

# ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ  
СССXXXV

*Тод  
издания  
-192-й*



5  
МАЙ  
2014

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ  
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ  
И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ  
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

---

*Издается с 1823 года*

---



**РЕДАКЦИОННАЯ  
КОЛЛЕГИЯ:**

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



**РЕДАКЦИОННЫЙ  
СОВЕТ:**

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 \* МАЙ  
Т. 335 \* № 5

---

- *Опыт взаимодействия военно-медицинской службы с органами здравоохранения в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.*
- *Медицинское обеспечение союзных конвоев в годы Великой Отечественной войны на северном морском театре*
- *Микроструктура гиппокампа в острой фазе черепно-мозговой травмы, вызванной огнестрельным оружием*
- *Медико-социальные аспекты заболеваемости дерматозами у военнослужащих в условиях Крайнего Севера*
- *Состояние и перспективы военной нефрологии за рубежом*
- *1-й Военно-морской госпиталь в годы Великой Отечественной войны*

---

МОСКВА  
ОАО «КРАСНАЯ ЗВЕЗДА»



**Организация медицинского обеспечения Вооруженных Сил**

**Organization of medical support of the Armed Forces**

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

Budko A.A., Gribovskaya G.A., Zhuravlev D.A. – The historical experience of medical service in cooperation with state health-care facilities during the Great Patriotic War 1941–1945



**Медицина экстремальных ситуаций**

**Medicine of extreme situations**

Гайдаш А.А., Ивченко Е.В., Левичев В.В. – Микроструктура гиппокампа в острой фазе черепно-мозговой травмы, вызванной огнестрельным оружием ограниченного поражения 11

Gaidash A.A., Ivchenko E.V., Levichev V.V. – Microstructure of the hippocampus in brain injury caused by non-lethal weapons



**Войсковая медицина**

**Army health Service**

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

Derevyanko R.V., Shevchenko O.S., Ustinov M.V. – Medical and social aspects of dermatoses morbidity in military personnel serving in a region of the Far North



**Лечебно-профилактические вопросы**

**Prophylaxis and treatment**

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

Fursov A.N., Chernetsov V.A., Chernov S.A., Potekhin N.P., Sokolyanskii N.V., Zakharova E.G., Lyapkova N.B. – Refractory hypertension: diagnosis and treatment optimization



**Гигиена и физиология военного труда**

**Military physiology and hygiene**

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

Yudin M.A., Bykov V.N., Chepur S.V., Sarana A.M., Tsygan V.N., Anokhin A.G. – Pharmacological tolerance to medical therapy of organophosphate poisoning and ways of tolerance management



**Авиационная и военно-морская медицина**

**Air and navy medicine**

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

Chernikov O.G., Chernyi V.S., Mishin Yu.A., Soshkin P.A., Fisun A.V. – The experience in organizing the medical support of allied convoys during the Great Patriotic War on the northern maritime theater

**Краткие сообщения**38 **Brief reports****По страницам зарубежной  
медицинской печати****From the foreign  
medical publications**

Нагибович О.А., Голота А.С., Крассий А.Б.  
– Современное состояние и перспек-  
тивы развития военной нефрологии

Nagibovich O.A., Golota A.S., Krassii A.B. –  
The current state and development pro-  
spectives of military nephrology

**Из истории  
военной медицины****From the history  
of military medicine**

Симоненко В.Б., Абашин В.Г., Половин-  
ка В.С. – Центральный военный гос-  
питаль НКО в годы Великой Отече-  
ственной войны

Simonenko V.B., Abashin V.G., Polovinka V.S.  
– The Central Military Hospital of the  
People's Commissariat for Defence during  
the Great Patriotic War 1941–1945

Черников О.Г., Черный В.С., Мишин Ю.А.,  
Сошкин П.А. – 1-й Военно-морской гос-  
питаль в период Великой Отечествен-  
ной войны

Chernikov O.G., Chernyi V.S., Mishin Yu.A.,  
Soshkin P.A. – 1<sup>st</sup> Navy hospital during the  
Great Patriotic War

Грибовская Г.А. – А.Я.Барабанов – руко-  
водитель медицинской службы фронтов  
в период Великой Отечественной войны

Gribovskaya G.A. – Barabanov A.Ya. – The  
head of battlefronts medical service during  
the Great Patriotic War

Поддубный М.В. – Боевой путь эвакуо-  
госпиталя № 3457 и его начальник  
Порфирий Иванович Заболотный

Poddubnyi M.V. – Military history of evacu-  
ation hospital N 3457 and the head of this  
hospital – Porfirii Ivanovich Zabolotnyi

Хильмончик Н.Е. – Средний медицин-  
ский персонал Белоруссии в годы фа-  
шистской оккупации

Khilmonchik N.E. – Belarusian paramedics  
during the Nazi occupation

**Официальный отдел**75 **Official communications****Лента новостей**10,37,  
81 **News feed****Хроника****Chronicle**

Варфоломеев В.А. – К 25-летию вывода  
советских войск из Афганистана

Varfolomeev V.A. – To the 25<sup>th</sup> anniversary  
of Soviet withdrawal from Afganistan

Мясников А.А., Петреев И.В., Кулешов В.И.,  
Андрусенко А.Н., Шитов А.Ю. – Про-  
blemные вопросы военно-морской ме-  
дицины

Myasnikov A.A., Petreev I.V., Kuleshov V.I.,  
Andrusenko A.N., Shitov A.Yu. – Problem  
issues of navy medicine

Самохвалов И.М., Петров А.Н., Рева В.А.  
– Международная хирургическая неде-  
ля в Хельсинки

Samokhvalov I.M., Petrov A.N., Reva V.A. –  
International surgical week in Helsinki

**CONTENTS**



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 614:355 «1941–1945»

## Исторический опыт взаимодействия военно-медицинской службы с органами здравоохранения страны в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.

БУДКО А.А., заслуженный врач РФ, профессор  
ГРИБОВСКАЯ Г.А., кандидат медицинских наук  
ЖУРАВЛЕВ Д.А., кандидат исторических наук (demetrio\_s@mail.ru)

Военно-медицинский музей, Санкт-Петербург

*В статье рассматриваются вопросы взаимодействия военно-медицинской службы и гражданского здравоохранения в деле организации лечения раненых и больных в тылу страны. Внутренний тыловой район являлся конечным звеном системы этапного лечения с эвакуацией по назначению и основным резервом сил и средств медицинской службы для фронтового и армейского районов. Широкая госпитальная сеть в тылу страны состояла в основном из эвакуогоспиталей Народного комиссариата здравоохранения СССР. Это требовало организации четкого взаимодействия военно-медицинской службы с органами гражданского здравоохранения, но оно достигалось не всегда, что затрудняло совместное управление эвакуогоспиталями. Однако, несмотря на эти проблемы, в период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. была решена основная задача – максимальный уровень возвращения раненых и больных военнослужащих в действующую армию и к труду.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* Великая Отечественная война, организация медицинской помощи раненым и больным, взаимодействие военно-медицинской службы с органами гражданского здравоохранения.

*Budko A.A., Gribovskaya G.A., Zhuravlev D.A. – The historical experience of medical service in cooperation with state healthcare facilities during the Great Patriotic War 1941–1945. Cooperation issues between military-medical service and civil healthcare in the field of delivery of medical aid to patients in the rear of country are considered in the article. The rear is a final stage of the care by echelon and the main medical reserve force for front and army areas. Wide hospital network in the rear consisted mainly of evacuation hospitals of the People's Commissariat of the USSR healthcare. Cooperation between military-medical service and civil healthcare facilities was required. Sometimes necessary cooperation failed and made mutual helming of evacuation hospitals difficult. But despite the problems the main problem – return of maximum wounded soldiers to active duty was solved during the Great Patriotic War.*

*К e y w o r d s:* the Great Patriotic War, organization of health care delivery to wounded, cooperation between military-medical service and civil healthcare facilities.

Опыт медицинского обеспечения боевых действий, предшествовавших Великой Отечественной войне, подтвердил правильность принципов и основных направлений развития советского военного здравоохранения, в т. ч. и курса на разработку, реализацию и развитие системы этапного лечения раненых и больных на войне с их эвакуацией по назначению. Одновременно были выявлены серьезные проблемы, нерешенные задачи и недостатки в организации работы и методах действий учреждений и

частей медицинской службы. Вместе с тем еще в предвоенные годы обозначилась необходимость согласования штатно-организационных рекомендаций и способов работы медицинской службы в условиях войны с реальным учетом людских и материальных ресурсов военного и гражданского здравоохранения.

В данной статье рассматриваются в основном вопросы взаимодействия военно-медицинской службы и гражданского здравоохранения в деле организации лечения раненых и больных в тылу



Этот серьезный организационный недостаток в структуре, а следовательно и в работе госпиталей тыла страны, снижал качество работы и уменьшал возвращение в строй пораженных в боях солдат и офицеров, увеличивая среди них инвалидность»<sup>12</sup>.

В целях улучшения работы госпиталей НКЗ в тылу страны практиковались обследования групп госпиталей тех или иных областей, краев и республик представителями ГВСУ, СО округов и эвакуационных пунктов. О результатах обследований ЛЭУ ГВСУ ставило в известность Главное управление ЭГ НКЗ СССР и Управление ЭГ НКЗ РСФСР. Все практические меро-

приятия, вытекающие из результатов обследований, должны были осуществляться исключительно распоряжениями управлений (отделов) эвакуационных госпиталей.

Органы НКЗ в свою очередь осуществляли контроль за работой госпиталей, объединенных эвакуационными пунктами, и о результатах сообщали в ЛЭУ ГВСУ.

Несмотря на трудности взаимодействия военно-медицинской службы и гражданского здравоохранения в организации деятельности госпиталей тыла страны, в период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. было достигнуто решение главной задачи – обеспечение максимального уровня возвращения раненых и больных в действующую армию и к труду [2, 3].

<sup>12</sup> Там же, ф. 1, оп. 47165, д. 471, л. 68, 138, 146.

### Литература

1. Георгиевский А.С., Иванов Н.Г., Лобастов О.С. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – М.: Медицина, 1985. – С.172.
2. Митерев Г.А. В дни войны и мира. – М.: Медицина, 1975. – 256 с.
3. Смирнов Е.И. Война и военная медицина

1939–1945. – М.: Медицина, 1979. – С. 153–167.

4. Труды Второго Пленума Госпитального Совета НКЗ СССР. – М.: Медгиз, 1943. – С. 10–11.

5. Труды Первого Пленума Госпитального Совета НКЗ СССР. – М.: Медгиз, 1942. – С. 414.

6. Труды Четвертого Пленума Госпитального Совета НКЗ СССР и РСФСР. – М.: Медгиз, 1946. – С. 95.

### ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

Комиссия в составе ведущих специалистов Главного военно-медицинского управления Минобороны России и Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова завершила аттестацию врачебного состава центральных военно-медицинских учреждений Минобороны России. Аттестация проводилась в соответствии с поручением министра обороны РФ генерала армии **Сергея Шойгу**.

В ходе аттестации были проверены профессиональные знания и уровень должностной компетенции руководящего состава, начальников медцентров и отделений и врачебного состава Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского, Медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В.Мандрыка, Главного центра военно-врачебной экспертизы, 662-го Центра обеспечения медицинской техникой и имуществом и Медицинского центра Минобороны России.

Аттестация проводилась путем индивидуального собеседования офицера с членами комиссии, в ходе которого определялся уровень профессиональной подготовки и соответствия специалиста занимаемой должности. Кроме того, каждый аттестуемый офицер проходил обязательное компьютерное тестирование, в ходе которого он должен был ответить на 60 вопросов, отражающих все аспекты его врачебной специализации и должностной компетенции.

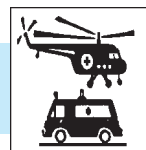
По результатам аттестации комиссия подготовила предложения по дальнейшему совершенствованию кадровой работы в центральных военно-медицинских учреждениях Минобороны России. Кроме того, по итогам аттестации кандидатуры 58 военных врачей предложено рассмотреть на предмет назначения на вышестоящие должности.

Управление пресс-службы и информации

Министерства обороны Российской Федерации, 15 апреля 2014 г.

[http://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=11917917@egNews](http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11917917@egNews)





© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 616.831-001.45-07:616.831.314-091.8

## Микроструктура гиппокампа в острой фазе черепно-мозговой травмы, вызванной огнестрельным оружием ограниченного поражения

ГАЙДАШ А.А., доктор медицинских наук ([jack200@ngs.ru](mailto:jack200@ngs.ru))<sup>1</sup>  
ИВЧЕНКО Е.В., доцент, подполковник медицинской службы<sup>1</sup>  
ЛЕВИЧЕВ В.В., кандидат физико-математических наук, доцент<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Университет информационных технологий, механики и оптики, Санкт-Петербург

Методами гистоморфометрии и атомно-силовой микроскопии изучены гиппокампы подопытных животных в острой фазе черепно-мозговой травмы, вызванной огнестрельным оружием ограниченного поражения. Эксперименты выполнены на баранах с помощью однократного выстрела в теменно-затылочную область из пистолета «Макарыч». Установлено, что через 30 мин после воздействия развивается интерстициальный отек, дезинтегрирующий нейрональную цитоархитектонику гиппокампов. Определяющим фактором отечной деструкции являются особенности микроструктуры отдельных слоев гиппокампов. В поверхностных тканевых структурах, имеющих пористую организацию, разрушение происходит по механизму инфильтрирующего расслоения проводниковых структур. В плотной пластинке зубчатой фасции энергия отека реализуется в растрескивание и фрагментацию. Независимо от локализации в интерстиции гиппокампов появляются кавитации, образующиеся по гидродинамическому механизму. Общими патогенетическими факторами являются ацидотический пикноз и десинаптация нейронов.

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** гиппокамп, нейроны, отек, пикноз, десинаптация, огнестрельное оружие ограниченного поражения.

Gaidash A.A., Ivchenko E.V., Levichev V.V. – Microstructure of the hippocampus in brain injury caused by non-lethal weapons. Methods of histomorphometry and AFM investigation were used in research of hippocampus in acute phase of gunshot brain injury. Experimental sheep were used in research. Researches fired a shot in parietooccipital area with the gun «Makarych». It was found that shooting causes interstitial edema which disintegrates neuronal cytoarchitectonics of hippocampus in 30 minutes. Main factor for interstitial edema is peculiarities of microstructures of separate hippocampal layers. In surface tissue structures that have porous and viscous structure occurs infiltrative dissection of conduction structures. The energy of edema realizes as spalling and fragmentation in dense lamina of the fascia dentata. Independent from localization pressure cavitation occurs in interstitial tissue of hippocampus. Common pathogenic factors are acidotic picnosis and neuronal desynaptization.

**К е у о р д s:** hippocampus, neurons, edema, picnosis, desynaptization, non-lethal weapons.

Гиппокамп – ключевая структура лимбической системы, наиболее глубоко расположенная в веществе головного мозга. В структурно-функциональном отношении гиппокамп имеет жестко стратифицированную модульную организацию. Слои характеризуются выраженной неоднородностью микроструктуры. Поверхностные слои – это пористо-сетчатые образования с нерегулярным расположением нейронов. Глубокие слои (зубчатая фасция) образованы плотно упакованными гранулярными клетками, слоистость которых строго контролируется [7].

Нет сомнения, что при прохождении ударных волн это предопределяет различия механического поведения и структурных преобразований как каждого из слоев (модулей), так и гиппокампа в целом, на что указывают проведенные ранее исследования других структур организма [2]. При этом форма и топологические особенности гиппокампов вносят свой вклад в процессы ударного метаморфизма. Канонически форму гиппокампа сравнивают с морским коньком. Но механически, во всяком случае у высших млекопитающих, он лучше аппрок-

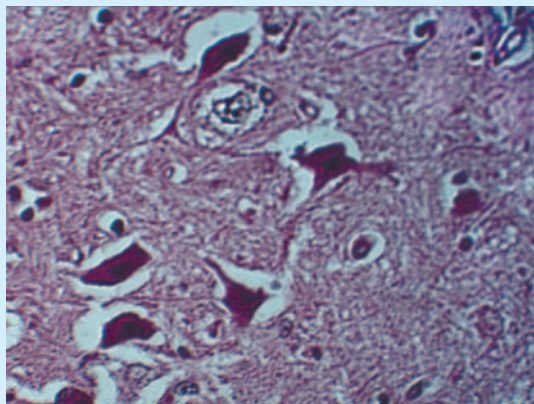


Рис. 4. Изображение АСМ-скана гиппокампа барана контрольной группы. Демонстрируется поверхность нейрона, «обсыпанная» синаптическими гранулами. Размер масштабной линейки 20 мкм

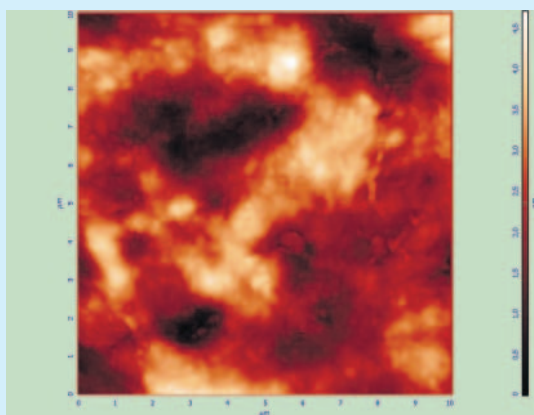


Рис. 6. Изображение гистологического препарата лотковой части гиппокампа барана в острой фазе ЧМТ. Демонстрируется интерстициальный отек. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение:  $\times 250$

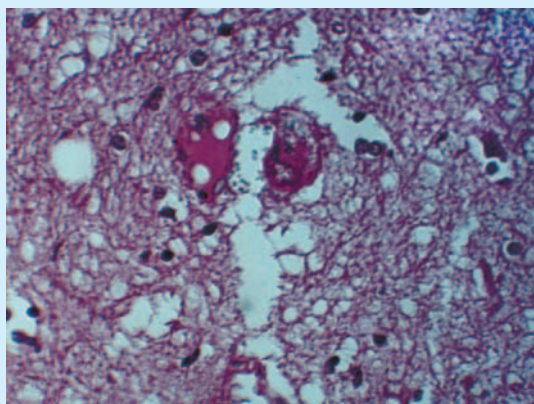


Рис. 8. Изображение гистологического препарата гиппокампа барана, получившего ЧМТ, в острой фазе. Демонстрируется деструктурирующий отек зубчатой фасции. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение:  $\times 250$

Рис. 1. Изображение гистологического препарата гиппокампа барана в острой фазе ЧМТ. Демонстрируется ацидотический пикноз нейронов. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение:  $\times 250$

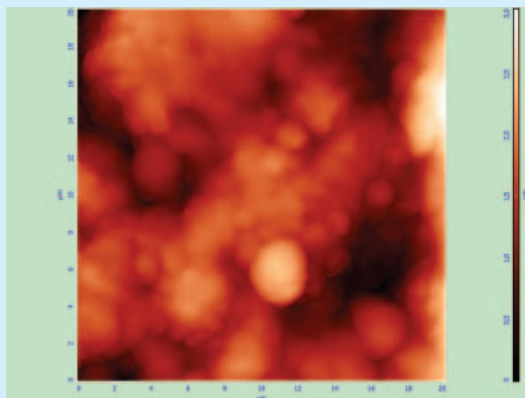


Рис. 5. Изображение АСМ-скана поверхности нейрона барана в острой фазе ЧМТ. Демонстрируется поверхность нейрона с уменьшенной плотностью синаптических гранул. Размер масштабной линейки 10 мкм

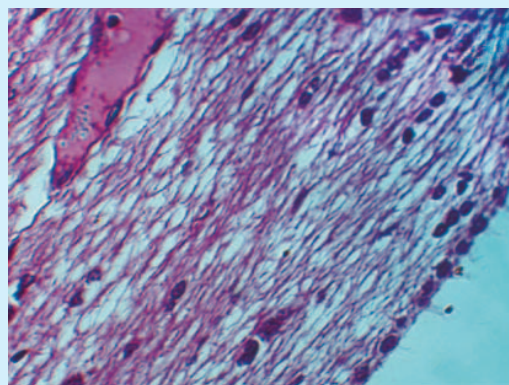
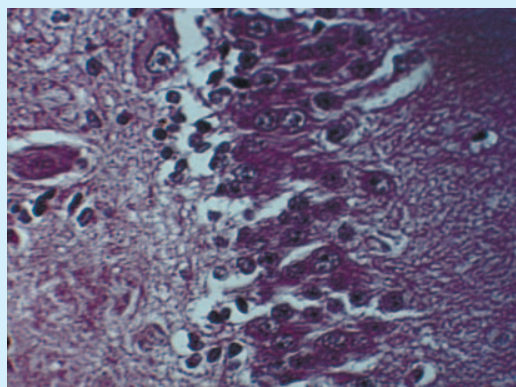


Рис. 7. Изображение гистологического препарата гиппокампа барана, получившего ЧМТ, в острой фазе. Демонстрируется деструктурирующий периваскулярный отек. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение:  $\times 250$







му механизму в связи с локальным снижением интерстициального давления в местах ускорения микротечений тканевой жидкости (в соответствии с законом Бернулли). Не исключен и акустический фактор прямого действия ударных волн, вызванных огнестрельным оружием ограниченного поражения. Принципиально важно, что при ЧМТ количество подобных полостей в гистологических срезах гиппокампов значительно возрастает.

### Заключение

В острой фазе черепно-мозговой травмы, вызванной огнестрельным оружием ограниченного поражения, развивается интерстициальный отек, дезинтегрирующий цитоархитектонику нейрональной организации гиппокампов. Особенности микроструктуры отдельных слоев аммоновых рогов определяют механизмы отека деструкции. В тканевых образованиях, имеющих пористую организацию (лотковый, пирамидальный, молекулярный и радиальный слои) разрушение происходит по механизму инфильтрирующе-

го расслоения проводниковых структур. Это медленный процесс отделения аксонов от тел нейронов. Основным риском, осложняющим этот процесс, является генерализация демиелинизации.

В плотной пластинке зубчатой фасции, организованной в строго упорядоченные слои гранулярных нейронов, энергия отека реализуется в растрескивании и фрагментацию. Это ускоренный процесс, основным риском которого является формирование aberrантных проекций в связи с нарушением баланса между входящими и выходящими импульсами зубчатой фасции. Общим патогенетическим фактором является пикнотическая деформация нейронов, провоцирующая апоптоз и десинаптизацию.

Таким образом, в острой фазе черепно-мозговой травмы, вызванной огнестрельным оружием ограниченного поражения, в гиппокампе развивается ацидотический пикноз нейроцитов, интерстициальный отек, дезинтеграция интерфейса «синапс-нейрон», тканевой дефицит глиальных клеток.

### Литература

1. Автандилов Г.Г., Яблунчанский Н.И. Системная стереометрия в изучении патологического процесса. — М.: Медицина, 1981. — 192 с.
2. Гайдаш А.А., Ивченко Е.В., Левичев В.В., Денисов А.В. Структура мембран и физико-механические свойства эритроцитов в ранний период черепно-мозговой травмы, вызванной огнестрельным оружием ограниченного поражения // Воен.-мед. журн. — 2014. — Т. 335, № 4. — С. 14–21.
3. Гайдаш А.А., Тюрин М.В., Ивченко Е.В. и др. Механизмы повреждения лабиринтных капсул внутреннего уха при ранении головы не летальными кинетическим оружием // Воен.-мед. журн. — 2012. — Т. 333, № 6. — С. 22–27.
4. Ищенко А.Н., Белов Н.Н., Гайдаш А.А. и др. Структурные механизмы и математическое моделирование разрушения костной ткани при высокоскоростном ударе // Воен.-мед. журн. — 2011. — Т. 332, № 3. — С. 15–23.
5. Международная анатомическая терминология (пересмотр 1999 г.). На латинском, русском и английском языках / Под ред. Л.Л. Колесникова. — М.: Медицина, 2003. — 424 с.
6. Скоркина М.Ю., Федорова М.З., Забияков Н.А., Сладкова Е.А. Методика оценки морфометрических параметров нативных клеток крови с использованием атомно-сило-

вой микроскопии // Бюл. экспер. биол. мед. — 2010. — № 8 (150). — С. 238–240.

7. Andersen P., Morris R., Amaral D., Bliss T. et al. The hippocampus book. — Oxford University Press, 2007 — 832 p.

8. Ekstrom A., Kahana M., Caplan J. et al. Cellular networks underlying human spatial navigation // Nature. — 2003. — Vol. 425. — P. 184–188.

9. Colicos M., Dash P. Apoptotic morphology of dentate gyrus granule cells following experimental cortical impact injury in rats: possible role in spatial memory deficits // Brain Res. — 1996. — Vol. 739. — P. 120–131.

10. Lockshin R. Programmed cell death. Activation of lysis by a mechanism involving the synthesis of protein // J. Insect. Physiol. — 1969. — Vol. 15. — P. 1505–1516.

11. Ng I., Yeo T., Tang W. Apoptosis occurs after cerebral contusions in humans // Neurosurgery. — 2000. — Vol. 46. — P. 949–956.

12. O'Keefe J., Dostrovsky J. The hippocampus as a spatial map. Preliminary evidence from unit activity in the freely-moving rat // Brain Res. — 1971. — Vol. 34. — P. 171–175.

13. O'Keefe J., Nadel L. The hippocampus as a cognitive map. — Oxford University Press, 1978. — 350 p.

14. Frotscher M., Drakew A., Heimrich B. Role of afferent innervation and neuronal activity in dendritic development and spine maturation of fascia dentate granule cells // Cereb. Cortex. — 2000. — Vol. 10. — P. 946–951.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 616.5-057.36(477.1)

## Медико-социальные аспекты заболеваемости дерматозами у военнослужащих в условиях Крайнего Севера

ДЕРЕВЯНКО Р.В. (d11081976@rambler.ru)<sup>1</sup>  
ШЕВЧЕНКО О.С., кандидат медицинских наук, капитан медицинской службы запаса (shevchenko.o.s@mail.ru)<sup>2</sup>  
УСТИНОВ М.В., подполковник медицинской службы (umderma@rambler.ru)<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Оленегорская центральная городская больница, Мурманская область; <sup>2</sup>Центральная больница Ломоносовского района, Санкт-Петербург; <sup>3</sup>Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В.Мандрыка, Москва

*Исследована возможность возникновения дерматозов как адаптационного расстройства здоровья у военнослужащих срочной службы, проходящих службу в частях Северного флота. В исследование были включены 127 мужчин, средний возраст которых составил  $19,5 \pm 0,7$  года. Из них 89 больных проходили обследование и лечение по поводу атопического дерматита, 38 – псориаза. В группу сравнения вошли 50 военнослужащих из числа практически здоровых.*

*Каждый больной заполнял формализованную анкету для оценки анамнеза, предрасполагающих факторов, социального и психологического статуса. Установлено, что основная часть матросов заболевает атопическим дерматитом и псориазом в первые 2 мес службы, при этом в осенний период наблюдалось больше заболевших, чем в весенние месяцы. На развитие заболеваний кожи оказали влияние климатогеографические особенности региона. Призыв и первые месяцы военной службы у большинства заболевших стали психотравмирующими факторами для развития дизадаптационных расстройств. Рекомендовано тщательное изучение преморбидных социально-психологических факторов у призывников и военнослужащих срочной службы и проведение своевременной психопрофилактики.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** военнослужащие, адаптация к военной службе, заболеваемость дерматозами, психопрофилактика.

*Derevyanko R.V., Shevchenko O.S., Ustinov M.V. – Medical and social aspects of dermatoses morbidity in military personnel serving in a region of the Far North. Analysed the possibility of dermatosis as an adaptive health disorder in military personnel serving in a region of the Far North. 127 men took part in this research; the average age is  $19,5 \pm 0,7$  years. 89 patients with atopic dermatitis and 38 patients with psoriasis were examined and proceeded with the treatment. 50 healthy servicemen were in the experimental group. Each patient filled out a questionnaire for evaluation of anamnesis, contributory causes, social and psychological status. It is revealed that seamen break out in atopic dermatitis and psoriasis in first 2 months of service; flare-up was observed in autumn. Climate and geographic peculiarities of the region affect the course of skin disorders. The draft and first months of service are the main stressful factors affecting dysadaptation disorders. It is necessary to study preclinical sociopsychological factors in conscripts and compulsory-duty servicemen and to provide modern psychological prophylaxis.*

**K e y w o r d s:** military personnel, military service accommodation, dermatoses morbidity, psychological prophylaxis.

**П**роблема адаптации к военной службе определяется приспособлением членов воинского коллектива к новым условиям обитания и влиянием на призывника трех групп факторов: природных, технических и социальных [4].

Климатогеографические особенности Европейского Севера связаны, прежде всего, с необходимостью адаптации к новому поясному времени и непривычным гидрометеорологическим условиям. Адаптация человека к условиям при-



Условия жизни и быта в части оценили как удовлетворительные 26,7% опрошенных из 1-й и 31% из 2-й группы. Необходимо также отметить, что 19,7% больных атопическим дерматитом и 17% больных псориазом считали службу в ВС перспективной и возлагали на нее определенные надежды в будущем (приобретение специальности, мужская закалка, хорошая жизненная школа, заключение контракта для дальнейшей службы в ВМФ).

Проведенный опрос определил, что отношение к ВС изменилось у 8,5 и 11% пациентов соответственно по группам, при этом только у 3,3% больных АД и 2% опрошенных, страдающих псориазом, – в отрицательную сторону, что и проецировалось в тип отношения заболевшего к своему заболеванию [3].

Таким образом, основная часть матросов заболевает атопическим дерматитом и псориазом в первые 2 мес службы, при этом в осенний период наблюдалось больше заболевших, чем в весенние месяцы. На развитие у военнослужащих заболеваний кожи оказали влияние климатогеографические особенности региона. Призыв в ВС семья и сами призывники восприняли как неминуемое и стрессовое событие в своей жизни, при этом первые месяцы службы кардинально не изменили сложившееся о ней до призыва мнение. Необходимо также отметить, что большинство военно-

служащих с атопическим дерматитом и псориазом, в отличие от группы сравнения, имели более низкий образовательный и социальный статус (низкий показатель дохода на одного члена семьи, неполное среднее образование, отсутствие профессиональных навыков, ранняя алкоголизация и курение) и не были подготовлены к военной службе [5, 8]. Призыв и первые месяцы военной службы у большинства заболевших обусловили реализацию психотравмирующих предпосылок и развитие дизадаптационных расстройств.

Проведенное исследование позволяет сделать выводы о необходимости тщательного изучения преморбидных социально-психологических факторов у призывников и военнослужащих срочной службы, семейного анамнеза, восстановления системы патриотического воспитания и проведения своевременной психопрофилактики, что потенциально может снизить вероятность возникновения/обострения таких мультифакториальных дерматозов, как атопический дерматит и псориаз в первые месяцы военной службы. Профилактика дизадаптационных неинфекционных заболеваний кожи позволит избежать вынужденного досрочного увольнения в запас заболевших, а также оптимизирует расходы страны на призыв и подготовку военнослужащих в условиях мирного времени.

## Литература

1. Гольдберг Е.Д., Дыгай А.М., Удут В.В. и др. Закономерности структурной организации систем жизнеобеспечения в норме и при развитии патологического процесса. – Томск: Изд-во Том. ун-та. – 1996. – 156 с.
2. Деревянко Р.В., Шевченко О.С., Устинов М.В. Предикторы развития атопического дерматита и псориаза у военнослужащих срочной службы в условиях Крайнего Севера // Воен.-мед. журн. – 2013. – Т. 334, № 10. – С. 63–64.
3. Зенин Р.В., Деревянко Р.В., Устинов М.В. Влияние анамнестических данных на тип отношения к болезни военнослужащих СФ по призыву, заболевших атопическим дерматитом и псориазом в первые месяцы службы // Научные труды ИУВ МУНКЦ им. П.В.Мандрыка МО РФ. – 2013. – № 15. – С. 153–155.
4. Зенин Р.В., Деревянко Р.В., Устинов М.В. Факторы, провоцирующие возникновение

атопического дерматита и псориаза у военнослужащих по призыву в условиях Крайнего Севера // Научные труды ИУВ МУНКЦ им. П.В.Мандрыка МО РФ. – 2013. – № 15. – С. 155–156.

5. Никитин А.Э., Костин Д.В., Шамрей В.К. и др. Состояние психического здоровья лиц призывного возраста // Воен.-мед. журн. – 2010. – Т. 331, № 6. – С. 17–20.

6. Соколова Т.В., Гладыко В.В., Панкратова Е.В., Айзикович Л.А. Диагностика кожной и легочной атопии у юношей призывного возраста // Воен.-мед. журн. – 2010. – Т. 331, № 4. – С. 52–53.

7. Шамрей В.К., Марченко А.А., Абриталин Е.Ю. и др. Патоморфоз невротических расстройств у военнослужащих // Воен.-мед. журн. – 2010. – Т. 331, № 1. – С. 29–34.

8. Юцковский А.Д., Дубняк Н.С., Федорова Е.Б. и др. К проблеме психогенных дерматозов // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – № 4. – С. 29–32.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 616.12-008.331.1

## Рефрактерная гипертензия: диагностика и оптимизация лечебных мероприятий

ФУРСОВ А.Н., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса (fursovap@mail.ru)  
ЧЕРНЕЦОВ В.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы  
ЧЕРНОВ С.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы запаса  
ПОТЕХИН Н.П., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке  
СОКОЛЯНСКИЙ Н.В., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
ЗАХАРОВА Е.Г., кандидат медицинских наук  
ЛЯПКОВА Н.Б., кандидат медицинских наук

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

*В России распространенность резистентной к терапии артериальной гипертензии составляет 15%. Медикаментозная терапия резистентной гипертензии должна включать минимум три препарата в максимальных или максимально переносимых дозировках, причем один из них должен быть диуретик. По данным отделения артериальных гипертензий Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, для достижения целевых уровней АД требовалось назначение в 14% случаев 4–5-компонентной антигипертензивной терапии. Предложен алгоритм диагностики и лечения резистентной гипертензии с использованием хирургического метода ее лечения. Метод основан на снижении активности симпатической нервной системы селективным обрывом нейронных связей с помощью интервенционной интраваскулярной радиоволновой абляции. Эндovasкулярная симпатическая денервация почек позволяет добиться более эффективного контроля за уровнем артериального давления, оптимизировать антигипертензивную терапию, однако не является средством излечения от артериальной гипертензии.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* артериальное давление, рефрактерная гипертензия, почечная денервация, радиоволновая абляция.

*Fursov A.N., Chernetsov V.A., Chernov S.A., Potekhin N.P., Sokolyanskii N.V., Zakharova E.G., Lyapkova N.B. – Refractory hypertension: diagnosis and treatment optimization. Resistant hypertension occurs in up to 15% of patients with arterial hypertension in Russia. Medical treatment of resistant hypertension must include minimum 3 medications with maximum or maximum tolerated doses besides one of the medications must be diuretic. According to department of arterial hypertension of the Burdenko Main Military Clinical Hospital to achieve the target levels of arterial blood pressure it was necessary to prescribe 4–5 components antihypertension therapy in patients. Authors suggested an algorithm of diagnosis and treatment of patients with resistant hypertension with the help of surgical method. This method is based on decreasing of sympathetic nervous system activity by selective break of neuronal connections with the help of interventional intravascular radio-wave ablation. Endovascular renal sympathetic denervation allows to effectively control arterial blood pressure, to optimize antihypertensive therapy, but this method does not cure from arterial hypertension.*

*К е y w o r d s:* arterial blood pressure, refractory hypertension, renal denervation, radio-wave ablation.

**В** настоящее время рефрактерной, или резистентной к терапии, гипертензией считают *артериальную гипертензию* (АГ), при которой применение в адекватных дозах не менее трех *антигипертензивных препаратов* – АГП (один из них диуретик) на фоне изменения об-

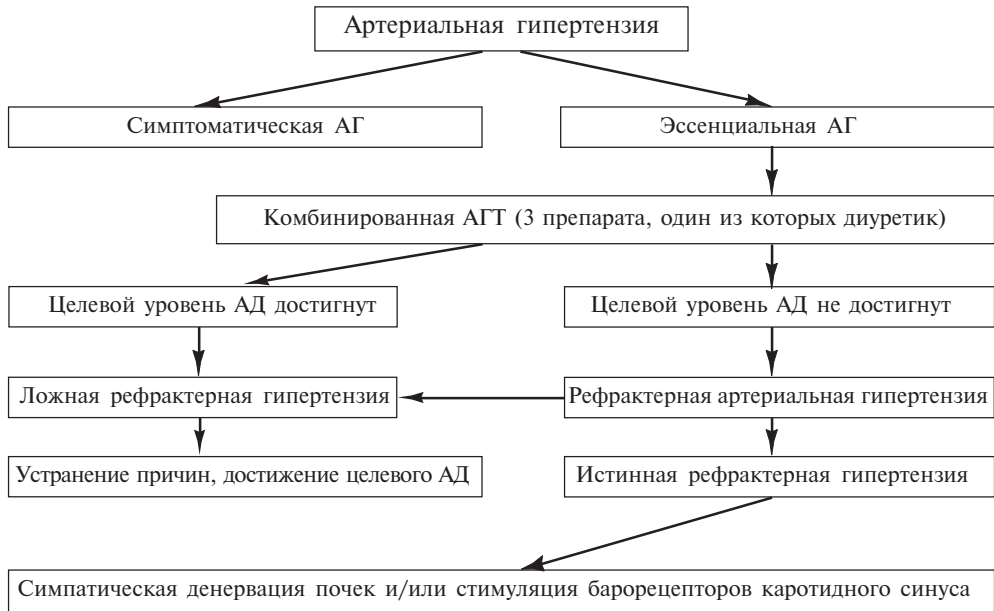
раза жизни не приводит к достижению целевых уровней *артериального давления* (АД) или приводит, но для этого требуется более четырех препаратов [1, 2].

В России распространенность *рефрактерной гипертензии* (РГ) составляет 15% [1]. Целевым (желаемым) уровнем





### Алгоритм диагностики и лечения рефрактерной гипертензии



никших проблем с катетеризацией (местная гематома, травма сосуда) [11].

По нашему мнению, схематично алгоритм диагностики и лечения РГ может выглядеть следующим образом (см. схему).

Оценивая результаты применения нового инновационного метода лечения резистентной к терапии АГ, эксперты Ев-

ропейского общества по гипертензии (ESH) считают его весьма перспективным. По их мнению, эндоваскулярная симпатическая денервация почек позволяет добиться более эффективного контроля за уровнем АД, оптимизировать гипотензивную терапию, однако не является средством излечения АГ [11].

### Литература

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (4-й пересмотр). Москва, 2010 г. // Системные гипертензии. – 2010. – № 3. – С. 5–26.
2. Рекомендации по лечению артериальной гипертензии Европейского общества по гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC) 2013 г. // J. Hypertens. – 2013. – Vol. 31. – P. 1281–1357.
3. Фурсов А.Н., Потехин Н.П., Чернов С.А. и др. Гипертоническая болезнь: диагностика и дифференциальные подходы к гипотензивной терапии // Воен.-мед. журн. – 2012. – Т. 333, № 11. – С. 45–50.
4. Фурсов А.Н., Потехин Н.П., Чернов С.А. и др. Гипертоническая болезнь: структура и причина госпитализации // Воен.-мед. журн. – 2012. – Т. 333, № 9. – С. 69–70.
5. Bakris G.L., Nadim M.K., Haller H. et al. Baroreflex activation therapy provides durable benefit in patients with resistant hypertension: results of longterm follow-up in the Rheos Pivotal Trial // J. Am. Soc. Hypertens. – 2012. – Vol. 6. – P. 152–158.

6. Daugherty S.L., Powers J.D., Magid D.J. et al. Incidence and prognosis of resistant hypertension in hypertensive patients // Circulation. – 2012. – Vol. 125. – P. 1635–1642.

7. Laurent S., Schlaich M., Esler M. New drugs procedures and devices for hypertension // Lancet. – 2012. – Vol. 380. – P. 591–600.

8. Mahfoud F., Luscher T.F., Andersson B. et al. Expert consensus document from the European Society of Cardiology on catheter-based renal denervation // Eur. Heart J. – 2013. – Vol. 10. – P. 1093.

9. Mahfoud F., Schlaich M., Kindermann I. et al. Effect of renal sympathetic denervation on glucose metabolism in patients with resistant hypertension: a pilot study // Circulation. – 2011. – Vol. 123. – P. 1940–1944.

10. Schmieder R.E., Redon J., Grassi G. et al. ESH position paper: renal denervation – an interventional therapy of resistant hypertension // J. Hypertens. – 2012. – Vol. 30. – P. 837–841.

11. Witkowski A., Prejbisz A., Florczak E. Effects of renal sympathetic denervation on blood pressure, sleep apnea course, and glycemic control in patients with resistant hypertension and sleep apnea // Hypertension. – 2011. – Vol. 58. – P. 559–565.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 615.917.085

## Фармакологическая толерантность к терапии отравлений фосфорорганическими соединениями и пути ее преодоления

ЮДИН М.А., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы (mikhail.judin@gmail.com)<sup>1</sup>  
БЫКОВ В.Н., профессор, подполковник медицинской службы<sup>1</sup>  
ЧЕПУР С.В., профессор, полковник медицинской службы<sup>1</sup>  
САРАНА А.М., кандидат медицинских наук<sup>2</sup>  
ЦЫГАН В.Н., профессор, полковник медицинской службы запаса<sup>1</sup>  
АНОХИН А.Г., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы<sup>1</sup>

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

*В статье рассматриваются причины низкой эффективности средств антидотной терапии и пути преодоления фармакологической толерантности при лечении отравлений фосфорорганическими отравляющими веществами. Перспективным является создание профилактических антидотов на основе ферментных препаратов и аллостерических модуляторов активности холинэстеразы. Показана целесообразность исследований новых реактиваторов холинэстеразы, их композиций и способов доставки. Уточнены направления поиска антиконвульсантов из класса быстродействующих бензодиазепинов и NMDA-антагонистов. Обозначены перспективы совершенствования методов доставки специфических антидотов с использованием систем направленного транспорта. Высказано предположение о необходимости создания средств симптоматической терапии.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** фосфорорганические соединения, терапия отравлений, холиноблокаторы, реактиваторы холинэстеразы, профилактические антидоты.

*Yudin M.A., Bykov V.N., Chepur S.V., Sarana A.M., Tsygan V.N., Anokhin A.G. — Pharmacological tolerance to medical therapy of organophosphate poisoning and ways of tolerance management. Authors consider causes of low efficiency of antidote therapy and ways of pharmacological tolerance management during medical treatment of organophosphate poisoning. One of the promising ways is a preventive antidote on the base of enzyme agents and allosteric modulators of a cholinesterase activity. Authors showed a expediency of a study of new acetylcholinesterase reactivators, its compositions and ways of drug delivery. Authors specified ways of searching for anticonvulsants from classes of quick-closing benzodiazepines and NMDA-antagonists. Authors defined ways of improvement of methods of special antidotes delivery with targeted transport system. Authors made an assumption about the necessity of symptomatic treatment.*

**К e y w o r d s:** organophosphorous compounds, poisoning treatment, cholinergic antagonist, acetylcholinesterase reactivator, preventive antidote

До настоящего времени *фосфорорганические соединения* (ФОС) продолжают рассматриваться в качестве потенциальных *отравляющих веществ* (ОВ), которые могут быть применены в ходе локальных военных конфликтов и при террористических актах. В странах с развитым сельским хозяйством имеют место отравления фосфорорганическими инсектицидами, однако в России случаев интоксикации ФОС практически не регистрируется.

Учитывая многогранность токсического действия органофосфатов, терапия отравлений этими ядами должна основываться на применении фармакологических средств, воздействующих на наиболее значимые патогенетические механизмы поражения. Открытие новых аспектов патогенеза отравлений ФОС и их последствий позволило расширить арсенал лекарственных препаратов, повышающих эффективность ранее разработанных лечебных схем. Вместе с тем признано, что



порта лекарственных средств в центральной нервной системе.

В целях предупреждения постинтоксикационных осложнений при отравлении высокотоксичными органофосфатами рассматриваются:

– контролируемое ингаляционное или интраназальное введение антиконвульсантов и бронхолитических средств;

– уменьшение области поражения структур нервной системы путем рационального использования блокаторов глутаматных рецепторов в острый период отравлений ФОС;

– применение других методов симптоматической терапии (борьба с ацидозом, гипоксией, полиорганной недостаточностью и др.).

## Литература

1. Юдин М.А., Иванов И.М., Никифоров А.С. и др. Применение комплекса включения циклодекстрин-амбеноний для повышения эффективности терапии отравлений антихолинэстеразными соединениями // Бюл. эксперим. биологии и медицины. – 2013. – Т. 155, № 2. – С. 184–187.
2. Юдин М.А., Субботина С.Н., Быков В.Н. и др. Перспективы применения бензодиазепинов в комплексной терапии отравлений антихолинэстеразными соединениями // Бюл. эксперим. биологии и медицины. – 2013. – Т. 155, № 2. – С. 331–336.
3. Юдин М.А., Субботина С.Н., Кузьмин А.А. и др. К вопросу о применении NMDA-литических средств в схемах терапии органофосфат-индуцированного судорожного синдрома // Биомед. журн. Medline.ru. – 2012. – Т. 13. – С. 583–596.
4. Юдин М.А., Ченур С.В., Быков В.Н. и др. Особенности противосудорожной активности мепантина при отравлении модельным органофосфатом // Эксперим. и клин. фармакология. – 2013. – Т. 76, № 2. – С. 3–5.
5. Balali-Mood M.K., Hosseini Shirazi F. Recent advances in treatment of acute organophosphorous nerve agents poisoning // Iranian J. of pharmaceutical research. – 2006. – N 2. – P. 79–87.
6. Demar J.C., Clarkson E.D., Ratcliffe R.H. et al. Pro-2-PAM therapy for central and peripheral cholinesterases // Chem. Biol. Interact. – 2010. – Vol. 187, N 1–3. – P. 191–198.
7. Gilat E., Goldman M., Lahat E. et al. Nasal midazolam as a novel anticonvulsive treatment against organophosphate-induced seizure activity in the guinea pig // Arch. Toxicol. – 2003. – Vol. 77. – P. 167–172.
8. Herkert N.M., Aurbek N., Eyer P. et al. Comparative study of oxime-induced reactivation of erythrocyte and muscle AChE from different animal species following inhibition by sarin or paraoxon // Toxicol. Lett. – 2010. – Vol. 194, N 3. – P. 94–101.
9. Kassa J., Karasova J.Z., Pavlikova R. et al. The influence of combinations of oximes on the reactivating and therapeutic efficacy of antidotal treatment of tabun poisoning in rats and mice // J. Appl. Toxicol. – 2010. – Vol. 30, N 2. – P. 120–124.
10. Khan W.A., Dechkovskaia A.M., Herrick E.A. et al. Acute sarin exposure causes differential regulation of choline acetyltransferase, acetylcholinesterase, and acetylcholine receptors in the central nervous system of the rat // Toxicol. Sci. – 2000. – Vol. 57, N 1. – P. 112–120.
11. Kuca K., Musilek K., Jun D. et al. Oxime K027: novel low-toxic candidate for the universal reactivator of nerve agent- and pesticide-inhibited acetylcholinesterase // J. Enzyme Inhib. Med. Chem. – 2010. – Vol. 25, N 4. – P. 509–512.
12. Luo C., Ashani Y., Bhupendra P. Acceleration of oxime-induced reactivation of organophosphate-inhibited fetal bovine serum acetylcholinesterase by monoquaternary and bisquaternary ligands // Mol. pharmacology. – 1998. – Vol. 53. – P. 718–726.
13. Maxwell D.M., Saxena A., Gordon R.K. et al. Improvements in scavenger protection against organophosphorus agents by modification of cholinesterases // Chem. Biol. Interact. – 1999. – Vol. 14. – P. 419–428.
14. Musilek K., Dolezal M., Gunn-Moore F. et al. Design, evaluation and structure-activity relationship studies of the AChE reactivators against organophosphorus pesticides // Med. Res. Rev. – 2009. – Vol. 17. – P. 76–79.
15. Patent US 5939095. URL: [www.google.ru/patents/US5939095](http://www.google.ru/patents/US5939095) (дата обращения: 19.04.2014).
16. Patent US 20060099200. URL: [www.google.com/patents/US20060099200](http://www.google.com/patents/US20060099200) (дата обращения: 19.04.2014).
17. Patent US 20060216241. URL: [www.google.com/patents/US20060216241](http://www.google.com/patents/US20060216241) (дата обращения: 19.04.2014).
18. Patent US 20070048229. URL: [www.google.com/patents/US20070048229](http://www.google.com/patents/US20070048229) (дата обращения: 19.04.2014).
19. Patent US 20090176802. URL: [www.google.com/patents/US20090176802](http://www.google.com/patents/US20090176802) (дата обращения: 19.04.2014).
20. Radi Z., Kalisiak J., Fokin V.V. et al. Interaction kinetics of oximes with native, phosphorylated and aged human acetylcholinesterase // Chem. Biol. Interact. – 2010. – Vol. 187, N 1–3. – P. 163–166.
21. Weissman B.A., Raveh L. Therapy against organophosphate poisoning: the importance of anticholinergic drugs with antigitamatergic properties // Toxicol. appl.armacol. – 2008. – Vol. 232, N 2. – P. 351–358.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 613.68«1941–1945»

## Опыт организации медицинского обеспечения союзных конвоев в годы Великой Отечественной войны на северном морском театре

ЧЕРНИКОВ О.Г., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
ЧЕРНЫЙ В.С., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы  
МИШИН Ю.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
СОШКИН П.А., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы  
(soshkin-med@yandex.ru)  
ФИСУН А.В., майор медицинской службы

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

Медицинское обеспечение конвоев в годы Великой Отечественной войны имело целый ряд особенностей. Степень напряженности боевых действий, метеорологические условия, состав сил конвоев, вид применяемого противником оружия оказывали значительное влияние на структуру потерь в личном составе. Основным видом медицинской помощи на кораблях 2–3-го ранга являлась доврачебная помощь. На больших и малых противолодочных кораблях и торпедных катерах – первая помощь. Фактором, влиявшим на объем помощи, являлось одномоментное поступление значительного числа пострадавших. Лечебно-эвакуационное обеспечение конвоев проводилось силами медицинской службы кораблей без использования средств усиления и санитарных судов. Большинство раненых доставлялось в береговые лечебные учреждения флота позднее 12 ч после ранения. Опыт войны показал, что в дальних конвоях квалифицированная хирургическая помощь может быть оказана при условии организации ее в самом конвое и при использовании быстроходных транспортных средств.

К л ю ч е в ы е с л о в а: медицинское обеспечение, конвой, Великая Отечественная война, санитарные потери, Северный флот.

Chernikov O.G., Chernyi V.S., Mishin Yu.A., Soshkin P.A., Fisun A.V. – The experience in organizing the medical support of allied convoys during the Great Patriotic War on the northern maritime theater. The medical support of allied convoys during the Great Patriotic War had a number of features. The Intensity of power of the fighting, the meteorological conditions, the composition of convoy's forces, the kind of enemy's weapon – had a significant impact on the structure of losses in personnel. The main type of medical care on the ships of 2–3rd rank was predoctor care. On the large and small antisubmarine ships and torpedo boats – it was first aid. The factor which has been affecting the amount of assistance – was a one-time inflow of a significant number of victims. Medical-evacuation provision of the convoys was carried out by the ships medical service without the use of amplification and sanitary ships. The most part of the wounded were taken to the coastal fleet hospitals later than 12 hours after the wound. The war experience has shown that in the distant convoys qualified surgical assistance may be provided in case of organizing it in this convoy and in case of using high-speed vehicles.

К e y w o r d s: medical support, convoy, the Great Patriotic War, sanitary losses, The Northern Fleet.

Одной из основных задач Северного флота в годы Великой Отечественной войны явилась защита внешних коммуникаций в своей оперативной зоне. Движение союзных конвоев со стратегическими грузами и военной техникой из США и Англии в северные порты Советского Союза Мурманск и Архангельск началось с августа 1941 г. Это был

наиболее короткий путь, связывающий СССР с США и Англией. Его протяженность от пунктов формирования конвоев до пунктов назначения составляла 1800–2000 миль. Конвои преодолевали это расстояние за 10–14 сут. За войну на Севере был проведен 1471 конвой.

Встреча союзных конвоев с кораблями Северного флота осуществля-





В состав ближних конвоев рационально включать спасательные катера с фельдшерами, т. к. в этих случаях имеется полная возможность быстро использовать береговые лечебные учреждения. Если по условиям обстановки конвою нельзя придать специальное спасательное судно, спасение должно быть обеспечено выделенными для этой цели кораблями охранения с развернутым ПМП, подобранным медицинским составом и имуществом. Планированием использования спасательных судов должен управлять особый орган штаба флота — «спасательный центр», взаимодействующий с медицинской службой.

Таким образом, основным видом медицинской помощи на кораблях 2–3-го ранга в конвоях являлась доврачебная

помощь (54%), на больших и малых охотниках и торпедных катерах — первая помощь. Фактором, влиявшим на объем помощи, являлось одномоментное поступление значительного числа пострадавших. Летальность среди пострадавших на кораблях охранения составляла 4,2%.

Лечебно-эвакуационное обеспечение конвоев проводилось силами медицинской службы кораблей без использования средств усиления и санитарных судов. Большинство раненых (72,4%) доставлялось в береговые лечебные учреждения флота позднее 12 ч после ранения. Опыт войны показал, что в дальних конвоях квалифицированная хирургическая помощь может быть оказана при условии организации ее в самом конвое и при использовании быстроходных транспортных средств.

### Литература

1. Журкович К.Я. Организация лечебно-эвакуационного обеспечения конвоев на Северном морском театре // Медицинская служба ВМС СССР в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. — Л.: Воен.-мор. мед. акад., 1954. — Т. 2, вып. 1. — С. 60–70.
2. Зятошков А.И. Общие выводы и предложения по медицинскому обеспечению боевых действий эскадр и конвоев // Медицинская служба ВМС СССР в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. — Л.: Воен.-мор. мед. акад., 1954. — Т. 2, вып. 1. — С. 71–73.
3. Иванов Е.М. Некоторые вопросы медицинского обеспечения ВМФ в Великой

Отечественной войне // Воен.-мед. журн. — 1975. — № 4. — С. 24–28.

4. Корякин В.С. Война в Арктике. 1941–1945. — М.: Вече, 2013. — 288 с.

5. Симоненко С.В., Королев В.И., Дьяконов А.Г. и др. Северный флот на страже морских рубежей / Под общ. ред. Н.М.Максимова. — СПб: ЭЛБИ-СПб, 2008. — 460 с.

6. Тимофеев В.В. Медицинская служба Северного флота в годы Великой Отечественной войны // Воен.-мед. журн. — 1994. — № 12. — С. 10–13.

7. Хенриксен Х. Мурманские конвои: военная драма в Арктике и ее участники / Под ред. М.Н.Супруна. — Мурманск; Архангельск: [б. и.], 2008. — 414 с.

### ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

Решением министра обороны России генерала армии **Сергея Шойгу** с 1 сентября с. г. в *Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова* (ВМА им. С.М.Кирова) возобновится подготовка военных фельдшеров. С этой целью в академии воссоздается факультет среднего профессионального образования, набор на который уже начался.

На факультет среднего профессионального образования планируется набрать более 200 курсантов, срок обучения по специальности «Лечебное дело» составит 3 года 10 месяцев. После окончания факультета выпускники продолжат службу в войсках на должностях фельдшеров медицинских пунктов.

В качестве кандидатов для поступления на факультет подготовки военных фельдшеров рассматриваются граждане Российской Федерации в возрасте до 30 лет, имеющие среднее общее образование и годные по состоянию здоровья.

Особенностью обучения в ВМА им. С.М.Кирова, в отличие от гражданских медицинских вузов, является повышенное внимание к изучению вопросов экстремальной медицины. Перечень теоретических знаний и практических навыков, осваиваемых выпускниками по этому направлению, значительно шире, чем это определено государственными стандартами для гражданских специалистов.

Управление пресс-службы и информации

Министерства обороны Российской Федерации, 24 апреля 2014 г.

[http://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=11921370@egNews](http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11921370@egNews)



## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 614.24-002-022-08

**Крайнюков П.Е.** (*krainukov68@gmail.ru*)<sup>1</sup>, **Попов А.В.** (*a\_popovw@rambler.ru*)<sup>1</sup>, **Серговец А.А.** (*sergoaleksandr@yandex.ru*)<sup>1</sup>, **Ефремова А.А.** (*doctor-borbental@mail.ru*)<sup>1</sup>, **Хмелик В.И.**<sup>2</sup>, **Ким Е.А.**<sup>3</sup> — Опыт успешного лечения вирусно-бактериальных пневмоний тяжелого течения в условиях военного госпиталя.

<sup>1</sup>1602 ВКГ, г. Ростов-на-Дону; <sup>2</sup>Филиал № 2 1602 ВКГ, г. Краснодар; <sup>3</sup>ВГ 1602 ВКГ, г. Ейск, Краснодарский край

*Krainyukov P.E., Popov A.V., Sergoventsev A.A., Efremova A.A., Khmelik V.I., Kim E.A. — The experience of successful treatment of severe viral-bacterial pneumonia in a military hospital. In the development of severe pneumonia are important premorbid patient's condition, peculiarities of disease causative agent, conditions of the development of the disease, timeliness and correctness of the diagnosis and adequate treatment. In conscripts up to 85% of pneumonia ceases develop within 6 months after arriving to the training centre, during the period of adaptation to new conditions on the background of psychological and physical stress and activation of mechanism of transmission of infection. High frequency (22,5%) of severe courses of pneumonia, which often causes the development of severe complications, is of particular importance.*

*К е у в о р д s: premorbid patient's condition, peculiarities of disease causative agent, respiratory failure, intensive care, antibiotic therapy.*

Подъем заболеваемости пневмониями в зимний период в течение нескольких последних лет был связан с появлением новых высокопатогенных форм респираторных вирусных инфекций, течение которых могло осложняться развитием органно-системных повреждений и требовало госпитализации в ОРИТ. Прежде всего, это касается некоторых видов коронарновирусов, вызывающих тяжелый острый респираторный синдром, а также возбудителей «птичьего» и «свиного» гриппов.

При инфицировании нижних дыхательных путей вирусно-бактериальными ассоциациями оказалось возможным возникновение быстро прогрессирующей пневмонии, сопровождающейся тяжелой дыхательной недостаточностью, связанной с острым повреждением легких и формированием у ряда больных развернутой картины различных вариантов синдрома полиорганной недостаточности.

Целью исследования было обоснование основных направлений медицинского обеспечения пациентов с тяжелым течением пневмонии: сокращение этапов эвакуации, максимальное приближение этапа оказания специализированной помощи для проведения высокотехнологичных методов исследования и лечебных мероприятий.

Обследование и лечение больных с *внебольничной пневмонией* (ВП) проводилось в пульмонологическом отделении Филиала № 2 1602 ВКГ из других ЛПУ зоны ответственности Краснодарского военного госпиталя в 2012–2013 гг. Были проанализированы 7 историй болезни пациентов с ВП, проходивших военную службу по призыву. Их возраст составлял 18–22 года. Все они получали этиопатогенетическую и симптоматическую терапию в соответствии со стандартами лечения данного заболевания. По показаниям

назначались также муколитики, жаропонижающие и противокашлевые препараты, а также комплексы физиотерапевтических процедур и лечебной гимнастики.

В процессе исследования были использованы общеклинические и инструментальные диагностические методы в соответствии с Методическими указаниями ГВМУ МО РФ 2009 г., а также Стандартами диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких, утвержденными приказом МЗ РФ от 09.10.1998 г. № 300.

Пациенты обращались за медицинской помощью в среднем на 4-й день после неэффективного самостоятельного лечения в основном жаропонижающими препаратами (только в одном случае пациент начал принимать антибиотики еще до госпитализации).

Организация медицинского обеспечения пациентов с тяжелым течением пневмонии характеризовалась сокращением числа этапов оказания медицинской помощи до минимума: из ОРИТ ЛПУ, в котором был выявлен пациент с тяжелой пневмонией (Филиал № 7, г. Майкоп; ВГ, г. Новороссийск; Городская больница № 4, г. Сочи), проводилась эвакуация в Филиал № 2, г. Краснодар. При этом длительность пребывания пациентов в ОРИТ данных лечебных учреждений была  $1,1 \pm 1,3$  дня. Тактика ведения пациентов согласовывалась с главным терапевтом и главным реаниматологом 1602 ВКГ. Эвакуация осуществлялась реанимобилем в сопровождении специализированной (реаниматологической) врачебно-сестринской бригады.

Практически все пневмонии носили двусторонний характер поражений (99%). Количество пораженных сегментов справа —  $5,7 \pm 3,1$ , слева —  $7,3 \pm 3,1$ .



Возбудители обнаруживались стандартным бактериологическим методом, ПЦР-диагностика использовалась для определения вируса гриппа А. В 50% случаев был выделен пневмококк, по 16,5% пришлось на грипп А, стафилококк, клебсиеллу пневмонии. Дыхательная недостаточность первой степени была в 43%, второй – в 29%, третьей – в 14%, без дыхательной недостаточности – в 14%. Плевриты и реактивный гепатит развились с одинаковой частотой (71,4%).

Среди сопутствующих заболеваний обращают на себя внимание наличие: нарушения статуса питания (дефицит массы тела, ожирение), острых синуситов (28,6%), пролапса митрального клапана и синдрома вегетососудистой дистонии (42,8%).

В лабораторных анализах при поступлении определялся лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, на 3–4-й день он усиливался. В 42,8% при поступлении гемоглобин был снижен в среднем до 116 г/л и держался на таком уровне вплоть до нормализации показателей общего анализа крови (в среднем на 20-й день).

Нарушения ФВД были у трех пациентов: у 1 – тяжелой степени, у 2 – легкой. На УЗИ органов брюшной полости у двух человек – жировой гепатоз, у одного – признаки гепатомегалии. КТ органов грудной клетки выполнялась  $2,7 \pm 1,4$  раза. Положительная динамика определялась на 16,8 $\pm$ 7,4 день, разрешение пневмонии – на 29,1 $\pm$ 9,1. Исходы пневмонии на КТ – фиброз 99%, бронхоэктазы, осумкованный плеврит.

Средняя длительность лечения в Филиале № 2 1620 ВКГ составляла  $42 \pm 5,4$  дня, из них в ОРИТ –  $9,8 \pm 5,6$  дня.

Интенсивная терапия включала: антибактериальную, противовирусную терапию, инфузионно-детоксикационную терапию, неинвазивные и инвазивные методы респираторной терапии (кислородотерапия со средней скоростью потока кислорода 5–7 л/мин, проведение ИВЛ в течение 15 сут), применение антикоагулянтов, иммунозаместительная терапия (иммуноглобулин человеческий), иммуномодуляторы (полиоксидоний, виферон), симптоматическую терапию.

Стартовая антибактериальная терапия в ЛПУ зоны ответственности в 90% случаев начиналась с инфузии авелокса, цефтриаксона. В Филиале № 2 соблюдался принцип преемственности и продолжалось назначенное лечение (цефтриаксон + авелокс + тамифлю), либо использовалась схема меронем (или тиенам) + тамифлю. У пациентов со стафилококковой этиологией пневмонии в лечении использовался ванкомицин либо зивокс. Замена препаратов проводилась в среднем на 5-й день в связи с сохранявшейся высокой температурой (28,6%), ухудшением РГ-картины (28,6%). При переводе из ОРИТ в пульмонологическое отделение антибактериальное

лечение либо продолжалось в прежнем объеме, либо пациенты переводились на таблетированный антибиотик панклав.

*Приводим клинический случай.* Пациент с диагнозом «Грипп А (H1N1 swin), тяжелая форма, осложненный внебольничной двусторонней субтотальной пневмонией, тяжелого течения. ДН III. Срединная трахеостомия. Токсический гепатит. Соматогеннообусловленный астеноневротический синдром. Сопутствующие заболевания: алиментарное ожирение 3 ст. Распространенный псориаз». Факторы риска, реализовавшиеся в данном случае: ожирение 3-й ст., поздняя госпитализация, курение. В результате заражения высокопатогенным гриппом и развитием двусторонней пневмонии пациент в течение 22 дней находился в ОРИТ, из них 15 – на инвазивной ИВЛ, температура тела в пределах 37,5–38 °С сохранялась 16 дней.

В анализах крови при поступлении отмечалась тенденция к лейкопении, которая на 4-й день сменялась лейкоцитозом со сдвигом формулы влево. Нарушение вентиляционной способности легких тяжелой степени. Положительная динамика, по данным КТ органов грудной клетки, стала регистрироваться только на 12-й день от начала лечения, разрешение пневмонии на снимках наступило на 36-й день. Антибактериальная терапия проводилась препаратами авелокс, азитромицин, противовирусным препаратом озельтамивир по схеме. На 12-е сутки в связи с сохранявшейся лихорадкой до 38 °С назначена схема авелокс + ванкомицин, скорректированная затем на 16-е сутки заменой авелокса на тиенам по стандартной схеме. После перевода в пульмонологическое отделение назначен панклав.

Получал комплексную иммунозаместительную, иммуномодулирующую терапию, инфузионно-детоксикационное лечение. На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика и на 22-й день пациент переведен в пульмонологическое отделение, в котором была продолжена антибактериальная, симптоматическая терапия, назначено физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура. К моменту выписки ФВД нормализовалась, однако в период ранней реконвалесценции сформировался астеноневротический синдром, в связи с чем осмотрен неврологом, назначено симптоматическое лечение, на фоне которого наступило улучшение. На 43-й день госпитализации пациент выписан, предоставлен отпуск на 30 сут.

Таким образом, при организации медицинского обеспечения пациентов с тяжелым течением пневмонии требуется сокращение этапов эвакуации и максимально быстрая госпитализация в ОРИТ для оказания специализированной помощи, в т. ч. с использованием высокотехнологичных методов исследования для постановки диагноза.



Преобладание в этиологии тяжелых пневмоний пневмококка можно рассматривать как предиктор тяжелого, осложненного и медленно разрешающегося течения ВП. Для течения тяжелых пневмоний характерны выраженный синдром системной воспалительной реакции и явления органной дисфункции.

Наличие у военнослужащих факторов риска (дефицит массы тела, ожирение, сину-

ситы, табакокурение) необходимо учитывать при оценке прогноза течения вирусно-бактериальных пневмоний.

В группе больных тяжелого течения ВП частым синдромом являлась вегетосудистая дистония, на что необходимо обращать внимание при ведении пациентов в период ранней реконвалесценции для создания рациональных программ реабилитации после перенесенной пневмонии.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 616.617-003.7-057.36-085.837.3

**Шестаев А.Ю., Кушниренко Н.П., Харитонов Н.Н., Рассветаев А.В., Кормаков В.А. (kormv@mail.ru) – Применение локальной вибротерапии в комплексном лечении военнослужащих с камнями мочеточников после дистанционной ударно-волновой литотрипсии.**

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

*Shestaev A.Yu., Kushnirenko N.P., Kharitonov N.N., Rassvetaev A.V., Kormakov V.A. – The use of the local vibrotherapy in a complex treatment of military servicemen with ureteral calculus after extracorporeal shockwave lithotripsy. Authors presented the positive experience of the usage of local vibrotherapy in complex treatment of patients with ureteral calculus. After performed extracorporeal shockwave lithotripsy this method provides quicker discharge of fragments of calculus.*

*К е у в о р д с: urinary stone disease, lithotripsy, local vibrotherapy in patients with ureteral calculus.*

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) занимает ведущее место в лечении военнослужащих с камнями почек и мочеточников. После литотрипсии у одной трети пациентов фрагменты раздробленных камней не отходят из мочеточников в течение трех и более месяцев. Для существенного ускорения их отхождения применяют комплексное консервативное лечение, включающее различные методы физиотерапии.

В клинике урологии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова проведен анализ результатов лечения 114 военнослужащих в возрасте от 21 до 54 лет с резидуальными камнями мочеточников после ДУВЛ на аппаратах «Siemens» и «Медолит». При этом у 85 (74,5%) пациентов определяли одиночные фрагменты камней размером до 5 мм, а у 29 (25,5%) – «каменные дорожки», сформировавшиеся после проведения ДУВЛ.

Было применено 2 варианта лечения. Первый вариант включал назначение спазмолитиков (дротаверин 40 мг 3 раза в сутки), анальгетиков (диклофенак 50 мг 2 раза в сутки ректально), селективного  $\alpha 1$ -адреноблокатора (тамсулозин 0,4 мг 1 раз в сутки), а также физиотерапевтическое лечение в виде *локальной вибротерапии* (ЛВТ). Прибор для ЛВТ представляет собой эксцентриковый вибратор, на основе применения электрического двигателя с односторонним выходом оси, который создает колебания амплитудой 4 мм и регулируемой частотой 0–50 Гц. ЛВТ проводили два раза в день в течение 15–20 мин в количестве 20 сеансов на курс лечения.

Второй вариант основывался на назначении только спазмолитиков, анальгетиков и  $\alpha 1$ -адреноблокатора.

На фоне терапии все пациенты получали водную нагрузку не менее 2,5 л в сутки. Лечение проводилось до отхождения фрагментов конкрементов либо в течение 25 сут.

Пациенты были разделены на две группы. В первой группе, состоявшей из 56 больных (40 – с одиночными фрагментами, 16 – с «каменными дорожками», или 40/16), применяли первый вариант лечения. Во второй группе, включавшей 58 пациентов (45 – с одиночными фрагментами, 13 – с «каменными дорожками», или 45/13), проводили лечение по второму варианту, без применения ЛВТ.

К концу периода наблюдения отхождение одиночных фрагментов конкрементов и «каменных дорожек» наблюдалось у 86% (34/14) пациентов первой группы, и у 74% (33/10) второй. В течение первых 10 дней отхождение фрагментов камней отмечали у 76,8% (31/12) пациентов первой группы и у 51,7% (25/5) во второй ( $p=0,01$ ). Среднее время отхождения конкрементов у больных первой группы составило  $6,1 \pm 1,3$  дня (1–11), во второй –  $11,2 \pm 1,7$  (3–25) дня ( $p<0,05$ ).

Таким образом, применение локальной вибротерапии в комплексе консервативного лечения военнослужащих с мочекаменной болезнью после проведенной дистанционной ударно-волновой литотрипсии способствует ускоренному отхождению фрагментов разрушенных камней размером до 5 мм в диаметре.





© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.6:355.41

## Современное состояние и перспективы развития военной нефрологии

НАГИБОВИЧ О.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы<sup>1</sup>

ГОЛОТА А.С., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса<sup>2</sup>

КРАССИЙ А.Б., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы в отставке<sup>1</sup>

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

*Настоящая статья освещает современное состояние и перспективы развития военной нефрологии. На примере нефрологических служб вооруженных сил Сербии, Франции, Великобритании и США показано, что данному направлению военного здравоохранения придается за рубежом важная роль. Краткий экскурс в историю появления и развития военной нефрологии наглядно демонстрирует возрастающее значение этой дисциплины в общей системе оказания медицинской помощи на поле боя.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* болезни почек, военная медицина, военная нефрология, заместительная почечная терапия, гемодиализ, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, нефрит, нефроз, нефрология, острая почечная недостаточность, продолжительная заместительная почечная терапия, хантавирус.

*Nagibovich O.A., Golota A.S., Krassii A.B. — The current state and development prospectives of military nephrology. — This article is dedicated to the current state and prospectives of military nephrology. Using as examples the nephrology services of the armed forces of Serbia, France, Great Britain and USA it is shown that this branch of military healthcare plays an important role abroad. The brief review of military nephrology formation and development history demonstrates the growing significance of military nephrology in the general system of medical care at the battlefield.*

*К е у w o r d s:* acute kidney failure, acute renal failure; acute kidney injury, continuous renal replacement therapy, hantavirus, hemodialysis, hemorrhagic fever with renal syndrome, kidney diseases, military medicine, military nephrology, nephritis, nephrosis.

Военным врачам хорошо известно неблагоприятное воздействие условий военной службы на течение хронических болезней почек. Поэтому повсеместно даже подозрение на наличие нефрологической патологии рассматривается как потенциальное противопоказание для поступления на военную службу. Отсюда практически все почечные больные в вооруженных силах (ВС) — это заболевшие *de novo* в период прохождения военной службы.

В мирное время таких больных немало. Так, по данным отчета о состоянии здоровья за 2012 г., среди активного компонента ВС США<sup>1</sup> было 2206 больных нефрозами и нефритами (1,54%) [13, Table 1, p. 6]. Однако, учитывая особую

серьезность данной группы заболеваний в связи со свойственной им склонностью к хронизации и прогрессированию, и вытекающей отсюда необходимостью высококвалифицированной диагностической, лечебной, реабилитационной помощи и экспертизы, большинство армий мира имеют собственную нефрологическую службу. Даже сравнительно небольшие армии считают наличие такой службы обязательной. Например, в армии Республики Сербия<sup>2</sup> в составе Военно-медицинской академии (Белград), имеется клиника нефрологии<sup>3</sup>. Соответствующие структуры имеются и в крупнейших

<sup>2</sup> 24 тыс. военнослужащих, 2013 г. [8].

<sup>3</sup> И. о. начальника клиники проф. полковник Драган Йованович (Dragan Jovanovic), официальный сайт клиники по ссылке [5]. В апреле в 2013 г. в Белграде отмечалось 50-летие образования клиники и основания отечественной военной нефрологии [2].

<sup>1</sup> Детальный анализ этого документа см.: Воен.-мед. журн. — 2013. — Т. 334, № 8. — С. 64–69. — Ред.



ализированное лечение и квалифицированную экспертизу реконвалесцентов. Особое внимание уделяется подготовке кадров военных нефрологов с учетом

специфики их работы на ТВД, а также отработке методов оказания нефрологической помощи, адекватных оперативно-тактическим реалиям современности.

## Литература

1. 2012 Demographics. Profile of the military community // Office of the Deputy Assistant Secretary of Defense (Military Community and Family Policy). 221 p. PDF. URL: [http://www.militaryonesource.mil/12038/MOS/Reports/2012\\_Demographics\\_Report.pdf](http://www.militaryonesource.mil/12038/MOS/Reports/2012_Demographics_Report.pdf) (дата обращения: 20.03.2014).

2. 50 Years of Military Nephrology. 26.04.2013 // Military Medical Academy, Belgrade. URL: <http://www.vma.mod.gov.rs/eng/news/50-Years-of-Military-Nephrology> (дата обращения: 24.03.2014).

3. *Atenstaedt R.L.* The medical response to trench nephritis in World War One // *Kidney Int.* – 2006. – Vol. 70, N 4. – P. 635–640. PDF. URL: <http://www.nature.com/ki/journal/v70/n4/pdf/5001618a.pdf> (дата обращения: 20.03.2014).

4. *Bui-Mansfield L.T., Cressler D.K.* Imaging of hemorrhagic fever with renal syndrome: a potential bioterrorism agent of military significance // *Mil. Med.* – 2011. – Vol. 176, N 11. – P. 1327–1334. Abstr. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22165665> (дата обращения: 23.03.2014).

5. Clinic for Nephrology // The Official Website of the Serbian Armed Forces. URL: <http://www.vma.mod.gov.rs/eng/specialties/clinics/internal-clinics/nephrology-clinic> (дата обращения: 24.03.2014).

6. Continuous renal replacement therapy improves survival in severely burned military casualties with acute kidney injury / *Chung K.K.* et al. // *J. Trauma.* – 2008. – Vol. 64 (2 Suppl). – P. S179–S185. Abstr. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18376163> (дата обращения: 22.03.2014).

7. *Donadio J.V.* My Experiences in a Renal Unit During the Vietnam War // Renal Support Network. 09/01/2007. HTML. URL: <http://www.rsnhope.org/programs/kidneytimes-library/article-index/my-experiences-in-a-renal-unit-during-the-vietnam-war/> (дата обращения: 21.03.2014).

8. Dug stroj cinovnika u sistemu odbrane // *Vecernje novosti.* 3 januar 2013. URL: <http://www.novosti.rs/vesti/naslovna/drustvo/aktuelno.290.html:413289-Dug-stroj-cinovnika-u-sistemu-odbrane> (дата обращения: 17.03.2014).

9. Hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grace (Paris) // *Hôpital.fr.* URL: [http://etablissements.hopital.fr/annuaire\\_hopital.php?id=8040](http://etablissements.hopital.fr/annuaire_hopital.php?id=8040) (дата обращения: 17.03.2014).

10. Improving the Deployment of Army Health Care Professionals. Report / *Sorbero M.E.* et al. // Arroyo Center and RAND Health. URL: [http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/TR1200/TR1227](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/TR1200/TR1227)

/RAND/TR1227.pdf (дата обращения: 24.03.2014).

11. *Lechner B.* Pediatric Nephrology and ILE tactics // *Army Strong Stories.* The U.S. Army's official Soldier blog. – April, 2012. URL: <http://armystrongstories.com/army-stories/pediatric-nephrology-and-ile-tactics> (дата обращения: 10.03.2014).

12. Les chiffres clés de la défense. Edition 2013 // *L'Acoram.* URL: <http://www.acoram.fr/blog/2013/11/14/les-chiffres-cles-de-la-defense-en-2013/> (дата обращения: 17.03.2014).

13. Medical Surveillance Monthly Report / *Armed Forces Health Surveillance Center.* – 2013. – Vol. 20, N 4. – 32 p. PDF. URL: [http://afhsc.army.mil/viewMSMR?file=2013/v20\\_n04.pdf#Page=01](http://afhsc.army.mil/viewMSMR?file=2013/v20_n04.pdf#Page=01) (дата обращения: 24.03.2014).

14. Monthly Personnel Report. 1 January 2014 // *Defence Analytical Services and Advice (DASA).* URL: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/288528/MPR\\_February\\_2014.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/288528/MPR_February_2014.pdf) (дата обращения: 17.03.2014).

15. Renal replacement therapy in support of Operation Iraqi Freedom: a tri-service perspective / *Perkins R.* et al. // *Mil. Med.* 2008. Vol. 173, N 11. P. 1115–1121. Abstr. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19055188> (дата обращения: 22.03.2014).

16. *Teschner P.E.* Acute renal failure during the Korean War // *Ren Fail.* – 1992. – Vol. 14, N 3. – P. 237–239. Abstr. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1509154> (дата обращения: 20.03.2014).

17. TRICARE Military Treatment Facilities (MTF) Locator // The Official Website of the Defense Health Agency (DHA). URL: <http://www.tricare.mil/mtf/> (дата обращения: 18.03.2014).

18. World // *Telegraph.co.uk.* – October, 2011. URL: <http://announcements.telegraph.co.uk/deaths/155970/world> (дата обращения: 17.03.2014).

19. *World M.J.* Military nephrology: a review of cases 1985–2011 // *J. R. Army Med. Corps.* – 2012. – Vol. 158, N 4. – P. 300–304. PDF. URL: <http://jramc.bmj.com/content/158/4/300.long> (дата обращения: 17.03.2014).

20. *World M.J.* Military nephrology: magnitude of rates of deterioration in renal function // *J. R. Army Med. Corps.* – 2013. – Vol. 159, N 2. – P. 98–101. Abstr. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23720591> (дата обращения: 17.03.2014).

21. *World M.J.* Military nephrology – what a civilian doctor should know // *Clin. Kidney J.* – 2011. – Vol. 4, N 3. – P. 153–157. PDF. URL: <http://ckj.oxfordjournals.org/content/4/3/153.full.pdf+html> (дата обращения: 17.03.2014).



## Новый номер международного военно-медицинского журнала

Подписчики получили первый номер за 2014 г. ежеквартального военно-медицинского журнала *Медицинский корпус* (Medical corps: International forum), являющегося официальным изданием *Образцового центра военной медицины НАТО* (NATO Centre of Excellence for Military Medicine – MILMED COE), язык английский.

В статье теоретиков британской военной медицины генерал-майоров Мартина Брикнелла и Аласдэйра Уолкера (с. 4–9) представлена национальная концепция организации медицинской помощи на театре военных действий (ТВД) на основе афгано-иракского опыта. Привлекает внимание высокая степень детализации и определенности используемого понятийного аппарата и три цветных схемы, облегчающих восприятие.

Публикация на с. 12–16 посвящена взаимодействию медицинской службы международных коалиционных сил с медицинской службой национальной армии и гражданского сектора здравоохранения в процессе проведения контртеррористической или миротворческой операции. В основу статьи положен анализ афганского опыта медицинской службы вооруженных сил Великобритании.

В работе немецких военно-морских медиков (с. 26–27) дается детальное описание лечебно-диагностической аппаратуры (как штатной, так и обеспечивающей медицинскую группу усиления) на борту различного класса фрегатов ВМФ Германии в ходе их экспедиционных плаваний. Шесть цветных фотографий демонстрируют конкретное размещение медицинской техники в интерьере медицинских кабинетов.

Группа американских военных врачей представляет программу ЛОР-телемедицины, обеспечивающей не только дистанционное консультирование, но и обучение войсковых врачей. Описываются конкретные технические устройства, лежащие в основе действия программы, и данные о ее существенной экономической эффективности (с. 28–29).

На с. 30–31 американский военный ортопед подполковник Лютер Уолф делится собственным опытом успешного оказания квалифицированной ортопедической помощи на ТВД в суровых условиях и при ограниченных возможностях *передовой хирургической команды*\*.

В статье подполковника Томаса Богнера (Венгрия) описывается история работы над созданием *Регистра травмы НАТО* (NATO Trauma Registry). О сложности задачи свидетельствует тот факт, что начатая еще в 2008 г. работа только в марте 2014 г. вступила в фазу полевых испытаний (с. 40–42).

Публикация подполковника медицинской службы ВМФ Нидерландов Барта ван-дер Хувеля (с. 50–54) знакомит с действующим в НАТО стандартом санации полости рта (Dental Fitness Standards), существенно снижающим уровень неотложных стоматологических состояний у военнослужащих на ТВД. Также на трех фото представляется компьютеризованная система регистрации и хранения индивидуальной стоматологической информации *Exquisite*.

Работа подполковника Кристины Райнке (Германия) заинтересует прежде всего специалистов по авиационной и подводной медицине. Она посвящена бародонталгии, появлению зубной боли при изменении барометрического давления. Приводятся данные медицинской статистики, классификации, патофизиологии синдрома. Лечебно-диагностические подходы и профилактика иллюстрируются на трех конкретных клинических примерах (с. 55–58).

Следует заметить, что представленный материал свободно доступен на официальном сайте журнала по адресу: URL: <http://www.mci-forum.com/home/index.html>

Там же можно бесплатно подписаться на печатный вариант журнала.

\* Forward surgical team – FST, подразделение усиления медицинской службы армейской бригады США, штат 20 человек, в т. ч. 3 общих хирурга и 1 хирург-ортопед, задача – оказание квалифицированной хирургической помощи раненым, которые в связи с тяжестью травмы не смогли бы перенести эвакуацию в госпиталь. Не имеет собственной рентгеновской аппаратуры, лаборатории, хозяйственного имущества, генератора электричества, стерилизационной, запасов пищи и воды. Всем вышеперечисленным ПХК обеспечивается из расположенной вблизи медицинской роты бригады. Позволяет провести 30 хирургических операций в течение 72 ч, что считается достаточным для обеспечения наступательной операции бригады квалифицированной хирургической помощью по жизненным показаниям. – Ред.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК [614.2:355] «1941–1945»

## Центральный военный госпиталь НКО в годы Великой Отечественной войны

*СИМОНЕНКО В.Б., заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАМН, профессор, генерал-майор медицинской службы в отставке*  
*АБАШИН В.Г., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса (avg-56@list.ru)*  
*ПОЛОВИНКА В.С., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы*

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

*В статье представлена деятельность Центрального военного госпиталя Наркомата обороны (НКО) в годы Великой Отечественной войны. В основу исследования положено изучение рас-секреченных приказов НКО и приказы начальника госпиталя. Показана роль госпиталя в организации медицинской помощи комсоставу НКО, членам семей комсостава, красноармейцам, младшим и старшим командирам Красной армии в формировании медицинских учреждений для действующей армии, медицинское обеспечение эвакуации членов семей комсостава НКО (в пути следования и на местах эвакуации), оказание педиатрической помощи детям комсостава НКО в госпитале и воспитательная работа в детских садах НКО.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* Великая Отечественная война, медицинское обеспечение, эвакуация, медицинские формирования, комсостав и члены семей комсостава Красной армии.

*Simonenko V.B., Abashin V.G., Polovinka V.S. — The Central Military Hospital of the People's Commissariat for Defence during the Great Patriotic War. The article is devoted to activity of the Central Military Hospital of the People's Commissariat for Defence during the Great Patriotic War. The research is based on declassified orders of PCD and orders of the chef of hospital. Authors presented the role of the hospital in organization of medical aid for officers of PCD, members of their families, Red Army soldiers, junior and senior Red Army commanders; the role of the hospital in organization of medical facilities for combat army; medical supply for evacuation of family members of PCD's officers ( en route and in evacuation places); delivery of child health care to children of officers of PCD in the hospital and education in kindergartens of PCD.*

*Key words:* the Great Patriotic War, medical supply, evacuation, medical units, Red army officers and their family members.

Днем 22 июня 1941 г., после сообщения по радио о начале войны, начальник Центрального военного госпиталя (ЦВГ) Народного комиссариата обороны (НКО) дивврач П.В.Мандрыка собрал командный состав госпиталя, коротко сообщил обстановку и определил задачи в соответствии с ранее отработанными планами.

Ритм работы учреждения не изменился. Сотрудников вернули из отпусков, ограничили их выезд за пределы города, начало рабочего дня сместили на 8.30.

Сохранившиеся в музее правопреемника ЦВГ НКО — Медицинского учебно-научного клинического центра

им. П.В.Мандрыка приказы первых дней войны практически не отличаются от таковых в предвоенные дни: назначался дежурный врач, дежурная смена, дежурный по хозяйству госпиталя, отмечены поступившие и выбывшие больные. Массовой выписки пациентов не было.

Следуя постановлениям ГКО, при госпитале организовали штаб противовоздушной обороны. Полуподвальный этаж был приспособлен под бомбоубежище с запасами воды и противопожарными средствами.

В июле, в связи с приближением немцев к столице, встал вопрос об эвакуации московских заводов, а затем и институ-



## 1-й Военно-морской госпиталь в годы Великой Отечественной войны

ЧЕРНИКОВ О.Г., доцент, полковник медицинской службы  
ЧЕРНЫЙ В.С., доктор медицинских наук, доцент, полковник медицинской службы  
МИШИН Ю.А., доцент, полковник медицинской службы  
СОШКИН П.А., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы  
(soshkin-med@yandex.ru)

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

*В статье, посвященной военному периоду истории 1-го Военно-морского госпиталя, приведены факты героической работы госпиталя и его коллектива в тяжелейших условиях блокады Ленинграда и обстановке постоянных артиллерийских обстрелов, плодотворной лечебной и научной работы учреждения в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Материалом для статьи послужили документы Военно-медицинского музея, сведения по истории госпиталя опубликованные в различных источниках.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** Великая Отечественная война, Краснознаменный Балтийский флот, 1-й Военно-морской госпиталь, медицинская помощь раненым, медицинский состав.

*Chernikov O.G., Chernyi V.S., Mishin Yu.A., Soshkin P.A. — 1st Naval Hospital during the Great Patriotic War. In the article about The First Naval Hospital, that became famous during the Great Patriotic War, the authors present the facts of the heroic work of the hospital and its staff under the hardest conditions of the Siege of Leningrad, in an atmosphere of constant shelling, its productive clinical and scientific work during the war years (1941–1945). As a material for the preparation of this article were used documents of the Military-Medical Museum, factual information about the history of the hospital published in various sources.*

**Key words:** Great Patriotic War, Red Banner Baltic Fleet, hospital, help to the wounded, medical staff.

Внезапное начало Великой Отечественной войны не застало коллектив 1-го Военно-морского госпиталя врасплох. Перестраивая свою деятельность на военный лад, он сумел уже в самые первые дни войны оказать серьезное содействие фронту. В осажденный Таллин — главную базу Краснознаменного Балтийского флота — для организации и участия в оказании хирургической помощи раненым было командировано 5 госпитальных хирургов. Успешная работа этой хирургической группы предопределила создание на флотах во время войны маневренных (подвижных) формирований медицинской службы.

Госпиталь готовился к массовому приему раненых, изменились его внешний вид и уклад жизни. Окна, заклеенные крест-накрест бумажными лентами, изрытый щелями и убежищами двор, введение казарменного положения, необычная подтянутость персонала постоянно напоминали о том, что идет война.

Во всех отделениях кипела работа. Больные, санитарки и множество добровольцев, главным образом жены командного состава, шили мешки, наполняли их песком и разносили по помещениям. Этими мешками закладывали окна в полуподвальных помещениях, песком заполняли ящики, кадки, бочки. Сотрудники хозяйственной службы заготавливали лопатки, совки, шипцы.

В вырытых во дворе землянках-траншеях могло разместиться до 200 человек. Для тяжелых носилочных больных, которые не могли пользоваться противогАЗами, начали строить в полуподвальном помещении главного здания газо- и бомбоубежище, а под левым и правым крыльями здания — функционирующее укрытие. В нем имелось паровое отопление, санитарный узел, помещения для развертывания перевязочной, аптеки и рентгеновского кабинета. Для размещения лежачих раненых сделали нары, часть оконных проемов закрыли кирпичной





костей и повреждениями суставов. Шок встречался в 10,2% случаев. С большим успехом проводилось капельное переливание крови (произведено 188 трансфузий). Для обезболивания чаще всего применялись хлорэтил-эфирный (29,8%), эфирный (24,2%) и хлорэтиловый (11,7%) наркозы. Анаэробная инфекция бывала весьма редко — лишь у 2,9% раненых.

В январе—феврале 1944 г. войска Ленинградского и Волховского фронтов при активном участии Балтийского флота в ожесточенных боях, преодолев все трудности, связанные с блокадой, полностью разгромили немецко-фашистских захватчиков под Ленинградом.

С блокадой города, длившейся 900 мучительных дней, было покончено, фронт отодвинулся от Ленинграда на значительное расстояние, большинство кораблей и частей Краснознаменного Балтийского флота перебазировались на запад.

В мае 1944 г. в Ленинград возвратилась из Кирова Военно-морская медицинская академия, часть кафедр которой перебазировалась на территорию госпиталя. На базе госпиталя развернули работу кафедра военно-морской хирургии (начальник — генерал-майор медицинской службы Б.В.Лунин), госпитальной терапии (полковник медицинской службы Н.И.Лепорский), инфекционных болезней (полковник медицинской службы П.А.Алисов), челюстно-лицевой хирургии (полковник медицинской службы В.М.Уваров), урологии (подполковник медицинской службы Я.Д.Михельсон), глазных болезней (полковник медицинской службы Е.Ж.Трон). Перечисленные начальники кафедр одновременно являлись консультантами госпиталя.

Изменился контингент больных, значительное место стали занимать заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь), желудочно-кишеч-

ного тракта (язва желудка, гастриты, заболелания печени и желчных путей), органов дыхания (хронические пневмонии). В хирургических отделениях госпиталя долечивалось большое количество раненых, эвакуация в тыл была прекращена.

В целом за годы Великой Отечественной войны госпиталь принял несколько десятков тысяч раненых и больных, возвратив подавляющему большинству из них здоровье и боеспособность [3, 4].

Из сотрудников госпиталя выросли многие видные медицинские руководители. К ним следует отнести генералов медицинской службы А.М.Зотова, прошедшего путь от помощника начальника госпиталя до начальника военно-морского факультета при 1-м Ленинградском медицинском институте им. академика И.П.Павлова, А.В.Смольникова, бывшего терапевтом, начальником госпиталя, начальником медицинской службы КБФ в период войны, А.Б.Занданова — ординатора хирургического отделения, начальника пункта переливания крови, в послевоенный период — начальника медицинской службы Ленинградской военно-морской базы и Северного флота.

Героический труд коллектива госпиталя в годы Великой Отечественной войны получил высокую оценку советского правительства. 31 мая 1944 г. указом Президиума Верховного Совета СССР «за образцовое выполнение боевых заданий командования на фронте борьбы с немецкими захватчиками и проявленные при этом мужество и отвагу» 1-й Ленинградский военно-морской госпиталь был награжден орденом Ленина. За время Великой Отечественной войны этой высшей награды Родины из почти 50 награжденных медицинских учреждений удостоились только Ленинградский и Кронштадтский военно-морские госпитали.

## Литература

1. Галкин В.В. 1-й Ленинградский Военно-морской ордена Ленина госпиталь. Краткий исторический очерк. — Л., 1965. — С. 108.
2. Наставления по оказанию хирургической помощи на кораблях, в частях и госпиталях Краснознаменного Балтийского флота / Под ред. главного хирурга Красно-

знаменного Балтийского флота профессора Б.В.Пунина. — Л., 1942.

3. Сосин В.В. История Военно-морской медицины русского и советского Военно-Морского Флота. — М.: Воениздат. — 1992. — С. 100—101.

4. Шараевский Г.Ю., Сосин В.В. Санкт-Петербургский адмиралтейский госпиталь (К 280-летию 1-го Военно-морского клинического госпиталя) // Воен.-мед. журн. — 1995. — № 11. — С. 63—64.



## А.Я.Барабанов — руководитель медицинской службы фронтов в период Великой Отечественной войны

ГРИБОВСКАЯ Г.А., кандидат медицинских наук

Военно-медицинский музей, Санкт-Петербург

Статья посвящена малоизвестным страницам биографии выдающегося организатора военного здравоохранения генерал-лейтенанта медицинской службы Арсения Яковлевича Барабанова (1901–1952). Незаурядные организаторские способности и знания в области военной медицины особенно проявились у него в годы Второй мировой войны, когда он был начальником медицинской службы 31-й армии Западного фронта и 34-й армии Северо-Западного фронта, а с 1942 г. руководил медицинской службой Донского, Центрального, 1-го Белорусского фронтов. Опыт организации сбора военнопленных, системы их медицинского обслуживания, приобретенный в ходе Сталинградской битвы и после ее окончания, был использован и усовершенствован при дальнейших наступательных операциях и особенно на завершающем этапе Второй мировой войны в организации медицинского обслуживания советских военнопленных и военнопленных союзных государств, освобожденных из фашистских концентрационных лагерей Красной Армией.

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** Великая Отечественная война, генерал-лейтенант медицинской службы Арсений Барабанов, организация медицинского обеспечения войск Красной армии, медицинское обслуживание военнопленных и репатриантов.

*Gribovskaya G.A. — Barabanov A.Ya. — the head of battlefronts medical service during the Great Patriotic War. The article is dedicated to unrenowned moments of life of the outstanding organizer of the system of military healthcare general-lieutenant of medical service Arsenii Yakovlevich Barabanov (1901–1952). His outstanding organizing skills and deep knowledge in the field of military medicine revealed during the Second World War, when he was the head of medical service of 31st Army of the Western Front and 34th Army of North-Western Front and since 1942 he has helmed medical service of Donskoy, Central, 1st Belorussian Fronts. His experience in organization of collecting of PW, system medical treatment for PW acquired during the battle of Stalingrad and afterwards was used and improved during further offensive operations, especially during the final stage of the Second World War and also in organization of medical aid for prisoners of war from the Soviet Union and allied states freed from Nazi extermination camps.*

**К e y w o r d s:** the Great Patriotic War, general-lieutenant of medical service Arsenii Yakovlevich Barabanov, organization of medical supply for Red Army troops, medical aid for prisoners of war and repatriates.

Среди руководителей медицинской службы фронтов в годы Великой Отечественной войны достойное место занимает один из выдающихся организаторов военного здравоохранения, кавалер многих орденов, в т. ч. полководческого ордена Кутузова II степени, генерал-лейтенант медицинской службы Арсений Яковлевич Барабанов (1901–1952).

Сразу же после окончания в 1929 г. Военно-медицинской академии он проявил себя как военный врач-организатор, вскоре возглавив медицинскую службу 1-й Тихоокеанской стрелковой дивизии, а затем и Забайкальского военного

округа. Опыт организаторской деятельности А.Я.Барабанова был востребован в Куйбышевской Военно-медицинской академии, где он с 1938 г. до начала Великой Отечественной войны преподавал на кафедре военных и военно-санитарных дисциплин.

Уже в первые дни войны он был назначен начальником медицинской службы 31-й армии Западного фронта, затем 34-й армии Северо-Западного фронта. С 1942 г. руководил медицинской службой Донского, Центрального, Белорусского и 1-го Белорусского фронтов, обеспечивал организацию медицинской служ-



ли сезонную закономерность. Брюшной тиф и паратифы А и В наблюдались у пятой части репатриантов, страдающих инфекционными заболеваниями, дизентерией страдали более 10% инфекционных больных<sup>12</sup>.

По приказу А.Я.Барабанова медицинское обслуживание репатриантов на территории боевых действий 1-го Белорусского фронта проводилось медицинской службой управления местного эвакуационного пункта УМЭП-6 и УМЭП-198. Для обслуживания больных репатриантов были выделены специальные госпитали или отделения при госпиталях, принимавших раненых и больных воинов Красной армии. Учитывая контингент выявленных больных, в госпиталях создавались кожно-венерические отделения. Для матерей-родильниц с грудными детьми было организовано родильное отделение и дом матери и ребенка при эвакогоспитале-5371 в Познани<sup>13</sup>.

В месяцы наибольшего поступления на прием больных репатриантов работало 78 госпиталей с 31 тыс. развернутыми в них койками<sup>14</sup>.

Организация работы лагерей по приему репатриантов придерживалась определенной схемы. Все репатрианты поступали в приемное отделение, где подвергались медицинскому осмотру, санитарной обработке, дезинфекции одежды. Выявленные инфекционные больные на-

правлялись в изолятор, контактные с ними — в карантинное отделение.

Процент выявленных репатриантов с педикулезом колебался от 0,8 до 5,5%. Значительно хуже обстояли дела на армейских сборных пунктах. Так, на сборном пункте 69-й армии 1-го Белорусского фронта педикулез наблюдался у 13–15% осмотренных репатриантов, а с санитарной обработкой дело обстояло еще хуже. Это было связано с тем, что пункт, двигаясь за войсками, несколько раз менял свою дислокацию и не успевал организовывать достаточно мощные и оборудованные санпропускники, ограничиваясь примитивными<sup>15</sup>. Для организации более качественной санитарной обработки пункты усиливались приданием им техники фронтовой обмывочно-дезинфекционной роты. В местах наибольшего скопления репатриантов работали фронтовые банно-прачечные дезинфекционные поезда [3].

Благодаря деятельности Арсения Яковлевича Барабанова медицинская служба армий и фронтов, которой он руководил в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг., добилась высоких показателей возвращения в строй раненых и больных воинов Красной армии, а также, проявив подлинное милосердие в обращении с пленными и гражданским населением независимо от их национальности, обеспечила им оказание необходимой медицинской помощи.

<sup>12</sup> Там же, л. 424, 455.

<sup>13</sup> Там же, ф. 39, оп. 8963, д. 31, л. 436–446.

<sup>14</sup> Там же, оп. 58 883, д. 1, л. 65–67.

<sup>15</sup> Там же, оп. 35 586, д. 196, л. 30.

## Литература

1. *Алексанян И.В., Кнопов М.Ш.* Руководители медицинской службы фронтов и флотов в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. — М.: Медицина, 1992. — С. 95.
2. *Барабанов А.Я.* Медицинское обеспечение войск Донского фронта в Сталинградской операции: Дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1947. — С. 360–362.
3. *Баяндин И.Т.* Санитарно-эпидемиологическое обеспечение репатрированных

и военнопленных // *Воен.-мед. журн.* — 1946. — № 3. — С. 44–47.

4. *Будко А.А., Грибовская Г.А.* Медицинское обслуживание военнопленных в период Сталинградской наступательной операции // *Воен.-мед. журн.* — 2003. — Т. 324, № 2. — С. 67–71.

5. *Наханетов Б.А.* Некоторые вопросы истории организации медицинской помощи в советских лагерях для военнопленных // *Воен.-мед. журн.* — 1995. — № 3. — С. 72.



## Боевой путь эвакогоспиталя № 3457 и его начальник Порфирий Иванович Заболотный

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

Редакция «Военно-медицинского журнала», Москва

*Представлена публикация архивного документа под названием «История эвакогоспиталя № 3457», недавно обнаруженного в одном из заброшенных сельских домов в Сумской области Украины. Текст на 32 листах – яркое и красноречивое свидетельство периода Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Госпиталь был сформирован в июле 1941 г. в Сумской области и преодолел затем не одну тысячу километров, имея дислокацию в Сибири, на Крайнем Севере, опять на Украине, в Венгрии. Весь этот период возглавлял эвакогоспиталь военный врач Порфирий Заболотный.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* Великая Отечественная война, медицинское обеспечение, эвакуация, медицинские формирования, медицинская помощь раненым, медицинский состав.

*Poddubnyi M.V. – Military history of evacuation hospital № 3457 and the head of this hospital – Porfirii Ivanovich Zabolotnyi. The article is devoted to publication of an archive document «History of evacuation hospital № 3457». This archive document was found in one of the deserted country house in Sumy Oblast, Ukraine. 32 pages of text is bright and eloquent testimony of the period of the Great Patriotic War. Hospital was founded in 1941 in Sumy Oblast and then was deployed in Siberia, in the region of the Far North, again in Ukraine and in Hungary. Army medical officer Porfirii Zabolotnyi was the chef of evacuation hospital during this period.*

*К е у о r d s:* the Great Patriotic War, medical supply, evacuation, medical units, medical aid for wounded, medical staff.

В феврале этого года в редакцию «Военно-медицинского журнала» пришло письмо из Сумской области Украины. Автор – живущий в селе недалеко от старинного Конотопа В.Н.Королевский предварил свои несколько листов заголовком «Находка на деревенском чердаке». Вот что он писал: «Звездный час российских и украинских деревень прошел. Многие оскудели, другие доживают последние дни. Многие уже исчезли с лица земли или лежат в развалинах. Немало в них отдельных заброшенных домов, с выбитыми дверями и окнами, заросшими дворами и огородами.

Не миновала такая участь и деревню Бочечки в Украине, что на Конотопщине. Расцвет ее был в 50–60-е годы прошлого столетия. Вымирают люди, забывается память об односельцах, чьими руками создавалось и поддерживалось бывшее благополучие. И не помнят, не знают и не хотят знать молодые поколения, каким было их село и что за люди все это создавали. Но остались еще те, для кого любая вес-

точка о малой родине или своих земляках – заслуживает особого внимания. Во сто крат возрастает эта ценность, если речь идет о времени Великой Отечественной войны.

Итак, в Бочечках, в нежилом доме семьи врача П.И.Заболотного была обнаружена тетрадь с пожелтевшими страницами «История эвакогоспиталя № 3457 с 1941 по 1945 гг.». Помимо истории госпиталя, на чердаке хранился и архив П.И., частично порченный мышами и временем. По документам можно проследить весь жизненный путь этого талантливого и незаурядного человека...»

Спустя недолгое время мы встретились в редакции. Владимир Николаевич Королевский оказался инженером-авиастроителем на пенсии, а ныне – увлеченным краеведом. Живет он в Москве, но часть года обязательно проводит в родных Бочечках, где когда-то вырос и окончил школу. Таким образом «находка на деревенском чердаке» оказалась перед нашими глазами.



## Средний медицинский персонал Белоруссии в годы фашистской оккупации

ХИЛЬМОНЧИК Н.Е., кандидат медицинских наук, доцент (chilmonczyk@mail.ru)

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

*В статье отражена деятельность средних медицинских работников Белоруссии в годы Второй мировой войны на оккупированной территории. Акцентировано внимание на выполнении ими профессиональных обязанностей как составной части патриотической деятельности, а также участие средних медицинских работников в противоэпидемической работе.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а: Вторая мировая война, медицинская помощь на оккупированной территории, медицинская сестра, фельдшер.*

*Khilmonchik N.E. – Belarusian paramedics during the Nazi occupation. The article is devoted to Belarusian paramedics serving in occupational territories during the World War II. The article is focused on paramedical professional duties as a part of patriotic activities. This article also touches on their participation in anti-epidemic work.*

*Key words: the Great Patriotic War, medical aid in occupational territory, nurse, medical assistant.*

Первый удар фашистских захватчиков по СССР в июне 1941 г. приняла на себя Белоруссия. В этот период первостепенное внимание уделялось военно-организаторской работе по подготовке боевых резервов Красной армии, а именно – санитарных дружинниц. В первые же дни войны наряду с мобилизацией резерва медицинских работников в срочном порядке были осуществлены выпуски курсов медицинских сестер запаса весеннего и осеннего наборов 1940 и 1941 гг.

В июле 1941 г. на незанятой врагом территории республики действовало 40 санитарных дружин [6]. Сандружинницы участвовали в боевых действиях, выносили раненых, извлекали из-под руин пострадавших, оказывали первую медицинскую помощь, ухаживали за ранеными и больными в госпиталях, становились донорами. Благодаря самоотверженному труду и массовому героизму средних медицинских работников на поле боя под огнем противника и в лечебных учреждениях тыла были спасены многие жизни бойцов и офицеров Красной армии. Так, фельдшер гомельской поликлиники В.А.Герасимова, добровольно ушедшая на фронт, в бою под Жлобином, несмотря на полученное ранение, вынесла 12 раненых воинов. На помощь раненым, находящимся в одной из клинических больниц Минска, 4 июля 1941 г. пришла медицинская сестра В.Ф.Рубец. Она дос-

тавала медикаменты, лечила солдат, приносила из дома еду и ухаживала за ними.

В ходе военных действий в восточных областях Белоруссии на предприятиях и в учреждениях, при поликлиниках и аптеках организовывались пункты первой медицинской помощи. Здесь также было открыто 24 эвакуопункта по приему и эвакуации мирного населения, где средние медицинские работники оказывали медицинскую помощь нуждающимся, выдавали продукты питания, одежду, проводили санобработку.

Архивные материалы свидетельствуют, что в период оккупации на территории Белоруссии вдвое сократилась сеть медицинских учреждений. В начале 1942 г. в Минском округе имелось в 9 раз меньше фельдшерско-акушерских пунктов, чем в довоенное время. Количество ФАПов Могилевской области снизилось с 214 (1941) до 80 (1944), уменьшалась численность медицинских кадров. Материально-техническое обеспечение ухудшилось, большинство лечебных учреждений размещалось в приспособленных или полуразрушенных помещениях, не хватало медикаментов, медицинского имущества.

Однако боязнь распространения инфекционных заболеваний заставила немецкую администрацию сохранить часть лечебных учреждений и их финансирование. В период оккупации Белоруссии в областных городах действовали





тив инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта – каждый восьмой партизан. Проводилась санитарная обработка личного состава и дезинфекция вещей. Медицинские сестры партизанских формирований закреплялись за определенными деревнями и, когда позволяла обстановка, совершали активные (плановые) или пассивные (по вызовам) выезды, оказывая помощь населению. Так, в 1943 г. медицинский персонал бригады «Штурмовая» сделал 212 выездов в деревни партизанской зоны, а санитарная часть партизанского отряда им. Дунаева 60 раз оказала медицинскую помощь населению на дому [3].

Медицинские работники выполняли свой профессиональный долг в тяжелых условиях. Для иммобилизации поврежденных конечностей применяли шины, изготовленные из досок, прутьев или коры деревьев [2, 3, 8]. Бинты и салфетки готовили из самотканого льняного полотна, марлевых занавесок, парашютного материала. Вместо ваты использовали высушенный мох, ситник, что обильно рос на болотах, чесаный лен или шерсть, пух, льняную паклю. Фельдшер С.Лещенко крупного партизанского соединения Ивана Шитова, до войны работавший в василевичской аптеке, применял при лечении гнойных ран и кожных заболеваний измельченные листья алоэ, изготовленные в виде эмульсии

на ежовом жире. Фельдшер М.Митичкин этого же соединения, работавший до войны в физиотерапевтическом отделении лепельского военного госпиталя, применял торфо- и грязелечение, делал тепловые процедуры разогретым песком, картофелем, льняным семенем.

В бригадах и отрядах организовывались курсы медицинских сестер, санитаров, где проходили подготовку партизаны и жители партизанских зон. Теоретические занятия проводили врачи, практическое обучение – фельдшера и медицинские сестры Белорусского штаба партизанского движения. Всего штаб отослал в партизанские формирования Белоруссии 350 сборников и пособий, 160 медицинских газет и журналов. В некоторых партизанских соединениях начальники медицинских частей бригад сами разрабатывали инструкции о работе врачей и среднего медицинского персонала. В отряде соединения Ивана Шитова подготовили 102 санитаров по 125-часовой и 69 санитаров по 260-часовой программам (1942–1943). В каждом взводе создали санитарное звено, в роте – санитарное отделение, обучали бойцов основам само- и взаимопомощи при ранениях [8, 11].

Таким образом, в неимоверно трудных условиях оккупации фельдшера, акушерки, медицинские сестры обеспечивали население квалифицированной помощью.

## Литература

1. Вела нас партия: Воспоминания подпольщиков и партизан Могилевской области периода Великой Отечественной войны. – Минск: Беларусь, 1984. – 447 с.

2. *Воронович Н.И.* Медицинское обеспечение Пинского партизанского соединения // Вопросы истории медицины и здравоохранения БССР: Материалы 2-й научной конференции. – Минск, 1965. – С. 169–171.

3. Всенародная борьба в Белоруссии против немецко-фашистских захватчиков в годы Великой Отечественной войны. – Минск: Беларусь, 1983. – Т. 1 – 591 с.

4. Всенародная борьба в Белоруссии против немецко-фашистских захватчиков в годы Великой Отечественной войны. – Минск: Беларусь, 1984. – Т. 2. – 551 с.

5. Всенародное партизанское движение в Белоруссии в годы Великой Отечественной войны (июнь 1941 – июль 1944): Документы и материалы. – Т. 2: Развитие всенародного партизанского движения во второй период войны (ноябрь 1942 – декабрь 1943). – Кн. 2: июль–декабрь 1943. – Минск: Беларусь, 1978. – 814 с.

6. Девушки Белоруссии, вступайте в ряды санитарных дружинниц // Советская Белоруссия. – 1941. – 13 июля. – С. 2.

7. *Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С.* Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – Л.: Медицина, 1985. – 304 с.

8. Медицина-партизанка // Мед. вестник. – 2004. – № 27. – 1 июля. – С. 1–3.

9. *Мойсеенок А.Г., Шлоотц Е.* Профессиональное медицинское образование на территории Беларуси в период оккупации (1942–1944) // Медицина Беларуси XX века: Тезисы докладов восьмой республиканской научной конференции по истории медицины. – Витебск, 1998. – С. 109–110.

10. *Мордачев И.П.* Становление и развитие медицинской службы партизанских соединений Могилевской области в годы Великой Отечественной войны // Медицина Беларуси XX века: Тезисы докладов восьмой республиканской научной конференции по истории медицины. – Витебск, 1998. – С. 110–112.

11. *Тищенко Е.М.* Медицина Белоруссии в годы войны // Воен.-мед. журн. – 2010. – Т. 331, № 6. – С. 82–86.



© Л.Л.ГАЛИН, В.В.РЯБИНКИН, 2014  
УДК 616:355 (092 Немытин Ю.В.)

## «Медицина – не сфера обслуживания...» (Интервью с Ю.В.Немытиным – бывшим начальником 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского)



**В феврале 2014 г. состоялась научно-практическая конференция, посвященная 25-летию вывода советских войск из Афганистана (1989). С докладом «Сочетанная боевая травма» на конференции выступил бывший начальник медицинской службы 40-й армии, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор генерал-майор медицинской службы в отставке Юрий Викторович Немытин.**

Ю.В.Немытин в 1970 г. окончил Военно-медицинский факультет при Томском государственном медицинском институте. Служил начальником медицинского пункта, командиром медицинского взвода механизированного полка Гражданской обороны СССР, командиром медицинской роты – ведущим хирургом омеб, командиром омеб.

В 1985 г. окончил с золотой медалью факультет руководящего медицинского состава ВМедА им. С.М.Кирова и был назначен в состав ограниченного контингента советских войск в Республике Афганистан начальником Центрального военного госпиталя, затем начальником медицинской службы 40-й армии.

В этот период Юрий Викторович часто оперировал тяжелораненых, в районах боевых действий возглавлял группу специализированной медицинской помощи, внес весомый вклад в совершенствование системы оказания медицинской помощи в условиях горно-пустынной местности.

После возвращения из Афганистана Ю.В.Немытин 3 года был начальником окружного военного госпиталя Московского военного округа, в 1990 г. возглавил медицинскую службу МВО.

С 1992 по 2007 г. Ю.В.Немытин – начальник 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского. За этот период под его руководством в госпитале было завершено строительство двух двенадцатиэтажных лечебных корпусов и начато строительство нового многопрофильного лечебного корпуса. Одновременно велись реконструкция и расширение имеющейся материальной базы, в т. ч. операционных блоков, что дало возможность увеличить объем оперативных вмешательств в 2–3 раза. Юрий Викторович ежегодно сам выполнял более 100 операций, из них почти 45% повышенной сложности.

После увольнения в 2007 г. из Вооруженных Сил Юрий Викторович трудился в Федеральном агентстве по высокотехнологичной медицинской помощи (Росмедтехнологии) Минздравсоцразвития России в качестве заместителя руководителя.

После конференции Юрий Викторович ответил на вопросы заместителя главного редактора «Военно-медицинского журнала» Л.Л.Галина и начальника управления кадров ВЦМК «Защита» В.В.Рябинкина.

– Юрий Викторович, что вас привело в медицину, призвание или случайность?

– Медицину я выбрал по призванию, а вот в хирургию меня привела скорее случайность, а точнее спортивные травмы, полученные мною при занятиях футболом. С 4-го класса школы я тренировался при футбольных командах мастеров, был принят в спортивный интернат, подавал большие надежды. Два года состоял в основном составе сборной команды Молдавии (юниоры). Конец футбольной карьере положила тяжелая травма голеностопного сустава, полученная в начале третьего курса медицинского института. Однажды мои лечащие хирурги сказали: «Мы смотрели тебя, теперь ты смотри на нашу работу». Восстановившись после травмы, начал ходить на дежурство в клинику. С хирургией больше не расставался никогда, какую бы должность ни занимал.

– Когда вы занимали большие должности врача-организатора, вас, наверное, иногда критиковали за увлеченность хирургией?



вания хирургии и организации здравоохранения в этом институте у меня более 15 лет. Переаду накопленный опыт, с удовольствием веду занятия с молодежью. Нынешние тридцатилетние отличаются от более старших возрастов в лучшую сторону. Они хотят учиться и понимают, для чего это нужно. Именно этому поколению предстоит многое сделать для возрождения былой славы военной медицины. Для этого надо в первую очередь возродить всю систему подготовки и усовершенствования медицинских кадров, ввести должности военнослужащих соответствующих рангов и категорий. Например, увеличить количество офицеров в крупных военных госпиталях, потому что за счет военнослужащих придется формировать группы усиления. А главное, неустанно работать в направлении постоянного роста квалификации каждого специалиста.

— **Спасибо, Юрий Викторович, за интересную и поучительную беседу. Пример вашего жизненного пути, наполненного упорным трудом, направленностью на достижение максимального результата, творческим подходом к делу, весьма поучителен.**

## ЮБИЛЕИ

© Б.Н.КОТИВ, 2014

УДК 616:355 (092 Цыган В.Н.)



**12 мая 2014 г.** исполнилось 60 лет ученому секретарю ученого совета, заведующему кафедрой патологической физиологии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы запаса **Василию Николаевичу Цыгану**.

В.Н.Цыган родился в с. Яструбенцы Ильинецкого района Винницкой области. В 1979 г. закончил Военно-медицинскую академию (с отличием и золотой медалью). С 1979 по 1982 г. проходил службу в должности начальника полкового медицинского пункта. В 1982 г. поступил в адъюнктуру при Военно-медицинской академии по специальности патологическая физиология. С 1985 г. — преподаватель, затем докторант (1992—1995) этой же кафедры. В 1988 г. находился в служебной командировке в Афганистане в составе научной группы. Участник контртеррористической операции в Чеченской Республике. В 1995 г. назначен начальником НИЛ физиологии экстремальной медицины, в 1996 г. — начальником НИЛ физиологии экстремальных состояний, в 1997 г. — старшим преподавателем кафедры патофизиологии, в 1998 г. — начальником НИЛ иммунологии ВМедА. В 2005—2008 и 2010—2011 гг. — начальник научно-исследовательского отдела академии, в 2008—2010 гг. — заместитель начальника академии по научной работе.

При научном консультировании и под руководством В.Н.Цыгана защищены 13 докторских и 23 кандидатских диссертации. Лауреат диплома премии РАМН имени Н.И.Пирогова по медицине в 2010 г. за цикл работ по психофизиологическому обеспечению военнослужащих, награжден премией Министерства обороны за лучшую научную публикацию 2010 г. Председатель диссертационного совета, член проблемной комиссии «Физиология экстремальных состояний» Научного совета РАН по физиологическим наукам, член бюро Межведомственного научного совета по комплексной научной программе «Медицинские проблемы Северо-Запада Российской Федерации». Заместитель главного редактора журнала «Вестник Российской Военно-медицинской академии», член редколлегии «Военно-медицинского журнала», «Журнала инфектологии», журналов «Лабораторная диагностика», «Клиническая эндоскопия», «Клиническая патофизиология».

Василий Николаевич известен исследованиями в области истории медицины. Им описаны научное и нравственное наследие учеников и потомков С.П.Боткина, истоки профессионального совершенства и гражданского мужества лейб-медика Е.С.Боткина. Принимал участие в разработке материалов по истории взаимоотношений Военно-медицинской академии и Нобелевского комитета, провел анализ научного наследия профессора А.И.Яроцкого.

Награжден орденами Почета, «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, «Звезда» II степени Республики Афганистан, медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени и другими медалями.

**Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации и Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», ученики и товарищи сердечно поздравляют Василия Николаевича Цыгана с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья, дальнейших творческих успехов.**



© В.Т.ИВАШКИН, П.А.ПИРУМОВ, 2014  
УДК 616:355 (092 Тельных Ю.В.)



**9 мая 2014 г.** исполнилось 70 лет бывшему главному терапевту Военно-морского флота, академику Академии военных наук, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы в отставке **Юрию Викторовичу Тельных.**

После окончания с отличием Военно-медицинского факультета при Горьковском медицинском институте им. С.М.Кирова с 1968 г. по 1974 г. проходил службу на кораблях, подводной лодке и в частях Камчатской военной флотилии, в должности врача-физиолога спасательного судна, начальника медицинской службы сторожевого корабля, начальника терапевтического отделения базового лазарета. С 1974 г. по 1977 г. обучался в адъюнктуре ВМедА им. С.М.Кирова, в последующем был старшим ординатором, затем преподавателем академии.

В 1984 г. Ю.В. Тельных был направлен на Краснознаменный Северный флот, вначале на должность ведущего терапевта госпиталя г. Полярного, а затем главного терапевта флота. Участвовал в организации и непосредственном оказании медицинской помощи пострадавшим в результате аварии на атомной подводной лодке «Комсомолец», а также аварии на атомной энергетической установке АПЛ в пос. Видяево. В 1989 г. Ю.В. Тельных был назначен главным терапевтом Военно-морского флота СССР (РФ). В этой должности он проявил себя высокопрофессиональным терапевтом, хорошим организатором и блестящим воспитателем. В 1989 г. после увольнения в запас Юрий Викторович стал профессором кафедры пропедевтики внутренних болезней ММА им. И.М.Сеченова, где трудится до настоящего времени.

Ю.В.Тельных — автор более 150 научных трудов, в т. ч. справочников и учебников, член редколлегии «Российского журнала гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии».

**Медицинская служба Военно-морского флота Российской Федерации, коллектив кафедры и клиники пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», совет Объединения ветеранов военно-медицинской службы, ученики и коллеги сердечно поздравляют Юрия Викторовича Тельных с юбилеем, желают крепкого здоровья, счастья и новых успехов.**

© О.И.ПЕТРОВ, 2014  
УДК 616:355 (092 Мельник Ю.А.)



**4 мая 2014 г.** исполнилось 60 лет заведующему поликлиникой Филиала № 3 ГВКГ им. Н.Н.Бурденко (32-й Центральный военно-морской клинический госпиталь), заслуженному врачу РФ полковнику медицинской службы в отставке **Юрию Андреевичу Мельнику.**

После окончания Камень-Каширского медицинского училища (1973) работал фельдшером скорой помощи. В 1974 г. был призван на действительную военную службу, которую проходил в г. Уфе в войсках ПВО фельдшером полка. В 1975 г. поступил на факультет подготовки врачей для Военно-морского флота ВМедА им. С.М.Кирова. По завершении учебы в 1981 г. был распределен на Тихоокеанский флот, где проходил службу на флотилии атомных лодок на Камчатке сначала в должности начальника медицинской службы атомной подводной лодки, а затем начальника специальной поликлиники.

В 1994 г. назначен на должность начальника 152 поликлиники ВМФ, где и трудится по настоящее время на должности заведующего поликлиникой. Имеет высшую квалификационную категорию по специальности врач-организатор.

Юрий Андреевич активно участвует в общественной жизни г. Железнодорожный Московской области, является депутатом городского округа. Он награжден многими медалями и почетным знаком губернатора Московской области «За ратную службу».

**Командование Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», совет ветеранов медицинской службы ВМФ, коллеги сердечно поздравляют Юрия Андреевича Мельника с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья и дальнейших успехов.**





Министр обороны России генерал армии **Сергей Шойгу** провел очередное заседание Коллегии военного ведомства.

В работе коллегии приняли участие руководящий состав Вооруженных Сил Российской Федерации, представители органов государственной власти и общественного совета при Министерстве обороны Российской Федерации.

На заседании рассматривались вопросы совершенствования системы военного образования, контрольной и надзорной деятельности МО РФ, военной медицины, подведены итоги финансового обеспечения войск в 2013 г. и обозначены задачи на текущий год.

«Особое внимание уделим выполнению майских указов Президента РФ, в частности увеличению средней заработной платы работников культурно-досуговых, медицинских, образовательных и научно-исследовательских учреждений МО РФ», — сказал генерал армии Сергей Шойгу.

Оценивая работу МО РФ по совершенствованию военной медицины, он констатировал, что за последнее время в этой области «было немало сделано». В частности, отметил глава военного ведомства, в 2013 г. создана система медико-психологической реабилитации военнослужащих. Начиная с апреля 2014 г., эффективность работы каждого военного врача оценивается индивидуально. Кроме того, впервые за последние 4 года проведен набор курсантов в Военно-медицинскую академию.

«Сохранение и укрепление здоровья военнослужащих является одним из приоритетных направлений деятельности Минобороны», — подчеркнул генерал армии Сергей Шойгу и сообщил, что в настоящее время рассматривается вопрос о дополнительной подготовке медицинских специалистов на базе ведущих медицинских вузов страны. Важное внимание уделяется совершенствованию материально-технической базы военно-медицинских учреждений.

«Так, — отметил глава военного ведомства, — определен перечень первоочередных объектов военной медицины, которые должны быть введены в строй в ближайшее время. Это, прежде всего, касается Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге, госпиталей имени Бурденко и Вишневского, медицинского центра имени Мандрыка в Москве, а также Военно-морского госпиталя в Севастополе».

**Управление пресс-службы и информации Министерства обороны РФ**, 24 апреля 2014 г.  
[http://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=11921527@egNews](http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11921527@egNews)  
[http://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=11921299@egNews](http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11921299@egNews)

Заместитель министра обороны РФ **Руслан Цаликов** провел **15 мая** селекторное совещание с руководящим составом медицинской службы Вооруженных Сил РФ, посвященное вопросам текущего состояния и развития военной медицины.

В мероприятии приняли участие руководящий состав ГВМУ МО РФ, центральных военно-медицинских учреждений, начальники медицинских служб видов и родов Вооруженных Сил РФ, военных округов и флотов.

Открывая совещание, Руслан Цаликов отметил, что в ближайшие годы военная медицина сделает рывок в сфере материально-технического оснащения, подготовки военных врачей, медперсонала и методах лечения. «Финансирование мероприятий по развитию военной медицины будет продолжено в необходимых объемах», — подчеркнул заместитель главы военного ведомства.

Руслан Цаликов сообщил, что в рамках данных мероприятий особое внимание будет уделено созданию комфортных и привлекательных условий труда для младшего и среднего медперсонала в лечебных учреждениях Минобороны России. В связи с этим он поручил руководству ГВМУ интенсифицировать работу в этом направлении.

Заместитель министра обороны заслушал доклад о промежуточных итогах аттестации офицеров военно-медицинской службы и распорядился тщательно проанализировать ее итоги, чтобы подготовить качественные рекомендации по совершенствованию кадровой работы в медицинской службе ВС РФ.





## Второй балтийский форум военной медицины

В конце июня 2013 г. под руководством начальника медицинской службы Балтийского флота полковника медицинской службы **Николая Карпуна** состоялся Второй балтийский форум военной медицины «Актуальные вопросы охраны здоровья военнослужащих». В форуме приняли участие начальники медицинских служб МВД, ФСБ, ФСИН, МЧС России по Калининградской области, представители министерства здравоохранения Калининградской области, офицерский состав медицинской службы БФ и Центрального военного округа, медицинской службы Беломорской военно-морской базы, начальники военно-медицинских учреждений флота, начальники медицинских служб (флагманские врачи) объединений, соединений флота.

В ходе мероприятия рассматривались требования и условия поддержания боевой и мобилизационной готовности медицинской службы и медицинских учреждений флота, повышения эффективности медицинского обеспечения сил (войск) флота при решении задач военной безопасности и защиты национальных интересов Российской Федерации в Балтийской морской зоне.

Силами и средствами 336 обрмп (г. Балтийск) проведено показательное тактико-специальное учение «Работа медицинского взвода отдельного батальона бригады морской пехоты в условиях массового поступления раненых и больных». На базе Филиала № 1 1409 ВМКГ (г. Балтийск) состоялось показательное тактико-специальное учение, посвященное работе приемно-сортировочного отделения базового военно-морского госпиталя в условиях массового поступления раненых и больных.



Участники форума

## Второй балтийский форум военной медицины



Эвакуация раненых с поля боя  
на БТР-80

Работа на сортировочной  
площадке



Эвакуация тяжелораненого  
в перевязочную

Автоперевязочная АП-2



Работа эвакуационной  
площадки



## Второй балтийский форум военной медицины



Сортировочная площадка



Площадка для легкораненых



Площадка для тяжелораненых



Работа реанимационной бригады



© В.А.ВАРФОЛОМЕЕВ, 2014  
УДК 355 (091)

# К 25-летию вывода советских войск из Афганистана

*ВАРФОЛОМЕЕВ В.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке (varfol.va@mail.ru)*

Редакция «Военно-медицинского журнала», Москва

На базе Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко **26 февраля 2014 г.** состоялась научно-практическая конференция медицинского состава Московского региона «Медицинское обеспечение боевых действий войск в Афганистане в 1979–1989 гг.». Организаторами конференции были Главное военно-медицинское управление МО РФ, Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Институт усовершенствования врачей МУНКЦ им. П.В.Мандрыка и Объединение ветеранов военно-медицинской службы «Военмед».

Открыл конференцию начальник Главного военно-медицинского управления МО РФ генерал-майор медицинской службы **А.Я.Фисун**. Он поприветствовал присутствующих, подчеркнув, что многие из них не только были участниками боевых действий в Республике Афганистан, но и принимали участие в контртеррористических операциях на Северном Кавказе, где их опыт медицинского обеспечения боевых операций оказался востребован.

Далее А.Я.Фисун вручил ряду генералов и офицеров юбилейную медаль «25 лет вывода советских войск из Афганистана». Среди награжденных были генерал-лейтенанты медицинской службы в отставке В.Е.Акимочкин, Ю.И.Погодин, Ю.Н.Саввин, И.В.Синопальников, генерал-майоры медицинской службы в отставке С.Ф.Гончаров, Н.Н.Каменсков, П.И.Мельниченко, Ю.В.Немытин, Г.И.Рамодин, генерал-майор в отставке В.Г.Довгань, полковники медицинской службы в отставке В.Г.Новоженков, О.А.Попов, В.В.Рябинкин и ряд других офицеров.

С основным докладом «*Организация лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск в Республике Афганистан в 1979–1989 гг.*» выступил доктор медицинских наук **И.В.Синопальников**. Он подчеркнул, что Советский Союз впервые столкнулся с локальными военными действиями, а их

длительность составила в итоге 110 мес. В боевых действиях за этот период приняли участие 620 тыс. военнослужащих, из них в частях и соединениях Советской армии – 525 тыс. человек, пограничных и других подразделениях КГБ СССР – 90 тыс., отдельных формированиях внутренних войск и милиции МВД СССР – 5 тыс. Опыт медицинского обеспечения показал, что при подготовке лечебно-эвакуационного обеспечения предстоящих боевых действий необходимо всесторонне оценивать влияние на его организацию медико-географических факторов театра военных действий, возможный характер боевых действий, вероятные санитарные потери.

Отрицательное влияние на личный состав и особенно на раненых и больных оказывали:

- высокая температура окружающей среды (максимальная температура воздуха до +51 °С на солнце и в палатках до +63 °С, песка и почвы – до +70 °С, брони и металлической поверхности – до +80 °С);
- перепады дневных и ночных температур;

- низкая абсолютная и относительная влажность воздуха (в дневные часы она составляла всего 5–10%), сильные горячие ветры, песчаные и пыльные бури;

- преобладание летом безветренной погоды, затрудняющей теплоотдачу метаболического тепла во внешнюю среду;

- пониженное барометрическое давление в высокогорье и гипоксическая гипоксемия.

Докладчик обратил внимание на то, что в данной войне не было ни фронта, ни тыла в обычном понимании. Группировка войск состояла из отдельных гарнизонов, дивизии располагались в 3–4 гарнизонах, полк – в 1–2. Сообщение между гарнизонами (подвоз материальных средств, эвакуация раненых и больных) осуществлялось на



## Конференция, посвященная 25-летию вывода советских войск из Афганистана

26 февраля 2014 г. в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко состоялась научно-практическая конференция медицинского состава Московского региона «Медицинское обеспечение боевых действий войск в Афганистане в 1979–1989 гг.».

Она была приурочена к 25-летию вывода советских войск из Афганистана и прошла под эгидой Главного военно-медицинского управления МО РФ, ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, Института усовершенствования врачей МУНКС им. П.В.Мандрыка и Объединения ветеранов военно-медицинской службы «Военмед».



Участники конференции

*Материал о конференции опубликован в рубрике «Хроника»*



## Конференция, посвященная 25-летию вывода советских войск из Афганистана



Генерал-майор медицинской службы **А.Я.Фисун**, генерал-лейтенант медицинской службы в отставке **Ю.Н.Саввин**

Генерал-майор медицинской службы в отставке **П.И.Мельниченко**, полковник медицинской службы в отставке **О.А.Попов**, генерал-лейтенант медицинской службы в отставке **Ю.И.Погодин**



Генерал-майоры медицинской службы в отставке **С.Ф.Гончаров** и **Г.И.Рамонин**

Полковник медицинской службы в отставке **В.В.Рябинкин** и генерал-лейтенант медицинской службы в отставке **И.В.Синопальников**



*Фото В.Варфоломеева, Н.Лычагина*



Из отделений медицинского снабжения омедб дивизий в части длительное время отпускалось то имущество, которое имелось в наличии. Доставка осуществлялась в основном средствами заинтересованных частей на автомобилях и боевой технике в объеме около 70%, остальное — вертолетами. Воздушный транспорт для доставки медицинского имущества в армию, соединения и воинские части наиболее активно (до 40%) применялся при подготовке и проведении боевых операций. Тогда основная масса медицинского имущества доставлялась вертолетами Ми-8 и самолетом Ан-26 «Спасатель».

Состав и структура органов медицинско-го снабжения в целом гарантировали реше-

ние задач по обеспечению медицинским имуществом войск армии в сложных условиях южного театра военных действий на всех этапах. Предусмотренная в начале кампании система управления медицинским снабжением была откорректирована в соответствии с реальными условиями. Вместе с тем проявились нерешенные вопросы в организации обеспечения медицинским имуществом, остающиеся актуальными до сегодняшнего дня.

Подводя итог работы конференции, президент Объединения ветеранов военно-медицинской службы «Военмед» **Ю.И.Погодин** поблагодарил всех участников, пожелал им плодотворной профессиональной деятельности и творческих успехов.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 61:355

## Проблемные вопросы военно-морской медицины

*МЯСНИКОВ А.А., профессор, полковник медицинской службы запаса (a\_mjasnikov@mail.ru)  
ПЕТРЕЕВ И.В., профессор, полковник медицинской службы запаса  
КУЛЕШОВ В.И., профессор, полковник медицинской службы в отставке  
АНДРУСЕНКО А.Н., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы  
ШИТОВ А.Ю., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы (arsenyshitov@mail.ru)*

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

**В** Санкт-Петербурге **28 октября — 1 ноября 2013 г.** прошла Международная научно-практическая конференция по военной медицине\*. Одним из важных направлений, рассматривавшихся на ней, были вопросы профессиональной патологии военно-морских специалистов.

Военно-морская медицина — понятие собирательное, оно включает в себя вопросы организации и тактики медицинской службы ВМФ, военно-морской хирургии и терапии, военно-морской и радиационной гигиены, физиологии подводного плавания, водолазной медицины, корабельной токсикологии, снабжения медицинским имуществом. В настоящее время военно-морская медицина переживает сложный период реформирования, поэтому актуальным был откровенный разговор специалистов о проблемах медицинского обеспечения плавсостава надводных кораблей и подводных лодок, водолазов, акванавтов, личного состава спецподразделений.

\* *Котив Б.Н., Ивченко Е.В., Мавренков Э.М.* Международная научно-практическая конференция по военной медицине // Воен.-мед. журн. — 2013. — Т. 334, № 12. — С. 92–93.

Вели заседание профессора Военно-медицинской академии А.А.Мясников, В.И.Кулешов и И.В.Петреев. В работе секции приняли участие более 80 человек, в т. ч. 12 докторов и 34 кандидата медицинских наук. В ходе научного форума было заслушано 20 докладов, посвященных решению актуальных вопросов морской медицины.

Заведующий кафедрой физиологии подводного плавания Военно-медицинской академии профессор **А.А.Мясников** в докладе «Повышение устойчивости водолазов и подводников к декомпрессионному газообразованию как важный элемент профилактики декомпрессионной болезни» отметил, что, несмотря на достигнутые в последние годы успехи в разработке различных направлений профилактики *декомпрессионной болезни* (ДБ), заболеваемость острой ДБ достаточно высока и составляет 1–3% от общего количества человеко-спусков, при этом более 90% всех случаев острой ДБ составляют заболевания легкой степени тяжести. Особенностью острой ДБ на современном этапе является то, что заболевание может развиваться при спусках, проведенных без нарушения правильно выбранного режима декомпрессии. *Гиперба-*



но необходимо, т. к. велико количество неустойчивых к действию этих факторов лиц. Среди водолазов-профессионалов, имевших высокую и среднюю устойчивость к одному из неблагоприятных факторов гипербарии, количество лиц с высокой и средней устойчивостью к остальным факторам составляет от 71,4 до 94,3%, что может указывать на сходные физиологические механизмы, лежащие в основе устойчивости к различным неблагоприятным факторам гипербарии. Дальнейшие исследования в области водолазной медицины должны быть направлены на расшифровку физиологических механизмов, позволяющих оптимизировать процесс профессионального отбора водолазов.

Результаты исследований **Д.П.Зверева**, посвященные медицинскому обеспечению повторных в течение суток водолазных погружений, показали, что в последние годы изменилась структура погружений под воду. Все больше как водолазов-профессионалов, так и аквалангистов-любителей осуществляют повторные спуски в течение суток. Это связано как с изменением интенсивности труда водолазов, так и особенностями любительского подводного плавания — дайвинга. В связи с этим сначала за рубежом, а потом и в России появились таблицы режимов де-

компрессии для повторных в течение суток спусков.

Выступление **А.Н.Андрусенко** было посвящено спасательной подготовке курсантов вузов и подводников. Автор показал, что такая подготовка может и должна быть использована как дополнительный критерий профессиональной пригодности курсанта для прохождения военной службы по контракту на подводной лодке.

Заседание прошло на высоком научном и организационном уровне. Доклады носили разноплановый характер и позволили охарактеризовать широкий комплекс проблем, с которым в последнее время столкнулась военно-морская медицина. Сегодня件 понятно, что, только объединив усилия специалистов в различных областях морской медицины, можно переломить ситуацию и обеспечить военным морякам, выполняющим свои обязанности в субэкстремальных и экстремальных условиях учебно-боевой деятельности, качественное медицинское обеспечение. Необходимо продолжить фундаментальные исследования по проблемам морской медицины, выполняемые как в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, так и в других образовательных и научных учреждениях нашей страны.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 616-089(063)(480)

## Международная хирургическая неделя в Хельсинки

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

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

В течение последней недели августа 2013 г. в Хельсинки проходил **45-й Всемирный конгресс хирургов** под названием «Международная хирургическая неделя». Уже более столетия раз в два года такие конгрессы проходят по очереди на разных континентах. Президентом первого подобного конгресса в 1905 г. был выдающийся австрийский хирург Теодор Кохер, а в 1971 г. в Москве конгресс принимал министр здравоохранения СССР Борис Васильевич Петровский.

Конгресс в Хельсинки (далее — Конгресс) проходил под патронажем и при непосредственном участии Международного

хирургического общества (International Society of Surgery — Societe Internationale de Chirurgie — ISS/SIC), общества хирургов Финляндии (FSS), а также интегрированных в состав Международного хирургического общества ряда самостоятельных хирургических обществ — Международной ассоциации эндокринных хирургов (IAES), Международной ассоциации хирургии повреждений и интенсивной терапии (IATSIC), Международного общества хирургии пищеварительного тракта (ISDS) и других организаций. Официальным печатным органом Международного хирургического общества является «Мировой хирургический журнал» (World Journal



денций для подготовки военных хирургов: высокая субспециализация в хирургии, высокая частота неоперативного лечения закрытых повреждений живота, возрастающее число лапароскопических операций в абдоминальной хирургии — все это затрудняет овладение профессиональными навыками молодыми военными хирургами. Таким образом, в современных условиях практически очень трудно подготовить профессионала — военного хирурга, способного выполнить весь спектр требуемых вмешательств.

Майор **I.M.Smith** (ВС Великобритании) сообщил результаты проспективного наблюдательного исследования, включавшего 94 раненных в Афганистане, которым была выполнена лапаротомия в лечебных учреждениях 2-го уровня. При этом у 51 раненого (77% случаев) лапаротомия носила сокращенный характер и ограничивалась простой перевязкой концов поврежденной кишки с последующей эвакуацией в госпиталь 3-го уровня (на военной базе Кэмп Бастион) и восстановлением непрерывности кишечного тракта после стабилизации состояния раненого. Общая летальность составила 16%.

В докладе доктора **K.M.Somarathne** (Шри-Ланка) проанализированы причины смертельных ранений среди военнослужащих в ходе гуманитарных операций. Они были связаны с крайне тяжелыми черепно-мозговыми повреждениями, кровотечением из поврежденных кровеносных сосудов и политравмой при воздействии боеприпасов взрывного действия.

Доктор **D.Steller** (Германия) доложил об эффективности применяемых в военно-полевых условиях антисептических растворов, актуальность которых возрастает из-за все

более частой нечувствительности микрофлоры ран к антибактериальным препаратам.

Следует отметить, что великолепно организованная усилиями президента локального комитета Конгресса профессора **A.Leppaniemi** и общества хирургов Финляндии «Международная хирургическая неделя» в Хельсинки установила высокую планку для следующего — 46-го Всемирного конгресса хирургов, заявленного на конец августа 2015 г. в Бангкоке (Таиланд).

После окончания Конгресса нам представилась возможность посетить Военно-медицинский музей Финляндии, расположенный в 100 км к северу от Хельсинки в г. Лаhti. Музей размещается в двухэтажном здании красного кирпича, построенном еще солдатами Русской армии в XIX в., по соседству с Военно-музыкальным музеем. Экспозиция Военно-медицинского музея включает близкую к реальной реконструкцию этапов медицинской эвакуации финских войск в ходе Советско-финляндской войны 1939–1940 гг., макет в полную величину отделения интенсивной терапии, зубокабинета, аптеки. В одном из залов наряду с хирургическими инструментами времен Второй мировой войны размещены современные медицинские комплекты, состоящие на снабжении финской армии.

Прослушанные нами доклады и научные дискуссии на прошедшем Конгрессе продемонстрировали стремительное развитие современной хирургии повреждений, технологии которой используются при лечении раненных в военных конфликтах. Известные зарубежные специалисты высоко оценили опыт российской военно-полевой хирургии и показали заинтересованность в расширении сотрудничества с российскими специалистами.

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

	За содержание и достоверность сведений в рекламном объявлении ответственность несет рекламодатель.	
	Учредитель — Министерство обороны Российской Федерации. Зарегистрирован Министерством печати и информации Российской Федерации. Номер регистрационного свидетельства 01975 от 30.12.1992 г.	
Сдано в набор 19.04.13. Формат 70×108 <sup>1/16</sup> . Усл. печ. л. 8,4. Заказ № 485.	Печать офсетная. Усл. кр.-отт. 9,8. Тираж 3666 экз.	Подписано к печати 19.05.14. Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 8,6. Каталожная цена 58 р. 00 к.
<p><b>Отпечатано в ОАО «Красная Звезда»</b>  <b>123007, Москва, Хорошевское шоссе, д. 38, <a href="http://www.redstarph.ru">http://www.redstarph.ru</a></b>  <b>Тел.: (495) 941-28-62, 941-34-72, 941-31-62, E-mail: <a href="mailto:kr_zvezda@mail.ru">kr_zvezda@mail.ru</a></b></p>		