

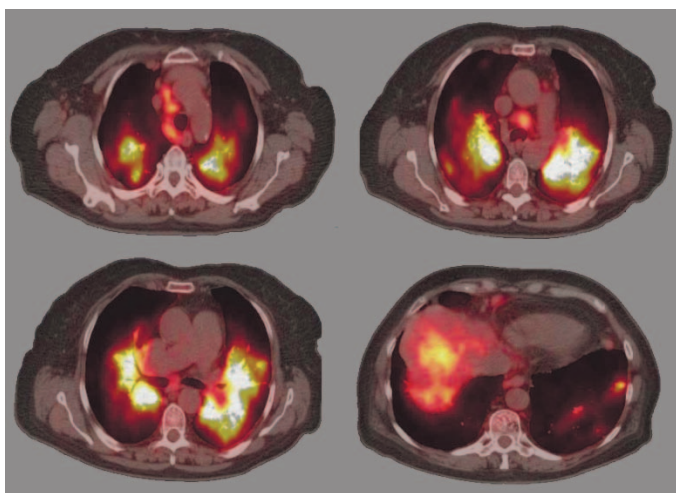
ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Военно-медицинский журнал

2014 • № 1

*Тод
взданид
~192-й*

ТОМ
СССXXXV



1

ЯНВАРЬ
2014

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ
И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

Издается с 1823 года

 **РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ:**

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

 **РЕДАКЦИОННЫЙ
СОВЕТ:**

С. А. Белякин (Красногорск)
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)
Е. В. Ивченко (С.-Петербург)
Ю. В. Лобзин (С.-Петербург)
И. Б. Максимов (Москва)
И. Г. Мосягин (С.-Петербург)
Э. А. Нечаев (Москва)
С. В. Папко (Ростов-на-Дону)
П. В. Пинчук (Москва)
В. Б. Симоненко (Москва)
И. М. Чиж (Москва)
В. В. Шаппо (Москва)

Адреса редакции:

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

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

Non scholae, sed vitae discimus!

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2014 * ЯНВАРЬ
Т. 335 * № 1

- *Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации: состояние и пути совершенствования*
- *Совершенствование оказания медицинской помощи при боевых действиях: мониторинг физиологического состояния военнослужащего*
- *Ошибки и осложнения при выполнении внутреннего остеосинтеза у пациентов с переломами длинных костей конечностей*
- *Эндопротезирование тазобедренного сустава у военнослужащих*
- *Дифтерия в Вооруженных Силах: перспективы контроля эпидемического процесса*
- *Опыт оказания медицинской помощи пострадавшим при катастрофическом землетрясении 1988 года в Армении*

МОСКВА
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
«КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»



Организация медицинского обеспечения Вооруженных сил

Organization of medical support of the Armed Forces

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

4

Fisun A.Ya. – The Russian Armed Forces Military Medical Service: condition and ways of improvement

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

17

Rezyantsev M.V., Kuznetsov S.M., Ivanov V.V., Zakurdayev V.V. – Current state and prospects of military personnel health monitoring



Лечебно-профилактические вопросы

Prophylaxis and treatment

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

25

Shapovalov V.M., Khominets V.V., Mikhailov S.V., Shakun D.A., Foos I.V. – Mistakes and complications in internal osteosynthesis in patients with fractures of long bones

Максимов И.Б., Панюшин К.А., Брижань Л.К., Буряченко Б.П., Варфоломеев Д.И., Пиманчев О.В. – Эндопротезирование тазобедренного сустава у военнослужащих

30

Maksimov I.B., Panyushin K.A., Brizhan L.K., Buryachenko B.P., Varfolomeyev D.I., Pimanchev O.V. – Hip replacement in military personnel



Эпидемиология и инфекционные болезни

Epidemiology and infectious diseases

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

38

Belov A.B., Ogarkov P.I. – Diphtheria in the Military Forces: lessons and current status of prophylaxis, prospects of epidemiological control process



Гигиена и физиология военного труда

Military physiology and hygiene

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

45

Tyurin M.V., Sokhranov M.V., Ivchenko E.V., Tsygan V.N., Golitsyn V.M., Sil'nitskii A.N., Sokolov V.P., Barsukov A.B. – Improvement of the health care delivery system in war-time: monitoring of servicemen's health status



Краткие сообщения

48

Brief reports



**По страницам зарубежной
медицинской печати**

37

***From the foreign
medical publications***

*Журавлев В.К., Голота А.С., Крассий А.Б.,
Миронов В.Г., Парфенов В.Д. – Современ-
ные подходы к расчету санитар-
ных потерь: опыт медицинских служб
вооруженных сил США и Великобри-
тании*

56

*Zhuravlev V.K., Golota A.S., Krassii A.B.,
Mironov V.G., Parfenov V.D. – The moder-
n approaches to the principles of
medical and surgical casualty estimation.
The US and British experience*



**Из истории
военной медицины**

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

*Брюсов П.Г. – Опыт оказания медицин-
ской помощи пострадавшим при ката-
строфическом землетрясении 1988 года
в Армении*

58

*Bryusov P.G. – Experience in provision
of medical services to earthquake victims
in Armenia in 1988*



Официальный отдел

66

Official communications



Лента новостей

71

News feed



Хроника

Chronicle

*Самохвалов И.М., Рева В.А. – Евро-
пейский конгресс по травме и неотлож-
ной хирургии*

77

*Samokhvalov I.M., Reva V.A. – European
Congress for trauma and emergency
surgery*

**Перечень статей, напечатанных в 2013 г.
в «Военно-медицинском журнале»**

81

**List of the articles, printed in «Military-
Medical magazine» in 2013**

Алфавитный именной указатель

93

Alphabetic list of autor

Напоминаем, что наш журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных изданий, в которых публикуются значимые результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук. «Военно-медицинский журнал» представлен в международных информационно-справочных ресурсах (MEDLINE и др.), входит в системы *PubMed*, *Scopus* и др.

CONTENTS



© А.А. ФИСУН, 2014
УДК 61:355

Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации: состояние и пути совершенствования

ФИСУН А.А., начальник Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации — начальник медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации, заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы

Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва

Fisun A. Ya. — The Russian Armed Forces Military Medical Service: condition and ways of improvement. In 2013 the main efforts of the Medical Service were aimed at the following tasks: optimization of management system of military medical service, improvement of medical evacuation system, medical service security for military contingents, assigned according to territory principle to military-medical facilities of the Ministry of Defence of the Russian Federation, implementation of innovations at all stages of medical evacuation in peace- and wartime, security of combat and mobilization readiness of regulatory bodies of the Medical Service, medical military units and military medical facilities, medical service of troops battle training, improvement of material and technical resources, security of regular pharmacy and equipment supply, activation of research work in the Medical Service interests. Lines of military medicine development in 2014 are: transfer of treatment facilities that are not used by the Ministry of Defence into the Federal Biomedical Agency till the end of 2014, prevention of pneumonia and meningitis in military personnel, improvement of early diagnosis system, medical service for military contingents according to territory principle, improvement of diagnostic and treatment work in military-medical units and subunits and military-medical facilities by means of development of material and technical resources, monitor the implementation of innovative diagnostic and treatment technologies, completion of construction projects of central military hospitals and etc.

Key words: military medicine, the military doctrine of the Russian Federation, organization of medical service for the Armed Forces.

В 2013 году продолжилось проведение комплекса мероприятий по приданию нового облика Вооруженным Силам Российской Федерации. Основными направлениями являлись оптимизация структуры войск с учетом возможных военных конфликтов, повышение мобильности воинских частей и соединений, уровня их оснащённости современными образцами вооружения и военной техники, а также оптимизация системы управления войск, в т. ч. за счет внедрения автоматизированных систем управления. Следует отметить, что военные конфликты современности имеют ряд характерных отличий от крупномасштабных войн XX века. В первую очередь это положение следует отнести к скоротечности ведения боевых действий, отсутствию классической линии противостояния между противоборствующими сторонами (линии фронта), широкому использованию высокоточных боеприпасов и др. Как следствие, возрастают требования по повышению мобильности и возможности автономного выполнения боевых задач в звене рота—батальон.

С учетом перспектив военного строительства Верховный Главнокомандующий Вооруженными Силами Российской Федерации **В.В. Путин** обратил особое внимание на необходимость создания современной эффективной системы медицинского обеспечения, прежде всего в звене «рота—батальон—бригада». Министр обороны Российской Федерации генерал армии **С.К. Шойгу** в свою очередь определил, что предпринимаемые меры в первую очередь должны быть направлены на уточнение количества и структуры медицинских учреждений (особенно в отдаленных гарнизо-



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 61:355(470)

Состояние и перспективы мониторинга здоровья военнослужащих

РЕЗВАНЦЕВ М.В., доцент, полковник медицинской службы (9506793@mail.ru)
КУЗНЕЦОВ С.М., доцент, полковник медицинской службы запаса
ИВАНОВ В.В., профессор, полковник медицинской службы запаса
ЗАКУРДАЕВ В.В., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы запаса

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

Rezvantsev M.V., Kuznetsov S.M., Ivanov V.V., Zakurdayev V.V. — Current state and prospects of military personnel health monitoring. The current article is dedicated to some features of the Russian Federation Armed Forces military personnel health monitoring such as legal and informational provision, methodological basis of functioning, historical aspect of formation and development of the social and hygienic monitoring in the Russian Federation Armed Forces. The term «military personnel health monitoring» is defined as an analytical system of constant and long-term observation, analysis, assessment, studying of factors determined the military personnel health, these factors correlations, health risk factors management in order to minimize them. The current state of the military personnel health monitoring allows coming to the conclusion that the military health system does have forces and resources for state policy of establishing the population health monitoring system implementation. The following directions of the military personnel health monitoring improvement are proposed: the Russian Federation Armed Forces medical service record and report system reorganization bringing it closer to the civilian one, implementation of the integrated approach to the medical service informatisation, namely, military personnel health status and medical service resources monitoring. The leading means in this direction are development and introduction of a military serviceman individual health status monitoring system on the basis of a serviceman electronic medical record card. Also it is proposed the current Russian Federation Armed Forces social and hygienic monitoring improvement at the expense of informational interaction between the two subsystems on the basis of unified military medical service space.

К e w o r d s: health status monitoring, information systems, military personnel health, medical service, social and hygienic monitoring.

Как известно, необходимый уровень здоровья военнослужащих — важнейшее условие боеготовности и боеспособности войск (сил), а поэтому приоритетная задача медицинской службы Вооруженных Сил состоит в повышении ее вклада в дело сохранения и укрепления здоровья личного состава. Для успешной реализации этой задачи требуется достоверная, полная, точная и своевременная информация о здоровье военнослужащих, наличием которой во многом определяется качество и эффективность управления медицинской службой во всех ее звеньях в мирное и военное время. Основным источником указанной информации является военно-медицинская отчетность.

В сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации в последние десятилетия традиционные медицинские учет и отчетность дополнены системой так называемого мониторинга здоровья населения. Поскольку ведомственные

системы здравоохранения обязаны исполнять свои функции в отношении соответствующего контингента с учетом общих положений по охране здоровья населения, содержание мониторинга здоровья военнослужащих требует адаптации к особенностям деятельности медицинской службы армии и флота.

Государственная система мониторинга здоровья населения разрабатывается с 1990-х годов, когда были заложены политическая, организационно-юридическая, интеллектуально-психологическая и техническая основы системы мониторинга общественного здоровья. В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [11] разработана и утверждена программа *социально-гигиенического мониторинга (СГМ)*, в 2000 г. вышло Постановление Правительства РФ № 426 «Об утверждении Положения о социально-гигиеническом мониторинге» [8].



ние к системе гражданского здравоохранения. Главными требованиями к информационной системе медицинского учета должны быть преемственность и иерархическое структурирование медицинской информации;

– реализация комплексного направления информатизации медицинской службы – мониторинга состояния здоровья военнослужащих и ресурсов военно-медицинской службы. Ведущим в дан-

ном направлении является разработка и внедрение системы мониторинга индивидуального состояния здоровья военнослужащего на основе медицинской электронной карты;

– совершенствование функционирования социально-гигиенического мониторинга за счет улучшения информационного взаимодействия между подсистемами на основе единого информационного пространства Министерства обороны.

Литература

1. Иванов В.В., Корнеев А.А., Богомолов В.Д. и др. Актуальные вопросы использования информационных технологий в медицинском обеспечении войск // Воен.-мед. журн. – 2013. – Т. 334, № 6. – С. 8–13.

2. Максимова Т.М., Гаенко О.Н. Мониторинг здоровья населения и социально-экономические проблемы общества // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 3–7.

3. Онищенко Г.Г., Шестопалов Н.В., Самощин В.П. и др. Современные проблемы ведения и совершенствования социально-гигиенического мониторинга // Гиг. и сан. – 2004. – № 5. – С. 3–4.

4. Организация и ведение социально-гигиенического мониторинга в Вооруженных силах Российской Федерации. Создание информационного фонда социально-гигиенического мониторинга как составной части информационного фонда Министерства обороны Российской Федерации / Науч. руков. Ю.В.Лизунов, отв. исп. С.М.Кузнецов. – СПб: ВМедА, 2004. – 609 с.

5. Положение о государственной санитарно-эпидемиологической службе РФ: Утв. постановлением Правительства Рос. Федерации от 24.07.2000 г. № 554 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2000. – № 31. – Ст. 3295.

6. Положение о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании: Утв. постановлением Правительства Рос. Федерации от 24.07.2000 г. № 554 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2000. – № 31. – Ст. 3295.

7. Положение о проведении социально-гигиенического мониторинга: Утв. постановлением Правительства Рос. Федерации от 2.02.2006 г. № 60: В ред. постановления Правительства Рос. Федерации от 4.09.2012 г. № 882 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2006. – № 6. – Ст. 713.

8. Положение о социально-гигиеническом мониторинге: Утв. постановлением Правительства Рос. Федерации от 1.06.2000 г. № 426 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2000. – № 23. – Ст. 2436.

9. Руководство по диспансеризации военнослужащих в Вооруженных Силах Россий-

ской Федерации: Утв. приказом Министра обороны РФ от 18.06.2011 г. № 800 // URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=522478> (дата обращения: 22.11.2013).

10. Руководство по медицинскому обеспечению Вооруженных Сил Российской Федерации на мирное время: Утв. приказом начальника Тыла ВС РФ – заместителем министра обороны РФ от 15.01.2001 г. № 1. – М.: Воениздат, 2002. – 350 с.

11. Федеральный закон от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 1999. – № 14. – Ст. 1650.

12. Mancuso J.D., Aaron C.L. Tuberculosis Trends in the U.S. Armed Forces, Active Component, 1998-2012 // Medical Surveillance Monthly Report / Armed Forces Health Surveillance Center. – 2013. – Vol. 20, N 5. – P. 4–8. URL: http://afhsc.army.mil/viewMSMR?file=2013/v20_n05.pdf#Page=01 (дата обращения: 22.11.2013).

13. Maritime Medical Module // The Official Web Site of the Defense Health Information Management System. URL: <http://dhims.health.mil/products/theater/mmm.aspx> (дата обращения: 22.11.2013)

14. Ortega H.J. Challenges in Monitoring and Maintaining the Health of Pilots Engaged in Telewarfare // Medical Surveillance Monthly Report / Armed Forces Health Surveillance Center. – 2013. – Vol. 20, N 3. – P. 2. URL: http://afhsc.army.mil/viewMSMR?file=2013/v20_n03.pdf#Page=01 (дата обращения: 22.11.2013).

15. Theater Medical Data Store // The Official Web Site of the Defense Health Information Management System. URL: <http://dhims.health.mil/products/theater/tmds.aspx> (дата обращения: 22.11.2013).

16. Theater Medical Information Program. URL: <http://jtc.fhu.disa.mil/washops/jtc/tmip.html> (дата обращения: 22.11.2013).

17. Witness Testimony of The Honorable Eric K. Shinseki, Secretary of Veterans Affairs, Department of Veterans Affairs, 25 July 2012 // The Official Web Site of the House Committee on Veterans' Affairs. URL: <http://veterans.house.gov/witness-testimony/the-honorable-eric-k-shinseki-0> (дата обращения: 22.11.2013).



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.717/718-001.5-089.84-06

Ошибки и осложнения при выполнении внутреннего остеосинтеза у больных с переломами длинных костей конечностей

ШАПОВАЛОВ В.М., заслуженный врач РФ, заслуженный деятель наук РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы в отставке
ХОМИНЕЦ В.В., доцент, полковник медицинской службы
МИХАЙЛОВ С.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
ШАКУН Д.А., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
ФООС И.В. (foosiv@mail.ru)

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

Shapovalov V.M., Khomeinets V.V., Mikhaylov S.V., Shakun D.A., Foos I.V. — Mistakes and complications in internal osteosynthesis in patients with fractures of long bones. Authors analyzed unsatisfied anatomical and functional treatment results of 118 patients after the internal osteosynthesis for fractures of long bones of extremities, which required ion performed revision surgery. Patients were examined clinically and instrumental before revision osteosynthesis, in short-term and long-term period after the operation. Authors systemized revealed mistakes into 4 groups and found out that the most frequent were tactical and technical (84,7%) mistakes, much less — diagnostic and organizational. Developed algorithm of preoperative evaluation, planning, technology, revision reconstructive operations allowed shortening recover time of anatomy and function to the average in 92,6% of patients.

К е у в о р д с: internal osteosynthesis, mistakes, complications, revision osteosynthesis.

Данные обзорных статей зарубежных и отечественных авторов свидетельствуют о том, что современный стабильно-функциональный остеосинтез позволяет оптимально сочетать сроки сращения отломков костей при переломах и восстановление функции опоры и движения у 85–97% больных [4]. Вместе с тем естественное желание практикующих врачей применять в своей работе последние достижения мировой травматологии, не подкрепленные достаточными знаниями, опытом, наличием необходимого оснащения для обеспечения полноценной диагностики и оперативного лечения, приводит к возникновению ошибок и осложнений внутреннего остеосинтеза, существенно удлиняющих сроки лечения и требующих значительных экономических затрат [1, 3, 5].

Анализ ошибок и осложнений внутреннего остеосинтеза, наблюдавшихся в

широкой клинической практике травматологов как в период 50–80-х годов XX в., так и в наши дни, отчетливо демонстрирует не только их однотипность, но и относительно одинаковую частоту возникновения [2]. Изучение публикаций отечественных и зарубежных авторов показало, что при оперативном лечении переломов костей частота инфекционных осложнений колеблется от 3 до 14%, ложных суставов — от 1,5 до 4%, неправильно сросшихся переломов — от 3 до 8% [6].

В связи с появлением новых технологий, широким диапазоном разнообразных имплантатов, используемых для лечения переломов костей конечностей, ошибки и неинфекционные осложнения при выполнении внутреннего остеосинтеза являются актуальной проблемой травматологии и ортопедии [3, 5].

В современной научной литературе представлены единичные сведения о на-



ся трудоемкими, требуют углубленного общеклинического и специального обследования, тщательного предоперационного планирования и строгого соблюдения техники и технологии остеосинтеза. Такие вмешательства целесообразно выполнять опытным хирургам и в центрах травматологии и ортопедии.

3. Предложенные различные варианты реконструктивно-восстановительных операций, включающие широкий спектр травматологических, ортопедических, пла-

стических, в т. ч. микрохирургических, пособий, позволили приблизить сроки восстановления анатомии и функции конечности к среднестатистическим у 92,6% больных данной группы.

4. Перспективным направлением в плане предупреждения лечебно-тактических и технических ошибок является целенаправленная подготовка травматологов-ортопедов современным технологиям первичного внутреннего остеосинтеза.

Литература

1. Шаповалов В.М., Хоминец В.В., Михайлов С.В. Основы внутреннего остеосинтеза. — М.: Медицина, 2009. — 240 с.
2. Юмашев Г.С. Ошибки и осложнения при остеосинтезе. — М.: Медицина, 1966. — 128 с.
3. James P., Andrew H., Philip J. Surgical Treatment of Orthopedic Trauma. — USA. — 2007. — P. 940.

4. Wagner M., Frigg R. AO Manual of Fracture Management. Internal Fixators: Concepts and Cases Using LCP and LISS. — USA. — 2006. — P. 868.
5. Marti R., Kloen P. Concepts and Cases in Nonunion Treatment. — USA. — 2012. — P. 960.
6. Yuehuei H. An Internal Fixation in Osteoporotic Bone. — USA. — 2002. — P. 375.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.728.2-089.844-057.36

Эндопротезирование тазобедренного сустава у военнослужащих

МАКСИМОВ И.Б., заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы
ПАНЮШИН К.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
БРИЖАНЬ Л.К., профессор, полковник медицинской службы
БУРЯЧЕНКО Б.П., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса
ВАРФОЛОМЕЕВ Д.И. (dgvvarf@yandex.ru)
ПИМАНЧЕВ О.В.

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

Maksimov I.B., Panyushin K.A., Brizhan L.K., Buryachenko B.P., Varfolomeyev D.I., Pimanchev O.V. — Hip replacement in military personnel. Hip joint diseases and injuries are common for orthopedic pathology among military personnel. Hip replacement is one of the most frequent operations. Authors evaluated hip replacement in 136 servicemen treated at the center of traumatology and orthopedics of Burdenko General Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of Russia in 2010–2013. On the basis of the conducted analysis the main disease groups were revealed, peculiarities of pathology among this category of patients. Authors proposed surgical doctrine for the treatment of this contingent. Effective surgical treatment, in particular, hip replacement surgery, conducted with the use of the proposed principles, as a rule, fully functionally cured patients and contributes to return them in the system that contributes to the strengthening of defensibility of the country.

Key words: hip joint, the military, the surgical doctrine, quality of life, complications.

Заболевания и травмы тазобедренного сустава в настоящее время чрезвычайно распространены в структуре ортопедической патологии. Так, по

данным литературы, частота дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава у населения в различных странах Европы колеблется от



Литература

1. Давыдов С.О. Комплексное консервативное лечение и тотальное эндопротезирование у больных деформирующим остеоартрозом тазобедренного сустава в Забайкалье: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб, 2003. — 28 с.

2. Жданова С.А., Калиновская Е.Г., Лукоянов Ю.Е. Возраст / Большая медицинская энциклопедия. — Изд. 3-е. [в 30 т.]. — М.: Сов. энциклопедия, 1976. — Т. 4. — С. 383.

3. Загородний Н.В., Магомедов Х.М., Логунов А.Л. Использование металлических колец, укрепляющих вертлужную впадину во время ее эндопротезирования // Материалы международного конгресса «Человек и его здоровье». — СПб, 1997. — С. 35–36.

4. Зоря В.И. Возможные причины асептического некроза головки бедренной кости у взрослых и вопросы его диагностики // Трав-

матология и ортопедия России. — 1994. — № 5. — С. 46–53.

5. Гурьев В.Н. Коксартроз и его оперативное лечение. — Таллин: Валгус, 1984. — 342 с.

6. Кегги К. Дж., Хоу М.Ш., Заторски Л.И. Передний доступ к тотальному замещению тазобедренного сустава // Материалы VI съезда травматологов ортопедов СНГ. — Ярославль: 1993. — С. 432–446.

7. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава / Под ред. Р.М.Тихилова, В.М.Шаповалова. — СПб: РНИИТО им. Р.Р.Вредена, 2008. — С. 4.

8. Morscher E. Endoprosthetic surgery in 1988 // Ann. Chir. Gynaecol. — 1989. — Vol. 78, N 3. — P. 242–253.

9. Wedge J., Munkacsi I., Loback D. Anteversion of the femur and idiopathic osteoarthritis // J. Bone Joint Surg. — 1989. — Vol. 71, N 7. — P. 1040–1043.

ПО СТРАНИЦАМ ЗАРУБЕЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕЧАТИ

Новый индивидуальный комплект первой помощи армии США

В январском 2014 г. номере медицинского журнала армии США «Меркури» представлен новый индивидуальный комплект первой помощи (Individual First Aid Kit II — IFAK II)¹. При формировании новой укладки учтен боевой опыт Афганистана и Ирака. К содержанию старой укладки (жгут кровоостанавливающий, эластическая повязка, бинты, лейкопластырь, назофарингеальный воздуховод, резиновые перчатки, кровоостанавливающая повязка) добавлены: 1) второй жгут, 2) карточка с креплением к обмундированию и маркер для отметок об оказании помощи, например о наложении жгута, 3) особая эластичная печать для герметизации пневмоторакса, 4) глазной протектор — специальный алюминиевый диск для защиты поврежденного глаза от вторичного травмирования, например глазной повязкой. Укладка приспособлена для крепления в различных местах обмундирования, удобна для открывания как правой, так и левой рукой, фиксируется к обмундированию шнуром, исключающим ее потерю. Опытные образцы нового комплекта уже испытаны в Афганистане личным составом 4-й бригады 3-й пехотной дивизии.



Новый индивидуальный комплект первой помощи IFAK II. Фото с официального сайта армии США²



¹ Lopez C.T. New first aid kit includes eye protection, strap cutter // Mercury. Army Medicine. — 2014. — Vol 41, N 4. — P. 8–9. URL: <http://armymedicine.mil/Documents/January-2014.pdf> (дата обращения: 09.01.2014).

² Lopez C.T. New first aid kit includes eye protection, strap cutter // The Official Web Site of the US Army. URL: <http://www.army.mil/article/116565> (дата обращения: 09.01.2014).



© А.Б. БЕЛОВ, П.И. ОГАРКОВ, 2014
УДК 616.931-057.36

Дифтерия в Вооруженных Силах: уроки и современное состояние профилактики, перспективы контроля эпидемического процесса

БЕЛОВ А.Б., заслуженный работник высшей школы РФ, доцент,
полковник медицинской службы в отставке (syezd2@mail.ru)
ОГАРКОВ П.И., заслуженный работник высшей школы РФ, профессор,
полковник медицинской службы запаса

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

Belov A.B., Ogarkov P.I. — Diphtheria in the Military Forces: lessons and current status of prophylaxis, prospects of epidemiological control process. We analyzed the epidemiological situation of diphtheria in the world and in Russia and experience of mass vaccination of military personnel and civil population with diphtheria toxoid for the last 50 years. Early diagnosis of diphtheria in military personnel has a prognostic value. Authors described the peculiarities of epidemiological process of diphtheria in military personnel in 80–90 years of 20th century and organizational aspects of mass vaccination with diphtheria toxoid. Authors analyzed current problems of epidemiology and prophylaxis of diphtheria in military personnel and civil population and possible developments. According to long-term prognosis authors mentioned the increase of morbidity and came to conclusion that it is necessary enhance the epidemiological surveillance. Authors presented prospect ways of improvement of vaccination and rational approaches to immunization of military personnel under positive long-term epidemiological situation.

Key words: military collectives, infectious diseases, diphtheria, epidemiology and specific prophylaxis.

В течение последних пяти лет путем массовой иммунизации населения России достигнут спорадический уровень заболеваемости дифтерией, и она вновь обрела статус инфекции, успешно управляемой средствами вакцинопрофилактики. Однако история эпидемий изобилует примерами их повторения, что бывает при утрате эпидемиологической настороженности и ослаблении профилактической деятельности санитарно-эпидемиологической службы. Есть основания вспомнить уроки, преподанные человечеству дифтерией, и проанализировать причины динамики эпидемического процесса этой инфекции на протяжении всего периода массового применения дифтерийных анатоксинов.

Начавшаяся в послевоенное время массовая вакцинация детей, а затем и подростков адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакциной (АКДС-вакциной) и адсорбированным

дифтерийно-столбнячным анатоксином (АДС-анатоксином) уже к 50–60-м годам прошлого века привела к снижению количества заболеваний во многих странах до спорадического уровня. Однако этот успех сопровождался постепенным «взрослением» заболеваемости за счет вовлечения в эпидемический процесс людей старших возрастных групп, в первую очередь молодежи организованных коллективов. Этот феномен, как и утрата классического признака дифтерии довакцинального периода — избирательной заболеваемости детей, стал характерным явлением начального этапа ликвидации заболеваемости путем массовой иммунизации наиболее уязвимых категорий населения дифтерийными анатоксинами. Раньше взрослые болели очень редко, т. к. приобретали антитоксический иммунитет в ходе естественного «проэпидемичивания» при перенесении манифестных и бессимптомных форм дифтерии преиму-



ков и взрослых из групп риска [1, 2, 5, 10]. В войсках (на флоте) остаются прививки по эпидемическим показаниям на мирное время и иммунизация военнослужащих в соответствии с требованиями национального календаря прививок. В дальнейшем целесообразно передать вакцинацию военнослужащих по призыву в ведение гражданского здравоохранения (через военкоматы) и обязать прививать граждан, поступающих на военную службу по контракту, до заключения последнего. Тогда все прибывающие в войска и на флот будут надежно защищены от дифтерии, а медицинской службе останется только ревакцинировать военнослужащих в декретированные сроки.

Изложенное позволяет сделать следующие выводы:

– отказ от прививок или уменьшение охвата иммунизацией населения обязательно приведет к очередному «возврату» дифтерии (в ее «довакцинальном» варианте), огромным социально-экономическим издержкам, а также людским потерям, что скажется и на боеготовности Вооруженных Сил;

– на восстановление эпидемиологического благополучия в этом случае уйдут десятилетия и будут затрачены огромные государственные средства, которые могли бы пойти на реализацию других проектов улучшения здоровья населения и военнослужащих;

– в рамках существующей в стране системы эпидемиологического надзора и профилактики дифтерии необходима гибкая стратегия иммунизации населения по иммунологическим показаниям, совершенствование анатоксинов и их составляющих, схем и календарей прививок, более широкое использование ассоциированной и комбинированной вакцинации;

– специалисты центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора должны осуществлять в плановом порядке и по эпидемическим показаниям выборочный иммунологический скрининг и микробиологический мониторинг в индикаторных группах военнослужащих для контроля эпидемиологического благополучия войск (сил флота) в районах ответственности.

Литература

1. Белов А.Б., Казаков А.Н. Эпидемиология и профилактика дифтерийной инфекции в войсках (на флоте). – СПб: ВМедА, 2000. – 76 с.
2. Вакцины и вакцинация: Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 52–56, 446–449.
3. Колков В.Ф. Эпидемиология и профилактика дифтерии в организованных коллективах взрослых: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 27 с.
4. Лобзин Ю.В., Рыбаченко В.В., Мануйлов В.М., Мазур Г.И. Эпидемиологические аспекты внебольничной инфекции дыхательных путей в поствакцинальном периоде у военнослужащих по призыву на Северном Флоте // Журн. инфектологии. – 2011. – Т. 3, № 3. – С. 60–65.
5. Медуницын Н.В. Индивидуальная вакцинация // Эпидемиол. и инф. болезни. – 2000. – № 3. – С. 8–13.
6. Максимова Н.М., Маркина С.С., Якимова Т.Н., Яцковский К.А. Элиминация заболеваемости дифтерией в России / Актуальные проблемы эпидемиологии на современном этапе: Материалы Всерос. науч.-практ. конф. (М., 13–14 окт. 2011 г.). – М., 2011. – С. 247–248.
7. Приказ Минздравсоцразвития России от 31 января 2011 г. № 51н «Об утверждении

- национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» / Приложения № 1 и № 2. – М., 2011. – 12 с.
8. Указания начальника ГВМУ МО РФ от 13.06.2007 г. № 161/1/4590 / Приложение № 1 (календарь профилактических прививок военнослужащим ВС РФ на мирное время) и Приложение № 2 (календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям военнослужащим ВС РФ на мирное время). – М., 2007. – 7 с.
9. Фаворова Л.А., Астафьева Н.В., Корженкова М.П. и др. Дифтерия. – М., 1988. – 208 с.
10. Харченко В.И., Хламова В.Н. Контроль антитоксического иммунитета в организованных коллективах при селективных прививках при дифтерии // Воен.-мед. журн. – 1998. – Т. 319, № 3. – С. 49–52.
11. Шмелева Е.А., Фирсова Т.Н., Булыгина Г.С. и др. Антибактериальные противодифтерийные антитела в сыворотках крови взрослых людей // Эпидемиол. и вакцинопрофилактика. – 2009. – № 5. – С. 66–75.
12. Шмелева Е.А., Фирсова Т.Н., Булыгина Г.С. и др. Содержание антитоксических противодифтерийных антител в сыворотках крови взрослых людей // Эпидемиол. и вакцинопрофилактика. – 2009. – № 4. – С. 49–56.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616-057.36-082

Совершенствование оказания медицинской помощи при боевых действиях: мониторинг физиологического состояния военнослужащего

ТЮРИН М.В., профессор, капитан медицинской службы запаса (mikhail_turin@mail.ru)¹
СОХРАНОВ М.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы¹
ИВЧЕНКО Е.В., доцент, подполковник медицинской службы¹
ЦЫГАН В.Н., профессор, полковник медицинской службы запаса¹
ГОЛИЦЫН В.М., полковник²
СИЛЬНИЦКИЙ А.Н., полковник²
СОКОЛОВ В.П., полковник²
БАРСУКОВ А.Б., полковник²

¹Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ²Войсковая часть 68240, Москва

Tyurin M.V., Sokhranov M.V., Ivchenko E.V., Tsygan V.N., Golitsyn V.M., Silnitskii A.N., Sokolov V.P., Barsukov A.B. — Improvement of the health care delivery system in war-time: monitoring of servicemen's health status. Authors came to conclusion that the constant monitoring of servicemen's health status allows the commanding officer to receive detailed information about combat effectiveness. In case of battle injury or trauma the information used by the medical service will be the base for early health care delivery and organization of evacuation. The information about health status of injured may be used as a base for diagnosis at all stages of evacuation. Authors came to conclusion that individual monitoring of health status will help to further health care delivery system and first stages of medical evacuation.

К е у о р д с: individual monitor of a serviceman, medical service, evacuation, search for injured.

Создание профессиональной армии предполагает высокий уровень подготовки каждого военнослужащего. Для достижения такого уровня требуется много времени, сил и средств. При этом потеря (вывод из строя) в ходе боевой операции каждого из них может существенно отразиться на боеспособности подразделения в целом, особенно в малых группах.

Несмотря на совершенствование оружия, начиная с военных конфликтов XIX столетия и до настоящего времени безвозвратные и санитарные потери характеризуются относительно постоянным соотношением, в котором на одного убитого приходится в среднем 3–5 раненых [4, 5].

Во время локальной войны во Вьетнаме около 50% погибших военнослужащих армии США пострадали во время проведения боевых операций [3]. Простая первая помощь, оказанная в первые минуты после ранения, могла бы спасти около 20% из них. Примерно 67% убитых в бою умерли в течение 10 мин, остальные

33% в промежутке от 10 мин до 1 ч после ранения.

Медицинская помощь раненым осуществляется в соответствии с действующей военно-медицинской доктриной. Применительно к военно-полевой хирургии формирование военно-медицинской доктрины сопряжено с развитием и совершенствованием системы этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению.

Принятая медицинской службой стран НАТО доктрина «10-1-1», по сути, повторяет сделанные ранее отечественной военно-медицинской школой выводы — обнаружить раненого и начать оказывать ему неотложную помощь в течение 10 мин [7, 8]. Использование мониторинга в режиме «боеспособен — ранен — убит» в сочетании с геопозиционированием будет надежным залогом реализации концепции «1 часа».

Важнейшим элементом этапного лечения раненых является медицинская сортировка. Она способствует наиболее эф-



Futuro» (Италия) упоминается датчик физиологического состояния, вмонтированный в гарнитуру связи. Аналогичные разработки без подробного описания упоминаются в ФРГ (IdZ-ES Infanterist der Zukunft) и Франции (FELIN).

В свете реформирования Вооруженных Сил делается упор на профессиональную армию и на подготовку каждого военнослужащего будут затрачены большие финансовые и временные ресурсы. Применение индивидуального мониторинга военнослужащего в условиях ведения боевых действий может способствовать снижению летальности, оптимизации применения сил и средств медицинской службы, более раннему обнаружению раненых на поле боя и проведению медицинской сортировки раненых с регистрацией динамики состояния, начиная с момента получения ранения.

При этом у командования подразделения будет в наличии оперативная информация о количестве боеспособных и небоеспособных военнослужащих. Информация должна предоставляться в виде цветографической схемы без подробных медицинских характеристик состояния. Зеленый — боеспособен, желтый — требует оказания медицинской помощи, небоеспособен, красный — требует неотложной помощи, состояние критическое и черный — груз 200.

При наличии в перспективе боевых информационных каналов и баз данных информация о количестве, состоянии и проведенных медицинских мероприятиях позволит планировать возвращение

раненых в строй. Это является значительным резервом для пополнения войск.

На сегодняшний день в ВС РФ отсутствуют работоспособные системы автоматического биомониторинга состояния военнослужащих и методики оценки нарушений боеспособности по критическим значениям параметров функционального состояния человека.

Регистрация факта утраты боеспособности является важной информацией как для командира в целях оперативной оценки боеспособности подразделения, так и для управления медицинской службы для оптимального руководства обеспечением боевой операции.

Исходя из этого, необходимо проведение комплексного исследования, направленного на:

- определение перечня необходимых и достаточных параметров оценки функционального состояния организма человека для принятия решения о степени нарушения боеспособности;

- создание методов регистрации параметров функционального состояния с учетом жестких эргономических ограничений и наличия большого количества помех;

- разработку алгоритма выделения состояний, характеризующих степень нарушения боеспособности на фоне физической активности;

- создание единого боевого информационного пространства с возможностью фиксации факта ранения, дистанционной сортировки, оптимизации розыска и эвакуации раненых, сбора, обработки и хранения медицинской информации.

Литература

1. Военно-полевая хирургия: Национальное руководство / Под ред. И.Ю.Быкова, Н.А.Ефименко, Е.К.Гуманенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 116 с.
2. Головкин К.П. Особенности оказания хирургической помощи раненым в районе боевых действий и пути ее совершенствования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2005. — 21 с.
3. Зайчук Р. Помощь при травмах, полученных на полях сражений // <http://uasm.kharkov.ua/rus/index.shtml?rtelmed/rmilitary.htm>
4. Озерецковский Л.Б., Гуманенко Е.К., Бояринцев В.В. Раневая баллистика. — СПб: Калашников, 2006. — 376 с.
5. Павлов Е.В. О значении вооружения армий малокалиберными ружьями в во-

енно-санитарном отношении. — СПб, 1893.

6. Пантюхов А.П., Дыхов О.В. Информационные технологии в военной медицине // Военная медицина. — 2010. — № 2. — С. 9–11.

7. Шелепов А.М., Жидик В.В., Чёрный А.Ж. Перспективные технологии лечебно-эвакуационного обеспечения в условиях современных военных конфликтов // Воен.-мед. журн. — 2007. — Т. 328, № 2. — С. 13–15.

8. Щёголев А.В. Перспективы материально-технического развития службы анестезиологии и реанимации // Воен.-мед. журн. — 2013. — Т. 334, № 7. — С. 9–16.

9. Hoyt R.W., Young W.T. et al. Warfighter Physiological Status Monitoring (WPSM): Body Core Temperatures During 96 h of Swamp Phase Ranger Training // Natick. MA: US Army Institute of Environmental Medicine. — 1997.



КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.5-057.36-02

Калачёв О.В., Жмакина Л.В., Щеголев И.В. (*shchyogolev76@mail.ru*) — Влияние факторов чрезвычайных ситуаций на динамику кожной заболеваемости у личного состава формирований, привлекаемых к ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Ликвидация *чрезвычайных ситуаций* (ЧС) всегда сопровождается воздействием на организм личного состава спасательных формирований множества неблагоприятных эколого-профессиональных факторов, о чем свидетельствуют исследования многих авторов, отразивших свои наблюдения в литературе (Захаров В.П., 1987; Баландович В.А., 1990; Даниелян А.Э., 1991; Скворцова Р.Г., 1992; Неборский А.Т., 1999; Степура В.П., 2000; Смирнов И.А., 2004). Недооценка значимости кожной патологии при оказании медицинской помощи в ЧС влечет за собой снижение качества жизни спасателя, существенно снижает его социальную активность, производительность труда, а также способствует появлению проблем в личной жизни.

В ходе проведенного нами исследования было установлено, что при ликвидации последствий ЧС дерматологические больные не получают должного внимания со стороны медицинских работников, поскольку не значатся в числе нуждающихся в неотложной медицинской помощи. Вместе с тем уровень кожной заболеваемости военнослужащих и лиц, привлекаемых к ликвидации последствий ЧС, в среднем выше уровня кожной заболеваемости населения России в 1,5 раза. Так, например, первичная заболеваемость чесоткой населения РФ составляет 35,9‰, а среди исследуемой группы лиц — 101,7‰. Аналогичные данные получены и в отношении других нозологических форм: микозы — 20,9 и 88,5‰

соответственно, нейродермит — 32,1 и 45,7‰, герпес — 2,3 и 19,7‰.

Имеют место отличия и в структуре заболеваемости патологией дерматовенерологического профиля в сравниваемых группах. Например, по данным А.А.Каламкаряна и соавт. (1983), Мордочева В.Н. (1995), Кунгурова Н.В. (2002), больные красным плоским лишаем в структуре обращений населения за медицинской помощью составляют от 1,3 до 2,4%. Среди военнослужащих силовых министерств и ведомств, привлекаемых к ликвидации последствий ЧС, аналогичный показатель составляет 4,3%.

Кроме того, нами установлен рост обострений дерматозов у сотрудников спасательных формирований после участия в аварийно-спасательных и других неотложных работах. По сравнению с повседневной службой, как правило, у большинства страдающих кожными заболеваниями лиц после участия в таких работах возникает обострение, при этом наибольшее количество впервые выявленных дерматозов появилось после участия спасателей в локальных вооруженных конфликтах.

Таким образом, при организации медицинского обеспечения формирований, привлекаемых к участию в вооруженных конфликтах или ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, необходимо проводить комплекс мероприятий по профилактике возникновения острых дерматозов и обострения хронических заболеваний дерматовенерологического профиля.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 612.769

Шалимов П.М. (*info@ncsignal.ru*), **Запрудная О.В., Кречетова Т.П., Михайлов В.Г., Малинин А.В.** — Эффективность медико-психофизиологического и лабораторно-токсикологического мониторинга лиц, работающих с опасными химическими веществами.

В системе государственных мероприятий по обеспечению химической безопасности важное место занимают вопросы охраны здоровья персонала, работающего с химически опасными веществами. Организовано меди-

ко-санитарное обеспечение персонала предприятий химической промышленности, идет создание единой системы медицинского мониторинга и персонального учета работников, проводится анализ состояния их здоро-



вья и заболеваемости. Особенности работ на объектах обуславливают высокие требования не только к состоянию здоровья, но и к повседневной профессиональной надежности специалистов, функциональному состоянию их организма. Поэтому весьма актуальна проблема изыскания информативных методов и средств выявления у персонала ранних и донозологических изменений не только соматического, но и функционального статуса.

С этой целью проведен поиск информативных методов и средств диагностики изменений функционального статуса организма у лиц, работающих с опасными химическими веществами общетоксического действия, и оценка эффективности медико-психофизиологического и клиничко-лабораторного мониторинга функциональной надежности специалистов в процессе их повседневной профессиональной деятельности.

Для периодических обследований был обособлен комплекс методов и средств, включающий клиничко-лабораторные, токсикологические исследования и психофизиологические обследования с оценкой показателей: психического статуса (тесты оценки самочувствия, активности и настроения, шкала астенического состояния, тревожность и др.), психофизиологических (оперативная память, концентрация и распределение внимания, омега-потенциал головного мозга, критическая частота слияния световых мельканий, простая сенсомоторная реакция), функциональных резервов организма (пробы Штанге, Генча), кардиогеомодинамики (АД и ЭКГ, аппаратно-программный комплекс «Кардиовизор»), работоспособности и надежности (сложная сенсомоторная реакция с выбором, реакция на движущийся объект, тесты Крепелина и Ландольта с вычислением коэффициентов работоспособности и числа ошибок).

Медико-психофизиологический и клиничко-лабораторный мониторинг проводился в процессе годовых циклов работы в период 2003–2009 гг. В качестве фоновых использованы результаты обследований после очередных отпусков, контролем были показатели у аналогичных групп лиц данного предприятия, но не работающих с химическими веществами.

В результате клинических исследований установлено, что доля практически здоровых лиц среди обследованного контингента составляет 30,8–43,8%. В характеристике частоты распространенности нозологии парциальной недостаточности здоровья преобладают сердечно-сосудистые заболевания (15,3–35,4%), неврологические расстройства (22,7–63,1%), патология органов зрения (9,8–33,4%), нарушения железистых органов (6,3–20,3%), ожирение (22,7%) и др. У 32,6% специалистов выявлены признаки хрониче-

ского утомления. Лабораторные исследования гематологического, иммунологического и биохимического статусов не выявили у них выраженных отклонений от популяционной и возрастной нормы.

Результаты психофизиологических исследований функциональной надежности как базового компонента профессионально важных качеств специалистов показали, что в структуре функциональных состояний у них наблюдается: состояние «нормы» – у 20, донозологические состояния – у 41 и препатологические изменения – у 39% обследованных.

В процессе годовых циклов работы у обследованных лиц выявлено: у 48,2% – достоверно повышенный уровень личностной тревожности, а у 25% – ситуационной психической тревожности; у 27,3% – достоверно сниженный уровень функциональных психофизиологических и у 39,1% – физиологических резервов организма; у 36,4% установлен достоверно высокий уровень ошибок при выполнении тестов на умственную работоспособность (снижение уровня надежности). В процессе повседневной деятельности наблюдаются: транзиторные ишемии миокарда (3,1–25%), функциональные аритмии напряжения (5,9–18,7%), выраженные гипертензивные реакции (3,1–11,5%). Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения для 45,1% специалистов периодических коррекционно-восстановительных мероприятий в годовых циклах работы.

Мониторинг психофизиологических показателей позволил выявить закономерности их динамики у обследуемых лиц в процессе годовых циклов работы. В первые три месяца после очередного отпуска отмечен наиболее низкий уровень показателей надежности, что, видимо, связано с периодом вработываемости и требует проведения соответствующих мер профессиональной поддержки. Наиболее высокий (оптимальный) уровень показателей наблюдается в период с 3-го по 8-й месяцы после очередного отпуска. В дальнейшем, после 7–8-го месяцев работы, отмечается ухудшение в два раза исследованных показателей, что обосновывает необходимость мер коррекции и восстановления функционального статуса. После 12 мес работы наблюдается выраженное снижение резервных возможностей организма, что требует проведения реабилитационных мероприятий.

Особенностей изменения в статусе здоровья и функциональных сдвигов, связанных со спецификой воздействия опасных химических веществ, с которыми работают специалисты, не установлено, что свидетельствует об эффективности организации работ, коллективных и индивидуальных средств защиты.



Выявленный высокий уровень выраженных функциональных сдвигов у обследованных специалистов обусловлен, по-видимому, высокой степенью нервно-психического напряжения в процессе профессиональной деятельности, связанной с высокой ответственностью, а также риском для здоровья и жизни, что, в свою очередь, представляет собой психофизиологический опасный и вредный фактор условий труда.

Таким образом, проведенные исследования показали высокую эффективность разработанного медико-психофизиологического и лабораторно-токсикологического мониторинга

в оценке динамики психофизиологических резервных возможностей и функциональной надежности специалистов в годовых циклах работы. По данным мониторинговых обследований, выполненных в течение годовых циклов работы, сформированы базы данных, определены наиболее информативные и прогностические показатели, разработаны программы медико-психофизиологических и лабораторных обследований, методический аппарат диагностики и прогнозирования надежных характеристик, а также индивидуальные программы проведения коррекционно-восстановительных мероприятий.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.24-002.28-073

Максимов И.Б., Чернов С.А., Зайцев А.А. (a-zaicev@yandex.ru), Антипушина Д.Н., Сивокозов И.В., Курбанов С.И., Бугакова М.В., Троян В.Н., Бобин А.Н. — Первый опыт применения ПЭТ/КТ в диагностике активного саркоидоза.

В связи с ростом заболеваемости саркоидозом в последнее время все чаще возникает вопрос о чувствительных, малоинвазивных способах определения активности и распространенности процесса. Известен ряд маркеров активности саркоидоза, в их числе: уровень активности ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) в крови, концентрация общего и ионизированного кальция в сыворотке крови и моче, высокие значения отношения CD4/CD8 в бронхоальвеолярном лаваже. Однако определение активности АПФ радиоиммунным методом является технически сложно выполнимым исследованием и не проводится даже в крупных стационарах, а другие показатели (уровень общего и ионизированного кальция в крови и моче, лимфопения, тромбоцитопения) по результатам собственных наблюдений определяются лишь в единичных случаях, как правило, при генерализованной форме острого саркоидоза. В связи с этим постоянно продолжается поиск новых возможностей определения активности гранулематозного процесса.

Перспективным методом, позволяющим уточнить распространенность саркоидоза, а также оценить его активность и эффективность проводимой терапии, является *позитронно-эмиссионная томография* (ПЭТ). При саркоидозе ПЭТ позволяет выявить локализацию повышенной метаболической активности и соответственно детально определить активность гранулематозного процесса. В настоящее время перспективные возможности ПЭТ/КТ в диагностике внелегочного поражения и активности саркоидоза показаны в ряде зарубежных исследований. В качестве подтверждения данного тезиса приводим соб-

ственный первый опыт применения ПЭТ/КТ для определения распространенности и активности гранулематозного процесса.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная К., 72 лет, поступила в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко в феврале 2012 г. с жалобами на одышку при физических нагрузках, редкий поверхностный кашель. При ретроспективном анализе рентгенограмм, представленных больной, отмечено, что рентгенологически медиастинальная лимфаденопатия регистрировалась с 2009 г. По результатам КТ органов грудной клетки и брюшной полости от августа 2011 г. в обоих легких отмечались выраженная прикорневая инфильтрация и полисегментарные мелкие очаги от 3 до 7 мм в диаметре (рис. 1 а, б, в, г), а также медиастинальная лимфаденопатия до 15–21 мм.

На основании клинико-рентгенологических данных на тот период времени (август 2011 г.) диагностирован саркоидоз легких и лимфатических узлов средостения (стадия II), морфологическая верификация процесса не проводилась. Была назначена терапия антиоксидантными препаратами, на фоне которой в течение полугодия отрицательной динамики не отмечалось. Однако с января 2012 г. пациентка отметила выраженное нарастание одышки, усиление сухого кашля. Аускультативно определялось ослабленное везикулярное дыхание, хрипы не выслушивались. Практически все результаты лабораторных исследований находились в пределах нормальных значений. В клиническом анализе крови отмечались моноцитоз до 15%, эозинофилия до 6%, СОЭ — 4 мм/ч. При биохимическом исследовании отмечено умеренное повышение активности щелочной

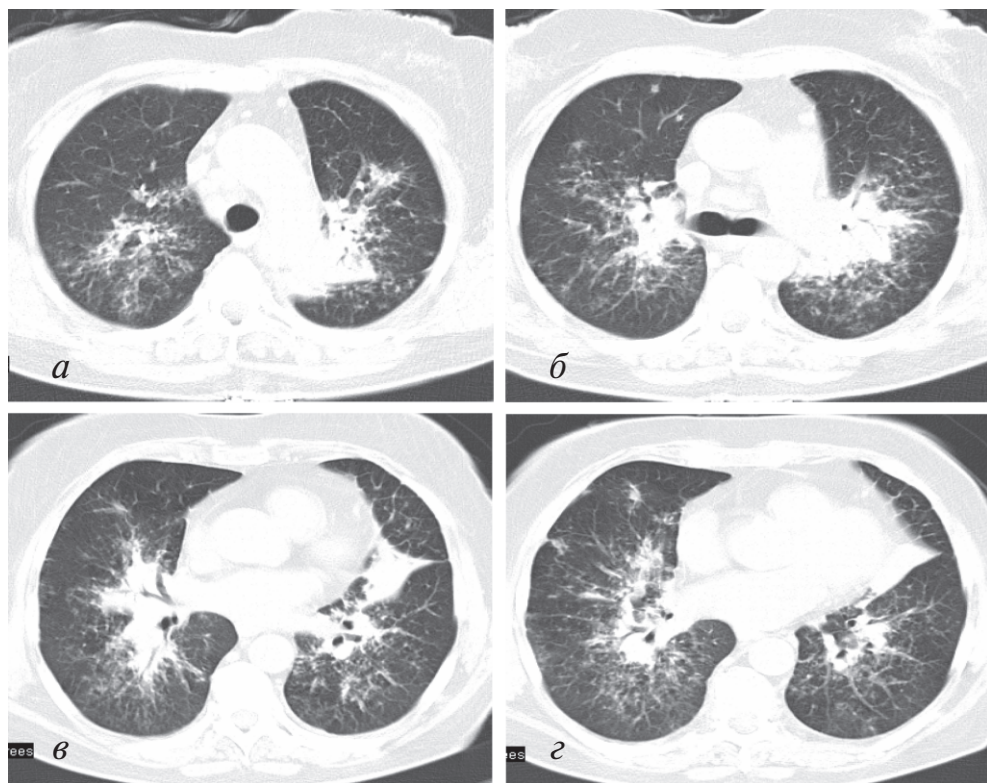


Рис. 1 (а, б, в, з). КТ-граммы больной К. На представленных аксиальных срезах в прикорневых отделах обоих легких отмечаются очаговые уплотнения различной интенсивности, преимущественными размерами 3–8 мм, имеющие тенденцию к слиянию с вышеотмеченными зонами инфильтрации, множественные, различных размеров (15–21 мм), медиастинальные лимфоузлы паратрахеальной, парааортальной групп

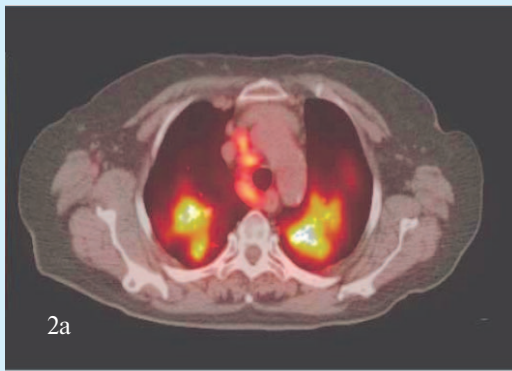
фосфатазы до 402 мЕ/мл. Уровень общего и ионизированного кальция крови соответствовал норме. При спирометрии были получены следующие результаты: FVC – 2,74 (107%), OFV_1 – 78%, OFV_1/FVC – 60,2%, FEF25 – 49%, FEF50 – 28%, FEF75 – 30%.

Для уточнения распространенности и активности процесса выполнили ПЭТ/КТ. В результате получены данные о наличии активной специфической ткани, преимущественно в прикорневых инфильтратах обоих легких и максимальных фокусах в плевровых отделах, в печени, селезенке, а также в лимфатических узлах (медиастинальных, забрюшинных, внутрибрюшных и подвздошных) – рис. 2 а, б, в, г, д, е на 4-й с. вклейки. Больной выполнили медиастиноскопию с биопсией медиастинального лимфатического узла. По данным гистологического исследования увеличенный лимфатический узел замещен многочисленными, хорошо отграниченными, местами сливающимися, эпителиоидноклеточными гранулемами, часть которых содержит гигантские многоядерные клетки типа Пирогова–Лангханса, очагов некроза не обнаружено, что соответствует

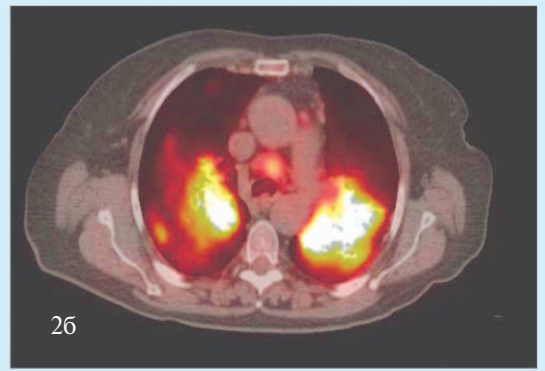
морфологической картине саркоидоза (рис. 3, 4 на 4-й с. вклейки).

Таким образом, диагностирован саркоидоз с поражением органов дыхания, печени, селезенки, лимфатических узлов (медиастинальных, забрюшинных, внутрибрюшных и подвздошных) в активной фазе. Учитывая нарастание клинической и рентгенологической симптоматики на фоне увеличения активности процесса, а также распространение воспаления за рамки дыхательной системы (поражение органов брюшной полости, внутрибрюшинных и забрюшинных лимфоузлов), больной назначена стероидная терапия (30 мг преднизолона в сутки). Эффективность лечения наблюдалась уже в течение первой недели, пациентка отметила уменьшение выраженности одышки. Рентгенологически спустя 3 мес от начала лечения выявлен значительный регресс изменений в легочной ткани, уменьшение в размерах лимфатических узлов средостения (рис. 5 а, б), уменьшение в размерах печени, селезенки.

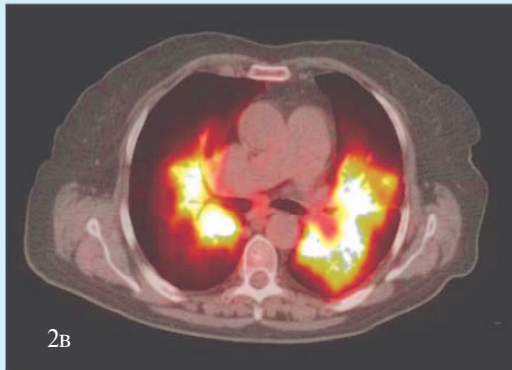
Таким образом, применение ПЭТ/КТ при саркоидозе позволяет получить досто-



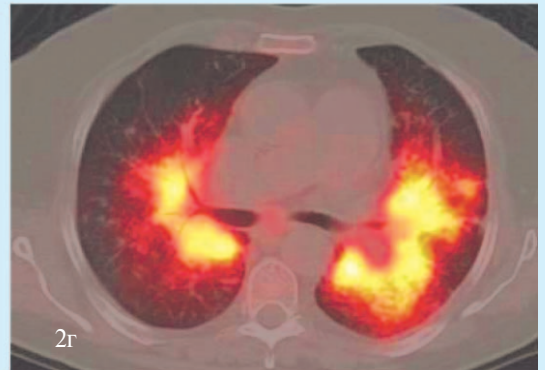
2а



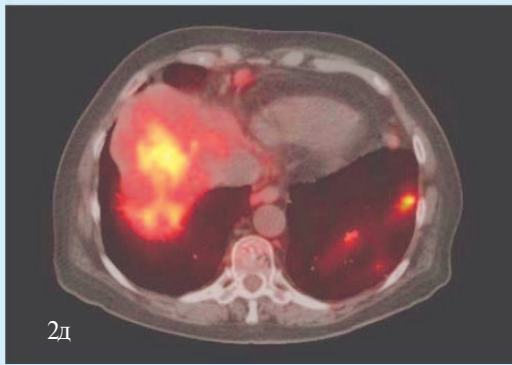
2б



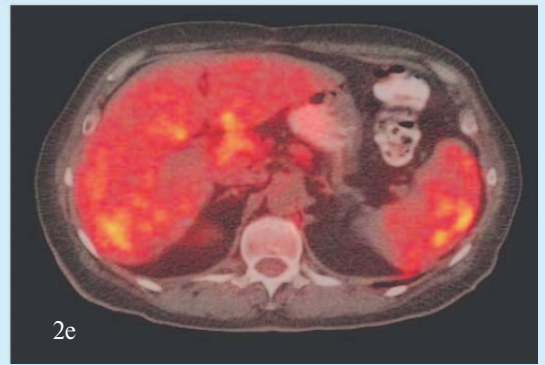
2в



2г



2д



2е

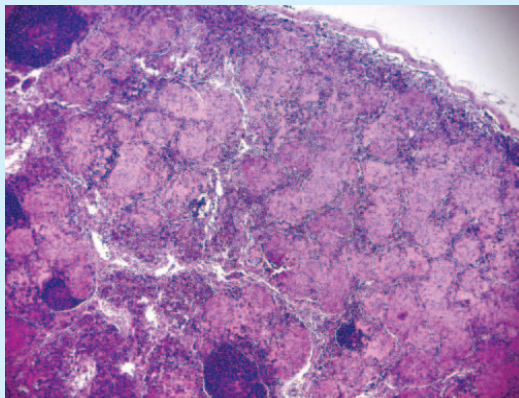


Рис. 3. Субтотальное замещение лимфатического узла сливающимися эпителиоидно-клеточными гранулемами. Окраска гематоксилином и эозином. $\times 50$

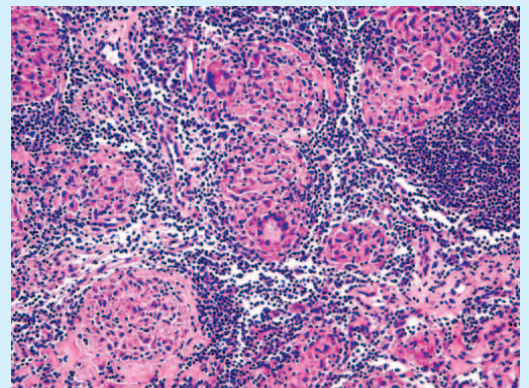


Рис. 4. Гранулемы при саркоидозе хорошо отграничены, с четкими границами, без некроза, состоят из эпителиоидных клеток с примесью лимфоцитов, некоторые содержат гигантские многоядерные клетки типа Пирогова–Ланганса. Окраска гематоксилином и эозином. $\times 200$

К статье: Максимов И.Б., Чернов С.А., Зайцев А.А., Антипушина Д.Н., Сивокосов И.В., Курбанов С.И., Бугакова М.В., Троян В.Н., Бобин А.Н. – **Первый опыт применения ПЭТ/КТ в диагностике активного саркоидоза**

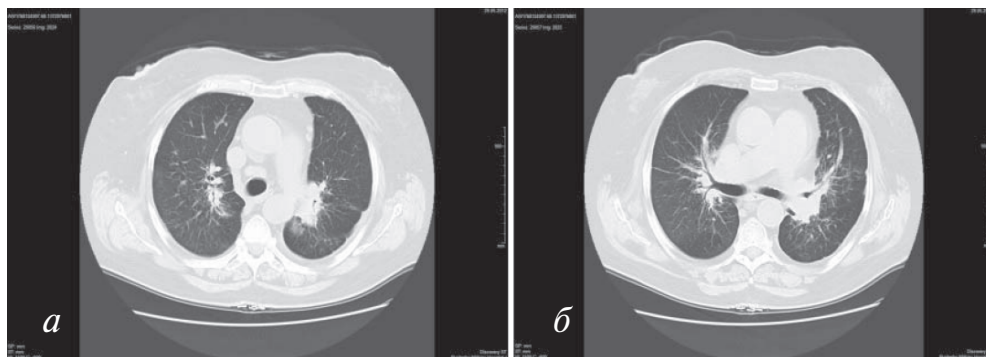


Рис. 5 а, б. КТ-граммы больной К. через 3 мес лечения преднизолоном. На представленных аксиальных срезах в сравнении с данными предыдущего КТ исследования (рис. 2) отмечается положительная динамика: частичная резорбция инфильтративных и очаговых изменений в легочной паренхиме, уменьшение в размерах медиастинальных лимфатических узлов

верную информацию об активности и распространенности процесса, что открывает новые возможности при определении показаний к назначению системных глюкокортикостероидов. Однако следует отметить

и тот факт, что значительные экономические затраты, сопряженные с использованием данного метода, требуют дальнейших исследований по уточнению актуальной группы больных, требующих проведения ПЭТ.

© А.В. СИНЕГЛАЗОВА, 2014

УДК 616.72-002.775-07:616.132.2-004.6-07

Синеглазова А.В. (*sineglazovaav@mail.ru*) – Предикторы атеросклероза коронарных артерий при ревматоидном артрите.

Атеросклеротическое поражение артерий при *ревматоидном артрите* (РА) характеризуется ранним развитием и быстрым прогрессированием. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений у больных РА выше, чем в общей популяции. Высокий риск атеросклеротического поражения сосудов при РА сохраняется даже при исключении традиционных сердечно-сосудистых факторов риска.

Целью исследования было изучение роли традиционных, «болезнь-обусловленных» факторов сердечно-сосудистого риска, процессов липероксидации в атеросклеротическом поражении коронарных артерий у женщин, больных РА.

Обследованы 53 женщины: 32 больные с достоверным диагнозом РА, находившиеся на стационарном лечении в ревматологическом отделении Челябинской областной клинической больницы, и 21 практически здоровая женщина контрольной группы. Диагноз РА устанавливался согласно критериям Американской ревматологической ассоциации 1987 г. Средний возраст пациенток составил $49,6 \pm 7,4$ года, средняя длительность болезни – $9,8 \pm 1$ год.

У всех больных диагностирован положительный ревматоидный фактор. У большинства установлена 3-я степень активности (70%), 3-я рентгенологическая стадия

(40,6%), 2-я степень функциональной недостаточности суставов – 67,2%. Общеклиническое обследование включало определение *числа болезненных суставов* (ЧБС) и *числа припухших суставов* (ЧПС), интенсивности болевого синдрома по *визуально-аналоговой шкале* (ВАШ). Активность ревматоидного воспаления устанавливалась по интегрированному показателю Disease Activity Score (DAS 28), включающему ЧБС, ЧПС, ВАШ, скорость оседания эритроцитов. Функциональную недостаточность опорно-двигательного аппарата оценивали по классификации РА (2007).

Лабораторное обследование включало определение ревматоидного фактора методом иммуноферментного анализа, антител к циклическому цитруллинированному пептиду, антител к циклическому модифицированному виментину, количественное определение С-реактивного белка. Содержание *холестерина* (ХС), триглицеридов, ХС-липопротеинов высокой плотности в сыворотке крови определяли с помощью ферментативного колориметрического теста с антилипидным фактором. Параметры перекисного окисления в сыворотке крови определяли спектрофотометрически с раздельной регистрацией липопероксидов в гептановой и изопропанольных фа-



зах липидного экстракта. Результаты выражали в единицах индексов окисления — E_{232}/E_{220} (относительное содержание диеновых конъюгатов) и E_{228}/E_{220} (уровень кетотриенов и сопряженных триенов). Антиоксидантную защиту изучали по уровню *супероксиддисмутазы* (СОД) и церулоплазмину плазмы крови.

Исследования коронарных артерий проводили на 64-спиральном компьютерном томографе. Сканирование зоны интереса (от аортального синуса и до верхушки сердца) проводили в пошаговом режиме и с проспективной кардиосинхронизацией для определения коронарного кальция. *МСКТ-коронарографию* (МСКТ) выполняли в спиральном режиме с ретроспективной синхронизацией с ЭКГ при введении 100–150 мл контрастного вещества в концентрации 300–350 мг/мл со скоростью 4–5 мл/с.

Подсчет коронарного кальция проводили автоматическим методом.

Критериями включения являлись: женский пол, возраст 35–70 лет, достоверный РА, верифицированный в соответствии с критериями Американской ревматологической ассоциации 1987 г., согласие на участие в исследовании, отсутствие психических заболеваний и ментальных расстройств, затрудняющих контакт. Критерии исключения: отказ от участия в исследовании, наличие других хронических заболеваний с функциональной недостаточностью 2–3-й степени, аллергическая реакция на препараты йода, постоянная форма фибрилляции предсердий и другие нарушения ритма, препятствующие качественной синхронизации с ЭКГ при выполнении МСКТ.

МСКТ с контрастированием коронарных артерий была проведена 15 женщинам с РА, что связано с нестабильной и высокой частотой сердечных сокращений в группе больных РА. Кальцификация коронарных артерий исследована у всех больных, включенных в исследование. Из 32 женщин с РА изменения коронарных артерий диагностированы у 13 (41%). В остальных случаях выявлены интактные коронарные артерии. В контрольной группе патология венечных артерий диагностирована в 4 случаях (19%).

У пациентов, страдающих РА, установлено достоверно больший шанс иметь поражение коронарных артерий. Стенозы венечных артерий диагностированы у 5 больных и у 2 женщин контрольной группы, отношение шансов 4,76. Более выраженная степень стеноза установлена при РА ($47,6 \pm 9,4\%$), чем в контрольной группе. Гемодинамически значимый стеноз диагностирован у 3 больных, в контрольной группе гемодинамически значимых поражений коронарных артерий не выявлено. Кальцификация коронарных арте-

рий чаще установлена у больных РА, чем в контрольной группе.

Анализ средних показателей поведенческих и биологических факторов сердечно-сосудистого риска в группах больных с различным статусом коронарных артерий показал большую длительность менопаузы у женщин с измененными венечными артериями. Различий в уровне систолического и диастолического артериального давления, индексе массы тела, частоте курения в сравниваемых группах не получено.

Пациенты с атеросклерозом венечных артерий имели достоверно более высокую концентрацию общего ХС и *ХС липопротеинов низкой плотности* (ХС-ЛПНП), а также снижение содержания супероксиддисмутазы.

Пациентки с измененными коронарными артериями имели большее количество болезненных суставов, чем больные с интактными венечными артериями.

При корреляционном анализе наиболее высокая ассоциация атеросклеротических изменений коронарных артерий установлена с концентрацией ХС-ЛПНП, числом болезненных суставов, уровнем общего ХС. Обращает на себя внимание обратная взаимосвязь содержания СОД с атеросклерозом венечных артерий при РА.

По данным 64-спиральной компьютерной томографии атеросклероз коронарных артерий чаще наблюдается при ревматоидном артрите (ОШ=2,9). Изменения коронарных артерий у женщин, больных РА, носят разнообразный характер, заключающийся в различных сочетаниях форм и степени выраженности коронарного атеросклероза и кальцификации. Средняя степень стеноза венечных артерий у больных РА статистически значимо в 2,2 раза больше, чем в контрольной группе. Гемодинамически значимые стенозы диагностированы только у больных РА. Наличие атеросклеротического поражения коронарных артерий при РА ассоциируется с повышением уровня общего ХС, ХС-ЛПНП.

Установленные более высокие показатели супероксиддисмутазы у больных с интактными венечными артериями свидетельствуют о ее защитной роли в процессе атерогенеза при РА. Роль ревматоидного воспаления в наличии атеросклероза коронарных артерий подтверждается результатами корреляционного анализа, установившего прямую взаимосвязь со степенью активности РА и числом болезненных суставов. Полученные результаты указывают на необходимость проведения мероприятий, направленных на контроль ревматоидного воспаления, повышение антиоксидантной защиты, коррекции дислипидемии с целью профилактики коронарного атеросклероза при РА.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 613.693

Маряшин Ю.Е., Малащук Л.С. (malaschukluda@mail.ru), Филатов В.Н. – Оценка эффективности комплекса специальных упражнений, направленных на повышение устойчивости летчиков высокоманевренных самолетов к пилотажным перегрузкам.

Цель исследования заключалась в оценке эффективности разработанного нами комплекса специальных силовых упражнений для повышения устойчивости летчиков высокоманевренных самолетов к длительным статическим напряжениям.

В качестве средств силовой подготовки, направленной на развитие мышечной силы, в различных тренировочных программах для летного состава используются в основном тренажеры, представляющие собой достаточно сложную техническую конструкцию. К ним относятся: «Рычаг», «Вертикаль», «Блок», «Комплекс», «Перегрузка», «Гребля», «Здоровье», а также «Статоэргометр». Следует отметить высокую эффективность этих тренажеров, однако их практическое применение для всего летного состава не представляется возможным. Связано это с тем, что использование таких средств в массовом порядке требует серьезных финансовых затрат не только на их приобретение, но и на оборудование специальных помещений и подготовку инструкторского состава, а также особых условий в организации тренировочного процесса.

Разрабатывая комплекс специальной силовой подготовки в качестве основного направления в решении задач обеспечения необходимых силовых способностей и управления дыханием, мы приняли выполнение специальных силовых и сочетающихся с ними дыхательных упражнений, разработанных с учетом специфики воздействия на тело летчика пилотажных перегрузок. В высокоманевренных полетах проявляются концентрические статические напряжения (когда мышцы сокращены), эксцентрические (когда мышцы растянуты) и изометрические (мышечное напряжение без сокращения или растяжения), а также собственно силовые способности в медленных движениях.

Достаточно отчетливо проявляется и силовая выносливость. Поэтому определяющими моментами исследуемого комплекса силовой подготовки являются: воспитание способности к максимальному мышечному на-

пряжению, воспитание статической мышечной выносливости, воспитание устойчивости физиологических систем организма к максимальным статическим напряжениям, формирование собственно силы в медленных движениях, воспитание способности выполнения специального дыхания на фоне мышечных напряжений.

В системе функциональной подготовки летчиков-истребителей выбор средств, которые обеспечивают нагрузку на мышцы, вызывая их напряжение, имеет определенное значение.

В первую очередь, эти средства должны обеспечить непрерывное нарастание нагрузки во время выполнения упражнения от ее минимального значения до максимального, а во вторую – они должны быть доступны и безопасны. К таким средствам, которые используются в представленном комплексе, можно отнести: упражнения с отягощением массой своего тела, которые практически исключают травматизм; упражнения на самосопротивление, которые не требуют вообще никаких приспособлений; упражнения с сопротивлением упругих предметов, которые легко позволяют регулировать величину нагрузки согласно поставленной задаче (резинный бинт и т. д.).

В исследовании приняли участие 15 практически здоровых мужчин в возрасте от 23 до 50 лет из числа военнослужащих и спортсменов, которые в течение трех недель в режиме три занятия в неделю (через день) выполняли разработанный комплекс. В другие дни недели никаких интенсивных физических упражнений не выполнялось. За физическим процессом осуществлялся медицинский контроль. Перед каждым занятием и после него измерялись АД и ЧСС. В итоге оценивалось различие состояний участников исследования по каждому показателю до применения комплекса и после.

Изучено влияние комплекса на динамику роста статической выносливости мышц сгибателей туловища, разгибателей туловища, мышц ног и рук, на функциональное состо-



вание организма в условиях мышечного покоя. Кроме того, изучалась переносимость *статозергометрической пробы* (СЭП).

Для оценки статической выносливости мышц, сгибающих туловище, испытуемый удерживал тело в горизонтальном положении на опоре, расположенной под крестцом, закрепив прямые ноги на этом же уровне. При этом туловище находилось на весу (лицо кверху) так, что подвздошные кости располагались на краю опоры. Руки удерживались за головой.

Для оценки статической выносливости мышц, разгибающих туловище, испытуемый удерживал тело в горизонтальном положении, находясь лицом книзу, на опоре, расположенной под тазовым поясом, закрепив прямые ноги на этом же уровне. При этом туловище находилось на весу так, что подвздошные кости находились на краю опоры. Руки удерживались за головой. Отсчет времени производился по секундомеру с начала момента удержания туловища в горизонтальном положении и до момента появления чрезмерного натуживания, когда испытуемый уже не мог контролировать положение тела и дыхание.

Для оценки статической выносливости мышц ног использовалось упражнение, в котором испытуемый удерживал положение полуприседа (угол между бедром и голенью 120°), при котором происходит максимальное напряжение мышц ног. При этом спина удерживалась прямо, стопы на ширине плеч, а руки за головой.

Для оценки статической выносливости мышц рук использовалось упражнение, в котором испытуемый удерживал тело в упоре на полусогнутых руках и мысках ног, приподнятых относительно уровня упора руками на 40–50 см. При этом линия туловища и ног абсолютно прямая, без провисаний, кисти рук на ширине плеч, локти слегка разведены в стороны. Отсчет времени в этих упражнениях проводился по секундомеру с начала момента удержания позы и до момента проявления чрезмерного натуживания, когда испытуемый уже не мог контролировать положение тела и дыхание. Показателем уровня тренированности для каждого испытуемого в данных тестах является индивидуальное время удержания заданных положений тела.

В результате применения разработанного комплекса упражнений для силовой подготовки у испытуемых существенно улучшились показатели основных мышечных групп.

В среднем по группе улучшились показатели статической выносливости мышц сгибателей туловища на 38,2 с, что по отношению к исходному значению составило 81,8%, на 65,6 с мышц разгибателей туловища (+89,4%), на 323,5 с мышц ног (+365%) и мышц рук на 54,3 с (+92,2%). Следует отметить, что полученные в процессе специального тренинга результаты превышают допустимые значения по данным критериям, которые установлены для подготовки летного состава истребительной авиации.

Результаты исследования также свидетельствуют о положительном влиянии комплекса силовых упражнений на физиологический статус испытуемых: существенного различия в средних значениях показателей АДС, АДД и ЧСС после применения комплекса не произошло, эти показатели остались в пределах оптимальных значений.

Для актуализации полученных результатов был проведен тест на переносимость 5 испытуемыми СЭП. Анализ результатов выполнения пробы до применения комплекса и после показал, что у всех испытуемых улучшились показатели максимального усилия и показатели, характеризующие устойчивость организма к статическим нагрузкам – тип регуляции кровообращения, ЧСС, АД и интегральный *показатель функционального состояния* (ИП).

У испытуемых улучшились показатели мышечного усилия. При этом повышение мышечного напряжения обеспечивалось наиболее оптимальным функционированием сердечно-сосудистой системы, что было видно по величинам ЧСС, АД, ИП, а также по характеру регуляции кровообращения. Субъективно испытуемые указывали на более легкое выполнение силовых действий на статозергометре и более рациональную работу мышц.

Полученные результаты свидетельствуют о возможности направленного влияния средств разработанного комплекса специальной силовой подготовки летчиков высокоманевренных самолетов не только на повышение физического статуса, но и на коррекцию физиологических функций.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 355.41(73-41)(410)

Современные подходы к расчету санитарных потерь: опыт медицинских служб вооруженных сил США и Великобритании

*ЖУРАВЛЕВ В.К., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы¹
ГОЛОТА А.С., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса²
КРАССИЙ А.Б., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской
службы в отставке¹
МИРОНОВ В.Г., доцент, полковник медицинской службы¹
ПАРФЕНОВ В.Д., профессор, полковник медицинской службы в отставке¹*

¹Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ²Городская больница № 40, Санкт-Петербург

Zhuravlev V.K., Golota A.S., Krassii A.B., Mironov V.G., Parfenov V.D. – The modern approaches to the principles of medical and surgical casualty estimation. The US and British experience. The current article is dedicated to the principles of medical and surgical casualty estimation elaborated by the medical services of the US and Great Britain Armed Forces on the basis of their experience obtained during Afghanistan and Iraq operations.

К е у w o r d s: medical and surgical casualty estimation, medical and surgical casualty, medical service of the Armed Forces of the Great Britain, medical service of the Armed Forces of the United States.

В настоящем сообщении кратко характеризуются принципы, положенные в основу расчета санитарных потерь, разрабатываемого медицинскими службами вооруженных сил США и Великобритании на основе опыта, полученного в ходе операций в Афганистане и Ираке.

Боевые действия в Ираке и Афганистане в период 2000-х гг. наложили заметный отпечаток на методику расчета санитарных потерь, которая отличается теперь следующими особенностями:

– базовой единицей расчета санитарных потерь является тактическое звено «батальон–рота», а не дивизия, как это было еще в 1990-е гг.;

– основными источниками формирования санитарных потерь стали импровизированные взрывные устройства и прямой и непрямой огонь малых подразделений, а не массированный непрямой огонь подразделений и частей более высокого уровня;

– выживаемость раненых увеличилась за счет тотального использования бронежилетов;

– существенно увеличилась доля тяжелых травм конечностей, требующих сложных мультидисциплинарных хирургических интервенций (не менее 50% всех раненых) [3, р. 440–441];

– отношение больных к раненым резко уменьшилось за счет снижения инфекционной заболеваемости и теперь составляет 1,75:1,0 [2, р. 3];

– заметно сократилась средняя продолжительность пребывания раненого на *театре военных действий* (ТВД) до его эвакуации в метрополию; например, в британском контингенте в Афганистане эта цифра составляет 7 дней и менее [3, р. 442].

Санитарные потери делятся на 4 категории: боевая травма, боевой стресс, болезни, неболевая травма. В интересах последующей аэромедицинской эвакуации боевую травму далее подразделяют на три степени тяжести [3, table 1, р. 439].

Расчет санитарных потерь ведется под *каждую конкретную операцию* и начинается с изучения исторического аспекта статистики санитарных потерь в



ходе боевых действий на данной местности. Информация об этом черпается из специального электронного архива медицинской службы, ведущего учет каждого случая медицинской эвакуации с 2006 г. Однако только медицинской информации для расчета санитарных потерь недостаточно. Нужен еще и оперативный фон и тоже в историческом аспекте. Такие базы данных существуют для каждого ТВД, например для Афганистана есть специальная база данных *Combined Information Data Network Exchange* (CIDNE). Также принимаются во внимание тактические детали предстоящей операции, текущие разведданные, прогноз погоды в районе предстоящих боевых действий.

С учетом всех вышеупомянутых факторов, исходя из реальной численности участвующих в операции подразделений и частей, определяется *базовый уровень* санитарных потерь. Далее для данного базового уровня вычисляются *еще три* более высоких уровня потерь, обозначаемых как повышенный (+10%), средний (+20%) и высокий (+30%).

При расчете санитарных потерь важную роль играет общая продолжительность планируемой операции. По данному параметру операции подразделяются на короткие (1–3 дня), средней продолжительности (4–10 дней) и длительные (11–21 день).

Анализ показывает, что практически приемлемую аппроксимацию дают следующие допущения. При короткой опе-

рации все потери падают на ее первый день и составляют 10% всего рассчитанного суммарного количества потерь. При операции средней продолжительности вычисленное общее количество потерь распределяется по дням операции равномерно. При длительной операции предусматривается пик потерь в первые дни со снижением к концу боевых действий.

Сопоставление прогноза с реальными данными санитарных потерь в конкретных операциях показывает, что вышеизложенная методика позволяет удовлетворительно предсказать как общее количество санитарных потерь, так и их временное распределение. Прогноз получается с некоторым избытком, что, впрочем, считается положительным фактором, т. к. позволяет избежать катастрофического сценария, когда реальные санитарные потери превышают расчетные.

Для прогнозирования санитарных потерь на основе описанных выше принципов разработан специальный софт. Однако по состоянию на конец 2012 г. данная методика расчета еще не получила официального статуса. Планируется, что это будет единая система расчета санитарных потерь для медицинских служб вооруженных сил стран НАТО [4, p. 52–53].

Важно заметить, что описанные выше новые подходы к прогнозированию санитарных потерь не подходят к оценке потерь при использовании оружия массового поражения, где ранее разработанные методики остаются в силе [1].

Литература

1. Allied joint medical support doctrine // Brussels: North Atlantic Treaty Organization Standardization Agency, 2006. – 98 p. – PDF. – URL: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.albmilitary.com%2Findex.php%3Faction%3Ddattach%3Btopic%3D105.0%3Battach%3D1536&ei=LwmTUopsiJLgBKeppNgC&usq=AFQjCNFbxypDblQ2gInXAQ8o4JEHYa_Alw&bvm=bv.56988011,bs.l.dbGE (дата обращения: 25.11.2013).
2. Belmont P.J., Schoenfeld A.J., Goodman G. Epidemiology of combat wounds in Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom: orthopaedic burden of disease // J. Surg. Orthop. Adv. – 2010. – Vol 19, N 1. – P. 2–7. URL: <http://www.datatrace.com/e-chemtracts/emailurl.html?http://www.newslettersonline.com/user/>

user.fas/s=563/fp=20/tp=37/19-1-1.pdf?T=open_article,50037240&P=article (дата обращения: 25.11.2013).

3. Bricknell M.C.M., Jones F.R., Hatzfeld J.J. Casualty Estimation and Medical Resource Planning // J. R. Army Med. Corps. – 2011. – Vol 157, N 4 (Suppl 2). – P. 439–443. URL: http://dspace1.isd.glam.ac.uk/dspace/bitstream/10265/667/9/1-3_Bricknell%20-%20Paper%203%20-%20Casualty%20Estimation%20-%20final%20-%20PhD.pdf (дата обращения: 25.11.2013).

4. Davis S.L., Bricknell M. Developing an Operational Casualty Estimate in a Multinational Headquarters to Inform and Drive Medical Resource Allocation // US Army Med. Dep. J. – 2012. – N 4. – P. 51–58. – PDF. – URL: <http://www.cs.amedd.army.mil/FileDownloadpublic.aspx?docid=6c48c114-5b64-4230-b0cc-42df5ed70da2> (дата обращения: 25.11.2013).



© П.Г.БРЮСОВ, 2014
УДК 616-082:614.8(479.25)

Опыт оказания медицинской помощи пострадавшим при катастрофическом землетрясении 1988 года в Армении

БРЮСОВ П.Г., заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственных премий СССР и РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы в отставке (brusovpg@hotmail.com)

Кафедра военно-полевой хирургии МУНҚЦ им. П.В.Мандрыка, Москва

Bryusov P.G. – Experience in provision of medical services to earthquake victims in Armenia in 1988. The most devastating catastrophe in the USSR was the Armenian earthquake occurred on 7th December 1988. The city of Leninakan and towns of Kirovakan, Spitak (the epicenter), Stepanovan were destroyed by the earthquake with a magnitude 10. Up to 25 542 people have died, more than 500 000 were homeless and 39 795 were rescued. Medical service of the Ministry of Defence of the USSR took part in rescue work. Medical service units finished their rescue work on 31st December after results of work were summed up. Lethality rate was an index of successful rescue work of the unit. Only 6% of injured rescued by the medical unit have died, meanwhile 40%–50% of injured have died in Erevan hospitals. Mortality rate in patients with crush syndrome was 8,9% (according to other authors – 30–75%). 75 injured remained in hospital, 25 injured were evacuated to central military hospitals for reconstructive plastic surgery. Officers of the medical unit, embodied from the main and central hospitals, successfully completed the task and received experience in provision of medical services to earthquake victims.

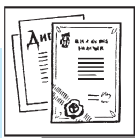
Key words: emergency medicine, crush syndrome, military medicine in the USSR, earthquake in Armenia 1988.

Землетрясение в Армении 7 декабря 1988 г. явилось одной из самых разрушительных катастроф в СССР. С тех пор прошло 25 лет: опыт, накопленный тогда медицинской службой, оказался исключительно важным для будущих практических решений как в военно-медицинской службе, так и в системе здравоохранения страны.

В те дни в Армении подземными 10-балльными толчками до 70% были разрушены такие города, как Ленинакан, Кировакан, Спитак (эпицентр землетрясения) и Степанован, а также множество небольших населенных пунктов. Извлечено из-под обломков рухнувших зданий 39 795 человек, погибло 25 542, лишились крова свыше полумиллиона.

В ликвидации последствий землетрясения самое активное участие приняли специалисты медицинской службы Министерства обороны. Под руководством главного хирурга МО СССР генерал-май-

ора медицинской службы Э.А.Нечаева были сформированы два отряда специализированной медицинской помощи (всего 293 человека). Утром 8 декабря в Ереван первым прибыл отряд во главе с Э.А.Нечаевым, сформированный из специалистов ВМедА и ВМедФ при ЦИУВ, за ним – отряд из 48 врачей и 47 медицинских сестер из центральных госпиталей, который возглавил заместитель главного хирурга МО СССР, главный хирург ГВКГ им. Н.Н.Бурденко полковник медицинской службы П.Г.Брюсов. Из ГВКГ им. Н.Н.Бурденко было 48 человек, из 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого – 32 (старший – полковник медицинской службы Е.П.Кохан), из 2 ЦВКГ им. П.В.Мандрыка – 7 (старший – полковник медицинской службы М.Д.Платонов) и из ЦВКТГ – 5 (старший – полковник медицинской службы Е.П.Колмаков). В задачу военных врачей входило оказание специализированной помощи пострадавшим, прове-



ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

П Р И С В О Е Н Ы В О И Н С К И Е З В А Н И Я

Указом Президента Российской Федерации воинское звание
генерал-майор медицинской службы присвоено

полковнику медицинской службы

БЕЛЬСКИХ

АНДРЕЮ НИКОЛАЕВИЧУ

– начальнику Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова.

Ю Б И Л Е И

© А.Я.ФИСУН, А.Ю.ВЛАСОВ, 2014
УДК 616:355 (092 Быков И.Ю.)



26 января 2014 г. исполняется 60 лет видному организатору здравоохранения, бывшему начальнику Главного военно-медицинского управления Министерства обороны РФ – начальнику медицинской службы Вооруженных Сил РФ, члену-корреспонденту РАМН, доктору медицинских наук, профессору генерал-полковнику медицинской службы запаса **Игорю Юрьевичу Быкову**.

И.Ю.Быков родился в г. Тамбове в семье врачей. В 1977 г. окончил с отличием факультет подготовки врачей (для Ракетных и Сухопутных войск) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. Служил в частях Прибалтийского военного округа начальником дивизионного лазарета, командиром отдельной медицинской роты мотострелковой дивизии. В 1982 г. поступил на факультет руководящего медицинского состава ВМедА им. С.М.Кирова, окончив который (с отличием) проходил службу на должностях начальника медицинской службы мотострелковой дивизии в Группе советских войск в Германии (1984–1989), общевойсковой армии в Прикарпатском военном округе (1989–1992). С 1992 г. – заместитель начальника медицинской службы Уральского военного округа, а с 1994 г. – начальник медицинской службы УрВО.

Будучи в 1994 г. назначенным на должность начальника организационно-планового управления ГВМУ МО РФ, И.Ю.Быков активно участвовал в руководстве организацией медицинского обеспечения контртеррористических операций на Северном Кавказе, являлся одним из авторов концепции развития военно-медицинского образования.

С 2004 по 2007 г. – начальник Главного военно-медицинского управления Министерства обороны РФ – начальник медицинской службы Вооруженных Сил РФ. Одновременно (2005–2007) – президент Международного комитета военной медицины.

И.Ю.Быков является автором значительного числа научных трудов, посвященных совершенствованию вопросов боевой и мобилизационной готовности, оптимизации структуры и состава сил и средств медицинской службы, созданию и функционированию единой системы медицинского обеспечения силовых структур РФ в мирное и военное время. Он разработал и внедрил ряд нормативных актов, используемых в т. ч. при формировании государственной политики в области национальной безопасности. Данные проблемы нашли отражение в его кандидатской (1998) и докторской (2002) диссертациях.

После увольнения из Вооруженных Сил трудится в области организации медицинского обеспечения работников нефтегазовой отрасли, осуществляющих добычу нефти и газа в условиях Арктики и Восточной Сибири. Участвовал в приоритетных разработках по медицинскому обеспечению отрасли.



Игоря Юрьевича отличают незаурядные организаторские способности, умение глубоко и всесторонне анализировать обстановку и принимать адекватные решения в экстремальных ситуациях.

Ратный труд И.Ю.Быкова отмечен орденом «За военные заслуги» и многими медалями.

Командование и сотрудники Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Игоря Юрьевича Быкова с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья, новых успехов.

© В.В.ЖЕГЛОВ, О.И.ПЕТРОВ, 2014
УДК 616:355 (092 Довгуша В.В.)



13 января 2014 г. исполнилось 70 лет доктору медицинских наук, профессору, академику Российской академии естественных наук полковнику медицинской службы в отставке **Виталию Васильевичу Довгуше**.

В.В.Довгуша родился в селе Корсаковка Уссурийского района Приморского края в семье военнослужащего.

В 1968 г. окончил факультет подготовки врачей для ВМФ Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова и был направлен на Северный флот на должность начальника медицинской службы атомной подводной лодки. Приобрел большой опыт медицинского обеспечения дальних морских походов.

После окончания факультета руководящего медицинского состава ВМедА (1976) назначен заместителем начальника медицинской службы 1-й флотилии атомных подводных лодок, затем — возглавлял указанную службу (1980–1984), находился на преподавательской работе в ВМедА (1984–1986). С 1987 по 1989 г. был заместителем начальника медицинской службы Северного флота.

В 1989 г. В.В.Довгуша был уволен с военной службы, избран по конкурсу и назначен на должность директора НИИ гигиены морского транспорта (с 1990 г. НИИ промышленной и морской медицины), который возглавлял более 20 лет.

В.В.Довгуша известен как видный ученый в области морской, промышленной и экологической медицины. Наиболее важными в научной деятельности В.В.Довгуши являются исследования по разработке комплекса мероприятий, направленных на сохранение здоровья и работоспособности командного состава атомных подводных лодок, критериев нормирования и комплексной оценки обитаемости объектов военной техники. Им определены основные положения медицинской экологии как нового направления, критерии оценки и принципы управления состоянием здоровья производственного коллектива.

Под его руководством и при непосредственном участии разработана и внедрена программа комплексного клинического, физиолого-гигиенического социально-психологического обследования и защиты работников предприятий с особо опасными условиями труда, а также населения, проживающего в неблагоприятной среде. Большое прикладное значение имеет разработка В.В.Довгушей системного подхода к решению вопросов, связанных с диагностикой, лечением, реабилитацией и социальной адаптацией лиц с заболеваниями, обусловленными малыми дозами радиационного и техногенного загрязнения окружающей среды.

В.В.Довгуша является главным редактором «Морского медицинского журнала», членом редакционных советов журналов по проблемам безопасности человека в экстремальных условиях. Виталий Васильевич — автор около 500 научных работ, в т. ч. многих монографий.

Награжден орденом Почета и многими медалями.

Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, коллективы 736-го центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора Минобороны России и отдела государственного санитарно-эпидемиологического надзора (за объектами ВМФ) 988-го центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора Минобороны России, Совет ветеранов медицинской службы ВМФ, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Виталия Васильевича Довгушу с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и дальнейших творческих успехов.



«Ни разу не пожалел, что стал военным врачом...» (Интервью с Ю.Н.Саввиным — бывшим начальником лечебно-профилактического управления — заместителем начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ)



9 января 2014 г. исполнилось 70 лет заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук, профессору генерал-лейтенанту медицинской службы в отставке **Юрию Николаевичу Саввину**.

Ю.Н.Саввин в 1967 г. с отличием окончил Военно-медицинский факультет при Саратовском государственном медицинском институте и был назначен начальником медицинского пункта, затем начальником медицинской службы мотострелкового полка.

В 1975 г. окончил факультет руководящего медицинского состава ВМедА им. С.М.Кирова, после чего служил в Главном военном клиническом госпитале им. Н.Н.Бурденко, затем — в 3-м Центральном военном клиническом госпитале им. А.А.Вишневого.

С 1983 по 1989 г. Юрий Николаевич был преподавателем и старшим преподавателем Военно-медицинского факультета при Центральном институте усовершенствования врачей, затем по 1991 г. заместителем начальника ЦВКГ им. А.А.Вишневого по медицинской части.

В ноябре 1991 г. был назначен начальником лечебно-профилактического управления — заместителем начальника Центрального военно-медицинского управления Министерства обороны СССР, затем — ГВМУ МО РФ.

Ю.Н.Саввин участвовал в ликвидации последствий землетрясения в Армении, во многих малых войнах и вооруженных конфликтах. Награжден орденами «За военные заслуги» и «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, 14 медалями.

После увольнения в запас (1999) в течение двух лет Ю.Н.Саввин работал заместителем главного врача 4-й городской клинической больницы г. Москвы. С 2001 по 2010 г. он трудился главным врачом 29-й городской клинической больницы им. Н.Э.Баумана, в последующем — главным специалистом Всероссийского центра медицины катастроф (ВЦМК) «Защита».

Накануне своего юбилея Юрий Николаевич ответил на вопросы начальника управления кадров ВЦМК **В.В.Рябинкина** и заместителя главного редактора «Военно-медицинского журнала» **Л.Л.Галина**.

— Юрий Николаевич, вы один из наиболее успешных военных врачей на профессиональном и научном поприще. Расскажите, пожалуйста, что привело вас в медицину вообще и в военную медицину в частности?

— В медицину меня привели яркие, до сих пор незабываемые впечатления из детства. В 6 лет я был прооперирован по поводу деструктивного аппендицита и длительно лечился в хирургическом отделении районной больницы. Обстановка доброжелательности (особенно запомнились перевязки) повлияла на детское воображение, и с этого момента я мечтал стать хирургом. Родители были педагогами, но мой выбор поддержали. Уже во втором классе я изучал учебник анатомии для средней школы, который подарил отец.

В Ставропольский медицинский институт поступил с первой попытки и с 1-го курса начал заниматься в научном кружке на кафедре факультетской хирургии. Встретили меня радушно, было так интересно, что все последующие каникулы проводил в хирургической клинике. На 4-м курсе обстоятельства заставили провести мою первую операцию — холецистэктомию, завершившуюся благополучно. В этом же году мне, как и многим другим студентам, было сделано предложение продолжить учебу на Военно-медицинском факультете при Саратовском медицинском институте. На факультете я активно занимался в научном кружке на кафедре военно-полевой хирургии.

— А кто из учителей и наставников оказал наибольшее влияние на вашу профессиональную деятельность?

— С благодарностью вспоминаю многих. В первую очередь это руководитель студенческого научного кружка, начальник кафедры факультетской хирургии профессор И.И.Хожаипов, руководитель научного кружка на кафедре военно-полевой хирургии В.Р.Остер. Он всю Великую Отечественную войну был ведущим хирургом медсанбата.



В здании *Военной академии Генерального штаба* Вооруженных Сил Российской Федерации **10 декабря 2013 г.** состоялось расширенное заседание *Коллегии Министерства обороны РФ*, в ходе которого были подведены итоги деятельности ВС в 2013 году и определены задачи на 2014 год.

Перед участниками Коллегии выступил Президент РФ – Верховный Главнокомандующий ВС РФ **Владимир Путин**.

Обращаясь к присутствующим, глава государства заявил, что наша страна последовательно выступает за решение всех международных и региональных проблем исключительно дипломатическими средствами. При этом он отметил, что большинство



ведущих государств активно модернизируют свои арсеналы, вкладывают серьезные средства в разработки перспективного оружия, построенного в т. ч. на технологиях нового поколения.

«Проведенные за прошедший год проверки ВС РФ показали в целом положительную динамику в войсках, позволили реально оценить их способность решать не заранее известные, а внезапно возникающие задачи», – отметил, оценивая итоги 2013 учебного года, Президент России.

Также в ходе состоявшегося расширенного заседания Коллегии Минобороны Верховный Главнокомандующий ВС Владимир Путин вручил военнослужащим военного ведомства высокие государственные награды.

С докладом на расширенном заседании Коллегии выступил министр обороны РФ генерал армии **Сергей Шойгу**.

Военно-политическая обстановка в мире остается неустойчивой. В этих условиях ВС РФ должны быть надежной гарантией суверенитета страны. Поэтому наращивание оборонной мощи является нашим приоритетом. Для реализации этой задачи впервые в современной истории страны Министерством обороны совместно с федеральными органами исполнительной власти разработан План обороны России. В январе текущего года он был утвержден Президентом РФ.

На основании детального анализа результатов всех проверок сделаны соответствующие выводы и уточнены параметры Гособоронзаказа, изменены оргштатные структуры отдельных органов военного управления и соединений, внесены корректировки в планы оснащения войск новым вооружением.

Важно отметить, что в этом году скорректирована и утверждена новая система базирования ВС. Разработан и реализуется План обустройства военных городков на 2013–2014 гг. и перспективу до 2017 года. Восстанавливается военная инфраструктура в Арктике.

В течение года принимались кардинальные меры по совершенствованию медицинского обеспечения ВС. Для оказания высокотехнологичной медицинской помощи военнослужащим и членам их семей, ветеранам военной службы из сметы Минобороны впервые выделено 1,4 млрд руб. Благодаря этому в 2013 г. высокоспециализированная медицинская помощь была оказана более 15 тыс. нуждающихся.

После 4-летнего перерыва осуществлен полноценный набор в *Военно-медицинскую академию*, более 600 курсантов приступили к обучению. В академии реализуется крупномасштабная программа развития и реконструкции.

Армия привлекалась к ликвидации последствий паводка на Дальнем Востоке. Восточным военным округом была развернута группировка численностью более 5,5 тыс. военнослужащих, привлечено около 1000 единиц автомобильной и специальной инженерной техники, более 50 самолетов и вертолетов, 40 катеров. Выполнены мероприятия по эвакуации населения, восстановлению мостов и дорог, оказанию медицинской помощи, развертыванию временных мест размещения и пунктов питания.

В целом проделанная в 2013 г. работа положительно отразилась на качестве выполнения поставленных задач, а самое главное – на моральном духе личного состава. В следующем году будет продолжен поступательный курс вывода ВС РФ на новый качественный уровень.

Управление пресс-службы и информации

Министерства обороны Российской Федерации, 10 декабря 2013 г.

http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11876686@egNews

http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11876850@egNews

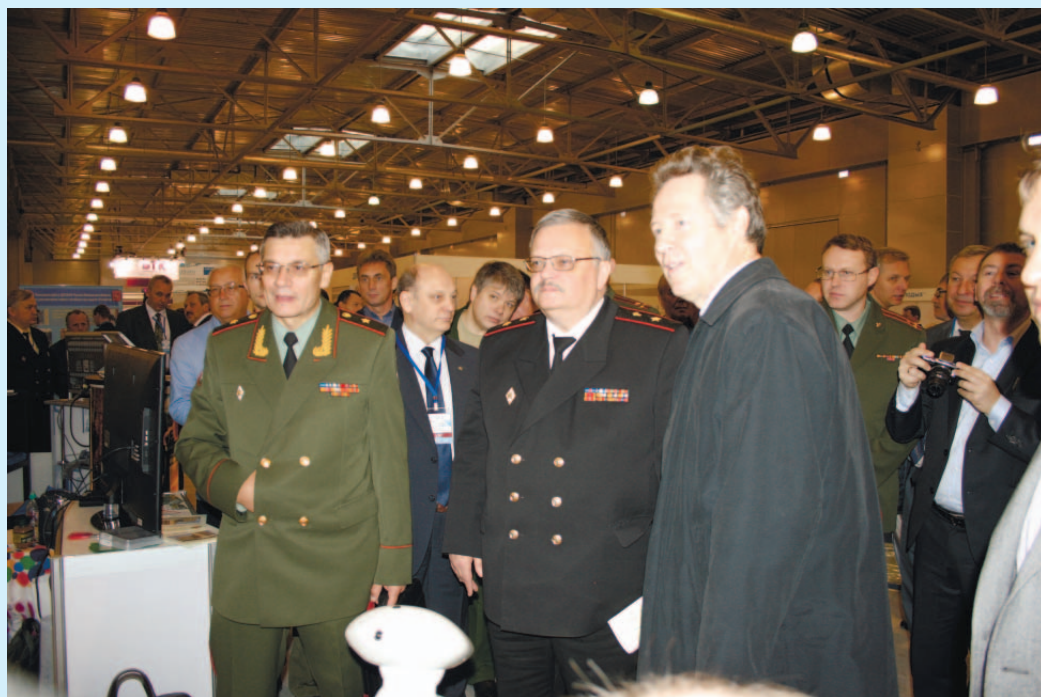
Сайт Президента России, 10 декабря 2013 г. <http://www.kremlin.ru/transcripts/19816>

Общественная палата Российской Федерации провела секцию по проблемам реформирования военной медицины

В период с **28 по 30 октября 2013 г.** Общественная палата Российской Федерации совместно с Национальной ассоциацией объединений офицеров запаса Вооруженных Сил (МЕГАПИР), Международным консультативным комитетом организаций офицеров запаса и резерва, рядом государственных и общественных организаций провела *Международный конгресс «Безопасность и защита личности, общества и государства»*, совмещенный с масштабной выставкой на базе *Международного выставочного центра «Крокус Экспо»*. В организации и проведении мероприятия участвовали Минобороны России, МВД России, МЧС России, ФСКН России и другие силовые ведомства, федеральные службы и агентства, представители военно-промышленного комплекса страны.

В рамках конгресса **29 октября** проведена секция *«Реформирование военной медицины – важнейшее условие повышения безопасности воинского труда и военной (специальной) службы»*. На площадках выставочного центра одновременно была развернута выставка высокотехнологичных разработок в области военной медицины, в т. ч. элементы МОСН с полевым модулем (1586 ВКГ).

По итогам заседания приняты рекомендации с последующим направлением их в Правительство Российской Федерации, Министерство обороны РФ и Министерство здравоохранения России.



Осмотр выставки: начальник 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого генерал-майор медицинской службы **С.А.Белякин**, начальник ГВМУ МО РФ генерал-майор медицинской службы **А.Я.Фисун** и заместитель начальника 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого по научно-методической работе профессор **С.В.Плюснин**

Общественная палата Российской Федерации провела секцию по проблемам реформирования военной медицины



Председатель Комиссии Общественной палаты РФ по проблемам национальной безопасности **А.Н.Каншин** и начальник управления медико-психологического обеспечения МЧС России **О.В.Лебедева**



Большой интерес вызвал доклад начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ генерал-майора медицинской службы **А.Я.Фисуна**



Председатель комитета солдатских матерей **В.Д.Мельникова**



Главный психиатр МО РФ профессор **В.К.Шамрей**

Фото В.Варфоломеева, М.Поддубного



© И.М.САМОХВАЛОВ, В.А.РЕВА, 2014
УДК 616-001-089(063)(4)

Европейский конгресс по травме и неотложной хирургии

*САМОХВАЛОВ И.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса
РЕВА В.А., кандидат медицинских наук, капитан медицинской службы (vreva@mail.ru)*

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

Во французском городе Лионе с 4 по 7 мая 2013 г. состоялся ежегодный Европейский международный конгресс, посвященный актуальным вопросам травмы и неотложной хирургии. В проведении этой конференции традиционно участвуют не только национальные комитеты по травме и неотложной хирургии большинства стран Европы (до сих пор в этом европейском сообществе нет представительства от России), но также ряд ассоциаций из Америки и Азии. По причине большого числа устных сообщений (270) и постерных докладов (153) научная программа была разделена на 35 сессий, проходивших в течение трех дней одновременно в семи конференц-залах самого большого конгресс-центра Лиона.

В научную программу конференции были включены 7 обучающих курсов.

1. Курс ATLS (расширенный курс оказания помощи при травме).
2. Курс для инструкторов ATLS.
3. Курс ATLS для среднего медицинского персонала и парамедиков.
4. Курс по ультразвуковой диагностике при травме.
5. Курс по сосудистой травме.
6. Курс по неотложной хирургии.
7. Курс по лечению пострадавших с политравмой.

От России было представлено 3 сообщения: **А.Челюков** (Екатеринбург) доложил об опыте интрамедуллярного остеосинтеза при перипротезных переломах бедренной кости, **А.Колтович** (Москва) объединил данные по лечению боевой травмы груди за последние

10 лет. Постерный доклад **В.Ревы** и соавт. (Санкт-Петербург) был посвящен лечению повреждений бедренной вены.

Курс по сосудистой травме проводили профессора **Х.Асенсио** (США) и **К.Маррини** (США). В качестве приглашенных докладчиков выступали еще два известных американских хирурга **Р.Коимбра** и **А.Пейтцман**. В течение 6-часового курса были освещены вопросы повреждений сосудов всех анатомических областей. А.Пейтцман продемонстрировал возможную тактику при повреждении позадипеченочного отдела нижней полой вены (методом выбора в случае кровотечения из этого труднодоступного отдела служит тампонада печени). В случае ее неэффективности, а также неэффективности приема Прингля (временное пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки) необходимо выполнить пережатие нижней полой вены выше места впадения печеночных вен путем полной мобилизации печени и выделения нижней полой вены под диафрагмой либо путем доступа в полость перикарда и наложения изогнутого зажима на внутривнутриперикардальный отдел нижней полой вены (атриокавальный и вено-венозный шунт, так же как и лапаротомия с переходом в срединную стернотомию, ныне не применяются). Перспективным является интралюминальное введение двойного баллона выше и ниже зоны повреждения нижней полой вены для временного блокирования кровотока.

Большинство участников высказывались о целесообразности и возможности применения эндоваскулярных технологий в лече-

Подведение итогов работы медицинской службы Вооруженных Сил РФ за 2013 год и постановка задач на предстоящий период

В Ситуационном центре Вооруженных Сил Российской Федерации **12 декабря** под руководством заместителя министра обороны Российской Федерации **Р.Х.Цаликова** и начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ – начальника медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации генерал-майора медицинской службы **А.Я.Фисуна** впервые в режиме видеоконференции состоялось совещание, посвященное подведению итогов работы медицинской службы ВС РФ в уходящем году и определению приоритетов развития военной медицины в 2014 г. В совещании приняли участие руководящий состав Главного военно-медицинского управления Минобороны России, начальники медицинских служб военных округов и флотов, руководители центральных военно-медицинских учреждений.

Заместитель министра обороны отметил, что в следующем году внезапные проверки деятельности военно-медицинских организаций станут регулярными. Не менее важной задачей для военно-медицинских подразделений остается достижение способности действовать по предназначению вне пунктов постоянной дислокации.

Руслан Цаликов также отметил, что в 2014 г. будет предпринят ряд шагов по развитию военно-медицинских учреждений центрального подчинения и повышению технологического уровня оказания медицинской помощи.

Об основных мероприятиях 2013 г., итогах работы и проблемных вопросах в военных округах *по видеосвязи* доложили начальники медицинской службы полковники медицинской службы **В.В.Валевский** (ЗВО), **А.А.Калмыков** (ЦВО), **С.В.Папко** (ЮВО), врио начальника медицинской службы ВВО подполковник медицинской службы **И.А.Пчельников**.

Вопросы организации медицинского обеспечения аэродрома «Темп» (с включением прямой связи с военными медиками на аэродроме) освещены в докладе начальника службы (авиационной медицины) ВВС полковника медицинской службы **В.Е.Исаенкова**.

Итоги работы в 2013 г. и задачи на предстоящий год доложили по своему профилю начальники управлений ГВМУ МО РФ полковник медицинской службы **К.Э.Кувшинов**, **Д.В.Тришкин**, полковник медицинской службы **О.В.Калачёв**, **Г.В.Дюмин**.

В выступлении начальника ГВМУ МО РФ генерал-майора медицинской службы **А.Я.Фисуна** подведен итог совещания и определены задачи Главного военно-медицинского управления на 2014 год.

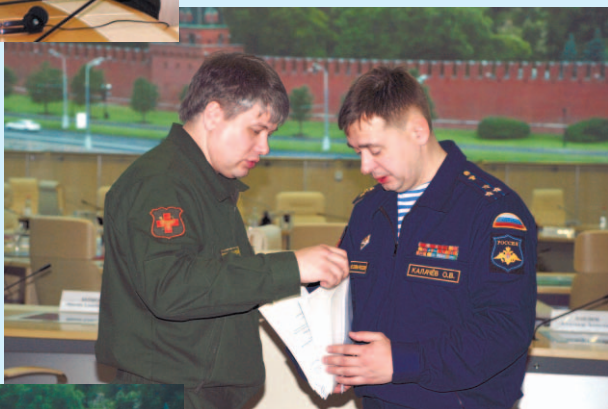


Подведение итогов работы медицинской службы Вооруженных Сил РФ за 2013 год и постановка задач на предстоящий период



В Ситуационном центре ВС РФ:
заместитель министра обороны
Российской Федерации **Р.Х.Цаликов**
и начальник Главного военно-
медицинского управления МО РФ
генерал-майор медицинской службы
А.Я.Фисун

Начальник 2 управления
ГВМУ МО РФ **Д.В.Тришкин**
и начальник 3 управления –
заместитель начальника
ГВМУ МО РФ полковник
медицинской службы
О.В.Калачёв



Начальник Медицинского центра
МО РФ **М.В.Турлай**, начальник
1 управления – заместитель
начальника ГВМУ МО РФ
полковник медицинской службы
К.Э.Кувшинов и заместитель
начальника Главного военного
клинического госпиталя
им. Н.Н.Бурденко полковник
медицинской службы
К.Н.Панюшин

Заместитель начальника
3 управления ГВМУ МО РФ
полковник медицинской службы
Е.Е.Редькин, начальник
Главного центра военно-
врачебной экспертизы МО РФ
полковник медицинской службы
А.Л.Чаплюк и начальник
1 отдела 3 управления
ГВМУ МО РФ полковник
медицинской службы
М.А.Бершев



**ПЕРЕЧЕНЬ СТАТЕЙ,
НАПЕЧАТАННЫХ В 2013 г. В «ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОМ ЖУРНАЛЕ»***

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ

Балаховский А.А., Кошелев В.П., Ануфриев А.А., Власенко Т.Н. – Оптимизация образовательной деятельности кафедр по реализации педагогического творчества в Институте усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В.Мандрыка. 9,14.

Бельских А.Н. – Возможности Военно-медицинской академии в выполнении перспективных научных исследований. 6,4.

Белякин С.А., Иванов В.А., Шкловский Б.Л., Иванов А.В. – Возможности рентгеноэндоваскулярной хирургии в условиях центрального многопрофильного амбулаторно-госпитального объединения. 5,4.

Власов А.Ю., Соловей Э.П., Коротченко С.И. – О методике расчета годовой потребности в медицинских иммунобиологических препаратах для вакцинации военнослужащих. 2,51.

Гончаров С.Ф., Фисун А.А., Бобий Б.В. – О развитии Всероссийской службы медицины катастроф на современном этапе. 10,4.

Елоев М.С., Клипак В.М. – Опыт, проблемы и перспективы развития многопрофильного амбулаторно-поликлинического учреждения в территориальной системе медицинского обеспечения в Московском регионе. 1,9.

Иванов В.В., Корнеев А.А., Богомолов В.Д., Борисов Д.Н., Резванцев М.В. – Актуальные вопросы использования информационных технологий в медицинском обеспечении войск. 6,8.

Иванов Ф.В., Котив Б.Н., Баринов О.В., Суборова Т.Н., Ивченко Е.В. – Медико-экономическое обоснование рациональной антибактериальной терапии у больных эмпиемой плевры в условиях военного лечебного учреждения. 3,12.

Климов А.С., Гребнев Г.А., Сливкин А.А., Иорданишвили А.К., Потрахов Н.Н. – О совершенствовании амбулаторной стоматологической помощи военнослужащим из числа молодого пополнения. 3,4.

Котенко П.К., Киреев С.Г., Головинова В.Ю. – Анализ показателей состояния здоровья сотрудников Федеральной противопожарной службы МЧС России и военнослужащих, проходящих военную службу по контракту в Вооруженных силах. 8,10.

Крайнюков П.Е., Боско О.Ю., Салимов Д.Ш., Папков А.Ю., Ермолаева Н.К. – Участие базового госпиталя в работе региональной травмосистемы. 4,4.

Куликов В.В., Беглярбеков Г.Р. – Медико-социальная характеристика организаторов здравоохранения стоматологических учреждений г. Москвы. 4,11.

Люттов В.В., Булатов М.Р., Сушенин А.А., Махновский А.И. – Клинико-эпидемиологический мониторинг множественных и сочетанных травм. 9,11.

Малых А.Б., Иванцов В.А., Богаченко С.М., Кутузова Е.А., Антипова Е.В., Скляров В.Н. – Анализ и показатели работы дневного стационара окружной консультативно-диагностической поликлиники. 2,4.

Малых А.Б., Иванцов В.А., Кутузова Е.А., Антипова Е.В., Ширенко О.Е., Скляров В.Н. – Из истории внедрения стационарозамещающих технологий. 1,62.

Мережкин А.М., Гулям Н.Ю., Краев Н.Н. – Маркетинговые исследования медицинских услуг, оказываемых в отделении гемодиализа в амбулаторных условиях. 2,52.

Овчинников Ю.В., Азаров И.И., Кувшинов К.Э., Огарков П.И., Жданов К.В., Зайцев А.А., Афонасков О.В. – Организация мероприятий по профилактике и лечению заболеваний органов дыхания у военнослужащих. 10,21.

Попов А.П., Покусаев А.А., Симбердеев Р.Ш., Зотов А.Е. – Анкетирование пациентов амбулаторно-поликлинического учреждения как инструмент совершенствования его деятельности. 4,41.

Попов А.П., Федотов Н.Н., Заварзин А.Ю., Рабухин А.Ю. – Некоторые аспекты анестезиологической практики в современной амбулаторной хирургии. 11,7.

Прометной Д.В., Спиридонова Е.А., Румянцев С.А., Шаршов Ф.Г., Михайлов А.А., Прометная Г.А. – Особенности смертности мужского населения (0–19 лет) в Ростовской области. 11,70.

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

Савченко И.Ф., Харисов А.М., Яковлев С.В. – Синергетические основы системы специализированной медицинской помощи, специализированного лечения и медицинской реабилитации легкораненых и легкобольных. 8,4.

Самохвалов И.М., Котенко П.К., Северин В.В. – Проблемы организации оказания хирургической помощи раненым в современной войне: оказание медицинской помощи и лечение легкораненых в вооруженном конфликте (Сообщение второе). 1,4.

Сергеева В.В., Сошина А.А., Парин О.В., Бобылев В.А. – Актуальность проблемы язвенной болезни в современной гастроэнтерологии, военно-врачебной и медико-социальной экспертизе. 2,8.

Сивашенко П.П. – О совершенствовании методов изучения здоровья военнослужащих. 10,56.

Сивашенко П.П., Иванов В.В., Григорьев С.Г., Барановский А.М. – Новые подходы к комплексной оценке состояния здоровья военнослужащих. 5,13.

Сивашенко П.П., Мирошенко А.Н., Сорокин С.И. – Перспективные направления улучшения медицинского обеспечения войск и состояния здоровья военнослужащих в условиях аутсорсинга. 4,40.

Трегубов В.Н. – О профессиональном воспитании будущих военных врачей. 8,15.

Тыренко В.В., Максимов А.Г., Лисовец Д.Г., Сарана А.М. – Концепция биологического регистра МО РФ как системы биологической страховки здоровья военнослужащих на современном этапе развития Вооруженных сил. 6,14.

Фисун А.Я., Власов А.Ю., Сушильников С.И., Булатов М.Р. – Совершенствование системы лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках с использованием мобильных специализированных подразделений. 7,4.

Фисун А.Я., Кувшинов К.Э., Яковлев С.В. – Опыт организации медицинского обеспечения соревнований по танковому биатлону. 11,4,2 с. обл., 1–3 с. клейки.

Фисун А.Я., Шамрей В.К., Марченко А.А., Синенченко А.Г., Пастушенков А.В. – Пути профилактики аддитивных расстройств в войсках. 9,4.

Щёголев А.В. – Перспективы материально-технического развития службы анестезиологии и реанимации. 7,9.

МЕДИЦИНА ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

Белоусова О.Д., Гайдаш А.А., Толмачёв И.А., Ивченко Е.В., Голубок А.О., Левичев В.В., Мухин И.С., Жуков М.В., Белоусов И.С., Ткачук И.В. – Структура цитоплазматических мембран и химический состав эритроцитов в ранний период раневых повреждений по данным сканирующей зондовой микроскопии. 1,19.

Гребенюк А.Н. – Вопросы медицинской защиты от оружия массового поражения, химических и радиационных аварий. 1,49.

Халимов Ю.Ш., Фомичев А.В., Голофеевский В.Ю., Цепкова Г.А. – Особенности формирования профессионально-обусловленной эзофагогастроуденальной патологии у персонала объектов по уничтожению химического оружия. 11,11.

Цублова Е.Г., Иванова Т.Г., Иванова Т.Н., Яснецов В.В. – Экспериментальная оценка актопротекторной активности производных азотсодержащих гетероциклических соединений в экстремальных условиях. 7,17.

ВОЙСКОВАЯ МЕДИЦИНА

Бойко Э.В., Чурашов С.В., Алябьев М.В. – Оказание первичной медико-санитарной помощи при травмах органа зрения. 12,17.

Зобов А.Е., Берский О.В., Небредовский В.Н., Жарков Д.А. – Применение мер административного принуждения при осуществлении федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Вооруженных силах Российской Федерации. 5,19.

Львов Н.И., Жданов К.В., Лобзин Ю.В., Мальцев О.В., Гришин И.С., Передельский Е.В. – Клиническое и эпидемиологическое значение аденовирусной инфекции у военнослужащих. 8,19.

Макаров П.П., Кузнецов С.М., Кузьмин С.Г., Новосёлов С.А. – Совершенствование системы диетического питания в Вооруженных силах Российской Федерации. 6,20.

Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б., Попов А.А., Моргун В.А., Рыжиков М.В., Меркулов А.В. – Модернизация системы нормирования медицинского имущества войскового звена медицинской службы на военное время. 7,21.

Мирошниченко Ю.В., Кононов В.Н., Миляев А.В., Ступников А.В., Слободенюк А.В. – Использование новых функциональных комплектов медицинского имущества в войсковом звене медицинской службы Вооруженных Сил. 11,16.

Уховский Д.М., Терза В.Ю., Карпушенко Е.Г., Беликова Т.М. – Профилактика синдрома барометеочувствительности в Заполярье. 4,7.

Халимов Ю.Ш., Вологжанин Д.А., Митин Ю.А., Лобкова О.С., Бала А.М. – Острые аллергические заболевания в практике войскового врача. 9,23.

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

ХИРУРГИЯ

Асташов В.Л., Солонцова Е.Н., Мухтарулина С.В. – Применение высоких технологий в хирургии печени. 8,30.

Белякин С.А., Образцов А.В., Пинчук О.В., Крыжов С.Н., Яменсков В.В., Бокачев Р.А., Тихонов П.А. – Лечение разрыва аневризмы брюшной аорты в условиях многопрофильного военного госпиталя. 9,35.

Белякин С.А., Пинчук О.В., Иванов А.В., Поляков И.И. – Диагностика и лечение осложнений после пункций бедренных артерий. 5,24.

Брижань Л.К., Керимов А.А., Давыдов Д.В. – Возможности применения малоинвазивных методик при хирургическом лечении больных с поперечным плоскостопием. 6,62.

Брижань Л.К., Пиманчев О.В., Буряченко Б.П., Грицюк А.А. – Пролонгированная СРМ-терапия в реабилитации пациентов после тотального эндопротезирования коленного сустава. 8,52.

Булавин В.В., Кальманов А.С., Работкин О.С., Амиров А.М. – Характеристика общих синдромов и органопатологических изменений при травматической (раневой) болезни у раненых, получивших ранения при проведении контртеррористической операции. 9,66.

Грошилин В.С., Швецов В.К., Масленников С.В. – Применение эндоректальной циркулярной проктопластики в сочетании с передней леваторопластикой при лечении ректоцеле. 9,69.

Демко А.Е., Повзун С.А., Унгуриян В.М. – Непреднамеренное интраоперационное оставление инородных тел. 4,42.

Долгих Р.Н., Леонов С.В., Лазарев Г.В., Гилевский С.Г., Потехин А.В., Манюхин А.Н. – Развитие колопроктологии в 3-м Центральном военном клиническом госпитале им. А.А.Вишневого. 5,27.

Ефименко Н.А., Честнова Г.П., Абашин В.Г. – «Офисная гистероскопия» в диагностике гиперпластических процессов эндометрия у женщин в период длительной постменопаузы. 10,59.

Котив Б.Н., Майстренко Н.А. – Перспективные технологии в хирургии. 6,31.

Кочетков А.В., Белевич В.Л., Овчинников Д.В., Бреднев А.О. – Малоинвазивный способ коррекции тяжелых степеней органической дисфагии. 2,24.

Малахов Ю.С., Аверьянов Д.А., Иванов А.В., Степанюк А.В., Козовой И.Я. – Хирургическое лечение больных с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы. 4,12.

Мироненко А.Н., Кочиш А.Ю., Корнеев А.А., Стафеев Д.В. – Клинико-экономический анализ лечения пациентов с внесуставными переломами бедренной кости. 1,57.

Мягков Ю.А., Карабач И.В., Мягкова А.Ю. – Осложнения фаллоэндопротезирования у раненых и больных с органическими формами эректильной дисфункции в условиях многопрофильного реабилитационного центра. 5,50.

Мягков Ю.А., Мягкова А.Ю., Краев И.Г. – Профилактика осложнений фаллоэндопротезирования у раненых и больных с органическими формами эректильной дисфункции. 9,70.

Мягков Ю.А., Ярошенко В.П., Карабач И.В., Мягкова А.Ю. – Медицинская реабилитация военнослужащих с эректильными дисфункциями органического генеза после огнестрельных ранений и закрытых травм таза в условиях многопрофильного реабилитационного центра. 3,52.

Науменко Э.В. – Оказание ангиологической помощи в амбулаторно-поликлиническом звене. 4,44.

Осипов Н.Г., Корюков Д.В., Алексейчук Г.И., Скорик Е.С. – Применение способа обтурационной склерооблитерации в лечении варикоцеле. 10,50,3 с. обл.

Панова Н.Г., Шестопалов А.Е., Стец В.В., Зырянов В.А. – Влияние состава послеоперационной нутритивной поддержки на состояние иммунного статуса у больных, оперированных на органах брюшной полости. 7,32.

Панова Н.Г., Шестопалов А.Е., Стец В.В., Зырянов В.А. – Иммуные энтеральные смеси в составе программы нутритивной поддержки у хирургических больных. 6,67.

Петросян Э.А., Сергиенко В.И., Терещенко О.А., Боташев А.А., Помещик Ю.В., Губаз С.Г. – Влияние натрия гипохлорита на процессы тромбообразования при экспериментальном желчном перитоните. 8,60.

Сакс Л.А. – Применение низкоинтенсивной импульсной ультразвуковой стимуляции остеогенеза при переломах и ложных суставах костей в амбулаторной практике. 9,39.

Сакс Л.А., Юдин В.А., Швецов В.В. – Пути повышения эффективности профилактики и лечения посттравматического остеоартроза. 3,57.

Самохвалов И.М. – Современные проблемы военно-полевой хирургии. 1,50.

Самохвалов И.М., Бадалов В.И., Рева В.А., Головко К.П., Петров А.Н., Казначеев М.В., Розов А.И. – Перспективные технологии оказания хирургической помощи раненым. 6,24.

Самохвалов И.М., Головко К.П., Рева В.А., Жабин А.В., Денисов А.В., Сохранов М.В., Казначеев М.В., Юдин А.Б., Алисов П.Г. – Применение местного гемостатического средства «Целокс» на экспериментальной модели повреждения печени IV степени. 11,24, 3 с. обл., 4 с. вклейки.

Самохвалов И.М., Немченко Н.С., Петров А.Н., Денисов А.В., Головко К.П., Жирнова Н.А., Гайдук С.В. – Особенности патогенеза и ранней диагностики острого тромбоза глубоких вен при политравме. 8,25.

Сорока А.К. – Возможности консервативной терапии при некоторых острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. 4,48.

Терещук С.В., Демечук П.А., Горбуленко В.Б., Сухарев В.А. – Реконструкция суставного отростка нижней челюсти малоберцовым трансплантатом и керамическим протезом. 6,64.

Ураков А.Л., Уракова Н.А., Касаткин А.А. – Повышение безопасности внутривенных инъекций. 9,73.

Шаповалов В.М., Аверкиев В.А., Кудяшев А.Л., Артюх В.А., Мироевский Ф.В., Романов В.Е. – Случай восстановления сагиттального позвоночно-тазового баланса у военнотружущего с асептическим некрозом головок бедренных костей. 4,46.

Щёголев А.В. – Перспективы медицинского и технического обеспечения службы анестезиологии и реанимации. 1,52.

Щёголев А.В., Левшанков А.И., Богомолов Б.Н., Перелома В.И., Думнов А.Г. – Определение потребности в миорелаксантах для оказания анестезиологической помощи в лечебном учреждении. 3,20.

ТЕРАПИЯ

Александрова Е.Б. – Проблема ранней диагностики хронической сердечной недостаточности в поликлинике. 5,49.

Багмет А.Д., Чижикова О.А., Зайцева Н.С. – Эффективность применения аторвастатина у больных с артериальной гипертензией в сочетании с метаболическим синдромом. 2,58.

Барсуков А.В., Таланцева М.С. – Гипертоническая болезнь и сахарный диабет 2 типа: современная стратегия антигипертензивной терапии. 9,46.

Белякин С.А., Лищук А.Н., Колтунов А.Н., Навазнов В.В., Туленко А.Г., Рыжман Н.Н., Прохорчик А.А. – Реваскуляризация миокарда у больных ИБС с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. 5,32.

Белякин С.А., Макаров Ю.С., Павлов А.И., Кашенко О.И., Леженина Н.П., Ермолаев В.В. – Антисекреторная активность современных ингибиторов протонной помпы у больных язвенной болезнью. 11,71.

Белякин С.А., Плюснин С.В., Бобров А.Н. – Первичная и вторичная профилактика алкогольного цирроза печени. 3,15.

Белякин С.А., Царёв М.И., Шандуренко И.Н. – Лечение гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы в многопрофильном госпитале. 2,21.

Бызов Н.В., Плеханов В.Н. – Эндоскопическая диагностика локального химического ожога слизистой оболочки желудка, вызванного с целью симуляции язвы желудка. 1,33.

Горбань Е.В., Файгельсон А.В., Гудырев О.С., Дубровин Г.М., Иванов А.В., Коклина Н.Ю. – Фармакологическая эндотелиассоциированная коррекция экспериментального остеопороза. 2,56.

Данько А.А., Белков С.А., Лысов А.Ю., Матвеев А.А., Данько Ю.А., Палченкова М.В., Еремин Г.Г. – Особенности внутрисердечной гемодинамики, нарушений ритма и проводимости у больных инфарктом миокарда в сочетании с внебольничной пневмонией. 2,53.

Зайцев А.А., Кондратьева Т.В., Маджанова Е.Р. — Диагностические и прогностические возможности количественного определения С-реактивного белка при внебольничной пневмонии. 11,35.

Захарова Е.Г. — Анализ изменения клинических проявлений гипертонической болезни за последние четверть века. 5,45.

Кочетов А.Г., Ситников Н.В., Гвасалия Б.Р., Сидоров О.В., Пономарёв В.К., Боршевский А.А., Павлов Д.В. — Комбинированные методы лечения пациентов со сложными формами мочекаменной болезни. 5,36.

Лютов В.В., Рудаков Ю.В., Харитонов М.А., Шишкин М.К., Сергеев С.М., Грибова Л.Н., Засимов В.С., Красиков Е.К. — Фатальное течение вирус-ассоциированной пневмонии у больного гриппом А(Н1N1). 3,32,4 с. вклейки.

Макушова А.Б., Эралиева М.О., Левина А.А., Мамукова Ю.И., Раимжанов А.Р. — Особенности эритропоэза в условиях высокогорья и возможности использования гипоксической гипоксии для лечения больных с депрессиями кроветворения. 7,38.

Негруша Н.А. — Особенности реакции вегетативной нервной системы у матери и плода на колебания уровня гликемии в рамках перорального глюкозотолерантного теста. 11,74.

Пырьев А.Н. — Нарушения системы гемостаза при фатальном инфаркте миокарда после аортокоронарного шунтирования с геморрагическими осложнениями. 5,43.

Рыжман Н.Н., Платов С.Е., Стойка В.М., Кушнарева Ю.Б. — Опыт оказания специализированной кардиологической помощи пациентам после операции на сердце. 5,42.

Сергеева В.В., Родионова А.Ю., Бобылева Т.А., Паценко М.Б., Попов А.П., Лиферов Р.А., Михайлов А.А. — Антигипертензивная терапия при метаболическом синдроме у пациентов старших возрастных групп. 3,26.

Симоненко В.Б., Кувшинов К.Э., Стеклов В.И., Горбатов Е.А., Морозов Д.А., Емельяненко М.В. — О военно-врачебной экспертизе больных с пароксизмальными наджелудочковыми реципрокными тахикардиями. 11,40.

Стеклов В.И. — Оценка факторов риска развития фибрилляции предсердий у больных с типичным трепетанием предсердий после радиочастотной абляции кавотрикуспидального перешейка. 2,30.

Тюрин В.П., Мезенова Т.В., Ютрина Т.О., Усачева Ю.В., Елонаков А.В. — Эффективность и безопасность генно-инженерных биологических препаратов инфликсимаба и адалимумаба у пациентов с ревматоидным артритом. 11,73.

Фурсов А.Н., Потехин Н.П., Орлов Ф.А., Захарова Е.Г. — Эволюция подходов к лечению гипертонической болезни. 7,26.

Халимов Ю.Ш., Акимов А.Г. — Система подготовки курсантов и слушателей Военно-медицинской академии по военно-полевой терапии. 1,52.

Халимов Ю.Ш., Гребенюк А.Н., Легеза В.И., Карамуллин М.А., Салухов В.В. — Современное состояние и перспективы совершенствования специализированной медицинской помощи при остром костномозговом синдроме радиационной этиологии. 1,25.

Халимов Ю.Ш., Матвеев С.Ю., Кузьмич В.Г., Ветряков О.В. — Перспективные направления развития военно-полевой терапии. 6,36.

Чернеховская Н.Е., Щербаков П.Л., Быгаева М.Ю. — Клинико-морфологическая и эндоскопическая характеристика хронического гастрита у летного состава. 9,54.

Шестопалов С.С., Барчуков В.В., Саленко Ю.А., Кундашев У.К. — Оценка эффективности применения препаратов, обладающих антигипоксическими свойствами, в предоперационной подготовке больных. 3,60.

Шкловский Б.Л., Бакшеев В.И., Ойоткинова О.Ш., Серебренников В.Н. — Роль С-пептида как предиктора сердечно-сосудистых осложнений (Обзор литературы). 11,48.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ И ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Белякин С.А., Крячко Н.С. — Требования к процессу получения информации о медицинских параметрах в офтальмологии. 6,43,3 с. обл.

Гусев А.Н. — Комплексное лечение далекозашедшей глаукомы с применением препарата «Цитофлавин» и физиотерапевтического лечения. 3,53.

Емельянов Г.А. — Основные закономерности возникновения у специалистов операторского профиля зрительного утомления без патологии органа зрения. 1,58.

Кулик А.В., Игнатьев С.А., Соколов Б.В. — Факторы риска возрастной макулярной дегенерации и сопутствующие заболевания у пациентов с артефакцией. 8,55.

Щукин С.Ю. — Медико-психологические аспекты проведения кераторефракционной хирургии у военных специалистов. 1,60.

НЕВРОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

Бояринцев В.В., Ардашев В.Н., Калёнова И.Е., Четкарев Ю.Э. — Прогноз ближайшего периода ишемического инсульта. 2,13.

Дмитриев О.В., Одинак М.М., Емелин А.Ю., Коваленко А.П., Березин А.И. — Малые дозы ионизирующего излучения как фактор риска когнитивных нарушений. 3,55.

Дремов В.В., Одинак М.М., Емелин А.Ю., Бровкин С.Г., Чурилов Ю.К. — Исследование когнитивных функций у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией первой стадии при медицинском освидетельствовании военнослужащих. 2,60.

Ремизов Е.В., Давыдов Е.Л., Корепина Т.В., Харьков Е.И. — Особенности тревожно-депрессивных расстройств у больных артериальной гипертензией старших возрастных групп. 2,63.

Рудницкий А.Б., Соловов А.В., Иволгин А.Ф. — Анализ функциональных и структурных характеристик органических церебральных поражений различного генеза методом картирования электрической активности головного мозга. 5,47.

Труфанов А.Г., Одинак М.М., Литвиненко И.В., Резванцев М.В., Воронков Л.В. — Ранняя диагностика деменции при болезни Паркинсона с использованием МР-морфометрии. 9,29,3 с. вклейки.

Тюликов К.В., Мануковский В.А., Литвиненко И.В., Коростелёв К.Е. — Пути улучшения результатов лечения болевого синдрома, вызванного дегенеративно-дистрофическим заболеванием пояснично-крестцового отдела позвоночника. 8,53.

Цыган Н.В. — Мозговая дисфункция после операций коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения. 11,30.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Васильева Е.С., Успенская П.А., Белякина Е.С., Кульчицкая Д.Б. — Современные аспекты комплексного подхода к восстановительному лечению и реабилитации больных акне. 8,56.

Дервянко Р.В., Шевченко О.С., Устинов М.В. — Предикторы развития атопического дерматита и псориаза у военнослужащих срочной службы в условиях Крайнего Севера. 10,63.

Попов А.П., Астахова Т.П., Васильева П.М., Белякина Е.С., Шапка М.П., Кадрова Г.Д. — Дерматоскопия как вспомогательный метод диагностики базально-клеточного рака кожи. 10,60,4 с. вклейки.

Самцов А.В., Тарасенко Г.Н., Барбинов В.В., Косинец В.Н. — Дерматологические консультации в режиме реального времени: перспектива или реальность? 5,48.

Тарасенко Г.Н., Липова Е.В., Покровский К.А., Просяникова Н.В. — Факторы роста в лечении длительно незаживающих ран кожи. 5,52.

Успенская П.А., Васильева Е.С., Белякина Е.С. — Динамика объективных показателей состояния кожи при применении низкочастотного ультразвука в лечении акне. 1,64.

РЕНТГЕНОЛОГИЯ

Дубров В.Э., Розанов В.Е., Бондаренко А.В., Болотников А.И. — Сравнительные результаты диагностики закрытой травмы груди общепринятыми методами и с использованием видеоторакоскопической техники. 3,51.

Медведева О.Ю., Пчелин И.Г., Фокин В.А., Труфанов Г.Е. — Особенности строения тазобедренного сустава, предрасполагающие к развитию раннего остеоартроза. 6,68.

Меньков И.А., Труфанов Г.Е., Железняк И.С., Рудь С.Д., Князев Е.А. — Сравнительная оценка КТ-шунтографии и инвазивной коронарной ангиографии у пациентов после коронарного шунтирования в отдаленный послеоперационный период. 10,45,3 с. вклейки.

Пашникова И.С., Пчелин И.Г., Труфанов Г.Е., Фокин В.А. — Магнитно-резонансная томография при инверсионной травме голеностопного сустава и стопы. 3,48.

Троян В.Н., Рукавицын О.А., Ковтун Э.А., Газизова Л.М., Дрозд М.В. — Компьютерная томография грудной клетки в сравнительной оценке плотности крови у пациентов с гемобластомами. 8,51.

Фёдорова Н.С., Пчелин И.Г., Фокин В.А., Труфанов Г.Е. — Сравнительный анализ возможностей лучевых методов исследования в диагностике и характеристике повреждений костных структур коленного сустава у пострадавших с импрессионно-раскалывающими переломами мыщелков большеберцовой кости. 4,21.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Акимкин В.Г., Якимов Ю.М., Салмина Т.А., Волгин А.Р., Шевцов В.А., Коротченко С.И., Жданов К.В., Калабухова Л.Ю. — Эпидемиологическая ситуация по ветряной оспе в воинских коллективах. 8,50.

Акимкин В.Г., Якимов Ю.М., Салмина Т.А., Волгин А.Р., Шевцов В.А., Коротченко С.И., Жданов К.В., Калабухова Л.Ю. — Опыт проведения иммунопрофилактики ветряной оспы по эпидемиологическим показаниям в воинских коллективах. 9,65.

Бехзадпур Д., Белоусова Р.В., Иванов И.В. — Обоснование оптимальных для изготовления вакцин режимов культивирования вируса парагриппа-3 на перевиваемых линиях клеток. 4,27.

Жданов К.В., Захаренко С.М., Коваленко А.Н. — Оказание медицинской помощи инфекционным больным на догоспитальном этапе. 1,39.

Жоголев С.Д., Огарков П.И., Жоголев К.Д., Иванников Ю.Г., Шипицын К.С., Колесников В.В., Жарков Д.А. — Эпидемиология и профилактика внебольничных пневмоний у военнослужащих. 11,55.

Рыбин В.В., Гладинец И.В., Казанова А.С., Дубоделов Д.В., Заволожин В.А., Лавров В.Ф., Кузин С.Н., Калашникова А.С., Рихтер В.В. — Некоторые особенности эпидемического процесса ветряной оспы и иммунного статуса у военнослужащих по призыву внутренних войск МВД России. 1,55.

Саяпина Л.В., Лобач Р.Н., Абдрашитова А.С., Никитюк Н.Ф. — Совершенствование лабораторной диагностики сибирской язвы. 8,58.

Сибилёв В.И., Гуркало В.И., Давыдов А.В., Коньшев И.С., Карниз А.Ф., Марьин Г.Г. — Микробиологический мониторинг чистоты рук медицинского персонала. 5,45.

Стовба Л.Ф., Лебедев В.Н., Петров А.А., Кулиш В.С., Борисевич С.В. — Ближневосточный респираторный синдром — заболевание человека, вызываемое новым коронавирусом. 11,76.

ГИГИЕНА И ФИЗИОЛОГИЯ ВОЕННОГО ТРУДА

Антонов А.Г., Иванов И.В. — Экспертная оценка неблагоприятных условий обитаемости танков. 6,58.

Гребенюк А.Н., Легеза В.И. — Перспективы использования радиопротекторов для повышения эффективности медицинской противорадиационной защиты Вооруженных сил. 7,46.

Емельянов Г.А. — Клинико-функциональные проявления психологической дизадаптации у человека-оператора зрительно-напряженного труда. 9,71.

Зайцева И.П., Насолодин В.В., Беляков Р.А., Аршинов Н.П., Зайцев О.Н., Мещеряков С.И. — Баланс железа и меди у курсантов военного училища при физической нагрузке и в последующий день отдыха в разное время года. 3,36.

Кальманов А.С., Бубеев Ю.А., Булавин В.В., Котровская Т.И. — Коррекция функционального состояния организма операторов с помощью ксенон-кислородной газовой смеси. 6,60.

Кузьменко И.Е., Гришин А.С., Горичный В.А., Кузьменко Т.И. — Возможности выявления фактов употребления наркотических веществ военнослужащими методом электропунктурной диагностики. 8,62.

Кузьмин С.А., Цибилова З.В. — Анализ состояния здоровья и физической подготовленности граждан Оренбургской области, поступающих на военную службу по контракту. 10,65.

Маряшин Ю.Е., Малащук Л.С. — Особенности влияния физических упражнений на организм и его адаптацию к специфическим нагрузкам в повседневной деятельности военнослужащих. 10,57.

Смагулов Н.К., Мухаметжанов А.М. — О различиях в физиологической адаптации военнослужащих, призванных из городских и сельских населенных мест. 11,68.

Смагулов Н.К., Мухаметжанов А.М. — Оценка функционального напряжения и резистентности организма военнослужащих на этапах прохождения срочной службы. 2,38.

АВИАЦИОННАЯ И ВОЕННО-МОРСКАЯ МЕДИЦИНА

Гаврилов В.В., Мызников И.Л., Кузьминов О.В., Шмелёв С.В., Опарин М.Ю. — Организация научной и научно-исследовательской работы в медицинской службе флота. 3,41.

Жданько И.М., Запечникова И.В. — Психолого-педагогические методы развития профессионально важных качеств летчика. 1,54.

Кабанов М.Ю., Гайдаш А.А., Рухляда Н.В., Соловьев И.А., Титов Р.В., Уточкин А.П., Смирнов С.И., Смолин Н.В., Тюрин М.В. — Аспекты развития хирургической службы современного Военно-морского флота. 6,45.

Мельник С.Г., Чулаевский А.О. — Основные концептуальные подходы к профилактике заболеваемости летного состава корабельной авиации палубного базирования. 8,35.

Мызников И.Л., Аскерко Н.В., Устименко Л.И., Милошевский А.В., Ханкевич Ю.Р., Волкова Л.В., Садченко С.Н., Маточкина А.А. — Состояние здоровья военнослужащих-женщин на Северном флоте. 9,59.

Мясников А.Ан., Шитов А.Ю., Чернов В.И., Жильцова И.И., Юрьев А.Ю., Мясников А.Ал. — Определение устойчивости водолазов к декомпрессионному газообразованию. 2,45.

Ушаков И.Б., Фам Суан Нинь, Бухтияров И.В., Ушаков Б.Н. — Процессы адаптации у вьетнамских военных летчиков при полетах на современных российских самолетах. 4,32.

Чумаков А.В., Захарова А.И., Мотасов Г.П., Свистов А.С., Аланичев А.Е., Макиев Р.Г. — Динамика эхокардиографических показателей у акванавтов ВМФ в период отдаленного последствия глубоководных (до 500 м) насыщенных спусков. 7,51.

Чумаков А.В., Сухорослова И.Е., Шарова Н.В., Свистов А.С., Неустров А.П., Макиев Р.Г., Аланичев А.Е. — «Легкое водолаза»: особенности ремоделирования системы органов дыхания у акванавтов ВМФ в период отдаленных последствий глубоководных насыщенных спусков. 1,44.

Чурилов Ю.К., Моисеев Ю.Б., Именовский И.Э., Радченко С.Н. — Сколиотические деформации позвоночника у летчиков с точки зрения врачебно-лётной экспертизы. 11,61.

ВОЕННАЯ ФАРМАЦИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА

Иванов А.М., Жданов К.В., Криворучко А.Б., Кузин А.А., Ивойлов О.О. — Перспективные технологии и исследования в области медицинской лабораторной диагностики. 6,54.

Найченко М.В. — Теоретические основы эргономического проектирования военно-медицинских эргатических систем. 8,44.

Юдин А.Б., Чепур С.В., Шестаков С.В. — Использование робототехники в интересах медицинской службы Вооруженных сил. 6,49.

ПО СТРАНИЦАМ ЗАРУБЕЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕЧАТИ

Агапитов А.А., Алейников С.И., Болехан В.Н., Ивченко Е.В., Крассий А.Б., Нагибович О.А., Петров С.В., Резванцев М.В., Солдатов Е.А., Шалахин Р.А., Шеппли Е.В. — Научно-медицинские исследования в вооруженных силах США (Сообщение четвертое). 1,66; (Сообщение пятое). 2,65.

Агапитов А.А., Голота А.С., Крассий А.Б., Кувакин В.И. — Информационно-аналитическое обеспечение медицинской службы вооруженных сил США на театре военных действий (Обзор зарубежных интернет-публикаций). 5,53.

Болезни женской половой сферы в вооруженных силах США. 10,68.

Болехан В.Н., Иванов В.В., Ивченко Е.В., Крассий А.Б., Морозикова Т.В., Нагибович О.А., Резванцев М.В. — Медицинское обеспечение ветеранов вооруженных сил за рубежом (На примере США и Великобритании). 3,61.

Венерические болезни в вооруженных силах США. 4,53.

ВИЧ-инфекция в вооруженных силах США. 9,58.

Голота А.С., Крассий А.Б., Нагибович О.А., Сивашенко П.П. — Состояние здоровья военнослужащих вооруженных сил США в 2012 г. 8,64.

Гребнев Г.А., Болехан В.Н., Голота А.С., Ивченко Е.В., Крассий А.Б., Нагибович О.А., Парфенов В.Д., Резванцев М.В. — Современные аспекты боевой челюстно-лицевой травмы (Обзор зарубежных научно-медицинских публикаций за 2012–2013 гг.). 4,51.

Интервью с начальником Главного военно-медицинского управления бундесвера. 2,68.

Максимов А.Г., Голота А.С., Крассий А.Б. — Перспективные методы производства эритроцитарной массы. 10,66.

Малярия в вооруженных силах США. 3,66.

Медицинская эвакуация военнослужащих вооруженных сил США из района боевых действий в Афганистане, 2001–2012 гг. 7,20.

Обмороки у личного состава вооруженных сил США. 12,51.

Острые кишечные инфекции в вооруженных силах США. 11,78.

Пионер нового министерства. 10,69.

Психические болезни в вооруженных силах США, 2001–2012 гг. 8,24.

Психическое здоровье операторов беспилотных летающих аппаратов ВВС США. 5,57.

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМЕНИ С.М.КИРОВА – 215 ЛЕТ

Бельских А.Н. – Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова – 215 лет. 12,4, 2 с. обл.

Гайдар Б.В., Парфёнов В.Е., Свистов Д.В., Полежаев А.В., Беляков К.В., Ландик С.А., Писанов Н.А. – Становление школы военной нейрохирургии в стенах Военно-медицинской академии. 12,27.

Карпущенко Е.Г. Знаменательные даты истории Военно-медицинской академии 2013 года. 12,83.

Котив Б.Н., Ивченко Е.В., Зубенко А.И., Овчинников Д.В. – Адъюнктура Военно-медицинской академии: история, современность и перспективы. 12,52.

Кувакин В.И., Васильев Г.Г. – Веб-сайт Военно-медицинской академии. 12,10.

Лобзин Ю.В., Жданов К.В. – Первая в России кафедра инфекционных болезней: история становления, основные достижения и перспективы развития отечественной инфектологии. 12,68.

Майстренко Н.А., Самохвалов И.М. – Хирургия в Академии: история, достижения и перспективы. 12,33.

Мирошниченко Ю.В., Кононов В.Н., Перфильев А.Б. – Роль ученых и сотрудников Военно-медицинской академии в развитии системы медицинского снабжения войск (сил). 12,46.

Одинак М.М., Шамрей В.К., Чудиновских А.Г., Гончаренко А.Ю., Цыган Н.В. – Этапы становления и развития отечественной военной неврологии и психиатрии. 12,59.

Софронов Г.А., Халимов Ю.Ш., Матвеев С.Ю., Кузьмич В.Г., Фомичев А.В. – Клиническая токсикология в Академии: вчера, сегодня, завтра. 12,39.

Цыган В.Н. – Колыбель военной медицины. 12,5.

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

190 лет назад вышел в свет первый номер «Военно-медицинского журнала». 2,2 с. обл.

Артюхов С.А. – Новые методы лечения, применявшиеся в годы Великой Отечественной войны в госпиталях Сочи. 5,72.

Ахмадов Т.З., Поддубный М.В. – Минеральные источники северо-востока Кавказа и их роль в лечении военнослужащих Русской армии в XIX – начале XX в. 7,62.

Белякин С.А., Долгих Р.Н., Фокин Ю.Н. – Вклад 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого в историю военно-полевой хирургии и оказание помощи раненым. 5,63.

Белякин С.А., Фролкин М.Н. – 3-му Центральному военному клиническому госпиталю им. А.А.Вишневого – 45 лет. 5,59,2 с. обл.,1–3 с. вклейки.

Будко А.А., Грибовская Г.А., Журавлёв Д.А. – Первый медицинский музей России (К 150-летию со дня создания Хирургического музея Императорской медико-хирургической академии). 3,68.

В объективе война: на фоне сугробов. 3,1–3 с. вклейки.

Вартбаронов Р.А., Жданько И.М., Хоменко М.Н. – Основоположник отечественной космической биологии и медицины (К 100-летию со дня рождения В.И.Яздовского). 6,72.

Гаврилов В.В., Мазайкин Д.Н., Булдаков И.М., Писарев А.А. – Лаборатории авиационной медицины авиационной базы Северного флота – 70 лет. 5,74,4 с. вклейки.

Галин Л.Л. – Военно-морской врач, поэт, журналист (К 80-летию со дня рождения В.В.Белозерова). 1,79.

Жданько И.М., Рыженков С.П., Хоменко М.Н., Голосов С.Ю., Соболенко Д.А. – Отечественная авиационная и космическая медицина, отраженная в фалеристике. 4,69,4 с. обл.

Злаин А.И. – Жизнь и судьба ветерана в зеркале истории госпиталя. 5,67.

Карпенко И.В., Трефилова О.А. – Об истоках военно-медицинского образования в России и Западной Европе. 8,57.

Ким А.П. – Уссурийскому военному госпиталю – 130 лет. 1,74,3 с. обл.

Кириллов Г.Н. – Санаторию «Архангельское» – 80 лет. 10,71,1,2 с. вклейки,4 с. обл.

Костюк А.В. – Организация лечебной работы госпиталей Балтийского флота в XVIII веке. 2,76.

Кузнецов С.М., Терентьев Л.П., Лизунов Ю.В. — Выдающийся отечественный ученый, педагог и общественный деятель (К 170-летию со дня рождения профессора А.П.Доброславина). 4,63.

Кузьменко И.Е. — Юбилей медицинской службы Федерального управления по безопасному хранению и уничтожению химического оружия. 1,83,4 с. обл.

Максимов И.Б., Мануйлов В.М., Марчик В.В., Козовой М.Я. — Центральному военноморскому клиническому госпиталю — 30 лет. 4,54,1 с. вклейки, 2 с. обл.

Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Кононов В.Н., Умаров С.З., Костенко Н.Л. — На передовых рубежах российской фармации: от кафедры materia medica до кафедры военно-медицинского снабжения и фармации. 8,74.

Пашковский Р.Д. — Из истории развития военно-врачебной экспертизы на Дальнем Востоке (К 60-летию Филиала № 4 Главного центра военно-врачебной экспертизы Министерства обороны РФ). 9,76.

Петров М.М. — Консервативные методы лечения ран в период Великой Отечественной войны (По материалам журнала «Госпитальное дело»). 9,80.

Пинчук П.В., Фокин А.А. — К 70-летию 111-го Главного государственного центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Минобороны России. 3,73,2 с. обл.

Плеханов В.Н., Мельников О.Н., Шуть А.Д. — Опыт оказания медицинской помощи в госпитале космодрома «Плесецк» в условиях массового поступления пораженных при взрыве ракеты-носителя. 11,79.

Поддубный М.В. — Клинический военный госпиталь в 1892 году. 2,70.

Райкова С.В., Завьялов А.И. — Сыпной тиф среди военнослужащих и мирного населения в Поволжье в годы Первой мировой войны. 7,56.

Фокин Ю.Н., Зуев В.К. — Картина А.Лактионова «После операции» и судьбы ее персонажей. 5,69.

Цымбал А.Н. — 75 лет на страже здоровья воинов Санкт-Петербургского (Ленинградского) гарнизона. 3,78.

Чумаков Вл.В., Архипов А.В., Бородавко В.К., Васильков А.М., Грошили С.М., Иванов А.О., Смуров А.В. — Флагман отечественной военно-морской медицинской науки (К 80-летию образования 1 ЦНИИ МО РФ). 2,84.

Шаповалов В.М. — Профессор Сергей Степанович Ткаченко (К 90-летию со дня рождения). 8,72.

Шевченко Н.В., Бляунштейн Б.М., Коновалов П.П. — Иркутскому военному госпиталю — 175 лет. 8,70.

Шелепов А.М., Солдатов Е.А. — Видный ученый в области военно-медицинской географии (К 100-летию со дня рождения А.А.Шошина). 6,75.

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

[**Галин Л.Л.**] — От адъюнкта до начальника кафедры (Интервью с А.В.Самцовым — заведующим кафедрой кожных и венерических болезней ВМедА им. С.М.Кирова — главным дерматовенерологом Министерства обороны РФ). 11,85.

[**Ниниченко В.И., Галин Л.Л.**] — «Искусством и человеколюбием, трудом и знанием!» (Интервью с В.Б.Симоненко — начальником Медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В.Мандрыка). 8,80.

[**Поддубный М.В., Варфоломеев В.А.**] — Интервью с генерал-майором медицинской службы в отставке И.Г.Корнюшко. 7,67.

Назначения: 2,89; 5,78; 8,79; 12,83.

Некрологи: 1,87; 11,84.

Перечень главных медицинских специалистов Министерства обороны Российской Федерации (Приложение № 1 к приказу начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ от 16.08.2013 г. № 89). 10,75.

Перечень циклов повышения квалификации в военно-медицинских вузах в 2013/2014 учебном году. 7,70.

Перечень циклов повышения квалификации в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова в 2013/2014 учебном году. 9,88.

Правила для авторов «Военно-медицинского журнала». 4,74.

ЮБИЛЕИ

- Авитисов Павел Викторович (К 60-летию со дня рождения). 9,87.
Балабуха Петр Петрович (К 90-летию со дня рождения). 8,83.
Брюсов Павел Георгиевич (К 75-летию со дня рождения). 1,87.
Будко Анатолий Андреевич (К 60-летию со дня рождения). 7,69.
Бунин Сергей Александрович (К 50-летию со дня рождения). 3,83.
Володин Александр Сергеевич (К 60-летию со дня рождения). 5,79.
Горбань Василий Иванович (К 95-летию со дня рождения). 5,78.
Гуров Андрей Николаевич (К 60-летию со дня рождения). 5,79.
Егоренков Вадим Анатольевич (К 70-летию со дня рождения). 7,69.
Ермаков Александр Алексеевич (К 90-летию со дня рождения). 9,86.
Жоголев Дмитрий Тарасович (К 90-летию со дня рождения). 11,83.
Зайцев Владимир Степанович (К 60-летию со дня рождения). 4,73.
Никитин Михаил Юрьевич (К 60-летию со дня рождения). 10,80.
Ниниченко Вячеслав Иванович (К 60-летию со дня рождения). 11,84.
Пелешок Степан Андреевич (К 60-летию со дня рождения). 9,87.
Пономаренко Владимир Александрович (К 80-летию со дня рождения). 1,86.
Саламатов Евгений Иванович (К 80-летию со дня рождения). 1,86.
Сидоров Владимир Анатольевич (К 80-летию со дня рождения). 8,84.
Синенченко Георгий Иванович (К 60-летию со дня рождения). 4,73.
Солошенко Николай Васильевич (К 60-летию со дня рождения). 2,89.
Ступаков Гурий Петрович (К 70-летию со дня рождения). 9,86.
Толмачев Игорь Анатольевич (К 50-летию со дня рождения). 6,78.
Трегубов Валерий Николаевич (К 50-летию со дня рождения). 8,84.
Уточкин Александр Петрович (К 60-летию со дня рождения). 11,84.
Яковлев Герман Михайлович (К 80-летию со дня рождения). 11,83.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

- Гребеньков С.В., Цветков С.В. – По страницам монографии «Выдающиеся гигиенисты России». 12,87,4 с. обл.
Микирчиан Г.Л. – Путеводитель по Военно-медицинскому музею. 5,86.
Никитин Е.А. Учебное пособие по хирургическим заболеваниям на флоте. 3,89.
Новые книги. 1,48; 3,4 с. обл.; 9,4 с. обл.
Поддубный М.В. – Ното sum: мемуары Алексея Петровича Быстрова. 12,89,4 с. обл.
Поддубный М.В. – Врач в Сталинграде. 5,84.
Ушаков И.Б. Комплексное исследование современного радиозащитного средства. 3,87.

ХРОНИКА

- Александров А.С., Городничий В.В., Куроедов А.В., Диордийчук С.В., Огородникова В.Ю. – X Международный конгресс по глаукоме. 8,94.
Бельских А.Н., Гребенюк А.Н., Ивченко Е.В. – Перспективные технологии в военной медицине. 6,84,1–4 с. вклейки.
В Объединении ветеранов военно-медицинской службы. 2,4 с. обл.
Власов А.Ю., Гребенюк А.Н., Минаев Д.Ю. – Система сохранения здоровья военно-служащих и подготовки медицинского персонала сил самообороны Японии. 2,91,1–4 с. вклейки, 3 с. обл.
Власов А.Ю., Гребенюк А.Н., Холиков И.В. – Современные аспекты деятельности НАТО по медицинской защите от действия поражающих факторов химической, биологической, радиологической и ядерной природы. 5,88.
Военные медики – лауреаты премии лучшим врачам России «Призвание». 10,2 с. обл.
Галин Л.Л. – Проблемные вопросы оказания амбулаторно-поликлинической помощи. 4,79.
Гребенюк А.Н., Бойко Э.В., Дворяничков В.В. – О военно-медицинской службе Республики Сербия. 11,93.
Гребенюк А.Н., Найдич В.И. – Проблемы и перспективы разработки противолучевых средств. 4,83.
Гребенюк А.Н., Самохвалов И.М., Щёголев А.В., Холиков И.В., Рева В.А. – Совещание рабочей группы экспертов по неотложной медицине комитета начальников медицинских служб вооруженных сил стран НАТО. 10,90.

- Гребенюк А.Н., Холиков И.В.** – Усилия НАТО по противодействию химическим, биологическим, радиологическим и ядерным угрозам. 3,91.
- Жданов К.В.** – Перспективные технологии в терапии. 6,90.
Заседание «круглого стола» с представителями силовых структур по проблемам реализации законодательства РФ в сфере здравоохранения. 7,1 с. вклейки.
- Ивченко Е.В., Цыган В.Н.** – Медико-биологические технологии профилактики и лечения боевой травмы: состояние и перспективы. 6,86.
Информирование офицеров ГВМУ МО РФ и начальников военно-медицинских учреждений центрального подчинения. 8,1 с. вклейки; 9,2 с. обл.
- К Международному женскому дню 8 марта. 3,2 с. обл.
- Котив Б.Н., Ивченко Е.В., Мавренков Э.М.** – Международная научно-практическая конференция по военной медицине. 12,92,1,4 с. вклейки.
- Кузнецов С.А., Деркач В.Э.** – Восьмая научно-практическая конференция «Медицинское обеспечение сил флота в условиях Кольского Заполярья». 5,94,3 с. обл.
- Кузнецов С.М., Голубева А.А.** – Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная 170-летию со дня рождения А.П.Доброславина. 12,94,3 с. обл.
Лента новостей. 1,18,88; 2,37,44,64,90; 3,84; 4,39,72,76; 5,77,80,81; 6,19,44,48,77–79; 7,16,45,50,66,86; 8,85; 9,64,75,85,89; 10,81; 11,87; 12,26,79,91.
- Максимов И.Б., Карпалов В.Т., Яковлев А.Е.** – Полвека в строю военной медицины (Юбилей 25-го Центрального военного клинического госпиталя РВСН – Филиала № 2 ГВКГ имени академика Н.Н.Бурденко). 9,93,1,2 с. вклейки.
- Максимов И.Б., Мануйлов В.М., Марчик В.В., Козовой М.Я., Шестопалов С.С., Яковлев А.Е.** – Четвертая международная научно-практическая конференция «Духовное и врачебное наследие святителя Луки (Войно-Ясенецкого)». 4,88,2–3 с. вклейки.
- Минаев Д.Ю.** – Визит военно-медицинской делегации Североатлантического альянса в Российскую Федерацию. 1,1–4 с. вклейки.
- Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Кононов В.Н., Голубенко Р.А., Костенко Н.Л.** – Состояние и перспективы развития системы медицинского снабжения войск в современных условиях. 1,94.
- Мирошниченко Ю.В., Мосягин И.Г., Горячев А.Б., Меркулов А.В.** – Перспективы развития системы нормирования медицинского имущества для кораблей и судов Военно-морского флота. 5,90.
- Пастухов А.Г.** – О формировании и применении мобильных специализированных подразделений. 10,86.
- Плюсин С.В.** – Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной гастроэнтерологии», посвященная 90-летию со дня рождения профессора А.И.Хазанова. 4,94.
- Пономаренко Г.Н.** – Международный симпозиум медицинской панели НАТО «Реабилитация, регенерация и протезирование раненых военнослужащих». 10,95.
- Попов А.П., Покусаев А.А.** – Совершенствование работы по проведению углубленного медицинского обследования личного состава Московского территориального гарнизона. 11,95.
- Рева В.А.** – Научно-практический курс «Травма и неотложная хирургия» в Зальцбурге. 3,94.
- Рябинкин В.В.** – Оптимизация деятельности службы медицины катастроф в вопросах оперативного реагирования, правового обеспечения и работы с общественностью. 7,94.
Сбор руководящего состава медицинской службы Вооруженных Сил РФ. 1,2 с. обл.
Тактико-специальное учение «Рубеж-2013» в учебном центре Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. 12, 2–3 с. вклейки.
- Фисун А.Я.** – С Днем медицинского работника! 6,2 с. обл.
- Чигарева Н.Г.** – Военно-медицинский музей – хранитель традиций и истории российской медицины. 5,92,4 с. обл.
- Шелепов А.М., Благинин А.А., Жуков А.А.** – Перспективные технологии медицинского обеспечения войск. 6,92.
- Шелепов А.М., Крючков О.А.** – Всероссийская научно-практическая конференция «Военная медицина в войне 1812 года: уроки и выводы». 4,92,4 с. вклейки.
- Шелепов А.М., Кульнев С.В., Сушильников С.И.** – Совершенствование полевой выучки слушателей и курсантов Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. 7,91,2–4 с. вклейки.
- Шитов А.Ю., Андрусенко А.Н.** – VI Международный салон «Комплексная безопасность 2013» на ВВЦ. 7,2 с. обл.; 8,92,2 с. обл., 2–4 с. вклейки.

АЛФАВИТНЫЙ ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ*

- Абашин В.Г., 10,59.
 Абдрашитова А.С., 8,58.
 Аверкиев В.А., 4,46.
 Аверьянов Д.А., 4,12.
 Агапитов А.А., 1,66; 2,65; 5,53.
 Азаров И.И., 10,21.
 Акимкин В.Г., 8,50; 9,65.
 Акимов А.Г., 1,52.
 Аланичев А.Е., 1,44; 7,51.
 Алейников С.И., 1,66; 2,65.
 Александров А.С., 8,94.
 Александрова Е.Б., 5,49.
 Алексейчук Г.И., 10,50.
 Алисов П.Г., 11,24.
 Алябьев М.В., 12,17.
 Амиров А.М., 9,66.
 Андрусенко А.Н., 8,92.
 Антипова Е.В., 1,62; 2,4.
 Антонов А.Г., 6,58.
 Ануфриев А.А., 9,14.
 Ардашев В.Н., 2,13.
 Артюх В.А., 4,46.
 Артюхов С.А., 5,72.
 Архипов А.В., 2,84.
 Аршинов Н.П., 3,36.
 Аскерко Н.В., 9,59.
 Астахова Т.П., 10,60.
 Асташов В.Л., 1,87; 8,30.
 Афонасков О.В., 10,21.
 Ахмадов Т.З., 7,62.
 Багмет А.Д., 2,58.
 Бадалов В.И., 6,24.
 Бакшеев В.И., 11,48.
 Бала А.М., 9,23.
 Балаховский А.А., 9,14.
 Барановский А.М., 5,13.
 Барбинов В.В., 5,48.
 Баринов О.В., 3,12.
 Барсуков А.В., 9,46.
 Барчуков В.В., 3,60.
 Беглярбеков Г.Р., 4,11.
 Белевич В.Л., 2,24.
 Великова Т.М., 4,7.
 Белков С.А., 2,53.
 Белоусов И.С., 1,19.
 Белоусова О.Д., 1,19.
 Белоусова Р.В., 4,27.
 Бельских А.Н., 6,4,84; 12,4.
 Белякин С.А., 2,21; 3,15; 5,4,24,32,59,63; 6,43; 9,35; 11,71.
 Белякина Е.С., 1,64; 8,56; 10,60.
 Беляков К.В., 12,27.
 Беляков Р.А., 3,36.
 Березин А.И., 3,55.
 Берский О.В., 5,19.
 Бехзадпур Д., 4,27.
 Благинин А.А., 6,92.
 Бляунштейн Б.М., 8,70.
 Бобий Б.В., 10,4.
 Бобров А.Н., 3,15.
 Бобылев В.А., 2,8.
 Бобылева Т.А., 3,26.
 Богаченко С.М., 2,4.
 Богомолов Б.Н., 3,20.
 Богомолов В.Д., 6,8.
 Бойко Э.В., 11,93; 12,17.
 Бокачев Р.А., 9,35.
 Болахан В.Н., 1,66; 2,65; 3,61; 4,51; 9,87.
 Болотников А.И., 3,51.
 Бондаренко А.В., 3,51.
 Борисевич С.В., 11,76.
 Борисов Д.Н., 6,8.
 Бородавко В.К., 2,84.
 Боршевский А.А., 5,36.
 Боско О.Ю., 4,4.
 Боташев А.А., 8,60.
 Бояринцев В.В., 2,13.
 Бреднев А.О., 2,24.
 Брижань Л.К., 6,62; 8,52.
 Бровкин С.Г., 2,60.
 Бубеев Ю.А., 6,60.
 Будко А.А., 3,68.
 Булавин В.В., 6,60; 9,66.
 Булатов М.Р., 7,4; 9,11.
 Булдаков И.М., 5,74.
 Бунин С.А., 1,94; 8,74.
 Буряченко Б.П., 8,52.
 Бутов А.Ю., 9,86.
 Бухтияров И.В., 4,32.
 Быгаева М.Ю., 9,54.
 Бызов Н.В., 1,33.
 Вартбаронов Р.А., 6,72.
 Варфоломеев В.А., 7,67.
 Васильев Г.Г., 12,10.
 Васильева Е.С., 1,64; 8,56.
 Васильева П.М., 10,60.
 Васильков А.М., 2,84.
 Ветряков О.В., 6,36.
 Власенко Т.Н., 9,14.
 Власов А.Ю., 2,51,91; 5,88; 7,4.
 Волгин А.Р., 8,50; 9,65.
 Волкова Л.В., 9,59.
 Вологжанин Д.А., 9,23.
 Ворона А.А., 1,86.
 Воронков Л.В., 9,29.
 Гаврилов В.В., 3,41; 5,74.
 Газизова Л.М., 8,51.
 Гайдар Б.В., 12,27.
 Гайдаш А.А., 1,19; 6,45.
 Гайдук С.В., 8,25.
 Галин Л.Л., 1,79; 4,79; 8,80; 11,85.
 Гвасалия Б.Р., 5,36.
 Гилевский С.Г., 5,27.
 Гладинец И.В., 1,55.
 Головинова В.Ю., 8,10.
 Головкин К.П., 6,24; 8,25; 11,24.
 Голосов С.Ю., 4,69.
 Голота А.С., 4,51; 5,53; 8,64; 10,66.
 Голофеевский В.Ю., 11,11.
 Голубева А.А., 12,94.
 Голубенко Р.А., 1,94.
 Голубок А.О., 1,19.
 Гончаренко А.Ю., 12,59.
 Гончаров С.Ф., 10,4.
 Горбань Е.В., 2,56.
 Горбатов Е.А., 11,40.
 Горбуленко В.Б., 6,64.
 Горичный В.А., 8,62.
 Городничий В.В., 8,94.
 Горячев А.Б., 3,83; 5,90; 7,21.
 Гребеньков С.В., 12,87.
 Гребенюк А.Н., 1,25,49; 2,91; 3,91; 4,83; 5,88; 6,84; 10,90; 11,93.
 Гребнев Г.А., 3,4; 4,51.
 Грибова Л.Н., 3,32.
 Грибовская Г.А., 3,68.
 Григорьев С.Г., 5,13.
 Грицюк А.А., 8,52.
 Гришин А.С., 8,62.
 Гришин И.С., 8,19.
 Грошилин В.С., 9,69.
 Грошилин С.М., 2,84.
 Губаз С.Г., 8,60.
 Гудырев О.С., 2,56.
 Гулям Н.Ю., 2,52.
 Гуркало В.И., 5,45.
 Гусев А.Н., 3,53.
 Давыдов А.В., 5,45.
 Давыдов Д.В., 6,62.
 Давыдов Е.Л., 2,63.
 Данько А.А., 2,53.
 Данько Ю.А., 2,53.
 Дворянчиков В.В., 11,93.
 Деменчук П.А., 6,64.
 Демко А.Е., 4,42.
 Денисов А.В., 8,25; 11,24.
 Деревянко Р.В., 10,63.
 Деркач В.Э., 5,94.
 Диордийчук С.В., 8,94.
 Дмитриев О.В., 3,55.
 Добрынин В.М., 10,80.
 Долгих Р.Н., 5,27,63.
 Дремов В.В., 2,60.
 Дрозд М.В., 8,51.
 Дубоделов Д.В., 1,55.
 Дубров В.Э., 3,51.
 Дубровин Г.М., 2,56.
 Думнов А.Г., 3,20.
 Елоев М.С., 1,9.
 Елонаков А.В., 11,73.

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

- Емелин А.Ю., 2,60.; 3,55.
 Емельяненко М.В., 11,40.
 Емельянов Г.А., 1,58; 9,71.
 Еремин Г.Г., 2,53.
 Ермолаев В.В., 11,71.
 Ермолаева Н.К., 4,4.
 Ефименко Н.А., 10,59.
 Жабин А.В., 11,24.
 Жарков Д.А., 5,19; 11,55.
 Жданов К.В., 1,39; 6,54,90;
 8,19,50; 9,65; 10,21; 11,83;
 12,68.
 Жданыко И.М., 1,54; 4,69;
 6,72.
 Железняк И.С., 10,45.
 Жильцова И.И., 2,45.
 Жирнова Н.А., 8,25.
 Жоголев К.Д., 11,55.
 Жоголев С.Д., 11,55.
 Жуков А.А., 6,92.
 Жуков М.В., 1,19.
 Журавлёв Д.А., 3,68.
 Заварзин А.Ю., 11,7.
 Заволожин В.А., 1,55.
 Завьялов А.И., 7,56.
 Зайцев А.А., 10,21; 11,35.
 Зайцев О.Н., 3,36.
 Зайцева И.П., 3,36.
 Зайцева Н.С., 2,58.
 Запечникова И.В., 1,54.
 Засимов В.С., 3,32.
 Захаренко С.М., 1,39.
 Захарова А.И., 7,51.
 Захарова Е.Г., 5,45; 7,26.
 Злаин А.И., 5,67.
 Зобов А.Е., 5,19.
 Зотов А.Е., 4,41.
 Зубенко А.И., 12,52.
 Зув В.К., 5,69.
 Зырянов В.А., 6,67; 7,32.
 Иванников Ю.Г., 11,55.
 Иванов А.В., 2,56; 4,12;
 5,4,24.
 Иванов А.М., 6,54.
 Иванов А.О., 2,84.
 Иванов В.А., 5,4.
 Иванов В.В., 3,61; 5,13; 6,8.
 Иванов И.В., 4,27; 6,58.
 Иванов Ф.В., 3,12.
 Иванова Т.Г., 7,17.
 Иванова Т.Н., 7,17.
 Иванцов В.А., 1,62; 2,4; 5,78.
 Ивойлов О.О., 6,54.
 Иволгин А.Ф., 5,47.
 Ивченко Е.В., 1,19,66,86;
 2,65; 3,12,61; 4,51; 6,84,86;
 12,52,92.
 Игнатъев С.А., 8,55.
 Именовский И.Э., 11,61.
 Иорданишвили А.К., 3,4.
 Кабанов М.Ю., 6,45; 11,84.
 Кадерова Г.Д., 10,60.
 Казанова А.С., 1,55.
 Казначеев М.В., 6,24; 11,24.
 Калабухова Л.Ю., 8,50; 9,65.
 Калашникова А.С., 1,55.
 Калёнова И.Е., 2,13.
 Кальманов А.С., 6,60; 9,66.
 Карабач И.В., 3,52; 5,50.
 Карамуллин М.А., 1,25.
 Карниз А.Ф., 5,45.
 Карпалов В.Т., 9,93.
 Карпенко И.В., 8,57.
 Карпушенко Е.Г., 4,7; 12,83.
 Касаткин А.А., 9,73.
 Кашенко О.И., 11,71.
 Керимов А.А., 6,62.
 Ким А.П., 1,74.
 Киреев С.Г., 8,10.
 Кириллов Г.Н., 10,71.
 Климов А.С., 3,4.
 Клипак В.М., 1,9.
 Князев Е.А., 10,45.
 Коваленко А.Н., 1,39.
 Коваленко А.П., 3,55.
 Ковтун Э.А., 8,51.
 Козлов С.С., 11,83.
 Козовой И.Я., 4,12.
 Козовой М.Я., 4,54, 88.
 Коклина Н.Ю., 2,56.
 Колесников В.В., 11,55.
 Колкутин В.В., 6,78.
 Колтунов А.Н., 5,32.
 Кондратьева Т.В., 11,35.
 Коновалов П.П., 8,70.
 Коновалов С.В., 4,73.
 Кононов В.Н., 1,94; 3,83;
 8,74; 11,16; 12,46.
 Конишев И.С., 5,45.
 Корепина Т.В., 2,63.
 Корнеев А.А., 1,57; 6,8.
 Коростелёв К.Е., 8,53.
 Коротченко С.И., 2,51;
 8,50; 9,65.
 Корюков Д.В., 10,50.
 Косинец В.Н., 5,48.
 Костенко Н.Л., 1,94; 8,74.
 Костюк А.В., 2,76.
 Котенко П.К., 1,4; 8,10.
 Котив Б.Н., 3,12; 6,31;
 12,52,92.
 Котровская Т.И., 6,60.
 Кочетков А.В., 2,24.
 Кочетов А.Г., 5,36.
 Кочиш А.Ю., 1,57.
 Кошелев В.П., 9,14.
 Краев И.Г., 9,70.
 Краев Н.Н., 2,52.
 Крайнюков П.Е., 4,4.
 Красиков Е.К., 3,32.
 Крассий А.Б., 1,66; 2,65; 3,61;
 4,51; 5,53; 8,64; 10,66.
 Криворучко А.Б., 6,54.
 Крыжов С.Н., 9,35.
 Крылов Н.Л., 4,73.
 Крючков О.А., 4,92.
 Крячко Н.С., 6,43.
 Кувакин В.И., 5,53; 12,10.
 Кувшинов К.Э., 10,21;
 11,4,40.
 Кудяшев А.Л., 4,46.
 Кузин А.А., 6,54.
 Кузин С.Н., 1,55.
 Кузнецов С.А., 5,94.
 Кузнецов С.М., 4,63; 6,20;
 12,94.
 Кузьменко И.Е., 1,83; 8,62.
 Кузьменко Т.И., 8,62.
 Кузьмин С.А., 10,65.
 Кузьмин С.Г., 6,20.
 Кузьминов О.В., 3,41.
 Кузьмич В.Г., 6,36; 12,39.
 Кулик А.В., 8,55.
 Куликов В.В., 4,11.
 Кулиш В.С., 11,76.
 Кульнев С.В., 7,91.
 Кульчицкая Д.Б., 8,56.
 Кундашев У.К., 3,60.
 Куроедов А.В., 8,94.
 Кутузова Е.А., 1,62; 2,4.
 Кушнарева Ю.Б., 5,42.
 Лавров В.Ф., 1,55.
 Лазарев Г.В., 5,27.
 Ландик С.А., 12,27.
 Лебедев В.Н., 11,76.
 Левина А.А., 7,38.
 Левичев В.В., 1,19.
 Левшанков А.И., 3,20.
 Легеза В.И., 1,25.
 Леженина Н.П., 11,71.
 Леонов С.В., 5,27.
 Лизунов Ю.В., 4,63.
 Липова Е.В., 5,52.
 Лисовец Д.Г., 6,14.
 Литвиненко И.В., 8,53; 9,29.
 Лиферов Р.А., 3,26.
 Лишук А.Н., 5,32.
 Лобанов А.И., 9,87.
 Лобач Р.Н., 8,58.
 Лобзин Ю.В., 8,19; 12,68.
 Лобкова О.С., 9,23.
 Лысов А.Ю., 2,53.
 Лысов Н.И., 8,19.
 Лютов В.В., 3,32; 9,11.
 Мавренков Э.М., 12,92.
 Маджанова Е.Р., 11,35.
 Мазайкин Д.Н., 5,74.
 Майстренко Н.А., 6,31; 12,33.
 Макаров П.П., 6,20.
 Макаров Ю.С., 11,71.
 Макешова А.Б., 7,38.
 Макиев Р.Г., 1,44; 7,51.
 Максименко А.Н., 5,78.
 Максимов А.Г., 6,14; 10,66.
 Максимов И.Б., 4,54,88; 9,93.
 Малахов Ю.С., 4,12.
 Малащук Л.С., 10,57.
 Малых А.Б., 1,62; 2,4.
 Мальцев О.В., 8,19.
 Мамукова Ю.И., 7,38.
 Мануйлов В.М., 4,54,88.
 Мануковский В.А., 8,53.
 Манюхин А.Н., 5,27.
 Марченко А.А., 9,4.
 Марчин В.В., 4,54,88.
 Марьин Г.Г., 5,45.
 Маряшин Ю.Е., 10,57.
 Масленников С.В., 9,69.

- Матвеев А.А., 2,53.
Матвеев С.Ю., 6,36; 11,83; 12,39.
Маточкина А.А., 9,59.
Махновский А.И., 9,11.
Медведев В.Р., 5,79; 8,84.
Медведева О.Ю., 6,68.
Мезенова Т.В., 11,73.
Мельник С.Г., 8,35.
Мельников О.Н., 11,79.
Меньков И.А., 10,45.
Мережкин А.М., 2,52.
Меркулов А.В., 5,90; 7,21.
Мещеряков С.И., 3,36.
Микиртычан Г.Л., 5,86.
Милошевский А.В., 9,59.
Миляев А.В., 11,16.
Минаев Д.Ю., 2,91.
Мироветский Ф.В., 4,46.
Мироненко А.Н., 1,57; 4,40.
Мирошниченко Ю.В., 1,94; 3,83; 5,90; 7,21; 8,74; 11,16; 12,46.
Митин Ю.А., 9,23.
Михайлов А.А., 3,26; 11,70.
Мишин Ю.А., 9,86.
Моисеев Ю.Б., 9,86; 11,61.
Моргунов В.А., 7,21.
Моровикова Т.В., 3,61.
Морозов Д.А., 11,40.
Мосягин И.Г., 5,90.
Мосатов Г.П., 7,51.
Мухаметжанов А.М., 2,38; 11,68.
Мухин И.С., 1,19.
Мухтарулина С.В., 8,30.
Мызников И.Л., 3,41; 9,59.
Мягков Ю.А., 3,52; 5,50; 9,70.
Мягкова А.Ю., 3,52; 5,50; 9,70.
Мясников А.Ал., 2,45.
Мясников А.Ан., 2,45.
Навазнов В.В., 5,32.
Нагибович О.А., 1,66; 2,65; 3,61; 4,51; 8,64; 9,87.
Найдич В.И., 4,83.
Найченко М.В., 8,44.
Насолодин В.В., 3,36.
Науменко Э.В., 4,44.
Небредовский В.Н., 5,19.
Негруша Н.А., 11,74.
Немченко Н.С., 8,25.
Неустроев А.П., 1,44.
Никитин А.Ф., 11,83.
Никитин Е.А., 3,89; 11,84.
Никитюк Н.Ф., 8,58.
Ниниченко В.И., 8,80.
Новосёлов С.А., 6,20.
Образцов А.В., 9,35.
Овчинников Д.В., 1,86; 2,24; 12,52.
Овчинников Ю.В., 10,21.
Огарков П.И., 10,21; 11,55.
Огородникова В.Ю., 8,94.
Одинак М.М., 2,60; 3,55; 9,29; 12,59.
Ойноткинова О.Ш., 11,48.
Опарин М.Ю., 3,41.
Орлов Ф.А., 7,26.
Осипов Н.Г., 10,50.
Павлов А.И., 11,71.
Павлов Д.В., 5,36.
Палченкова М.В., 2,53.
Панова Н.Г., 6,67; 7,32.
Папко С.В., 5,78.
Папков А.Ю., 4,4.
Паринов О.В., 2,8.
Парфенов В.Д., 4,51.
Парфёнов В.Е., 12,27.
Пастухов А.Г., 10,86.
Пастушенков А.В., 9,4.
Пащенко М.Б., 3,26.
Пашковский Р.Д., 9,76.
Пашникова И.С., 3,48.
Передельский Е.В., 8,19.
Перелома В.И., 3,20.
Перфильев А.Б., 12,46.
Петров А.А., 11,76.
Петров А.Н., 6,24; 8,25.
Петров М.М., 9,80.
Петров С.В., 1,66; 2,65.
Петросян Э.А., 8,60.
Пиманчев О.В., 8,52.
Пинчук О.В., 5,24; 9,35.
Пинчук П.В., 3,73; 6,78.
Писанов Н.А., 12,27.
Писарев А.А., 5,74.
Платов С.Е., 5,42.
Плеханов В.Н., 1,33; 11,79.
Плюснин С.В., 3,15; 4,94.
Повзун С.А., 4,42.
Поддубный М.В., 2,70; 5,84; 7,62,67,69; 12,89.
Покровский К.А., 5,52.
Покусаев А.А., 4,41; 11,95.
Полежаев А.В., 12,27.
Поляков И.И., 5,24.
Помешик Ю.В., 8,60.
Пономарёв В.К., 5,36.
Пономаренко Г.Н., 10,95.
Попов А.А., 7,21.
Попов А.П., 3,26; 4,41; 10,60; 11,7,95.
Потехин А.В., 5,27.
Потехин Н.П., 7,26.
Потрахов Н.Н., 3,4.
Прометная Г.А., 11,70.
Прометной Д.В., 11,70.
Просьянникова Н.В., 5,52.
Прохорчик А.А., 5,32.
Путило В.М., 8,84.
Пчелин И.Г., 3,48; 4,21; 6,68.
Пырьев А.Н., 5,43.
Работкин О.С., 9,66.
Рабухин А.Ю., 11,7.
Радченко С.Н., 11,61.
Раимжанов А.Р., 7,38.
Райкова С.В., 7,56.
Рева В.А., 3,94; 6,24; 10,90; 11,24.
Резванцев М.В., 1,66; 2,65; 3,61; 4,51; 6,8; 9,29.
Ремизов Е.В., 2,63.
Рихтер В.В., 1,55.
Родионова А.Ю., 3,26.
Розанов В.Е., 3,51.
Розов А.И., 6,24.
Романов В.Е., 4,46.
Рудаков Ю.В., 3,32.
Рудницкий А.Б., 5,47.
Рудь С.Д., 10,45.
Рукавицын О.А., 8,51.
Рукавишников С.Н., 8,83.
Румянцев С.А., 11,70.
Рухляда Н.В., 6,45.
Рыбин В.В., 1,55.
Рыженков С.П., 4,69.
Рыжиков М.В., 7,21.
Рыжман Н.Н., 5,32,42.
Рябинкин В.В., 7,94.
Савченко И.Ф., 8,4.
Садченко С.Н., 9,59.
Сакс Л.А., 3,57; 9,39.
Саленко Ю.А., 3,60.
Салимов Д.Ш., 4,4.
Салмина Т.А., 8,50; 9,65.
Салухов В.В., 1,25.
Самохвалов И.М., 1,4,50; 6,24; 8,25; 10,90; 11,24; 12,33.
Самцов А.В., 5,48.
Сарана А.М., 6,14.
Саяпина Л.В., 8,58.
Свистов А.С., 1,44; 7,51.
Свистов Д.В., 12,27.
Северин В.В., 1,4.
Сергеев С.М., 3,32.
Сергеева В.В., 2,8; 3,26.
Сергиенко В.И., 8,60.
Серебренников В.Н., 11,48.
Сибилёв В.И., 5,45.
Сивашенко П.П., 4,40; 5,13; 8,64; 10,56.
Сидоров О.В., 5,36.
Симбердеев Р.Ш., 4,41.
Симоненко В.Б., 11,40,84.
Синенченко А.Г., 9,4.
Ситников Н.В., 5,36.
Скляров В.Н., 1,62; 2,4.
Скорик Е.С., 10,50.
Сливкин А.А., 3,4.
Слободенюк А.В., 11,16.
Смагулов Н.К., 2,38; 11,68.
Смирнов С.И., 6,45.
Смолин Н.В., 6,45.
Смуrow А.В., 2,84.
Соболенко А.К., 2,89; 5,79.
Соболенко Д.А., 4,69.
Соколов Б.В., 8,55.
Солдатов Е.А., 1,66; 2,65; 6,75.
Соловей Э.П., 2,51.
Соловов А.В., 5,47.
Соловьев И.А., 6,45.
Солонцова Е.Н., 8,30.
Сорока А.К., 4,48.

- Сорокин С.И., 4,40.
Софронов Г.А., 12,39.
Сохранов М.В., 11,24.
Сошина А.А., 2,8.
Спиридонова Е.А., 11,70.
Стафеев Д.В., 1,57.
Стеклов В.И., 2,30; 11,40.
Степанюк А.В., 4,12.
Стец В.В., 6,67; 7,32.
Стовба Л.Ф., 11,76.
Стойка В.М., 5,42.
Столяр В.П., 5,79.
Ступников А.В., 11,16.
Суборова Т.Н., 3,12.
Сухарев В.А., 6,64.
Сухорослова И.Е., 1,44.
Сушильников С.И., 7,4,91.
Сушенин А.А., 9,11.
Таланцева М.С., 9,46.
Тарасенко Г.Н., 5,48,52.
Тегза В.Ю., 4,7.
Терентьев Л.П., 4,63.
Терещенко О.А., 8,60.
Терещук С.В., 6,64.
Титов Р.В., 6,45.
Тихонов П.А., 9,35.
Ткачук И.В., 1,19.
Толмачёв И.А., 1,19.
Трегубов В.Н., 8,15.
Трефилова О.А., 8,57.
Троян В.Н., 8,51.
Труфанов А.Г., 9,29.
Труфанов Г.Е., 3,48; 4,21; 6,68; 10,45.
Туленко А.Г., 5,32.
Тыренко В.В., 6,14.
Тюликов К.В., 8,53.
Тюрин В.П., 11,73.
Тюрин М.В., 6,45.
Ульянов В.А., 8,83.
Умаров С.З., 8,74.
Унгурян В.М., 4,42.
Ураков А.Л., 9,73.
Уракова Н.А., 9,73.
Усачева Ю.В., 11,73.
Успенская П.А., 1,64; 8,56.
Устименко Л.И., 9,59.
Устинов М.В., 10,63.
Уточкин А.П., 6,45.
Уховский Д.М., 4,7.
Ушаков Б.Н., 4,32.
Ушаков И.Б., 3,87; 4,32.
Файтельсон А.В., 2,56.
Фам Суан Нинь, 4,32.
Фёдорова Н.С., 4,21.
Федотов Н.Н., 11,7.
Фисун А.Я., 7,4,69; 9,4; 10,4; 11,4.
Фокин А.А., 3,73.
Фокин В.А., 3,48; 4,21; 6,68.
Фокин Ю.Н., 5,63,69.
Фомичев А.В., 11,11; 12,39.
Фролкин М.Н., 5,59.
Фурсов А.Н., 7,26.
Халимов Ю.Ш., 1,25,52; 6,36; 9,23; 11,11; 12,39.
Ханкевич Ю.Р., 9,59.
Харисов А.М., 8,4.
Харитонов М.А., 3,32.
Харьков Е.И., 2,63.
Холиков И.В., 3,91; 5,88; 10,90.
Хоменко М.Н., 4,69; 6,72.
Царёв М.И., 2,21.
Цветков С.В., 12,87.
Цепкова Г.А., 11,11.
Цибикова З.В., 10,65.
Цублова Е.Г., 7,17.
Цыган В.Н., 6,86; 12,5.
Цыган Н.В., 11,30; 12,59.
Цымбал А.Н., 3,78.
Чепур С.В., 6,49.
Чернеховская Н.Е., 9,54.
Чернов В.И., 2,45.
Честнова Г.П., 10,59.
Четкарев Ю.Э., 2,13.
Чигарева Н.Г., 5,92.
Чижикова О.А., 2,58.
Чудиновских А.Г., 12,59.
Чулаевский А.О., 8,35.
Чумаков А.В., 1,44; 7,51.
Чумаков Вл.В., 2,84.
Чурашов С.В., 12,17.
Чурилов Ю.К., 2,60; 11,61.
Шалахин Р.А., 1,66; 2,65.
Шамрей В.К., 9,4; 12,59.
Шандуренко И.Н., 2,21.
Шапка М.П., 10,60.
Шаповалов В.М., 4,46; 8,72.
Шарова Н.В., 1,44.
Шаршов Ф.Г., 11,70.
Швецов В.В., 3,57.
Швецов В.К., 9,69.
Шевцов В.А., 8,50; 9,65.
Шевченко Н.В., 8,70.
Шевченко О.С., 10,63.
Шелепов А.М., 4,92; 6,75,92; 7,91.
Шеппли Е.В., 1,66; 2,65.
Шестаков С.В., 6,49.
Шестопалов А.Е., 6,67; 7,32.
Шестопалов С.С., 3,60; 4,88.
Шипицын К.С., 11,55.
Ширенко О.Е., 1,62.
Шитов А.Ю., 2,45; 8,92.
Шишкин М.К., 3,32.
Шкловский Б.Л., 5,4; 11,48.
Шмелёв С.В., 3,41.
Шуть А.Д., 11,79.
Щёголев А.В., 1,52; 3,20; 7,9; 10,90.
Щелгачев В.В., 10,80.
Щербakov П.Л., 9,54.
Шукин С.Ю., 1,60.
Эралиева М.О., 7,38.
Юдин А.Б., 6,49; 8,84; 11,24.
Юдин В.А., 3,57.
Юрьев А.Ю., 2,45.
Ютрина Т.О., 11,73.
Якимов Ю.М., 8,50; 9,65.
Яковлев А.Е., 4,88; 9,93.
Яковлев С.В., 8,4; 11,4.
Яменсков В.В., 9,35.
Ярошенко В.П., 3,52.
Яснецов В.В., 7,17.

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

<input type="checkbox"/>	За содержание и достоверность сведений в рекламном объявлении ответственность несет рекламодатель.	
<input type="checkbox"/>	Учредитель – Министерство обороны Российской Федерации. Зарегистрирован Министерством печати и информации Российской Федерации. Номер регистрационного свидетельства 01975 от 30.12.1992 г.	
Сдано в набор 17.12.13. Формат 70×108 ¹ / ₁₆ . Усл. печ. л. 8,4. Заказ № 481.	Печать офсетная. Усл. кр.-отг. 9,8. Тираж 3402 экз.	Подписано к печати 20.01.14. Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 8,6. Каталожная цена 58 р. 00 к.
Отпечатано в ОАО «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		