным типом кровоснабжения сердца – 1059,97±124,55 мм, а ЛКА – с левовенечным – 947,62±108,72 мм.

У женщин пожилого возраста наибольшее значение длины русла ПКА встретилось при правовенечном типе кровоснабжения – 1134,06±134,72 мм, а ЛКА – при левовенечном – 1046,03±114,63 мм. При этом наибольшее среднее значение длины русла ПКА отмечено у женщин пожилого возраста – 958,50±61,77 мм, наименьшее – 913,75±82,71 мм – у женщин второго периода зрелого возраста.

Среди средних значений длины русла ЛКА наибольшее также установлено у женщин пожилого возраста – 1007,86±59,79 мм, наименьшее – 845,41±44,93 мм – у мужчин второго периода зрелого возраста.

Среди мужчин второго периода зрелого возраста изменчивость длины русла как ПКА, так и ЛКА оказалась наибольшей у лиц с правовенечным типом кровоснабжения сердца. Их величины превышают изменчивость длины русла ЛКА у лиц с левовенечным типом кровоснабжения сердца в 1,44 и 1,02 раза, а у лиц с равномерным типом кровоснабжения сердца – в 1,52 и 1,33 раза соответственно.

Среди мужчин пожилого возраста изменчивость длины русла ПКА и ЛКА также наибольшая у лиц с правовенечным типом кровоснабжения сердца. Изменчивость длины русла ПКА у них, по нашим данным, превышает таковую у лиц с левовенечным типом в 1,09 раза и у лиц с равномерным типом – в 1,16 раза, а ЛКА – соответственно в 1,29 и в 1,99 раза.

Как и среди мужчин, у женщин второго периода зрелого возраста изменчивость дли-

ны русла ПКА и ЛКА оказалась наибольшей у лиц с правовенечным типом кровоснабжения сердца. Изменчивость длины русла ПКА у лиц с правовенечным типом кровоснабжения сердца превысила таковую у лиц с левовенечным типом кровоснабжения в 1,94 раза, у лиц с равномерным типом – в 1,87 раза, а ЛКА – соответственно в 2,37 и в 3,73 раза.

Аналогичная зависимость выявлена нами среди женщин пожилого возраста. Изменчивость длины русла как ПКА, так и ЛКА наибольшая у лиц с правовенечным типом кровоснабжения сердца. Изменчивость длины русла ПКА превышает таковую у лиц с левовенечным типом кровоснабжения в 1,02 раза, у лиц с равномерным типом – в 1,28 раза, а ЛКА – соответственно в 1,11 и 1,52 раза.

Определение преобладающего по развитию бассейна сосуда (ПКА или ЛКА) позволяет оценить объем кровоснабжаемых данным сосудом тканей сердца, а по степени патологического изменения данного сосуда мы считаем возможным косвенно определить степень нарушения кровоснабжения сердечной мышцы, в связи с чем предложенный нами способ оценки развития артериального русла сердца является более объективным.

Таким образом, полученные нами данные, характеризующие длину русел правой и левой коронарных артерий в норме в зависимости от типа кровоснабжения сердца, их гендерные особенности являются основой для последующей оценки кровоснабжения миокарда и создания удобных в клинической практике программ для автоматизированного анализа рентгеноанатомических изображений. Изучение гендерных и индивидуальных особенностей развития сети коронарных артерий в норме позволит объективизировать подходы к определению тактики лечения и прогнозу интра- и послеоперационных осложнений у больных ишемической болезнью сердца. Это имеет важное значение и для военной медицины в связи с повышенным риском развития у военнослужащих сердечно-сосудистых заболеваний из-за стрессовых факторов военной службы.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК [616.69-008.1-06:616.12-008.331.1]

Давидович И.М., Афонасков О.В., Маренин С.Н. (*marenin2006@mail.ru*) – Эректильная дисфункция у мужчин молодого возраста на фоне повышенного индекса массы тела и артериальной гипертензии.

301-й военный клинический госпиталь (военного округа), г. Хабаровск

Davidovich I.M., Afonaskov O.V., Marenin S.N. – Erectile dysfunction in young men with high body mass index and arterial hypertension. The authors assessed the status of erectile function depending on obesity in 69 young military servicemen with arterial hypertension of 1–2 stage. It was established that patients in this group suffered from weak erectile dysfunction, which was accompanied with endothelium vasodilatation disorder of brachial and penile artery, reduction of common testosterone, and reduction of free testosterone index in proportion to increase of body weight.

Key words: arterial hypertension, obesity, testosterone, erectile dysfunction.

Общеизвестно, что висцеральное ожирение часто сочетается с таким факторами риска (ФР), как артериальная гипертензия (АГ), нарушение липидного и углеводного обмена, что объединено в понятие «метаболический синдром» (МС). Растущий интерес к МС обусловлен высоким риском развития при нем сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Составляющие МС являются и ФР появления эректильной дисфункции (ЭД) у мужчин, что позволяет считать ЭД ранним маркером ССЗ.

Большинство исследований, касающихся связи МС и ЭД, было проведено у мужчин старше 50 лет. Исходя из вышесказанного, становится обособанным особый интерес к состоянию эректильной функции у пациентами с АГ и избыточной массой тела/ожирением молодого, трудоспособного возраста, в т. ч. из групп экстремальных, напряженных профессий, в частности офицеров, проходящих военную службу по контракту. Имеющиеся у них ФР могут отрицательно влиять на качество выполнения обязанностей военной службы, что в конечном итоге напрямую связано с безопасностью и обороноспособностью страны.

Цель работы заключалась в оценке состояния эректильной функции у молодых мужчин с артериальной гипертензией и избыточной массой тела/ожирением, офицеров сухопутных войск Восточного военного округа.

Материалы и методы. В качестве первого этапа было проведено эпидемиологическое исследование методом случайной репрезентативной однородной по социально-бытовым условиям службы и быта выборки из лиц мужского пола, офицеров Сухопутных войск в возрасте от 25 до 44 лет (средний возраст – $36,2 \pm 0,2$ года). Всего было отобрано 1250 человек, отклик составил 95,7%, или 1197 человек.

Далее методом случайной выборки было отобрано 69 мужчин молодого возраста с установленным диагнозом «гипертоническая болезнь» (ГБ). ГБ I стадии была у 32 (46,4%), II стадия – 37 (53,6%) пациентов. Стадию ГБ

устанавливали согласно критериям ВНОК 2010 г. АГ 1-й степени была у 31 (44,9%) и 2-й степени – у 38 человек (55,1%). Кроме того, все пациенты с ГБ были разделены по индексу массы тела (ИМТ): $\leq 24,9$ кг/м² ($n=11$, 15,9%), 25–30 кг/м² ($n=30$, 43,5%) и >30 кг/м² ($n=28$, 40,6%). Контрольную группу составили 19 лиц с нормальным АД. Группы мужчин были сопоставимы по возрасту, военно-учетной специальности и таким факторам риска, как курение, гиподинамия и употребление алкоголя. Все мужчины были женаты.

Всем пациентам с ГБ проводили эхокардиографию, суточное мониторирование АД с анализом параметров отдельно в дневное и ночное время в соответствии с принятыми критериями. Оценку эректильной функции осуществляли путем анкетирования с помощью международного опросника эректильной функции – МИЭФ по пятибалльной шкале от 0 до 5, андрогенный статус – с помощью стандартной международной анкеты «Опросник симптомов старения мужчины» (AMS – Aging Male Symptoms) в баллах.

Исследование *эндотелий-зависимой вазодилатации* (ЭЗВД) плечевых и пенильных артерий осуществляли ультразвуковым методом с помощью линейного датчика 7,5 МГц на аппарате «Simens Sonoline 1700» по методу Е.Б.Мазо и соавт. (2005) с расчетом процента увеличения диаметра плечевых и пенильных артерий. Определяли содержание в крови *общего тестостерона* (ОТ), *секс-стероид-связывающего глобулина* (СССГ) и рассчитывали *индекс свободного тестостерона* (ИСТ).

Результаты и обсуждение. Было показано, что у обследуемых мужчин частота встречаемости АГ составила 31,6%. Средний ИМТ в группе больных АГ был $29,1$ кг/м², с нормальным АД – $25,5$ кг/м² ($p=0,001$). Среди молодых мужчин с АГ ожирение было выявлено у 33,9%. У больных с АГ и ожирением в сравнении с группой без ожирения были значимо выше значения систолического и диастолического АД (САД – $148,3 \pm 1,24$ и



Показатели эндотелий-зависимой вазодилатации плечевых и пенильных артерий у мужчин молодого возраста с артериальной гипертензией в зависимости от величины индекса массы тела

Показатели	Группы обследованных лиц, ИМТ			
	≤24,9 кг/м ² (n=11)	>25≤30 кг/м ² (n=30)	>30 кг/м ² (n=28)	Контроль (n=19)
Δd (%) плечевой артерии	6,8±1,0 p=0,022	7,0±0,7 p=0,001	5,3±0,8 p=0,001	13,2±1,3
Δd (%) пенильной артерии	40,7±2,7 p=0,004	44,4±2,8 p=0,001	38,3±2,4 p=0,004	57,1±2,9

Примечания: p – достоверность различий в сравнение с группой контроля, Δd – прирост диаметра артерии (в %) после проведения компрессионной пробы.

143,3±0,77 мм рт. ст., p=0,001, ДАД – 95,7±0,83 и 92,2±0,54 мм рт. ст., p=0,0001) и содержание общего холестерина в крови (6,1±0,09 и 5,33±0,07 ммоль/л, p=0,001). Среди них достоверно выше был процент лиц с гиперхолестеринемией (77,3 и 50,0%, p=0,015) и гипертрофией левого желудочка (71,9 и 48,4%, p=0,03).

Оценка состояния эректильной функции у мужчин с АГ показала, что в целом по всей группе в сравнении с лицами с нормальным АД, имела место легкая ЭД. На это указывало достоверное снижение количества баллов по опроснику МИЭФ (22,3±0,3 и 24,2±0,5, p=0,003) и увеличение – по анкете AMS (26,4±0,8 и 22,3±1,1, p=0,014). Определение эректильной функции у этой же группы мужчин в зависимости от величины ИМТ позволило установить, что у лиц с нормальной, избыточной массой тела и ожирением 1-й степени МИЭФ и AMS выявляли наличие ЭД. При этом наименьший балл (21,3±0,5) по опроснику МИЭФ наблюдался у пациентов с АГ и ожирением 1-й степени.

Снижение ЭЗВД плечевой и пенильной артерий у мужчин молодого возраста с АГ по сравнению с лицами с нормальным АД, наблюдалось вне зависимости от ИМТ, но наименьшие показатели прироста диаметра указанных артерий были отмечены у пациентов с ожирением 1-й степени (см. таблицу).

У обследованных нами мужчин с АГ и ожирением 1-й степени было достоверно самое высокое содержание ОХ (6,3±0,2 ммоль/л), ЛПНП (4,4 ммоль/л) и самое низкое – ЛПВП (1,2 ммоль/л), как по сравнению с лицами с нормальным АД, так и пациентами с АГ и нормальной массой тела. Только в указанной группе пациентов с АГ имела место корреляционная зависимость между ИМТ и количеством баллов в опросниках МИЭФ и ASM (ИМТ/МИЭФ=-0,28, p<0,05, ИМТ/AMS=0,43, p<0,05) и AMS/OX=0,44 (p<0,02).

Анализ гормонального статуса у мужчин с АГ в зависимости от величины ИМТ показал, что только у пациентов с избыточной массой тела и ожирением происходило статистически значимое снижение уровня общего тестостерона, наиболее выраженное у больных с ожирением, величина которого была почти на 30% меньше, чем у лиц с нормальным АД. Индекс свободного тестостерона был достоверно снижен только у мужчин с АГ и ожирением.

При сердечно-сосудистых заболеваниях, МС и сахарном диабете наблюдается снижение содержания общего тестостерона в крови и связанное с этим увеличение смертности. Наличие у мужчин таких признаков МС, как ожирение, АГ и дислипидемия, уже в молодом возрасте способствовало снижению содержания ОТ и ИСТ. Именно у них выявлена корреляционная зависимость между ИСТ и количеством баллов в опросниках МИЭФ и AMS (ИСТ/МИЭФ=0,32, p<0,05 и ИСТ/AMS=-0,25, p<0,05).

Известно, что тестостерон обладает протективным действием на сосудистый эндотелий. Возможно, что и у данной категории пациентов, кроме указанных факторов сердечно-сосудистого риска, таких как АГ, дислипидемия и курение, нарушению ЭЗВД плечевой и пенильной артерий способствовал и низкий уровень ОТ, что подтверждалось корреляционной связью между содержанием ОТ, ИСТ и Δd пенильной артерии (ОТ/Δd=0,21, p<0,05 и ИСТ/Δd=0,51, p<0,02). Более того, именно у пациентов с сочетанием ожирения, АГ и гиперлипидемией было отмечено самое низкое содержание ОТ, низкие ИСТ и ЭЗВД.

Показано, что у мужчины с ЭД, но без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний, ЭЗВД плечевой артерии была значительно ниже, чем у лиц без ЭД. Мы также у нашей категории пациентов выявили снижение ЭЗВД плечевой и пениль-



ной артерий уже при 1-й степени АГ, I стадии ГБ и длительности заболевания менее 5 лет, что указывало на весьма ранние функциональные отклонения в различных отделах сосудистого русла.

Таким образом, можно сделать вывод, что у молодых мужчин, офицеров Сухопутных войск ВВО с гипертонической болезнью и ожирени-

ем выявляется легкая эректильная дисфункция. У рассматриваемой категории пациентов эректильная дисфункция сопровождается нарушением эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой и пенильной артерий, снижением содержания в крови общего тестостерона и индекса свободного тестостерона пропорционально увеличению индекса массы тела.

© А.А.ВОЛОГДИН, Б.Л.ЛИХТЕРМАН, 2015
УДК 616.344/349-006.6-089

Вологдин А.А. (*andrey-vologdin@yandex.ru*)¹, **Лихтерман Б.Л.**² – Операция Гартмана: история и современные требования.

¹Филиал Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Москва; ²Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова

Vologdin A.A., Lichterman B.L. – Hartmann's operation: history and present requirements. On the 5th of October 1921 at the XXX Congress of French Surgeons French Surgeon H.Hartmann reported about a new unique surgery, which could be used in the course of treatment of rectal and colon cancer, accompanied with acute bowel obstruction. The core of the given surgical procedure was an excision of the distal end of the sigmoid colon and upper ampullary section of straight intestine with tumour, colon exteriorization in a shape of an end colostomy, closure of distal segment with putting into small pelvis or leaving in abdominal cavity. Hartmann's operation is a radical surgery, answering all modern oncology principles, and is a part of modern standards and clinical recommendation on treatment of accompanied rectal and colon cancer.

К е у в о р д с: acute obturation intestinal obstruction, Hartmann's operation, colorectal cancer, end colostomy.

На XXX конгрессе французских хирургов в 1921 г. выступил с сообщением хирург из Парижа *H.Hartman* (Генри Чарльз Альберт Антуан Гартман, 1860–1952) о выполненных им двух операциях – резекциях пораженного опухолью сегмента толстой кишки. В октябре 1925 г. он сделал сообщение о семи подобных операциях (на первом этапе у этих больных была наложена колостома в связи с развитием обтурационной толстокишечной непроходимости). Более подробно эту операцию описал в 1927 г. ученик Гартмана *Sourault*, впервые назвавший ее операцией Гартмана.

Следует отметить, что идея удаления части толстой кишки без восстановления ее проходимости была высказана английским хирургом *Lockhart-Mummery* еще в 1908 г. В России операцию Гартмана по поводу рака толстой кишки в 1929 г. выполнил Н.Н.Петров, назвавший ее операцией Коффи–Гартмана или одномоментной чрезбрюшинной операцией по Гартману (1939).

Применительно к современным требованиям в колоректальной хирургии, операция Гартмана выполняется с одномоментной резекцией дистального отдела сигмовидной кишки и верхнеампулярного отдела прямой кишки, перевязкой и пересечением основных кровеносных сосудов и адекватной лимфодиссекцией. Дистальный отдел прямой кишки ушивается наглухо и погружается в малый таз с последующим восстановлением

тазовой брюшины над погруженной культей прямой кишки. На этом же этапе формируется одноствольная колостома в левой половине брюшной стенки, как правило, в левой подвздошной области. Выполнение операции в указанном объеме соответствует требованиям онкологического радикализма. Основной недостаток этой операции – наличие колостомы.

По данным Г.И.Воробьева (1994), показаниями для выполнения операции Гартмана в онкологии в настоящее время являются:

- стенозирующая опухоль прямой и сигмовидной кишки, сопровождающаяся кишечной непроходимостью;
- распространенная опухоль этого отдела кишки с отдаленными метастазами;
- перфорация сигмовидной кишки с распадающейся опухолью при резекции этой кишки, когда наложение анастомоза не представляется возможным;
- при общем тяжелом состоянии больного;
- при сопутствующих заболеваниях и у больных старческого возраста.

Несмотря на более чем 90-летнюю историю, операция Гартмана является радикальной, отвечает современным онкологическим принципам лечения осложненного рака сигмовидной и прямой кишки. Вклад ее автора в становление хирургического лечения рака ободочной кишки имеет историческую, научную и практическую ценность.



ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 614.4(091)

1026-му Центру государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства обороны РФ — 80 лет

*КАЛМЫКОВ А.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы¹
КОРОТАЕВ В.И., подполковник медицинской службы (sen1026@yandex.ru)²
ПОЛЯКОВ В.С., майор медицинской службы²
ЗЫКОВ А.Г., подполковник медицинской службы запаса²*

¹Медицинская служба Центрального военного округа, г. Екатеринбург; ²1026-й Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ, г. Екатеринбург

1026-й Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства обороны РФ — крупное многопрофильное профилактическое учреждение медицинской службы ВС РФ. Созданное как санитарно-эпидемиологическая лаборатория Уральского военного округа, учреждение прошло большой исторический путь. В мирное и военное время его специалисты вносили достойный вклад в обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия войск Уральского, Приволжско-Уральского, а ныне Центрального военного округа.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Центральный военный округ, 1026-й Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ, история создания и деятельности учреждения, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия войск округа.

Kalmykov A.A., Korotaev V.I., Polyakov V.S., Zykov A.G. — 1026th Center of state sanitary and epidemiological surveillance of the Ministry of defence of the Russian Federation celebrates 80th anniversary. 1026th Center of state sanitary-and-epidemiological surveillance of the Ministry of Defence of the Russian Federation is a large diversified preventive institution of the medical service. At first founded as a sanitary-and-epidemiological laboratory of the Ural military district the center has a very long history. In peace and wartime, the staff of the center gave made significant contribution to sanitary-and-epidemiological well-being of troops early in Ural, and now in the Central military district.

K e y w o r d s: the Central Military District, 1026th Center of state sanitary-and-epidemiological surveillance of the Ministry of Defence of the Russian Federation, the history of foundation and activity of the institution, ensuring of sanitary-and-epidemiological well-being of troops in district.

Исполнилось 80 лет 1026-му Центру государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ (1026 ЦГСЭН). История создания учреждения связана с формированием Уральского военного округа (УрВО), когда на основании директивы Начальника штаба РККА от 9 сентября 1935 г. в г. Свердловске 1 октября этого года была развернута санитарно-эпидемиологическая лаборатория (СЭЛ) в составе 3 штатных единиц. Первым ее начальником стал военврач 3 ранга А.И. Волков.

В июле 1941 г. на базе СЭЛ УрВО был сформирован 36-й Санитарно-эпидемиологический отряд (СЭО), который убыл

на Калининский фронт для выполнения задач противоэпидемической защиты соединений и воинских частей 22-й Общевойсковой армии. В это время СЭЛ УрВО возглавлял И.Л. Богданов, назначенный с должности заведующего кафедрой инфекционных болезней Свердловского медицинского института.

Врачи-специалисты СЭЛ УрВО в период 1941–1945 гг. проводили важную работу по противоэпидемическому обеспечению запасных и учебных соединений, дислоцированных на территории округа и готовивших маршевые войсковые пополнения для действующей армии.

1026-му Центру государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ – 80 лет



Санитарно-гигиеническая лаборатория



Отделение особо опасных инфекций



Оказание помощи Гвинее в борьбе с Эболой

Индикация особо опасных инфекций в полевых условиях



Врачи-бактериологи центра при ликвидации последствий цунами в Индонезии

Статья об истории и сегодняшнем дне 1026 ЦГСЭН опубликована в рубрике «Из истории военной медицины»



© С.Г.ЖУРАВСКИЙ, 2015
УДК 617(092 Пирогов)

Н.И.Пирогов в последние годы жизни (по материалам дневника 1876–1878 гг. Д.А.Скалона)

ЖУРАВСКИЙ С.Г., доктор медицинских наук (s.jour@mail.ru)

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова; Федеральный научно-исследовательский медицинский центр им. В.А.Алмазова, Санкт-Петербург

Впервые публикуются ранее неизвестные фрагменты рукописи дневника 1876–1878 гг. полковника Д.А.Скалона, посвященные встречам с Н.И.Пироговым. В работе представлены уникальные свидетельства о психофизическом облике великого русского хирурга, относящиеся к последнему периоду его жизни. Записи непосредственного наблюдателя рисуют нам крепкого старика с холеричным темпераментом, сохранившего креативный ум и разносторонние интересы, выходящие далеко за пределы медицины, энциклопедический кругозор и мышление государственного масштаба.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Н.И.Пирогов (1810–1881), великий князь Николай Николаевич Старший (1831–1891), Д.А.Скалон (1840–1919), Русско-турецкая война 1877–1878 гг., исторический источник, дневниковые записи, история медицины.

Zhuravskii S.G. — Last years of N.I.Pirogov (according to diary of D.A.Skalon written in 1876–1878). Excerpts from colonel D.A. Skalon's 1876–1878 diaries are published for the first time. The diaries detail his interactions with N.I. Pirogov (1810–1881) and present a unique account on psychophysical state of the great Russian surgeon during the last years of his life. The testimony of an immediate witness pictures a hale old man with a choleric temperament, broad and creative mind, state-scale thinking, and diverse interests reaching far beyond medicine.

К е у w o r d s: N.I.Pirogov (1810–1881), Grand Duke Nicholas Nikolaevich of Russia (1831–1891), D.A.Skalon (1840–1919), Russo-Turkish War (1877–1878), historical source, diaries, history of medicine.

Личность Н.И.Пирогова по-прежнему привлекает внимание исследователей, несмотря на весьма значительный объем документальной информации о его жизни, научной и общественной деятельности. И сегодня обнаруживаются документальные свидетельства, которые расширяют представления об этом недюжинном русском человеке [27, 30]. В поле нашего зрения оказался ранее неизвестный материал о Пирогове, обнаруженный в автографе дневника полковника Д.А.Скалона, опубликованного (с купюрами) в 1913 г. [23].

Дмитрий Антонович Скалон (1840–1919) — выходец из старинного обрусевшего (из французского шляхетства) дворянского рода, выпускник Николаевской академии Генерального штаба, адъютант великого князя (ВК) Николая Николаевича Старшего, командовавшего Русской армией в турецкую кампанию 1877–1878 гг. Это был 37-летний штабной офицер, аккуратный, наблюдательный, уверенно работающий с бумагами. Еще в бытность свою в кадетском корпусе, Скалон обучался в одной роте с цесаревичем Николаем Александровичем (1843–1865). Среди его педагогов по русскому языку был Н.Я.Прокопович (сокурсник и друг Н.В.Гоголя), по литературе — В.Т.Плаксин (учитель М.Ю.Лермонтова) [22; № 4, С. 191]. Несмотря на увлеченность части общества либеральными идеями, Скалон оставался истинным монархистом, абсолютно преданным своему патрону. Воспитание и образование сделали этого офицера человеком, тонко чувствующим действительность. Для него было привычным участвовать в домашних театральных постановках, музицировать на фортепиано, виолончели. Позднее автор имел дружеское общение с композиторами Чайковским, Направником, юным Рахманиновым, художником Серовым, писателем Крестовским [24]. Со временем Скалон стал генералом от кавалерии, создателем Императорского Русского военно-исторического общества, почетным членом Императорского археологического института. И последний факт биографии: Скалон дожил до социалистической революции в России, но не покинул родину, скончался в Петрограде в 1919 г. в возрасте 79 лет.

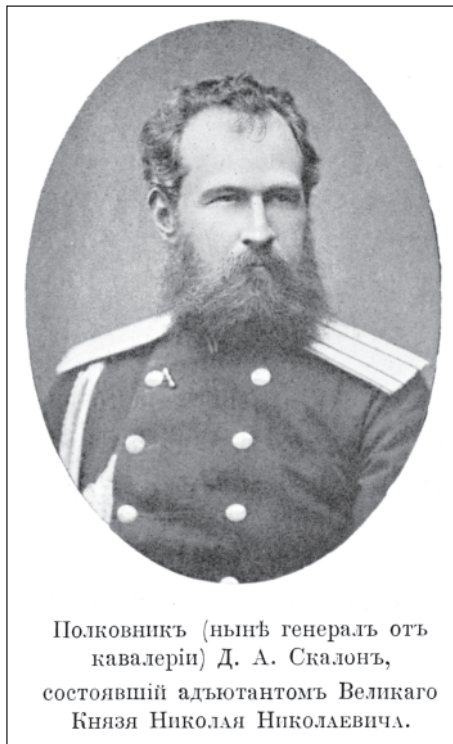


Знакомство с Н.И.Пироговым, в результате которого и появились соответствующие записи в дневнике, произошло при обстоятельствах тяжелой болезни 46-летнего начальника Скалона, ВК Николая Николаевича Старшего. В декабре 1876 г., накануне военных действий с Турцией, Пирогова пригласили в Кишинев, в главную квартиру главнокомандующего. Сам Николай Иванович уже десять лет находился в отставке и проживал в своей усадьбе Вишня Подольской губернии, вблизи г. Винницы. «Первому русскому хирургу» в описываемое время было 67 лет.

Автограф дневника хранится в Отделе рукописей Российской национальной библиотеки (РНБ) в Санкт-Петербурге и представлен двумя толстыми ученическими тетрадами, разлинованными в клетку [20]. Судьба третьей (промежуточной) тетради остается неизвестной. Текст рукописи хорошо сохранился. Записи велись ореховыми чернилами, почерк автора чуть округлый, достаточно четкий, аккуратный. Большинство фрагментов, касающихся Пирогова, заключены красным карандашом в квадратные скобки; они были выпущены в опубликованном документе, известном как «Мои воспоминания. 1877–1878» [23]. Всего было сделано 9 значительных пропусков. Надо отметить, что в печатном варианте они не обозначены многоточиями, на что у автора были определенные основания, как мы покажем ниже. Эти «кусочки», впервые приводимые в настоящей работе, выделены нами курсивом. Публикация приведена в современной орфографии и пунктуации, однако для «ощущения времени» сохранены стилистические и языковые особенности написания старых грамматических форм.

Для понимания причины обращения к Пирогову приведем более раннюю авторскую запись из дневника, также оказавшуюся за рамками публикации. 6 декабря (за день до начала болезни ВК), в праздник Гвардейского экипажа, главнокомандующий был на вечере «у моряков», мобилизованных для ведения военных действий на Дунае: «/Л. 20/ Пили здорово и хорошо, — лаконично отмечает адъютант, приводя далее уточняющую подробность. — У моряков всегда есть доброе вино, угощали хересом и мадерой собственного привоза, потом пили шампанское и наконец отлично сваренную жженку¹... В 2 <ночи> вернулись домой». Становится ясно, что именно этот алкогольный эксцесс послужил причиной обострения, по всей видимости, уже давно существовавшей хронической патологии. Ровно через сутки появляются первые симптомы грозного состояния: «/С. 21/ Ночью с 7-го на 8-е Декабря у Его Высочества повторились Варшавские припадки колики. Его Высочество очень страдал и после безсонной ночи уснул только в 9-ть вечера». По сведениям другого летописца, похожий приступ был у ВК за полгода до текущих событий (в августе 1876 г.): «Повторилась болезнь (тимпанит), которой он недавно страдал во время варшавских маневров, с некоторыми осложнениями» [7; С. 74, 79]. С этого момента дневник адъютанта становится своеобразной историей болезни ВК и одновременно еще одним источником сведений о Пирогове.

«/С. 22/ 9-го Декабря... Его Высочеству нехорошо; мы в страшной тревоге пригласили консультантов, докторов Приселкова² и Выводцева³ и послали Муханова⁴, по настоянию доктора Обермюллера⁵, за Николаем Ивановичем Пироговым в Винницу. 10-го <Декабря> Его Высочество все в том же положении, страшный запор, не уступающий никаким сред-



Полковникъ (нынѣ генералъ отъ кавалеріи) Д. А. Скалонъ, состоявшій адъютантомъ Великаго Князя Николая Николаевича.

Д.А.Скалон, 1877 г. Из кн.: Жерве В.В., 1911 [7]

¹ Жженка — алкогольный напиток, приготавливаемый из смеси рома, вина и сахара с добавлением пряностей, ананаса.

² Приселков Василий Иванович (1828–1894) — выпускник Императорской Медико-Хирургической академии (ИМХА) в Санкт-Петербурге, доктор медицины; после окончания ИМХА был ординатором хирургического отделения, руководимого Пироговым [5; С. 223]. Инспектор Одесского окружного военно-медицинского управления. В 1876 г. был призван на должность полевого военно-медицинского инспектора Дунайской армии.



Литература

1. Биографический словарь профессоров и преподавателей Московского университета за истекающее столетие. — Ч. 1–2. — М., 1855.
2. *Витмер А.М.* Отрывочные воспоминания. Последние годы Николая Ивановича Пирогова // Исторический вестник. — 1911. — № 8. — С. 425–435.
3. *Газенкамф М.А.* Мой дневник 1877–78 гг. / Испр. и доп. изд. — СПб: Изд. В.Березовского, 1908. — 624 с.
4. *Герасименко В.И.* Усадьба Н.И.Пирогова «Вишня» (Краткий ист. очерк). — Винница, 1950. — 36 с.
5. *Геселевич А.М.* Научное, литературное и эпистолярное наследие Николая Ивановича Пирогова. — М., 1956. — 263 с.
6. *Глянецев С.П.* Образ Н.И.Пирогова в художественном восприятии его современников (1840–1881 гг.) // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова. — 2010. — Т. 5, № 3. — С. 23–39.
7. *Жерве В.В.* Генерал-фельдмаршал великий князь Николай Николаевич Старший: Ист. очерк его жизни и деятельности, 1831–1891. — СПб, 1911. — 248 с.
8. *Зиглин В.И.* Царское село в царствование Императрицы Екатерины Великой. — СПб.: Нестор-История, 2010. — 164 с.
9. *Кизеветтер А.А.* Император Александр I и Аракчеев (Фрагменты) // Александр I: рго et contга: личность и деяния Александра I в оценках российских исследователей: антология. — СПб, 2012. — С. 629–659.
10. *Козовенко М.Н., Трихина С.И.* Неопубликованные письма Н.И.Пирогова: первое и второе письмо к А.Л.Обермиллеру (1877) // История медицины. — 2015 — Т. 2, № 3. — С. 465–473.
11. *Корф М.А.* Записки. — М.: Захаров, 2003. — 720 с.
12. Краткий список гражданским чинам первых IV классов по старшинству. — СПб., 1849. — 32 с.
13. *Кульчицкий К.И.* Н.И.Пирогов в усадьбе Вишня. Киев: Здоровье, 1981 — 101 с.
14. *Милютин Д.А.* Воспоминания. 1868–1873 / Под ред. *Л.Г.Захаровой.* — М.: РОССПЭН, 2006. — 736 с.
15. *Пирогов Н.И.* Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877–1878 гг.: В 2 т. — СПб., 1879.
16. *Пирогов Н.И.* Сочинения. — Т. 1.: Статьи и письма; Т. 2.: Вопросы жизни. Дневник старого врача. — Киев, 1910.
17. *Пирогов Н.И.* Севастопольские письма и воспоминания / Под ред. *С.Я.Штрайха.* — М., 1950. — 652 с.
18. Русский биографический словарь. — Т. 25. — СПб, 1913.
19. *Сахаров А.Н.* Александр I. — М.: Наука, 1998. — 287 с.
20. *Скалон Д.А.* Дневник. Тетрадь 2-я (19 ноября 1876 — 8 июля 1877) // Российская национальная библиотека, рукописный отдел: Ф. 1000. — Оп. 2. — Ед. хр. 1263. — 116 л.
21. *Скалон Д.А.* Путешествие по Востоку и Святой Земле в свите Великого Князя Николая Николаевича в 1872 г. // Русский вестник. — 1876. — № 6–8.
22. *Скалон Д.А.* Воспоминания // Русская старина. — 1907. — № 9–10; 1908. — № 3–4.
23. *Скалон Д.А.* Мои воспоминания 1877–1878 г.: В 2 т. — СПб.: Тип. т-ва М. О. Вольф, 1913.
24. *Сокольский Э.* Дальние дороги к Рахманинову (Игнатово, Ивановка) // Relga. — 2015. — № 5 (293); URL: www.relga.ru/Environ/WebObjects/tgu-www.woa/wa/Main?textid=2328&level1=main&level2=articles (дата обращения: 21.04.2015).
25. *Старчевский А.А.* Памятник Восточной войны 1877–1878 гг. — СПб., 1878. — 490 с.
26. *Тихонравов Н.* Н.И.Пирогов в Московском Университете (1824–1828). — М., 1881. — 12 с.
27. *Трихина С.И.* «Одесские каникулы» Великого князя Николая Николаевича Романова Старшего // Человеческий капитал. — 2014. — № 5. — С. 72–76.
28. *Турнер Г.И.* Речь, записанная в Протоколе № 209 заседания от 23 ноября 1902 г. // Труды и протоколы заседаний Русского хирургического общества Пирогова за 1902–1903 гг. — СПб., 1903. — 142 с.
29. *Фредерикс М.П.* Из воспоминаний баронессы М.П.Фредерикс. — Ч. I. — Гл. XVIII–XXVIII // Исторический вестник. — 1898. — № 2. — С. 454–485.
30. *Шевченко Ю.Л., Козовенко М.Н., Трихина С.И.* Малоизвестная переписка семьи Н.И. и А.А. Пироговых с Т.Бильротом // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. — 2013. — Т. 172, № 6. — С. 93–99.
31. *Штрайх С.Я.* Новые письма Н.И.Пирогова. Письма Н.И.Пирогова к родным // Русская старина. — 1918. — № 10–12. — С. 3–20.
32. Энциклопедический словарь / Под ред. *Ф.А.Брокгауза и И.А.Ефрона.* — СПб., 1904.



ЮБИЛЕИ

© В.В.ЖЕГЛОВ, 2015
УДК 616:355 (092 Макаренко Б.Г.)



3 декабря 2015 г. исполнилось 90 лет бывшему начальнику медицинской службы Тихоокеанского флота заслуженному врачу РСФСР генерал-майору медицинской службы в отставке **Борису Георгиевичу Макаренко**.

Б.Г.Макаренко родился в Красноярске. В 1946 г. окончил Военно-морское медучилище и до 1950 г. служил фельдшером в ВМФ.

После окончания Военно-морской медицинской академии (1956) Б.Г.Макаренко проходил службу на Балтийском флоте врачом крейсера «Чкалов», офицером отдела кадров Восточно-Балтийской флотилии, флагманским врачом бригады эскадренных миноносцев.

В 1965 г. заочно окончил факультет усовершенствования врачей ВМедА им. С.М.Кирова. С 1963 по 1984 г. Борис Георгиевич проходил службу на Тихоокеанском флоте, где последовательно исполнял должности старшего офицера по лечебной работе – заместителя начальника отдела медицинской службы Камчатской военной флотилии; флагманского врача эскадры подводных лодок; заместителя начальника медицинской службы Тихоокеанского флота (1970–1974); начальника медицинской службы Тихоокеанского флота (1974–1984).

В 1984 г. он был переведен в г. Ленинград на должность начальника Академических курсов ВМедА им. С.М.Кирова. После увольнения из ВС (1988) Б.Г.Макаренко в течение 10 лет возглавлял Северо-Западное Управление специализированных санаториев.

Ветеран Великой Отечественной войны 1941–1945 г. Награжден орденом «Знак Почета», медалью «За боевые заслуги» и многими другими медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Совет ветеранов медицинской службы ВМФ, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Бориса Георгиевича Макаренко с юбилеем, желают крепкого здоровья, благополучия и счастья.

© О.В.КАЛАЧЁВ, В.И.БЕРОВ, 2015
УДК 616:355 (092 Вячин М.М.)



1 декабря 2015 г. исполнилось 80 лет бывшему начальнику медицинской службы Воздушно-десантных войск полковнику медицинской службы в отставке **Михаилу Максимовичу Вячину**.

М.М.Вячин родился в Тамбовской области. После окончания в 1960 г. ВМедА им. С.М.Кирова служил в Воздушно-десантных войсках в должностях от начальника медицинского пункта батальона до начальника медицинской службы парашютно-десантного полка.

В 1972 г. окончил факультет руководящего медицинского состава ВМедА и продолжил службу в ВДВ в должности начальника медицинской службы 105-й гвардейской воздушно-десантной дивизии (г. Фергана). С 1974 г. проходил военную службу в Командовании ВДВ. В 1985 году назначен начальником медицинской службы Воздушно-десантных войск. Совершил свыше 500 прыжков с парашютом, имеет первый разряд по парашютному спорту.

После окончания военной службы с 1987 по 1999 г. Михаил Максимович работал врачом-инспектором лечебно-профилактического управления ЦВМУ (ГВМУ) МО. В настоящее время продолжает вести активную деятельность по патриотическому воспитанию молодежи.

Ветеран боевых действий. Награжден орденом «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, многими медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, медицинская служба Командования Воздушно-десантных войск, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», коллеги и друзья горячо и сердечно поздравляют Михаила Максимовича Вячина с юбилеем, желают ему доброго здоровья, долголетия, счастья и новых успехов.



© С.В.ЧЕПУР, О.В.ЧУБАРЬ, А.В.СТЕПАНОВ, В.Н.ПОПОВ, 2015
УДК 616:355 (092 Добрынин В.М.)



10 декабря 2015 г. исполнилось 60 лет ведущему научному сотруднику Государственного научно-исследовательского испытательного института военной медицины Минобороны России доктору медицинских наук, старшему научному сотруднику полковнику медицинской службы запаса **Валерию Михайловичу Добрынину**.

В.М. Добрынин родился в Свердловске (ныне – Екатеринбург). После окончания в 1979 г. ВМФ при Куйбышевском медицинском институте проходил службу в Группе советских войск в Германии. В 1986 г. окончил факультет руководящего медицинского состава ВМедА им. С.М.Кирова. С 1986 по 1992 г. служил в санитарно-эпидемиологических учреждениях ТуркВО. С 1992 по 2010 г. – в ГосНИИИ военной медицины, где последовательно исполнял должности от заместителя начальника отдела до начальника научно-исследовательского управления (1999). После увольнения в запас продолжил работу в этом учреждении.

Валерий Михайлович возглавляет направление по поиску и разработке эффективных средств коррекции нормобиоценоза желудочно-кишечного тракта при воздействии на организм неблагоприятных факторов военного труда и опасных инфекционных заболеваний различной природы. В.М.Добрынин – автор более 120 научных работ, в т. ч. нескольких изобретений. Он является членом редакционного совета журнала «Донозология».

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Объединение ветеранов военно-медицинской службы, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», товарищи и сослуживцы сердечно поздравляют Валерия Михайловича Добрынина с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и новых успехов.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В Ситуационном центре Вооруженных Сил Российской Федерации **18 ноября** прошло очередное селекторное совещание под руководством начальника Главного военно-медицинского управления Минобороны России генерал-майора медицинской службы **А.Я.Фисуна**.

После вступительного слова начальника ГВМУ МО РФ с докладом «Недостатки в работе медицинских служб военных округов (флотов) при организации работы с неприкосновенными запасами медицинской техники и имущества в 2014 г. и истекший период 2015 года» выступил начальник 4 управления ГВМУ МО РФ подполковник медицинской службы **А.Г.Ставила**. Итоги работы медицинской службы Западного военного округа в октябре доложил ее начальник полковник медицинской службы **В.В.Валевский**, Южного военного округа – начальник медицинской службы ЮВО полковник медицинской службы **С.В.Папко**, Центрального военного округа – начальник медицинской службы ЦВО полковник медицинской службы **А.А.Калмыков**, Восточного военного округа – начальник медицинской службы ВВО полковник медицинской службы **А.Б.Леонидов**, Северного флота – начальник медицинской службы СФ полковник медицинской службы **Ю.Н.Закревский**.

Выступление заместителя начальника ГВМУ МО РФ генерал-майора медицинской службы **А.Ю.Власова** было посвящено вопросам соблюдения финансовой дисциплины, начальника 2 управления ГВМУ МО РФ **Д.В.Тришкина** – проблемам проведения медико-психологической реабилитации военнослужащих.

Подводя итоги совещания, начальник ГВМУ МО РФ отметил важность обсужденных проблем и поставил задачи конкретным исполнителям по выполнению намеченных планов.





В Москве под руководством министра обороны генерала армии **Сергея Шойгу** состоялось очередное заседание *Коллегии Минобороны России*.

Одним из пунктов повестки являлась реализация плана капитального строительства объектов МО РФ в 2015 г. Министр обороны рассказал, на возведение каких особо важных объектов были перераспределены выделенные бюджетные ассигнования текущего года. Прежде всего – это **Курилы и Арктический регион**, причальный фронт и береговая инфраструктура для базирования подводных лодок Тихоокеанского, Северного и Черноморского флотов, аэродромы и арсеналы, объекты боевой подготовки и военные городки.

Продолжается модернизация защищенных пунктов управления видов и родов войск, а также других ключевых объектов военной и социально-бытовой инфраструктуры. Так, в 2015 г. проведены работы по строительству и реконструкции *кардиологического корпуса ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, объектов Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, военного госпиталя в Анапе.*

**Управление пресс-службы и информации
Министерства обороны Российской Федерации**, 25 ноября 2015 г.
http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12066714@egNews

Начальник организационно-планового управления *Главного военно-медицинского управления Минобороны России* полковник медицинской службы **Олег Калачёв** и главный терапевт военного ведомства полковник медицинской службы **Юрий Овчинников** проверили готовность медицинской службы *Восточного военного округа* к профилактике сезонного подъема болезней органов дыхания.

Офицеры ГВМУ МО РФ проинспектировали окружной госпиталь ВВО, где проверили комплекс вопросов, связанных с организацией повседневной деятельности военно-лечебной организации и выполнение мероприятий по Плану деятельности до 2020 г.

Также в ходе рабочей поездки в ВВО офицеры ГВМУ МО РФ проверили ход строительства медицинских объектов в военных городках на островах **Итуруп** и **Кунашир** и организацию медицинского обеспечения в воинских подразделениях, дислоцированных на островах Курильской гряды.

**Управление пресс-службы и информации
Министерства обороны Российской Федерации**, 11 ноября 2015 г.
http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12063035@egNews

Операция по пересадке комплекса тканей лица, впервые проведенная в России около полугода назад, потребовала серьезного внесения изменений в нормативную базу, рассказала глава Минздрава России **Вероника Скворцова** на пресс-конференции в Национальном центре управления обороной РФ.

Российские военные и гражданские хирурги впервые провели пересадку тканей лица от донора военнослужащему, пострадавшему от электротравмы, полученной в августе 2012 г.

Операция, которая длилась более 18 ч, прошла в мае этого года в *Военно-меди-*



Заседание Коллегии
Обороны Российской Федерации

Заседание Коллегии
Министерства обороны Российской Федерации



Кафедре военно-полевой терапии – 60 лет

В стенах Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова **20 ноября** прошла Всероссийская юбилейная научно-практическая конференция «*Военно-полевая терапия: от истоков к перспективам развития*», посвященная 60-летию кафедры военно-полевой терапии.



Конференцию открыл начальник Главного военно-медицинского управления Минобороны России профессор генерал-майор медицинской службы **А.Я.Фисун**

Начальник кафедры полковник медицинской службы **Ю.Ш.Халимов** принимает поздравления с юбилеем



Фото Анны Горбань

Материал об истории и сегодняшнем дне кафедры военно-полевой терапии будет опубликован в следующем номере

«Ночь музеев-2015» в Военно-медицинском музее





© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 614.8(470)(510)

Показное российско-китайское тактико-специальное учение «Организация ликвидации медико-санитарных последствий крупномасштабного землетрясения в приграничной зоне»

*МЕЛЬЧАКОВ А.А., полковник медицинской службы¹
ЗУБКОВ О.В., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,
полковник медицинской службы (medchasfgu.301@yandex.ru)²
ЗАПОРОЖСКИЙ И.А., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы²*

¹Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва; ²301-й военный клинический госпиталь (военного округа), г. Хабаровск

В период с 14 по 16 сентября 2015 г. на территории Восточного военного округа проводилось совместное российско-китайское тактико-специальное учение в области медицины катастроф на тему «Организация ликвидации медико-санитарных последствий крупномасштабного землетрясения в приграничной зоне». В учении были задействованы Шанхайский государственный отряд по реагированию на ЧС в сфере здравоохранения (КНР), полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита», аэромобильный госпиталь отряда «Центроспас» МЧС России и от медицинской службы Восточного военного округа – медицинский отряд (специального назначения, г. Хабаровск) 301-го окружного военного клинического госпиталя (далее – медо (СПН)). Учение проводилось с участием начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ генерал-майора медицинской службы **А.Я. Фисуна** и главного государственного санитарного врача МО РФ полковника медицинской службы **И.И. Азарова**.

По легенде учения, привлекаемые силы и средства ликвидировали последствия крупного землетрясения, разрушившего инфраструктуру нескольких населенных пунктов вблизи российско-китайской границы. При этом травмы различной степени тяжести получили свыше 5 тыс. человек, нуждающиеся в оказании экстренной медицинской помощи. Согласно учебной задаче, действия проходили в условиях, максимально приближенных к реальным, когда в зоне ЧС отсутствует связь, нарушены системы электро- и водоснабжения.

Проведенное учение явилось самым масштабным среди подобных международных мероприятий в Дальневосточном федеральном округе за последние несколько лет. Всего в нем было задействовано свыше 350 участников от обеих сторон*.

На учении были отработаны вопросы развертывания сводных функциональных подразделений передовой медицинской группы, осуществлявших прием, сортировку и оказание первичной медико-санитарной помощи пострадавшим в зоне землетрясения, подготовку пострадавших к медицинской эвакуации. В полной мере отработаны совместные действия по ликвидации медико-санитарных последствий землетрясения с представителями Шанхайского государственного отряда по реагированию на ЧС в сфере здравоохранения. Определен порядок взаимодействия между специальными подразделениями различных ведомств РФ и КНР.

Особенностью учения стало применение в ходе ликвидации медико-санитарных потерь новейшего мобильного пневмокаркасного комплекса, поставленного в 2014 г. в медо (СПН), имеющего в составе современное медицинское и техническое оснащение. Первые испытания комплекса в условиях максимально приближенных к реальным личный состав медо (СПН) провел накануне, во время показного тактико-специального учения 7–11 сентября 2015 г., по результатам которого практически путем была доказана эффективность его использования в условиях массового поступления пострадавших.

Личный состав медо (СПН) в ходе проведенного совместного российско-китайского учения приобрел и закрепил практические навыки по оказанию медицинской помощи пострадавшим в результате ЧС во взаимодействии с медицинскими подразделениями различных ведомств Российской Федерации и иностранного государства.

*См. фото на с. 1–2 цветной вклейки номера.

Показное российско-китайское тактико-специальное учение «Организация ликвидации медико-санитарных последствий крупномасштабного землетрясения в приграничной зоне»

Начальник
Главного военно-
медицинского
управления МО РФ
генерал-майор
медицинской службы
А.Я.Фисун
и губернатор
Хабаровского края
В.И.Шпорт
во время обхода
приемного
отделения
медо (СпН)



Руководители медицинских служб Минобороны России, МЗ и МЧС РФ, ВЦМК «Защита» и Хабаровского края перед началом ТСУ



Построение Шанхайского медицинского отряда перед учением

Материал об учении опубликован в рубрике «Хроника»

Показное российско-китайское тактико-специальное учение «Организация ликвидации медико-санитарных последствий крупномасштабного землетрясения в приграничной зоне»



Санитары-носильщики
занимаются транспортировкой
условнопораженных

Сортировка условнопораженных
в медо (СПН)



Врачебно-сестринская бригада
медо (СПН) на сортировочной площадке





Первой в России кафедре гигиены – 150 лет

*КУЗНЕЦОВ С.М., доцент, полковник медицинской службы запаса (ovg.vmeda@yandex.ru)
ТЕРЕНТЬЕВ Л.П., доцент, полковник медицинской службы в отставке
ЯКОВЛЕВ А.Г., доцент, подполковник медицинской службы*

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

В Санкт-Петербурге на базе Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова в период с 23 по 24 апреля 2015 г. состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «История и перспективы отечественной гигиенической науки и практики», посвященная 150-летию кафедры (общей и военной гигиены, с курсом военно-морской и радиационной гигиены) академии. В ее работе приняли участие руководящий состав медицинской службы МО РФ, профессорско-преподавательский состав ВМедА, главные государственные санитарные врачи и специалисты центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ, представители Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, центров гигиены и эпидемиологии России, научно-исследовательских институтов, научно-образовательных и научных центров МО РФ, а также ведущие ученые научных учреждений Министерства здравоохранения РФ, высших учебных заведений РФ, ветераны и выпускники разных лет кафедры общей и военной гигиены, слушатели факультетов подготовки врачей и руководящего медицинского состава академии (см. фото на с. 3 обложки номера).

В работе конференции участвовали более 250 человек, в т. ч. 44 доктора медицинских, биологических и фармацевтических наук, 32 профессора, 47 кандидатов медицинских наук, 6 кандидатов биологических наук и 8 кандидатов технических наук.

Основной целью конференции было рассмотрение актуальных вопросов гигиенической науки и практики в России, научного обеспечения реализации государственной политики Российской Федерации в области сохранения здоровья населения и военнослужащих, а также выработка мер по ее развитию.

Программа конференции была насыщенной, включала обсуждение теоретических и научно-практических проблем гигиены. На че-

тырех пленарных заседаниях под руководством известных ученых и специалистов-гигиенистов было заслушано 50 докладов по истории становления и развития гигиены в академии и стране, а также по наиболее актуальным вопросам современного состояния отечественной гигиенической науки и практики, совершенствования государственного санитарно-эпидемиологического надзора и медицинского контроля, современным технологиям и средствам лабораторных и инструментальных исследований, оценке и управлению рисками для здоровья населения и военнослужащих.

В адрес конференции поступили поздравления в честь 150-летия кафедры общей и военной гигиены от начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ профессора генерал-майора медицинской службы **А.Я.Фисуна** и главного государственного санитарного врача РФ профессора **А.Ю.Поповой**.

С вступительным словом и приветственным обращением от имени начальника Военно-медицинской академии к участникам конференции обратился заместитель начальника академии по клинической работе полковник медицинской службы **Н.Н.Рыжман**, подчеркнувший исторически системообразующую роль кафедры общей, военно-сухопутной и военно-морской гигиены Императорской Медико-хирургической академии в развитии профилактической медицины не только в академии, но и в стране, а также становлении ряда кафедр и научных дисциплин профилактического профиля.

Главный государственный санитарный врач МО РФ полковник медицинской службы **И.И.Азаров** в своем выступлении отметил особое значение кафедры в деле подготовки военных гигиенистов для нужд медицинской службы МО РФ, в повседневной деятельности успешно реализующих полученные на кафедре знания и навыки в интересах сохранения и укрепления здоровья военнослужащих.



Обучающие курсы по хирургии повреждений и эндоваскулярной хирургии при травмах в Эребру (Швеция)

РЕВА В.А., кандидат медицинских наук, капитан медицинской службы (vreva@mail.ru)

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

Весной 2015 г. с интервалом в два месяца в одной из крупнейших специализированных клиник Швеции – Университетской клинике г. Эребру, что в 170 км западнее Стокгольма, состоялся общий курс по хирургии повреждений и первый в Европе курс по эндоваскулярным методам лечения при травмах.

Обучение проходило на базе лаборатории экспериментальных животных при университете, раскинувшаяся вдоль живописной реки Свартон в виде небольшого медицинского городка. Лаборатория занимает цокольный этаж в отдельном здании, имеющем сообщение с другими подразделениями университета через подземный переход. В арсенале ученых и преподавателей университета имеется весь спектр расходных материалов от всевозможных катетеров до дорогостоящих аортальных стент-графтов и лапароскопических инструментов, различное современное оборудование от портативного газоанализатора до мобильной ангиографической установки, специальные устройства для фиксации животных и медикаменты для введения в наркоз и поддержания анестезии.

Оба курса спонсировали крупнейшие компании, поставляющие хирургические инструменты и оборудование для хирургии и обучения – *Aesculap, Covidien, Zeilm, B.Braun, Ethicon, LeMaitre, Stille, Mentice, Takeda*. Свои изделия демонстрировали также представители японской компании *Tokai Medical*, первыми в мире разработавшие и зарегистрировавшие уникальный низкопрофильный баллон (всего 7 Fg по сравнению с 10–16 Fg устройствами, имеющимися в настоящее время на рынке медицинских изделий) для эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты (ЭВБОА). ЭВБОА сегодня получила широкое распространение при тяжелой травме, гастродуоденальных и послеродовых кровотечениях, благодаря многочисленным работам коллег из США, Великобритании и Японии.

Курс по хирургии повреждений (Trauma Workshop)

С 4 по 6 марта 2015 г. двери клиники были открыты для ординаторов-хирургов со всей Швеции (две группы молодых хирургов по 16 человек в каждой). Курс состоял из короткой теоретической и основной практической части. Теоретическая часть была представлена лекциями и докладами от приглашенных специалистов по травме с разных континентов земного шара – два представителя из ЮАР, по одному из США и Израиля. Были освещены вопросы лечения травм груди и живота, сочетанных травм, изложены современные аспекты инфузионно-трансфузионной терапии при тяжелых повреждениях, а также основные направления использования эндоваскулярных технологий при травмах.

Отмечена важная роль коррекции гипотермии у тяжело пострадавших. Актуальность проблемы определяется тем, что при крайне тяжелой травме (индекс тяжести травмы ISS больше 25) у 42% пациентов температура ядра ниже 34 °С, у 23% – ниже 33 °С и еще у 13% – ниже 32 °С. В свою очередь, развившаяся вследствие гипотермии коагулопатия представляет серьезные трудности для хирургического контроля кровотечения. Летальность при тяжелой гипотермии превышает 40%. Избыточная инфузия кристаллоидных и коллоидных растворов также провоцирует труднокорректируемую коагулопатию.

В настоящее время общепризнано, что сокращение инфузионной терапии приводит к уменьшению летальности при тяжелой травме. При неостановленном кровотечении на догоспитальном этапе следует удерживать систолическое АД на уровне 70–80 мм рт. ст. при ранениях и не менее 90 мм рт. ст. при тяжелой сочетанной травме. Последнее связано с высокой частотой черепно-мозговых травм у данной категории пострадавших, для которых поддержание перфузионного давления в сосудах головного мозга является чрезвычайно



Рис. 1. Демонстрация техники установки внутриаортального баллона на экспериментальном животном. Баллон установлен через бедренную артерию. Этап введения супержесткого проводника для поддержки перед раздуванием

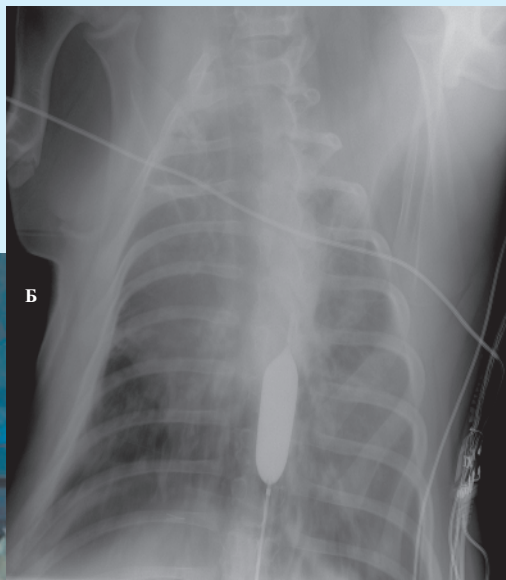


Рис. 2. Обучение курсантов технике выполнения баллонной окклюзии раны сердца для временной остановки кровотечения. Катетер Фолея введен в полость левого желудочка животного. Момент нагнетания жидкости в баллон катетера



Рис. 3. Внешний вид экспериментальной операционной Университета Эребру. В центре — специальный ангиографический стол, на переднем и заднем плане — составные элементы мобильной ангиографической установки. Публикуется с разрешения д-ра Т.Хорера

Рис. 4. Эндоваскулярная баллонная окклюзия аорты (ЭВБОА) экспериментальному животному в операционной палатке медицинской роты бригады в ходе военно-медицинского учения «Очаг-2015». А. Выполнена лапаротомия. Подготовка к введению эндоваскулярного баллона для окклюзии аорты через правую бедренную артерию. Б. Контрольная рентгенография после раздувания баллона в грудном отделе аорты. Снимок портативным рентгеновским аппаратом с беспроводной передачей данных



Статья, посвященная обучающим курсам по хирургии повреждений и эндоваскулярной хирургии при травмах в Эребру (Швеция), опубликована в рубрике «Хроника»

**ПЕРЕЧЕНЬ СТАТЕЙ,
НАПЕЧАТАННЫХ В 2015 г. В «ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОМ ЖУРНАЛЕ»***

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ

Акимкин В.Г., Азаров И.И., Волынков И.О., Бобылев В.А. — Основные направления деятельности специалистов медико-профилактического профиля в военных госпиталях. 9,13.

Безносик Р.В., Савицкий Г.Г., Гришин В.К. — Гигиеническое воспитание военнослужащих в условиях туберкулезного стационара. 11,11.

Бельских А.Н., Башарин В.А., Чепур С.В., Халимов Ю.Ш., Маркизова Н.Ф. — Уроки применения химического оружия в Первую мировую войну для современной военной медицины. 8,11.

Валевский В.В., Посельский П.П., Кукоз Г.В., Вожегов О.В. — Медицинское обеспечение военного парада на Красной площади. 5,4.

Калачёв О.В., Столяр В.П., Куандыков М.Г., Папков А.Ю. — Персональные электронные карты военнослужащих и военно-медицинская информационная система. 8,4.

Кувшинов К.Э., Клипак В.М., Чаплик А.Л., Московко В.М., Бельшев Д.В., Жеребко О.А. — Подходы к созданию и внедрению медицинской информационной системы в работе военно-врачебной комиссии многопрофильной военно-медицинской организации. 6,8.

Кувшинов К.Э., Рыжман Н.Н., Реутский И.А., Буценко С.А. — Внутренний контроль качества медицинской помощи в военно-медицинских организациях. 2,4.

Кувшинов К.Э., Тришкин Д.В., Гончаренко А.Ю., Шамрей В.К., Борисов Д.Н., Лобачев А.В. — Перспективы использования информационных технологий в военной психиатрии. 3,4.

Рыжман Н.Н., Максимов А.Г., Тыренко В.В., Карамуллин М.А., Юркин А.К., Голота А.С., Лисовец Д.Г., Сарана А.М., Барцевич О.В. — Клинико-организационное направление инновационного развития регенеративной медицины в силовых структурах. 3,14.

Самцов А.В., Хайрутдинов В.Р. — Совершенствование дерматовенерологической помощи в Вооруженных Силах. 4,4.

Соловьёв И.А., Уточкин А.П., Рухляда Н.В., Колунов А.В., Шилов С.А. — Кафедрально-госпитальный учебный комплекс как форма прикладного обучения военно-морской хирургии. 9,61.

Струков Е.Ю., Кувшинов К.Э., Щёголев А.В., Шестопалов А.Е., Стец В.В., Петраков В.А. — Нутриционная поддержка пациентов-военнослужащих в военно-медицинских организациях Министерства обороны. 10,4.

Тришкин Д.В. — Организация санаторно-курортного лечения в Вооруженных Силах Российской Федерации в мирное время. 11,4.

Тришкин Д.В., Малых А.Б., Пономаренко Г.Н., Мерзлякин А.В. — Организация реабилитационно-восстановительных мероприятий в вооруженных силах зарубежных стран. 7,4.

Тришкин Д.В., Титов И.Г., Нечипорук С.А. — Особенности организации и принципы проведения медико-психологической реабилитации военнослужащих специальных подразделений Минобороны России. 6,15.

Фисун А.Я. — Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации: итоги деятельности и основные задачи на 2015 год. 1,4.

Фисун А.Я., Калачёв О.В., Щёголев А.В., Вергий Б.Д. — Медико-технические средства обеспечения единого цикла эвакуационных мероприятий в военно-медицинских организациях Министерства обороны. 6,4,3–4 с. вклейки.

Фисун А.Я., Кувшинов К.Э., Пастухов А.Г., Земляков С.В. — Организация оказания медицинской помощи гражданам, пользующимся правом на ее получение в военно-медицинских организациях Минобороны России. 9,4,3 с. вклейки.

Фисун А.Я., Кувшинов К.Э., Сушильников С.И., Яковлев С.В., Сидоров В.А. — Оснащение полевых формирований медицинской службы Вооруженных Сил современными медицинскими комплексами на базе пневмокаркасных сооружений и порядок их применения. 12,4.

Чаплик А.Л., Бровкин С.Г., Кальманов А.С., Булавин В.В. — Проблемы военно-врачебной экспертизы военнослужащих, страдающих хронической обструктивной болезнью легких. 2,15.

Чепур С.В., Юдин А.Б., Шперлинг И.А., Юркевич Ю.В., Венгерович Н.Г., Щипанов С.Г., Шулепов А.В. — Направления исследований в области применения клеточных технологий в военной медицине. 2,10.

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

МЕДИЦИНА ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

Башарин В.А., Гребенюк А.Н., Маркизова Н.Ф., Преображенская Т.Н., Сарманов С.Х., Толкач П.Г. — Химические вещества как поражающий фактор пожаров. 1,22.

Власов А.Ю., Щёголев А.В., Курмансеитов М.М., Люшин Ю.В., Шелухин Д.А., Якирев И.А., Голомидов А.А. — Первый опыт транспортировки больного с тяжелой дыхательной недостаточностью в условиях экстракорпоральной мембранной оксигенации. 4,10.

Ивченко Е.В., Борисов Д.Н., Голота А.С., Крассий А.Б., Русев И.Т. — Комбинированные ожоги в структуре современной гражданской и боевой ожоговой травмы. 2,22.

ВОЙСКОВАЯ МЕДИЦИНА

Жданов К.В., Иванов К.С., Захаренко С.М., Яременко М.В., Передельский Е.В. — Менингококковая инфекция: ранняя клиническая диагностика и неотложная помощь. 1,29.

Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б., Щёголев А.В., Красавин К.Д., Клочкова И.В. — Характеристика современных аптечек первой помощи, шкафов экстренной и неотложной медицинской помощи для оснащения воинских частей. 4,57.

Мирошниченко Ю.В., Кононов В.Н., Азарова Н.И., Родионов Е.О., Миляев А.В. — Разработка и использование современного программно-аппаратного комплекса для учета медицинского имущества в войсковом звене медицинской службы в военное время. 12,15.

Мирошниченко Ю.В., Ставила А.Г., Горячев А.Б., Кононов В.Н., Красавин К.Д., Попов А.А. — Реализация современных подходов к оснащению медицинским имуществом войскового звена медицинской службы. 11,19,1–2 с. вклейки.

Пинчук П.В., Левандровская И.А. — Определение давности двухэтапной травмы селезенки. 8,65.

Сердюков Д.Ю., Гордиенко А.В., Козлов М.С., Михайлов А.А., Давыдов П.А. — Особенности заболеваемости внебольничной пневмонией среди молодого пополнения. 10,11.

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

ХИРУРГИЯ

Брижань Л.К., Бураченко Б.П., Давыдов Д.В., Варфоломеев Д.И. — Использование навигационной системы для эндопротезирования тазобедренного сустава. 4,25.

Вологдин А.А., Лихтерман Б.Л. — Операция Гартмана: история и современные требования. 12,53.

Давидович И.М., Афонасков О.В., Маренин С.Н. — Эректильная дисфункция у мужчин молодого возраста на фоне повышенного индекса массы тела и артериальной гипертензии. 12,51.

Давыденко В.В., Яшин С.М., Нечаев А.Ю., Доморад А.А. — Эффективность аппликационного гемостатического средства «Гемофлекс Комбат» для остановки наружного артериовенозного кровотечения. 1,55.

Дубров В.Э., Колтович А.П., Ханин М.Ю., Палтышев И.А., Ивченко Д.Р., Цвигун О.В., Кобрицов Г.П., Герейханов Ф.Г. — Особенности хирургического лечения раненых с комбинированными термомеханическими повреждениями конечностей в условиях контртеррористической операции. 11,27.

Ефименко Н.А., Лесик П.С., Харисов А.М., Пашаев А.А. — Балльная оценка тяжести состояния больных при острых хирургических заболеваниях и травмах органов брюшной полости. 7,11.

Ивануса С.Я., Лазуткин М.В., Шершень Д.П., Абдурахманов Р.Ф. — Особенности структуры, течения и результатов хирургического лечения воспалительных заболеваний поджелудочной железы у военнослужащих. 6,70.

Мягков Ю.А., Юдин В.Е., Мягкова А.Ю. — Хирургическое лечение васкулогенной формы эректильной дисфункции. 2,54.

Мягков Ю.А., Юдин В.Е., Мягкова А.Ю., Аблизина Л.М. — Рефаллопротезирование у больного, перенесшего радикальную простатэктомию. 3,61.

Образцов А.В., Пинчук О.В., Иванов В.А., Иванов А.В. — Первый опыт гибридной коррекции поражений магистральных артерий головы в многопрофильном военном госпитале. 3,53.

Овечкин И.Г., Юдин В.Е., Кузнецова Т.С., Агафонов Н.Н. — Эффективность современных методов функциональной и хирургической коррекции аккомодационно-рефракционных нарушений у лиц зрительно-напряженного труда. 1,59.

Орлов В.П. — Оказание медицинской помощи раненым с черепно-мозговыми ранениями на этапах медицинской эвакуации в условиях горно-пустынной местности. 1,36.

Попов А.П., Рогов Ю.В., Астахова Т.П. — Лечение туннельных поражений нервных стволов верхней конечности в условиях амбулаторного учреждения с расширенными хирургическими возможностями. 2,47.

Рева В.А., Литинский М.А., Денисов А.В., Сохранов М.В., Телицкий С.Ю., Самохвалов И.М. — Первый опыт применения вспененной пенополиуретановой композиции «Локус» для остановки внутрибрюшного кровотечения при повреждении печени V степени (Экспериментальное исследование). 4,32,2 с. вклейки.

Самохвалов И.М., Рева В.А. — Догоспитальная помощь раненым в военных конфликтах: состояние и перспективы. 10,15.

Самохвалов И.М., Рева В.А., Денисов А.В., Головкин К.П., Сохранов М.В., Телицкий С.Ю., Юдин А.Б. — Усовершенствование экспериментальной модели для изучения эффективности местных гемостатических средств. 3,19.

Хоминец В.В., Жигало А.В., Михайлов С.В., Шакун Д.А., Щукин А.В., Фоос И.В., Почтенко В.В. — Пластика огнестрельных дефектов мягких тканей конечностей треугольными лоскутами. 8,17,2 с. вклейки, 3 с. обл.

Хоминец В.В., Рикун О.В., Фёдоров Р.А., Абрамов Г.Г., Гамалин С.В., Гранкин А.С., Федотов А.О. — Значение ранней диагностики в лечении нестабильности коленного сустава у военнослужащих. 3,26.

ТЕРАПИЯ

Афонасков О.В., Давидович И.М., Зубков О.В., Талапов С.В. — Заболеваемость гипертонической болезнью у военнослужащих по контракту Восточного военного округа при динамическом наблюдении. 2,33.

Белевич В.Л., Овчинников Д.В. — Диагностика и неоперативное лечение синдрома дисфагии. 2,49.

Белков С.А., Хрупкин В.И., Сычев Д.А., Данько А.А., Сагирова А.А., Казаков Р.Е., Данько А.О. — Фармакогенетические аспекты антитромботической терапии. 2,55.

Березин А.И., Панова И.А., Гребенникова С.Ф. — Сроки лечения внебольничной пневмонии у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, в зависимости от локализации процесса и вида физиотерапии. 4,60.

Бояринцев В.В., Ардашев В.Н., Сун И., Земсков Е.В. — Дисперсионное картирование электрокардиограммы в оценке функциональной способности миокарда. 1, 66.

Волгин В.Н., Странадко Е.Ф., Ламоткин И.А., Кагоянц Р.В. — Новые лазерные технологии при лечении рака кожи ЛОР-органов. 7,42.

Грищенко А.С., Сигина О.А., Декан В.С., Рудь С.Д., Труфанов Г.Е. — Возможности компьютерной томографии в дифференциальной диагностике пневмонии и пневмониеподобной формы бронхопальвеолярного рака легкого. 4,62.

Данцев В.В., Голота А.С., Карпушенко В.Г., Крассий А.Б., Кузин А.А. — Современное состояние и перспективы совершенствования дифференциальной диагностики внебольничной пневмонии и туберкулеза легких. 5,29.

Есипов А.В., Котенко К.В., Пинчук О.В., Яменсков В.В. — Возможности флоуметрии в оценке физиотерапевтических методов лечения больных с облитерирующим заболеванием магистральных артерий. 2,53.

Есипов А.В., Котенко К.В., Яменсков В.В. — Функциональные методы оценки кровотока в нижних конечностях у больных с облитерирующим атеросклерозом при проведении комплексного консервативного лечения. 1,41.

Жарикова Т.С., Милоков В.Е., Николенко В.Н. — Морфометрическая оценка коронарных артерий в определении лечебной тактики у больных ишемической болезнью сердца. 12,49

Зайцев А.А., Овчинников Ю.В., Безлепка А.В. — Клинические рекомендации по ведению больных с обострением хронической обструктивной болезни легких. 3,31, 3–4 с. вклейки.

Зайцев А.А., Синопальников А.И. — «Трудная» пневмония: вопросы дифференциальной диагностики. 5,21.

Зайцев А.А., Харитонов М.А. — Современные методы ингаляционной терапии при болезнях органов дыхания. 6,20.

Иванов В.В., Овчинников Ю.В., Данцев В.В., Харитонов М.А., Зайцев А.А., Николаев А.В., Азанчевская С.В. — Клинический случай сочетания тяжелой вирусно-бактериальной пневмонии и инфильтративного туберкулеза легких у военнослужащего. 5,53,3 с. обл.

Иванов В.И. — Профилактика и лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы с помощью СЕМ-технологий в условиях поликлиники и корабля. 3,58.

Кокоев В.Г., Папушин О.Н., Зайцева Н.С., Багмет А.Д., Рубан А.П. — Опыт диагностики и лечения хронических вирусных гепатитов С и В у военнослужащих Южного военного округа. 12,48

Костовский П.П., Балахнов Д.О., Панина Т.В., Лемешко П.Н., Шагарова С.М. — Анализ случая успешного лечения грибковой пневмонии в 1469-м военно-морском клиническом госпитале. 6,72.

Крюков Е.В., Зайцев А.А., Чернецов В.А., Антипушина Д.Н. — Клинические и прогностические аспекты саркоидоза органов дыхания у военнослужащих. 10,26.

Крюков Е.В., Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Чернецов В.А., Чернов С.А., Орлов Ф.А., Захарова Е.Г. — Неотложные состояния при артериальной гипертензии. 12,21.

Ламоткин И.А., Ушаков И.И., Марди Ш.И., Селезнева Е.В., Хлебникова А.Н. — Опыт применения препарата Мардил Цинк Макс в лечении доброкачественных новообразований кожи. 11,58.

Лишук А.Н., Корниенко Е.А. — Симпатическая блокада в лечении ишемической болезни сердца (Обзор литературы). 10,30.

Мостовой Л.В., Бузунов Р.В., Зайцев А.А. — Распространенность апноэ сна и ночной гипоксемии у пациентов пульмонологического профиля по данным пульсоксиметрии. 9,65.

Мусаев Р.Б., Помогайбо Б.В., Попов А.В., Серговец А.А., Борисов А.Г. — Диагностика легочно-почечного синдрома у больных молодого возраста с подозрением на внебольничную пневмонию. 4,39.

Овчинников Ю.В., Харитонов М.А., Садыков Р.Р., Шелухин В.А., Гайдук С.В., Богомолов А.Б., Иванов В.В., Добровольская Л.М. — Пневмонии у раненых. 2,26.

Папушин О.Н., Рубан А.П., Багмет А.Д., Кобзарь О.Н. — Лечение постхолестероцистического синдрома у военнослужащих. 6,74.

Петько А.П., Худзиев Б.Г., Михайлов Н.Е., Евдокимов А.С., Исаева О.Л. — Роль разгрузочно-диетической терапии в комплексном немедикаментозном лечении гипертонической болезни. 2,55.

Пономаренко Д.С., Васенко В.И. — Клинический случай гигантской лимфаденопатии у больного хроническим гепатитом С. 9,68.

Потехин Н.П., Саркисов К.А., Старовойтова И.М., Орлов Ф.А., Фурсов А.Н., Каракозов А.Г., Клопоцкий С.А., Алаторцева И.А. — Новые подходы к диагностике, лечению и реабилитации военнослужащих, военных пенсионеров и членов их семей с артериальной гипертензией. 8,23.

Реуков А.С., Голота А.С., Ивченко Е.В., Крассий А.Б., Шалахин Р.А. — Современные представления о возможностях и механизме действия нефармакологических методов лечения. 11,37.

Симошенко В.Б., Хубулава Г.Г., Чаплюк А.Л., Стеклов В.И., Морозов Д.А., Емельяненко М.В. — Новый взгляд на экспертизу профессиональной пригодности больных с высококорабельными аритмиями после высокотехнологичных методов лечения. 9,24.

Синопальников А.И., Зайцев А.А. — Диагностика и антимикробная терапия тяжелой внебольничной пневмонии. 4,16.

Соловьёв И.А., Васильченко М.В., Лычев А.Б., Амбарцумян С.В., Алексеев В.В. — Современные аспекты хирургического лечения местно распространенного рака органов малого таза. 9,17,4 с. вклейки.

Шкловский Б.Л., Прохорчик А.А., Колтунов А.Н., Лишук А.Н., Рыжман Н.Н., Иванов А.В., Навазнов В.В., Бакшеев В.И. — Инфаркт миокарда у лиц молодого возраста. 3,38.

Щерба М.П., Мирошниченко Ю.В., Давидов С.Б., Борисов Д.Н., Иванов В.В. — Проблемы лекарственного обеспечения пациентов с сахарным диабетом в военном и гражданском здравоохранении. 6,68.

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ

Андриянов А.И., Кириченко Н.Н., Яремко В.И., Никитин Е.А., Ермаков Р.А. – Перспективы применения «шведского стола» в санаторно-курортном лечении. 9,33.

Бучко Л.А., Ткачева Е.Н., Эркенова Н.В. – Опыт реализации санаторных программ оздоровления детей в условиях Центрального военного детского санатория. 2,42.

Гладинец И.В., Будул Ю.И., Серов В.В., Суин П.А., Головин Е.В., Кравчук А.В., Земляничников Д.А. – Практическое применение сальвинитовой спелеоклиматической камеры в комплексном санаторно-курортном лечении хронических респираторных заболеваний у детей военнослужащих. 4,65.

Довгань И.А., Мельничук В.П., Тарасюк Л.Е., Турубара Ю.И. – Применение Сакской минеральной воды в комплексном лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта. 10,61.

Довгань И.А., Хашук Т.А., Хашук А.В. – Этапная реабилитация больных с позвоночно-спинномозговой травмой в условиях Сакского военного клинического санатория им. Н.И.Пирогова. 7,25.

Мерзликин А.В., Адхамов Б.М., Воронина Л.А. – Оценка эффективности лечения военнослужащих на санаторно-курортном этапе оказания медицинской помощи. 11,54.

Пономаренко Ю.Н., Власенко С.В., Ненько А.М. – Новые технологии в диагностике и санаторно-курортном лечении двигательных расстройств у детей с церебральным параличом. 8,40.

Титов И.Г., Диденко С.В. – Применение методов лечебной физкультуры в военном санатории. 3,47.

Царева У.В., Демеев Я.А., Скачков О.А., Швердина Е.А. – Лечение больных бронхиальной астмой в условиях санатория «Океанский». 6,25.

Чукреева Л.Н., Обергынская Л.Ю., Мищенко Г.Н., Перемышев С.Л., Тихомирова И.В., Черкасов С.А., Ярошенко А.С. – Применение инфитатерапии в лечении гипертонической болезни в санаторно-курортных условиях Южного берега Крыма. 11,63.

Яремко В.И., Никитин Е.А., Ермаков Р.А. – Лечение больных с патологией органов кровообращения в условиях санаториев «Тарховский» и «Приозерский». 2,37.

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ И СТОМАТОЛОГИЯ

Крайнюкова Л.А., Максюков С.Ю., Морозов П.В., Шахбазов О.И., Максюкова Е.С., Демидова А.А. – Клинико-лабораторная оценка типа растворимости и минерализации эмали зубов. 2,57.

Терещук С.В., Деменчук П.А., Горбуленко В.Б., Сухарев В.А. – Применение аппарата для внеочаговой фиксации отломков нижней челюсти при поднадкостничной остеотомии ревааскуляризованного трансплантата из малоберцовой кости. 12,45

Терещук С.В., Деменчук П.А., Горбуленко В.Б., Сухарев В.А. – Способ устранения обширного дефекта неба при помощи ревааскуляризованного кожно-фасциально-надкостничного лучевого лоскута. 3,60.

НЕВРОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

Давыдов О.В. – Клиника и лечение вертеброгенных аритмий. 11,61.

Литвинцев Б.С., Одинак М.М., Литвиненко И.В., Гончаренко А.Ю., Петров А.Д., Коваленко А.П. – Неврологический симптомокомплекс наркоманий. 8,31.

Никulyшина Л.Г., Никulyшин А.А., Воротынцева Н.С. – Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника у юношей призывного возраста. 3,57.

Овчинников Ю.В., Палченкова М.В., Калачёв О.В. – Синдром эмоционального выгорания: диагностика, принципы лечения, профилактика. 7,17.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Жданов К.В., Гусев Д.А., Козлов К.В., Шишкин М.К., Сукачев В.С., Шахманов Д.М., Жабров С.С. – Эффективность и безопасность противовирусной терапии военнослужащих, больных хроническим гепатитом С. 4,44.

Жданов К.В., Щёголев А.В., Коваленко А.Н., Захаренко С.М., Климов А.Г. – Терапия геморрагической лихорадки Эбола. 11,48,3–4 с. вклейки.

Калмыков А.А., Аминев Р.М., Алимов А.В., Поляков В.С. – Опыт применения противовирусного препарата гриппферон в сочетанном очаге острых респираторных вирусных инфекций и ветряной оспы. 12,44.

Огарков П.И., Валевский В.В., Смирнов А.В., Котов С.С., Голубков А.В., Свистунов С.А., Колесников В.В. – Особенности санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению возникновения и распространения болезни, вызванной вирусом Эбола. 9,40.

Улюкин И.М., Болехан В.Н., Юсупов В.В., Буланьков Ю.И., Орлова Е.С. – Проблемы раннего выявления ВИЧ-инфекции и медико-психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных военнослужащих. 1,45.

Шмидт А.А., Алиева М.Т., Иванова Л.В., Молчанов О.В. – Роль вакцинопрофилактики рака шейки матки у женщин-военнослужащих. 6,30.

ГИГИЕНА И ФИЗИОЛОГИЯ ВОЕННОГО ТРУДА

Антонишкис Ю.А. – О путях повышения эффективности специализированной медицинской помощи пострадавшим с радиационными поражениями. 9,62.

Благинин А.А., Ганапольский В.П., Гончаренко А.Ю., Емельянов Ю.А., Жильцова И.И., Синельников С.Н., Юсупов В.В. – Перспективы автоматизированной оценки функционального состояния военнослужащих. 8,46.

Булавин В.В., Чаплюк А.Л., Кальманов А.С., Дацко А.В., Денисова М.П. – Роль факторов риска в формировании артериальной гипертензии у подростков, допризывников и призывников. 11,56.

Михайлов В.Г., Нестерук А.В., Малинин А.В. – Методика экспериментальной оценки анксиогенных эффектов фармакологических средств. 10,63.

Мосягин И.Г., Лобозова О.В., Иванов А.О., Анистратенко Л.Г., Безкишский Э.Н. – Оптимизация психофизиологической адаптации студентов и курсантов в начальный период обучения с использованием криотермических тренировок. 8,68.

Юдин В.Е., Овечкин И.Г., Миронов А.В., Азарова Е.К., Бурлак А.М. – Новые подходы к медицинской реабилитации военных специалистов – операторов зрительно-напряженного труда. 7,40.

АВИАЦИОННАЯ И ВОЕННО-МОРСКАЯ МЕДИЦИНА

Благинин А.А., Вислов А.В., Лизогуб И.Н. – Актуальные вопросы медицинского обеспечения авиационных специалистов в арктическом регионе. 1,50.

Ворона А.А., Сыркин Л.Д., Усов В.М. – Психосемантическая диагностика профессиональной пригодности летного состава. 4,50.

Закревский Ю.Н., Шевченко А.Г., Перетечиков А.В., Сердюк В.И., Архангельский Д.А. – Комбинированные механохолодовые и механоожоговые повреждения в структуре пострадавших при морских катастрофах. 6,34.

Исаенков В.Е., Шишов А.А., Рыженков С.П., Оленев Н.И., Шишкин А.Н., Филатов В.Н. – Разработка методики барокамерных подъемов для врачебно-летной экспертизы летного состава в условиях госпиталя. 12,27.

Кальманов А.С., Писарев А.А., Ханкевич Ю.Р., Блошинский И.А., Вальский А.В. – Функциональное состояние организма подводников после непродолжительного морского похода. 10,44.

Лисеенко А.Н., Артёменко Е.С., Демеев Я.А., Щур М.С. – Проблемные вопросы медико-психологической реабилитации экипажей кораблей в послепоходовый период. 9,45.

Мосягин И.Г., Реймов Д.В., Строй А.В. – Перспективы развития водолазной медицины в Военно-морском флоте. 7,38.

ВОЕННАЯ ФАРМАЦИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА

Ефименко Н.А., Валевский В.В., Лютов В.В., Махновский А.И., Сорокин С.И., Блинда И.В. – Комплект носимого медицинского имущества для врачебно-сестринских бригад. 6,41.

Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Кононов В.Н., Родионов Е.О. – Развитие подходов к классификации комплектов медицинского имущества. 10,48.

Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Щёголев А.В., Иванов А.М., Яковлев С.В., Кононов В.Н., Ивченко Е.В., Родионов Е.О. – Применение медицинской аппаратуры в полевых условиях. 7,31.

Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б., Красавин К.Д., Ключкова И.В. – Организационные основы обеспечения современными аптечками первой помощи и сумками экстренной и неотложной медицинской помощи воинских транспортов. 8,63.

Ставила А.Г., Красавин К.Д., Левченко В.Н., Лемешко А.Л. — Основные направления по проведению анализа деятельности организаций медицинского снабжения Вооруженных Сил. 6,46.

Ставила А.Г., Красавин К.Д., Левченко В.Н., Лемешко А.Л., Роевко А.С. — Современные аспекты организации медицинского снабжения Вооруженных Сил. 9,49.

Троян В.Н., Дыдыкин А.В., Рикун А.О., Филистеев П.А., Заяц В.В., Жигалов А.А. — Перспективы применения мобильных компьютерных томографов в медицинской службе. 10,54.

ЮРИДИЧЕСКИЙ ВСЕОБУЧ

Ивченко Е.В., Иванов В.С., Шустов С.Б. — Правовое регулирование клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения в военно-медицинских организациях. 6,53.

Пономаренко Г.Н., Мерзлякин А.В., Адхамов Б.М., Воронина Л.А. — Нормативно-правовые аспекты организации санаторно-курортного лечения военнослужащих Вооруженных Сил. 12,37.

Холиков И.В., Сазонова К.Л. — Международно-правовые аспекты ответственности государств и международных организаций за распространение эпидемий, пандемий и массовых заболеваний. 8,51.

ПО СТРАНИЦАМ ЗАРУБЕЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕЧАТИ

Алейников С.И., Голота А.С., Крассий А.Б., Солдатов Е.А., Шалахин Р.А. — Медицинская служба национальных вооруженных сил Латвии. 8,58.

Анисимов А.С., Голота А.С., Крассий А.Б., Солдатов Е.А., Шалахин Р.А. — Медицинская служба сил обороны Эстонии. 6,61.

Бельских А.Н., Голота А.С., Крассий А.Б., Нагибович О.А. — Клеточные технологии в нефрологии: современное состояние и перспективы для военной медицины. 9,55.

Голота А.С., Крассий А.Б., Михеев А.В., Моровикова Т.В., Шалахин Р.А. — Медицинская служба сил обороны Финляндии. 1,61.

Европейская платформа для телемедицины. 6,65.

Новый высоковирулентный штамм вируса иммунодефицита человека. 3,84.

Новый китайский военно-медицинский журнал. 4,69.

Новый номер международного военно-медицинского журнала. 5,56.

Проект «Европейская мобильная лаборатория» — создание полевых лабораторий для диагностики опасных инфекционных заболеваний в Африке. 4,70.

Риск заражения инфекциями в результате вкраплений чужеродных тканей при взрывах и в случаях сексуального насилия в ходе асимметричных военных конфликтов. 6,66.

Саморасширяющиеся полимеры для остановки продолжающегося внутрибрюшного кровотечения. 4,69.

Эбола. Что нового? 2,46.

К 70-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ

Будко А.А., Грибовская Г.А. — Вклад Архива Военно-медицинского музея в обобщение опыта Великой Отечественной войны. 6,76.

Будко А.А., Чигарева Н.Г. — Уникальные экспонаты и коллекции периода Великой Отечественной войны в фондах Военно-медицинского музея. 5,71,4 с. вклейки.

Бутаков С.С., Берский О.В., Зеткин А.Ю., Зобов А.Е. — Противоэпидемическое обеспечение Красной армии на завершающем этапе Великой Отечественной войны. 5,37.

В память о выдающихся военных медиках — участниках Великой Отечественной войны. 5,2–3 с. вклейки.

Война в кинообъективе: работа медицинской службы Западного фронта зимой 1941–1942 гг. 7,2–3 с. вклейки.

Гончарова С.Г. — Подвиг военного фельдшера С.А.Богомолова. 5,85.

Елизарьев С.В., Лемешкин Р.Н., Ключников П.Б. — Военно-медицинская академия в годы Великой Отечественной войны. 5,57.

Ефименко Н.А., Самохвалов И.М. — Значение хирургического опыта Великой Отечественной войны для современной военно-полевой хирургии. 5,8.

Жуков А.Е. — Сталинградская битва в воспоминаниях военного врача. 5,78.

Кнопов М.Ш., Тарануха В.К. — Медицинская наука в годы Великой Отечественной войны. 4,71.

Крайнюков П.Е., Ефименко Н.А., Абашин В.Г. — Хирургия в Центральном военном госпитале НКО накануне Великой Отечественной войны. 4,76.

Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Кононов В.Н., Перфильев А.Б. — Вклад специалистов медицинского снабжения в военное здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. 5,48.

Научно-практическая конференция медицинского состава Московского региона «Медицинское обеспечение боевых действий войск в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». 5,1 с. вклейки.

Овчинников Ю.В. — Исторический опыт работы терапевтической службы армии и флота в годы Великой Отечественной войны. 5,13.

Пинчук П.В., Фокин А.А. — Работа судебно-медицинской службы в годы войны: события, факты, люди. 5,64.

Черников О.Г., Черный В.С., Забродский Д.С., Займагов С.В. — Об опыте работы медицины Военно-морского флота в годы войны. 5,42.

Шелепов А.М., Крючков О.А. — Организация медицинского обеспечения войск, оборонявших Ленинград, и населения блокадного города. 3,63.

Шелепов А.М., Леоник С.И., Лемешкин Р.Н. — Медицинское обеспечение 65-й армии в Восточно-Прусской наступательной операции 2-го Белорусского фронта. 2,62.

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Бузов Е.Я., Касаткин В.И., Макаренко Б.Г., Шилов С.А. — Три века с флотом (К 300-летию Санкт-Петербургского военно-морского госпиталя). 9,70,1–2 с. вклейки.

Гордиенко А.В., Шамрей В.К. — Духовные скрепы Военно-медицинской (Медико-хирургической) академии. 1,67.

Дворников М.В., Меденков А.А. — Военно-морской и авиационный врач, психолог и физиолог (К 90-летию со дня рождения Г.М.Зараковского). 4,81.

Егорышева И.В., Шерстнёва Е.В. — Первые российские военные фармакопеи (К 250-летию выхода в России первой военной фармакопеи). 2,60.

Жданько И.М., Ворона А.А., Лапа В.В., Хоменко М.Н. — Научно-исследовательскому испытательному центру авиационно-космической медицины и военной эргономики — 80 лет. 3,68,1 с. вклейки, 4 с. обл.

Жиляев Е.Г., Чепур С.В., Юдин А.Б., Медведев В.Р., Сидоров В.А. — Государственному научно-исследовательскому испытательному институту военной медицины МО РФ — 85 лет. 11,65,4 с. обл.

Журавский С.Г. — Н.И.Пирогов в последние годы жизни (По материалам дневника 1876–1878 гг. Д.А.Скалона). 12,57.

Зорин К.В. — Участие московских общин сестер милосердия в первой Балканской войне (1912–1913 гг.). 7,43.

Исхаков Э.Р. — Правовое регулирование кадровых вопросов военной медицины в период правления императора Павла I. 8,84.

Ишутин О.С. — Виктор Борисович фон Гюббенет — военный врач, хирург и общественный деятель. 2,72.

Калачёв О.В., Суханов В.В., Лукьянюк П.П., Козяев В.А. — 39-му отдельному медицинскому отряду (аэромобильному) ВДВ — 70 лет. 1,75,3–4 с. обл.

Калмыков А.А., Коротаев В.И., Поляков В.С., Зыков А.Г. — 1026-му Центру государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства обороны РФ — 80 лет. 12,54,3 с. вклейки.

Карпенко И.В. — Вклад ученых Военно-медицинской академии в развитие военной медицины в предвоенный период (1930-е гг.). 4,67.

Карпущенко Е.Г., Деев Р.В., Овчинников Д.В., Плакса И.Л. — Выпускник Военно-медицинской академии Фёдор Левин: на пути к открытию ДНК. 10,80.

Костюк А.В. — Санитарное состояние кораблей Балтийского флота и развитие военно-морской гигиены в XVIII веке. 9,74.

Крючков О.А., Кульнев С.В., Таранов С.П. — Главное военно-санитарное управление в годы Великой Отечественной войны. 8,79.

Люттов В.В. — 442-му Военному клиническому госпиталю — 180 лет. 7,44,4 с. вклейки, 4 с. обл.

Пишугин Д.Ю., Матис А.А., Цинцадзе О.Г., Тарумов Р.А. — 637-му Центру государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ — 80 лет. 6,82.

Попов А.П. – Центр высоких технологий амбулаторно-поликлинической помощи (К 40-летию Филиала № 6 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого» Минобороны России). 10,72,3–4 с. обл.

Российский М.А. – Ученый и гражданин (Штрихи к портрету академика Н.П.Кравкова). 11,72.

Рябинкин В.В. – Система отбора и подготовки военно-медицинских кадров для 40-й армии (1979–1989). 10,66.

Самохвалов И.М., Бадалов В.И., Тьянкин Н.А., Карев Е.А. – Прошлое и настоящее хирургических клиник в Михайловской клинической больнице («клинике Виллие») Военно-медицинской академии. 7,50.

Титов И.Г., Козырев П.В. – Санаторию «Марфинский» – 85 лет. 5,87,5–6 с. вклейки, 4 с. обл.

Фисун А.Я., Поддубный М.В. – Кто возглавлял Главное военно-санитарное управление в 1917–1918 гг. 8,71.

Чаплик А.Л., Вовкодав В.С., Чурилов Ю.К., Клепиков А.Н. – Этапы развития военной врачебно-лечной экспертизы в России. 7,57.

Шабалов Н.П., Арсентьев В.Г., Михеев А.В., Цителадзе А.А. – Вклад кафедры детских болезней Военно-медицинской академии в медицинское обеспечение воспитанников образовательных организаций общего среднего образования Минобороны. 10,76.

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

[Балабуха П.П., Галин Л.Л., Рябинкин В.В.] «Значение опыта советской военной медицины в Великой Отечественной войне непреходяще...» (Интервью с участником войны, бывшим начальником медицинской службы ГСВГ генерал-майором медицинской службы в отставке П.П.Балабухой). 7,65.

[Ефименко Н.А., Галин Л.Л., Рябинкин В.В.] – «Хирургией увлекся еще в школьные годы» (Интервью с Н.А.Ефименко – главным хирургом Министерства обороны Российской Федерации). 1,82.

[Погодин Ю.И., Галин Л.Л., Рябинкин В.В.] – «С военной медициной был знаком с детства...» (Интервью с первым заместителем начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ (1993–1999) генерал-лейтенантом медицинской службы запаса Ю.И.Погодиным). 11,85.

Назначения. 3,76.

Некрологи. 4,85.

Перечень циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова в 2015/2016 учебном году. 7,70.

Присвоены воинские звания. 1,80; 6,87.

ЮБИЛЕИ

Адонин Иван Куприянович (К 80-летию со дня рождения). 3,76.

Арбузов Рутений Иванович (К 85-летию со дня рождения). 11,82.

Афонасков Олег Владимирович (К 50-летию со дня рождения). 7,64.

Балин Виктор Николаевич (К 70-летию со дня рождения). 7,63.

Беликов Александр Дмитриевич (К 60-летию со дня рождения). 11,84.

Бровкин Сергей Георгиевич (К 50-летию со дня рождения). 10,84.

Вертий Борис Дмитриевич (К 50-летию со дня рождения). 2,78.

Владимиров Виктор Георгиевич (К 85-летию со дня рождения). 3,76.

Власов Александр Юрьевич (К 50-летию со дня рождения). 2,77.

Власов Валентин Дмитриевич (К 80-летию со дня рождения). 11,83.

Вязовиченко Юрий Евгеньевич (К 60-летию со дня рождения). 5,91.

Вячин Михаил Максимович (К 80-летию со дня рождения). 12,69.

Гребеньков Сергей Васильевич (К 60-летию со дня рождения). 4,85.

Дмитриев Виктор Васильевич (К 80-летию со дня рождения). 11,83.

Добрынин Валерий Михайлович (К 60-летию со дня рождения). 12,70.

Елисеев Дмитрий Николаевич (К 50-летию со дня рождения). 7,64.

Жданько Игорь Михайлович (К 50-летию со дня рождения). 1,80.

Ибадулин Ренат Рашитович (К 85-летию со дня рождения). 2,79.
 Калеко Сергей Петрович (К 80-летию со дня рождения). 4,84.
 Кнопов Михаил Шмулевич (К 75-летию со дня рождения). 4,84.
 Козлов Юрий Васильевич (К 70-летию со дня рождения). 11,84.
 Комаров Фёдор Иванович (К 95-летию со дня рождения). 8,89.
 Котеленец Вадим Николаевич (К 80-летию со дня рождения). 6,87.
 Макаренко Борис Георгиевич (К 90-летию со дня рождения). 12,69.
 Мережкин Александр Михайлович (К 50-летию со дня рождения). 9,82.
 Мисников Олег Павлович (К 75-летию со дня рождения). 5,90.
 Николенко Владимир Кузьмич (К 70-летию со дня рождения). 5,90.
 Новицкий Альберт Александрович (К 80-летию со дня рождения). 1,81.
 Озерецковский Лев Борисович (К 80-летию со дня рождения). 3,77.
 Озеров Владимир Фёдорович (К 80-летию со дня рождения). 2,79.
 Савельев Александр Павлович (К 70-летию со дня рождения). 10,84.
 Саленко Юрий Анатольевич (К 50-летию со дня рождения). 8,90.
 Слободин Александр Зиновьевич (К 85-летию со дня рождения). 9,82.
 Сорочкин Анатолий Иванович (К 80-летию со дня рождения). 9,83.
 Сторожилов Виктор Анатольевич (К 50-летию со дня рождения). 6,88.
 Топорков Михаил Тимофеевич (К 60-летию со дня рождения). 3,78.
 Ханевич Михаил Дмитриевич (К 60-летию со дня рождения). 1,81.
 Чернецов Александр Алексеевич (К 70-летию со дня рождения). 7,63.
 Черныш Владимир Фёдорович (К 75-летию со дня рождения). 6,88.
 Шараевский Георгий Юрьевич (К 70-летию со дня рождения). 11,82.
 Шустов Сергей Борисович (К 60-летию со дня рождения). 3,78.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

Иорданишвили А.К. — Малоинвазивный остеосинтез нижней челюсти при переломах. 4,90.
 Никитин Е.А. — Научная слава Военно-медицинской академии: третий век. 4,89.
 Новые книги. 2,4 с. обл.
 Поддубный М.В. — Корпусной врач В.П.Кравков и его дневник Первой мировой войны. 2,85.

ХРОНИКА

Безносик Р.В., Гришин В.К., Савицкий Г.Г. — Сбор главных фтизиатров, государственных санитарных врачей, рентгенологов военных округов (флотов) Вооруженных Сил. 10,91.
 В честь 210-летия Главного военно-медицинского управления Минобороны России. 9,2,4 с. обл.
 Варфоломеев В.А., Попов О.А. — В межрегиональной общественной организации «Объединение ветеранов военно-медицинской службы “Военмед”». 8,94.
 Визит российской военно-медицинской делегации в Китай. 2,2 с. обл.
 Вручение наград военным медикам. 4,1 с. вклейки.
 Вручение ордена Дружбы народов ветерану военной медицины. 1,1 с. вклейки.
 Встреча в зале ученого совета Военно-медицинской академии. 3,2 с. обл.
 Главному военно-медицинскому управлению — 210 лет. 8,2 с. обл.
 Гребнев Г.А., Иорданишвили А.К., Железняк В.А. — Всероссийская юбилейная конференция «Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии». 7,89.
 День знаний в Военно-медицинской академии. 10,2 с. обл.
 Завершен первый этап реконструкции объектов Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова. 11,2 с. обл.
 Землянников Д.А., Грабский Ю.В. — О проведении исследовательского тактико-специального учения по совершенствованию медицинского обеспечения личного состава при ликвидации последствий аварии с ядерными материалами. 11,95,3 с. обл.
 Землянников Д.А., Грабский Ю.В., Ламожанов М.Л.-Д., Пчельников И.А. — Проблемные вопросы оказания медико-санитарной помощи личному составу при чрезвычайной ситуации с ядерными материалами. 3,95,3 с. обл.
 Кафедре военно-полевой терапии — 60 лет. 12,2 с. обл.

Кувшинов К.Э., Сушильников С.И., Жаринов А.А. — Сбор начальников лечебно-профилактических отделов медицинской службы военных округов (флотов), заместителей начальников по медицинской части центральных, окружных и флотских военно-лечебных организаций Министерства обороны. 3,85; 2,1,4 с. вклейки.

Кузнецов С.М., Терентьев Л.П., Яковлев А.Г. — Первой в России кафедре гигиены — 150 лет. 12,74,3 с. обл.

Кульнев С.В., Солдатов Е.А. — Всеармейская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы медицинского обеспечения войск (сил)». 1,92,2 с. вклейки.

Курносенко В.Ю. — «Бурденковские встречи» в 2014 году. 2,95.

Куроедов А.В., Городничий В.В., Сольнов Н.М., Александров А.С. — XII Международный научно-практический конгресс по глаукоме. 4,93.

Лента новостей. 1,86; 2,61,80; 3,79; 4,9,86; 5,92; 6,52,67,75,89; 7,30,37,62,86; 8,50,88,91; 9,16,69,81,83,84; 10,10,14,43,65,85; 11,88; 12,26,70,71.

Мануйлов В.М., Марчик В.В., Козовой М.Я., Шестопалов С.С. — Шестая научно-практическая конференция «Духовное и врачебное наследие святителя Луки (Войно-Ясенецкого)». 7,92, 3 с. обл.

Международный военно-технический форум «АРМИЯ-2015» (16–19 июня). 6,1–2 с. вклейки.

Мельчаков А.А., Зубков О.В., Запорожский И.А. — Показное российско-китайское тактико-специальное учение «Организация ликвидации медико-санитарных последствий крупномасштабного землетрясения в приграничной зоне». 12,73,1–2 с. вклейки.

Миросниченко Ю.В., Бунин С.А., Кононов В.Н., Голубенко Р.А., Костенко Н.Л. — Актуальные проблемы обеспечения медицинским имуществом войск (сил). 1,94.

«Ночь музеев-2015» в Военно-медицинском музее. 12,4 с. обл.

Овчинников Ю.В., Тыренко В.В. — Научно-практическая конференция «Организация системы профилактики и реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями среди военнослужащих Вооруженных Сил РФ и членов их семей». 9,89.

Огарков П.И., Кузин А.А., Свистунов С.А., Медведев И.Ю. — Четвертый съезд военных врачей медико-профилактического профиля Вооруженных Сил. 2,89,3 с. обл.

Оперативно-специальный сбор с руководящим составом медицинской службы Вооруженных Сил РФ: подведение итогов работы в 2014 г. и постановка задач на предстоящий период. 1,2 с. обл.

Пашаев А.А., Лесик П.С. — Состояние и перспективы развития видеоэндоскопической и реконструктивно-пластической хирургии в военном госпитале. 4,92.

Первый в истории старейшего медицинского вуза выпуск военных врачей. 10,1 с. вклейки.

Посещение министром обороны России Военно-медицинской академии. 5,2 с. обл.

Профессиональный праздник в подмосковной Кубинке. 7,2 с. обл., 1 с. вклейки.

Рева В.А. — Обучающие курсы по хирургии повреждений и эндоваскулярной хирургии при травмах в Эребру (Швеция). 12,78,4 с. вклейки.

Самохвалов И.М., Бадалов В.И., Петров А.Н., Рева В.А. — Заседание Международного общества военных хирургов имени Амбруаза Паре и ежегодный научный симпозиум военно-медицинской службы США. 6,92.

Стариков С.М., Жигалов А.А. — Робототехнические технологии оказания медицинской помощи. 9,93.

Учение «Очаг-2015» на военном полигоне под Красным Селом. 8,1 с. вклейки, 4 с. обл.

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

Холиков И.В., Жданов К.В. — Оказание помощи Гвинеической Республике в борьбе с эпидемией геморрагической лихорадки Эбола. 2,93,2–3 с. вклейки.

Чаплик А.Л., Вовкодав В.С., Чурилов Ю.К. — Научно-практическая конференция, посвященная 65-летию Центральной врачебно-лечной комиссии. 8,93.

Юбилейная научно-практическая конференция «Организационно-клинические аспекты и перспективы травматологии и ортопедии в многопрофильном лечебном учреждении. 4,2,4 с. обл.

Юдин В.Е., Щегольков А.М., Сычёв В.В. — Актуальные проблемы медицинской реабилитации в Вооруженных Силах. 11,91.

АЛФАВИТНЫЙ ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ*

- Абашин В.Г., 4,76.
 Абдурахманов Р.Ф., 6,70.
 Аблизина Л.М., 3,61.
 Абрамов Г.Г., 3,26.
 Агафонов Н.Н., 1,59.
 Адхамов Б.М., 11,54; 12,37.
 Азанчевская С.В., 5,53.
 Азаров И.И., 9,13,83.
 Азарова Е.К., 7,40.
 Азарова Н.И., 12,15.
 Акимкин В.Г., 9,13.
 Алаторцева И.А., 8,23.
 Алейников С.И., 8,58.
 Александров А.С., 4,93; 7,64.
 Алексеев В.В., 9,17.
 Алиева М.Т., 6,30.
 Алимов А.В., 12,44.
 Амбарцумян С.В., 9,17.
 Аминов Р.М., 12,44.
 Андриянов А.И., 9,33.
 Анисимов А.С., 6,61.
 Анистратенко Л.Г., 8,68.
 Антипушина Д.Н., 10,26.
 Антонишкис Ю.А., 9,62.
 Ардашев В.Н., 1, 66.
 Арсентьев В.Г., 10,76.
 Артёменко Е.С., 9,45.
 Архангельский Д.А., 6,34.
 Астахова Т.П., 2,47.
 Афонасков О.В., 2,33; 12,51.
 Багмет А.Д., 6,74; 12,48.
 Бадалов В.И., 6,92; 7,50.
 Бакшеев В.И., 3,38.
 Балабуха П.П., 7,65.
 Балахнов Д.О., 6,72.
 Барцевич О.В., 3,14.
 Башарин В.А., 1,22; 8,11.
 Безкишкий Э.Н., 8,68.
 Безлепка А.В., 3,31.
 Безносик Р.В., 10,91; 11,11.
 Белевич В.Л., 2,49.
 Белков С.А., 2,55.
 Бельшев Д.В., 6,8.
 Бельских А.Н., 4,84; 9,55.
 Беров В.И., 12,69.
 Березин А.И., 4,60.
 Берский О.В., 5,37.
 Благинин А.А., 1,50; 8,46.
 Блинда И.В., 6,41.
 Блощинский И.А., 10,44.
 Бобылев В.А., 9,13.
 Богомолов А.Б., 2,26.
 Болехан В.Н., 1,45.
 Бондарь И.В., 5,91.
 Борисов А.Г., 4,39.
 Борисов Д.Н., 2,22; 3,4; 6,68.
 Бояринцев В.В., 1, 66.
 Брижань Л.К., 4,25.
 Бровкин С.Г., 2,15.
 Будко А.А., 5,71; 6,76.
 Будул Ю.И., 4,65.
 Бузов Е.Я., 9,70.
 Бузунов Р.В., 9,65.
 Булавин В.В., 2,15; 11,56.
 Буланьков Ю.И., 1,45.
 Бунин С.А., 1,94; 5,48; 7,31; 10,48.
 Бурлак А.М., 7,40.
 Буряченко Б.П., 4,25.
 Бутаков С.С., 5,37; 9,83.
 Буценко С.А., 2,4.
 Бучко Л.А., 2,42.
 Быков В.Н., 3,76.
 Вавельский В.В., 5,4; 6,41; 9,40.
 Вальский А.В., 10,44.
 Варфоломеев В.А., 8,94.
 Варфоломеев Д.И., 4,25.
 Васенко В.И., 9,68.
 Васильченко М.В., 9,17.
 Венгерович Н.Г., 2,10.
 Вертий Б.Д., 6,4.
 Вислов А.В., 1,50.
 Власенко С.В., 8,40.
 Власов А.Ю., 4,10; 8,89.
 Вовкодав В.С., 7,57; 8,93.
 Вожегов О.В., 5,4.
 Волгин В.Н., 7,42.
 Вологдин А.А., 12,53.
 Волынков И.О., 9,13.
 Ворона А.А., 1,80; 3,68; 4,50.
 Воронина Л.А., 11,54; 12,37.
 Воротынцева Н.С., 3,57.
 Гайдук С.В., 2,26.
 Галин Л.Л., 1,82; 7,63,65; 11,85.
 Гамолин С.В., 3,26.
 Ганапольский В.П., 8,46.
 Герейханов Ф.Г., 11,27.
 Гладинец И.В., 4,65.
 Головин Е.В., 4,65.
 Головкин К.П., 3,19.
 Голомидов А.А., 4,10.
 Голота А.С., 1,61; 2,22; 3,14; 5,29; 6,61; 8,58; 9,55; 11,37.
 Голубенко Р.А., 1,94.
 Голубков А.В., 9,40.
 Гончаренко А.Ю., 3,4; 8,31,46.
 Гончарова С.Г., 5,85.
 Горбуленко В.Б., 3,60; 12,45.
 Гордиенко А.В., 1,67; 10,11.
 Городничий В.В., 4,93.
 Горячев А.Б., 4,57; 8,63; 11,19.
 Горячев И.А., 7,63.
 Грабский Ю.В., 3,95; 11,95.
 Гранкин А.С., 3,26.
 Гребенникова С.Ф., 4,60.
 Гребенюк А.Н., 1,22.
 Гребнев Г.А., 6,88; 7,63,89.
 Грибовская Г.А., 6,76.
 Гришин В.К., 10,91; 11,11.
 Грищенков А.С., 4,62.
 Грошилиин С.М., 7,64.
 Гусев Д.А., 4,44.
 Давидов С.Б., 6,68.
 Давидович И.М., 2,33; 12,51.
 Давыденко В.В., 1,55.
 Давыдов Д.В., 4,25.
 Давыдов О.В., 11,61.
 Давыдов П.А., 10,11.
 Данцев В.В., 5,29,53.
 Данько А.А., 2,55,55.
 Дацко А.В., 11,56.
 Дворников М.В., 4,81; 11,83.
 Деев Р.В., 10,80.
 Декан В.С., 4,62.
 Демеев Я.А., 6,25; 9,45.
 Деменчук П.А., 3,60; 12,45.
 Демидова А.А., 2,57.
 Демьянков К.Б., 6,87.
 Денисов А.В., 3,19,77; 4,32.
 Денисова М.П., 11,56.
 Диденко С.В., 3,47.
 Добровольская Л.М., 2,26.
 Довгань И.А., 7,25; 10,61.
 Доморад А.А., 1,55.
 Дубров В.Э., 11,27.
 Дыдыкин А.В., 10,54.
 Евдокимов А.С., 2,55.
 Егорышева И.В., 2,60.
 Елизарьев С.В., 5,57.
 Емельяненко М.В., 9,24.
 Емельянов Ю.А., 8,46.
 Ермаков Р.А., 2,37; 9,33.
 Есипов А.В., 1,41; 2,53; 6,88.
 Ефименко Н.А., 1,82; 4,76.; 5,8; 6,41; 7,11.
 Жабров С.С., 4,44.
 Жангиреев К.Г., 2,78.

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

- Жарикова Т.С., 12,49.
Жаринов А.А., 3,85.
Жданов К.В., 1,29; 2,93;
4,44; 11,48.
Жданыч И.М., 3,68; 11,83.
Жеглов В.В., 11,82; 12,69.
Железняк В.А., 6,88; 7,89.
Жеребко О.А., 6,8.
Жигало А.В., 8,17.
Жигалов А.А., 9,93; 10,54.
Жильцова И.И., 8,46.
Жилияев Е.Г., 11,65.
Жуков А.Е., 5,78.
Журавский С.Г., 12,57.
Забродский Д.С., 5,42.
Займагов С.В., 5,42.
Зайцев А.А., 3,31; 4,16;
5,21,53; 6,20; 9,65; 10,26.
Зайцева Н.С., 12,48.
Закревский Ю.Н., 6,34.
Запорожский И.А., 12,73.
Захаренко С.М., 1,29; 11,48.
Захарова Е.Г., 12,21.
Заяц В.В., 10,54.
Земляков С.В., 9,4.
Земляничников Д.А., 3,95;
4,65; 11,95.
Земсков Е.В., 1, 66.
Зеткин А.Ю., 5,37.
Зобов А.Е., 5,37.
Зорин К.В., 7,43.
Зубков О.В., 2,33; 12,73.
Зыков А.Г., 12,54.
Иванов А.В., 3,38,53.
Иванов А.М., 7,31.
Иванов А.О., 8,68.
Иванов В.А., 3,53.
Иванов В.В., 2,26; 5,53;
6,68.
Иванов В.И., 3,58.
Иванов В.С., 6,53.
Иванов К.С., 1,29.
Иванова Л.В., 6,30.
Ивануса С.Я., 6,70.
Иванцов В.А., 7,64.
Ивченко Д.Р., 11,27.
Ивченко Е.В., 2,22; 6,53;
7,31; 11,37.
Игнатов Ю.Г., 11,83.
Иорданишвили А.К., 4,90;
6,88; 7,63,89.
Исаева О.Л., 2,55.
Исаенков В.Е., 12,27.
Исхаков Э.Р., 8,84.
Иштуин О.С., 2,72.
Кагоянц Р.В., 7,42.
Кадин С.В., 3,78.
Казаков Р.Е., 2,55.
Калачёв О.В., 1,75; 2,77,78;
6,4; 7,17; 8,4; 12,69.
Калмыков А.А., 12,44,54.
Кальманов А.С., 2,15;
10,44; 11,56.
Каракозов А.Г., 8,23.
Карамуллин М.А., 3,14.
Карев Е.А., 7,50.
Карпенко И.В., 4,67.
Карпушенко В.Г., 5,29.
Карпушенко Е.Г., 10,80.
Касаткин В.И., 9,70.
Кириченко Н.Н., 9,33.
Клепиков А.Н., 7,57.
Климов А.Г., 11,48.
Клипак В.М., 6,8.
Клопоцкий С.А., 8,23.
Клочкова И.В., 4,57; 8,63.
Ключников П.Б., 5,57.
Кнопов М.Ш., 4,71.
Кобзарь О.Н., 6,74.
Кобрицов Г.П., 11,27.
Коваленко А.Н., 11,48.
Коваленко А.П., 8,31.
Козлов К.В., 4,44.
Козлов М.С., 10,11.
Козовой М.Я., 7,92.
Козырев П.В., 5,87.
Козяев В.А., 1,75.
Кокоев В.Г., 12,48.
Колесников В.В., 9,40.
Колтович А.П., 11,27.
Колтунов А.Н., 3,38.
Колунов А.В., 9,61.
Коновон В.Н., 1,94; 5,48;
7,31; 10,48; 11,19; 12,15.
Корниенко Е.А., 10,30.
Коротаев В.И., 12,54.
Костенко Н.Л., 1,94.
Костовский П.П., 6,72.
Костюк А.В., 9,74.
Котенко К.В., 1,41; 2,53.
Котов С.С., 9,40.
Кравчук А.В., 4,65.
Крайнюков П.Е., 4,76; 7,64.
Крайнюкова Л.А., 2,57.
Красавин К.Д., 4,57; 6,46;
8,63; 9,49; 11,19.
Крассий А.Б., 1,61; 2,22;
5,29; 6,61; 8,58; 9,55; 11,37.
Крюков Е.В., 9,82; 10,26;
12,21.
Крючков О.А., 3,63; 8,79.
Куандыков М.Г., 8,4.
Кувшинов К.Э., 2,4,77;
3,4,85; 6,8; 9,4; 10,4; 12,4.
Кузин А.А., 2,89; 5,29.
Кузнецов С.М., 12,74.
Кузнецова Т.С., 1,59.
Кукоз Г.В., 5,4.
Кульнев С.В., 1,92; 8,79.
Курмансеитов М.М., 4,10.
Курносенко В.Ю., 2,95.
Куроедов А.В., 4,93.
Лазуткин М.В., 6,70.
Ламожанов М.Л.-Д., 3,95.
Ламоткин И.А., 7,42; 11,58.
Лапа В.В., 3,68.
Левандровская И.А., 8,65.
Левченко В.Н., 6,46; 9,49.
Лемешкин Р.Н., 2,62; 5,57.
Лемешко А.Л., 6,46; 9,49.
Лемешко П.Н., 6,72.
Леоник С.И., 2,62.
Лесик П.С., 4,92; 7,11.
Лизогуб И.Н., 1,50.
Лемасенко А.Н., 9,45.
Лисовец Д.Г., 3,14.
Литвиненко И.В., 8,31.
Литвинцев Б.С., 8,31.
Литинский М.А., 4,32.
Лихтерман Б.Л., 12,53.
Лишук А.Н., 3,38; 10,30.
Лобачев А.В., 3,4.
Лобозова О.В., 8,68.
Лукиянюк П.П., 1,75.
Лычев А.Б., 9,17.
Люттов В.В., 6,41; 7,44.
Ляوشин Ю.В., 4,10.
Макаренко Б.Г., 9,70.
Максимов А.Г., 3,14.
Максимов И.Б., 5,90.
Максюков С.Ю., 2,57.
Максюкова Е.С., 2,57.
Малинин А.В., 10,63.
Малых А.Б., 7,4.
Мануйлов В.М., 7,92.
Марди Ш.И., 11,58.
Маренин С.Н., 12,51.
Маркизова Н.Ф., 1,22; 8,11.
Марчик В.В., 7,92.
Матис А.А., 6,82.
Махновский А.И., 6,41.
Медведев В.Р., 11,65.
Медведев И.Ю., 2,89.
Меденков А.А., 4,81; 11,83.
Мельничук В.П., 10,61.
Мельчаков А.А., 12,73.
Мерзликин А.В., 7,4; 11,54;
12,37.
Милюков В.Е., 12,49.
Миляев А.В., 12,15.
Минаев Д.Ю., 5,91.
Миронов А.В., 7,40.
Мирошниченко Ю.В., 1,94;
4,57; 5,48; 6,68; 7,31; 8,63;
10,48; 11,19; 12,15.
Мисан А.С., 7,64.
Мисников О.П., 10,84.
Михайлов А.А., 10,11.
Михайлов В.Г., 10,63.
Михайлов Н.Е., 2,55.

- Михайлов С.В., 8,17.
 Михеев А.В., 1,61; 10,76.
 Мищенко Г.Н., 11,63.
 Молчанов О.В., 6,30.
 Моровикова Т.В., 1,61.
 Морозов Д.А., 9,24.
 Морозов П.В., 2,57.
 Московко В.М., 6,8.
 Мостовой Л.В., 9,65.
 Мосягин И.Г., 7,38; 8,68.
 Мошетова Л.К., 4,84.
 Мусаев Р.Б., 4,39.
 Мягков Ю.А., 2,54; 3,61.
 Мягкова А.Ю., 2,54; 3,61.
 Навазнов В.В., 3,38.
 Нагибович О.А., 1,81; 9,55.
 Ненько А.М., 8,40.
 Нестерук А.В., 10,63.
 Нечаев А.Ю., 1,55.
 Нечипорук С.А., 6,15.
 Никитин Е.А., 2,37; 4,89; 9,33.
 Николаев А.В., 5,53.
 Николенко В.Н., 12,49.
 Никульшин А.А., 3,57.
 Никульшина Л.Г., 3,57.
 Обертынская Л.Ю., 11,63.
 Образцов А.В., 3,53.
 Овечкин И.Г., 1,59; 7,40.
 Овчинников Д.В., 2,49; 10,80.
 Овчинников Ю.В., 2,26; 3,31; 5,13,53; 7,17; 9,89.
 Огарков П.И., 2,89; 9,40.
 Одинак М.М., 8,31.
 Оленев Н.И., 12,27.
 Омельчук В.В., 4,85.
 Орлов В.П., 1,36.
 Орлов Ф.А., 8,23; 12,21.
 Орлова Е.С., 1,45.
 Палтышев И.А., 11,27.
 Палченкова М.В., 7,17.
 Панина Т.В., 6,72.
 Панова И.А., 4,60.
 Папков А.Ю., 8,4.
 Папушин О.Н., 6,74; 12,48.
 Пастухов А.Г., 9,4.
 Пашаев А.А., 4,92; 7,11.
 Передельский Е.В., 1,29.
 Перемышцев С.Л., 11,63.
 Перетечиков А.В., 6,34.
 Перфильев А.Б., 5,48.
 Петраков В.А., 10,4.
 Петреев И.В., 4,85.
 Петров А.Д., 8,31.
 Петров А.Н., 6,92.
 Петров О.И., 8,90; 11,82,84,84.
 Петько А.П., 2,55.
 Пинчук О.В., 2,53; 3,53.
 Пинчук П.В., 5,64; 8,65.
 Писарев А.А., 10,44.
 Пищугин Д.Ю., 6,82.
 Плакса И.Л., 10,80.
 Погодин Ю.И., 9,82; 11,85.
 Поддубный М.В., 2,85; 8,71.
 Поляков В.С., 12,44,54.
 Помогайбо Б.В., 4,39.
 Пономаренко Г.Н., 7,4; 12,37.
 Пономаренко Д.С., 9,68.
 Пономаренко Ю.Н., 8,40.
 Попов А.А., 11,19.
 Попов А.В., 4,39.
 Попов А.П., 2,47; 10,72.
 Попов В.Н., 12,70.
 Попов О.А., 8,94; 9,82.
 Посельский П.П., 5,4.
 Потехин Н.П., 8,23; 9,82; 12,21.
 Почтенко В.В., 8,17.
 Преображенская Т.Н., 1,22.
 Прохорчик А.А., 3,38.
 Пчельников И.А., 3,95.
 Рамзаева П.В., 4,85.
 Рева В.А., 3,19; 4,32; 6,92; 10,15; 12,78.
 Реймов Д.В., 7,38.
 Реуков А.С., 11,37.
 Реутский И.А., 2,4.
 Рикун А.О., 10,54.
 Рикун О.В., 3,26.
 Рогов Ю.В., 2,47.
 Родионов Е.О., 7,31; 10,48; 12,15.
 Роенко А.С., 9,49.
 Российский М.А., 11,72.
 Рубан А.П., 6,74; 12,48.
 Рудь С.Д., 4,62.
 Русев И.Т., 2,22.
 Рухляда Н.В., 2,79; 9,61.
 Рыженков С.П., 12,27.
 Рыжман Н.Н., 2,4; 3,14,38.
 Рябинкин В.В., 1,82; 3,76; 7,65; 10,66; 11,82,85.
 Савицкий Г.Г., 10,91; 11,11.
 Сагирова А.А., 2,55.
 Садыков Р.Р., 2,26.
 Сазонова К.Л., 8,51.
 Самохвалов И.М., 3,19; 4,32; 5,8; 6,92; 7,50; 10,15.
 Самцов А.В., 4,4.
 Санакоева Э.Г., 6,87.
 Сарана А.М., 3,14.
 Саркисов К.А., 8,23.
 Сарманаев С.Х., 1,22.
 Свистунов С.А., 2,89; 9,40.
 Свистунов С.П., 6,88.
 Селезнева Е.В., 11,58.
 Серговенцев А.А., 4,39; 7,64.
 Сердюк В.И., 6,34.
 Сердюков Д.Ю., 10,11.
 Серов В.В., 4,65.
 Сигина О.А., 4,62.
 Сидоров В.А., 11,65; 12,4.
 Симоненко В.Б., 9,24.
 Синельников С.Н., 8,46.
 Синопальников А.И., 4,16; 5,21.
 Синопальников И.В., 2,79.
 Скачков О.А., 6,25.
 Скляров В.Н., 7,64.
 Смирнов А.В., 9,40.
 Солдатов Е.А., 1,92; 6,61; 8,58.
 Соловьев И.А., 2,79.
 Соловьёв И.А., 9,17,61.
 Сольнов Н.М., 4,93.
 Сорокин С.И., 6,41.
 Сохранов М.В., 3,19; 4,32.
 Сошкин П.А., 3,78.
 Ставила А.Г., 6,46; 9,49; 11,19.
 Стариков С.М., 9,93.
 Старовойтова И.М., 8,23.
 Стеклов В.И., 9,24.
 Степанов А.В., 12,70.
 Стец В.В., 10,4.
 Столяр В.П., 8,4.
 Странадко Е.Ф., 7,42.
 Строй А.В., 7,38.
 Струков Е.Ю., 10,4.
 Суин П.А., 4,65.
 Сукачев В.С., 4,44.
 Сун И., 1, 66.
 Суханов В.В., 1,75.
 Сухарев В.А., 3,60; 12,45.
 Сухоруков В.С., 8,90; 11,84,84.
 Сушильников С.И., 3,85; 12,4.
 Сыркин Л.Д., 4,50.
 Сычѳв В.В., 11,91.
 Сычев Д.А., 2,55.
 Талапов С.В., 2,33.
 Таранов С.П., 8,79.
 Тарануха В.К., 4,71.
 Тарасюк Л.Е., 10,61.
 Тарумов Р.А., 6,82.
 Телицкий С.Ю., 3,19; 4,32.
 Терентьев Л.П., 12,74.
 Терещук С.В., 3,60; 12,45.
 Титов И.Г., 3,47; 5,87; 6,15.
 Тихомирова И.В., 11,63.
 Ткачева Е.Н., 2,42.
 Толкач П.Г., 1,22.
 Трипольский В.Б., 9,82.

Тришкин Д.В., 3,4; 6,15; 7,4; 11,4.
Троян В.Н., 10,54.
Труфанов Г.Е., 4,62.
Турубара Ю.И., 10,61.
Тынянкин Н.А., 7,50.
Тыренко В.В., 3,14; 9,89.
Улюкин И.М., 1,45.
Усов В.М., 4,50.
Уточкин А.П., 9,61.
Ушаков И.И., 11,58.
Фёдоров Р.А., 3,26.
Федотов А.О., 3,26.
Филистеев П.А., 10,54.
Филатов В.Н., 12,27.
Фисун А.Я., 1,4; 2,77; 6,2 с. обл.,4; 8,71,89; 9,4; 12,4.
Фокин А.А., 5,64.
Фоос И.В., 8,17.
Фурсов А.Н., 8,23; 12,21.
Хайрутдинов В.Р., 4,4.
Халимов Ю.Ш., 8,11.
Ханин М.Ю., 11,27.
Ханкевич Ю.Р., 10,44.
Харисов А.М., 7,11.
Харитонов М.А., 2,26; 5,53; 6,20.
Хашук А.В., 7,25.
Хашук Т.А., 7,25.
Хлебникова А.Н., 11,58.
Холиков И.В., 2,93; 8,51.
Хоменко М.Н., 1,80; 3,68.
Хоминец В.В., 3,26; 8,17.
Хрупкин В.И., 2,55.
Хубулава Г.Г., 9,24.
Худзиев Б.Г., 2,55.
Царева У.В., 6,25.
Цвигун О.В., 11,27.
Цинцадзе О.Г., 6,82.
Цителадзе А.А., 10,76.
Чаплюк А.Л., 2,15; 6,8; 7,57; 8,93; 9,24; 10,84; 11,56,83.
Чепур С.В., 2,10; 3,76; 8,11; 10,84; 11,65; 12,70.
Черкасов С.А., 11,63.
Чернецов В.А., 10,26; 12,21.
Черников О.Г., 3,78; 5,42.
Чернов С.А., 12,21.
Черный В.С., 5,42.
Чигарева Н.Г., 5,71.
Чубарь О.В., 5,90; 10,84; 12,70.
Чукреева Л.Н., 11,63.
Чумак Б.А., 3,78.
Чурилов Ю.К., 7,57; 8,93; 10,84.
Шабалов Н.П., 10,76.
Шагарова С.М., 6,72.
Шакур Д.А., 8,17.
Шалахин Р.А., 1,61; 6,61; 8,58; 11,37.
Шамрей В.К., 1,67; 3,4.
Шахбазов О.И., 2,57.
Шахманов Д.М., 4,44.
Шашолин М.А., 1,81.
Шевердина Е.А., 6,25.
Шевченко А.Г., 6,34.
Шелепов А.М., 2,62; 3,63.
Шелухин В.А., 2,26.
Шелухин Д.А., 4,10.
Шерстнёва Е.В., 2,60.
Шершень Д.П., 6,70.
Шестопалов А.Е., 10,4.
Шестопалов С.С., 7,92.
Шилов С.А., 9,61,70.
Шишкин А.Н., 12,27.
Шишкин М.К., 4,44.
Шишов А.А., 12,27.
Шкловский Б.Л., 3,38.
Шмидт А.А., 6,30.
Шперлинг И.А., 2,10; 3,76; 5,90.
Шулепов А.В., 2,10.
Шустов С.Б., 6,53.
Шёголев А.В., 4,10,57; 6,4; 7,31; 10,4; 11,48.
Щегольков А.М., 11,91.
Щерба М.П., 6,68.
Щипанов С.Г., 2,10.
Щукин А.В., 8,17.
Щур М.С., 9,45.
Эркенова Н.В., 2,42.
Юдин А.Б., 2,10; 3,19; 11,65.
Юдин В.Е., 1,59; 2,54; 3,61; 7,40; 11,91.
Юркевич Ю.В., 2,10.
Юркин А.К., 3,14.
Юсупов В.В., 1,45; 8,46.
Якиревич И.А., 4,10.
Яковлев А.Г., 12,74.
Яковлев С.В., 7,31; 12,4.
Яменсков В.В., 1,41; 2,53.
Яременко М.В., 1,29.
Яремко В.И., 2,37; 9,33.
Ярошенко А.С., 11,63.
Яшин С.М., 1,55.

Перечень подготовил **Н.В.Киселев**

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



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



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

Сдано в набор 13.11.15.
Формат 70×108¹/₁₆.
Усл. печ. л. 8,4.
Заказ № 3452-2015.

Печать офсетная.
Усл. кр.-отт. 9,8.
Тираж 4236 экз.

Подписано к печати 08.12.15.
Бумага офсетная.
Уч.-изд. л. 8,6.
Каталожная цена 64 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**