



© Ю.И.ЛЯШЕНКО, 2018  
УДК 616.98-085(581)

## Медицинская помощь инфекционным больным на втором этапе пребывания Ограниченного контингента советских войск в Афганистане: клинические аспекты

ЛЯШЕНКО Ю.И., профессор, полковник медицинской службы в отставке  
([infectology\\_vma@mail.ru](mailto:infectology_vma@mail.ru))

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

*Для второго этапа пребывания Ограниченного контингента советских войск в Афганистане (1981–1985 гг.) была характерна высокая инфекционная заболеваемость военнослужащих со значительной летальностью пациентов. Большая частота неблагоприятного исхода инфекционных болезней была связана в значительной мере с несвоевременностью выявления больных, их эвакуации из районов боевых действий и лечения. Отмечались особенности клинических проявлений различных видов инфекций по сравнению с таковыми в обычных условиях и относительно большая частота смешанных заболеваний с тяжелым и рецидивирующим течением при неэффективности традиционной терапии. Нередко встречавшаяся у пациентов выраженная трофологическая недостаточность обуславливала значительные нарушения иммунного статуса и неспецифической резистентности организма. Все это потребовало внедрения в практику лечебных учреждений основ диагностики инфекционных заболеваний, учитывавших особенности их проявления в климатогеографических условиях Афганистана, методик эффективного лечения больных с учетом факторов повышенного риска неблагоприятного течения каждой из нозологических форм, регламентации применения при них превентивной интенсивной терапии. Повышение качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий способствовало снижению общей летальности инфекционных больных с 1982 по 1985 г. в семь раз, а от брюшного тифа – более чем в двадцать раз.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** Ограниченный контингент советских войск в Афганистане, особенности клинических проявлений, диагностики и лечения инфекционных болезней, интенсивная терапия.

*Lyashenko Yu.I. – Medical care to patients with infectious diseases during the second stage of presence of The limited contingent of Soviet forces in Afghanistan: clinical aspects. High rates of infectious morbidity with significant mortality rates were very characteristic for the second stage of presence of limited contingent of Soviet forces in Afghanistan (1981–1985). The most frequent cause of such adverse outcome was delayed case detection, evacuation of patients from battlefield areas and treatment. Specific features of clinical manifestations of various types of infections were observed in comparison with those under normal conditions and a relatively high incidence of mixed diseases with severe and recurrent course with ineffectiveness of traditional therapy. Often observed in patients marked trophological deficiency caused significant violations of the immune status and nonspecific resistance of the body. All this demanded the introduction of diagnostic infectious disease bases into the practice of medical institutions, considering the peculiarities of their manifestation in the climatic and geographic conditions of Afghanistan, the methods of effective treatment of patients, taking into account the factors of increased risk of adverse course of each of the nosological forms, and the regulation of the use of preventive intensive care. The higher quality and effectiveness of medical and diagnostic measures contributed to a 7-fold reduction in the overall mortality of infectious patients from 1982 to 1985, and more than twentyfold from typhoid fever.*

**K e y w o r d s:** The limited contingent of Soviet forces in Afghanistan, features of clinical manifestations, diagnosis and treatment of infectious diseases, intensive care.

**В**торой этап пребывания *Ограниченного контингента советских войск (ОКСВ) в Афганистане (1981–1985 гг.)* характеризовался высокой активностью боевых действий и быстро прогрессиру-

вавшей эпидемической заболеваемостью военнослужащих вирусным гепатитом, брюшным тифом, малярией, амебиазом и некоторыми другими инфекциями. Несмотря на создание крупной госпи-



тальной базы для лечения пациентов данной категории, их летальность в этот период превышала наблюдавшиеся в обычных условиях показатели [1, 2, 15].

В значительной степени это было связано с трудностями своевременного выявления и эвакуации инфекционных больных из районов боевых действий. В этих условиях 100% страдавших вирусным гепатитом и 84% — другими инфекциями поступали в лечебные учреждения сравнительно поздно, нередко с опасными для жизни осложнениями [2, 16]. Значительную роль играло и несовершенство лечебно-диагностического процесса. Удельный вес нерасшифрованных инфекционных заболеваний в госпиталях в 1980–1982 гг. составлял 36,1–40% случаев, которые значились как «лихорадка неясной этиологии» [1].

В 1983 г. в состав медицинской службы 40-й армии была введена должность главного инфекциониста\* с возлагавшимися на него задачами повысить эффективность медицинской помощи инфекционным больным. Первые результаты его работы показали, что инфекционные болезни у военнослужащих ОКСВ в Афганистане часто имели существенные особенности, в значительной мере затруднявшие их диагностику и неблагоприятно влиявшие на исход инфекционного процесса [6].

Брюшной тиф и паратиф А отличались от их проявлений в обычных условиях острым началом с частым (многократным) ознобом, быстрым повышением температуры тела до максимальных значений с лихорадкой гектического или неправильного типов, одновременным поражением дыхательного тракта (фарингит, трахеит, трахеобронхит, пневмония, иногда — тонзиллит и др.), выраженным энтеритом, сопровождавшимся диареей, умеренно выраженными метеоризмом и симптомом Падалки и др. [3, 5, 11].

Ошибки диагностики часто совершались в отношении малярии и ее сочетаний с брюшным тифом и другими инфекциями. Распространенная в Афганистане в основном трехдневная и редко

(в 10% случаев) — тропическая формы у впервые болевших ею военнослужащих в течение 10–14 сут болезни сопровождались не перемежающейся (правильное чередование лихорадочных и безлихорадочных промежутков), как это описано в учебниках и руководствах, а постоянной, т. н. инициальной (гектического или неправильного типов) лихорадкой. Это обстоятельство нередко затрудняло диагностику болезни. Трудности выявления трехдневной малярии были связаны также и с биологическими особенностями ее возбудителей, в частности с наличием в их популяции двух разновидностей паразитов. Одна из них — тахиспорозиты — вызывают заболевание с коротким инкубационным периодом, вторая — брадиспорозиты — сохраняются в печени в дремлющем состоянии в течение до трех лет, обладая способностью активироваться и вызвать заболевание в любой момент указанного времени. Проводившаяся военнослужащим химиопрофилактика малярии избавляла их организм только от тахиспорозитов. Оставшиеся у них брадиспорозиты были причиной возникновения болезни в разное время года, в т. ч. зимой, когда в природе не было переносчиков паразитов. Это обстоятельство также неблагоприятно влияло на диагностику болезни.

Одним из свойств возбудителей трехдневной малярии является способность поражать только молодые формы красных кровяных телец — ретикулоциты, количество которых в крови человека весьма незначительное (не превышает 2%). В результате считающаяся весьма характерным симптомом малярии анемия часто развивалась сравнительно поздно — только через 10–14 сут с момента заболевания и при этом была умеренно выраженной. Отсутствие этого симптома в первые две недели болезни и незначительная его выраженность в последующем также затрудняли диагностику.

Основным лабораторным методом выявления малярии является световая микроскопия препаратов крови (мазка и толстой капли, окрашенных по Романовскому–Гимза). Считается, что однократное исследование выявляет возбудителя заболевания лишь в 62% случаев, а трех-

\*На эту должность был назначен автор настоящей статьи. — Ред.



кратное дает достоверное подтверждение или исключение диагноза этого заболевания. Однако наши наблюдения и исследования показали, что нередко возбудителей трехдневной малярии удавалось обнаружить только после четвертого-пятого исследований.

Практически весь период пребывания ОКСВ в Афганистане сопровождался также эпидемией вирусного гепатита с фекально-оральным механизмом передачи инфекции. В подавляющем большинстве случаев он имел легкое течение со сравнительно коротким преджелтушным периодом (4–6 дней), клинически проявлявшимся лишь умеренно выраженными нарушениями самочувствия (общая слабость, дискомфорт в верхнем отделе живота или незначительно выраженная тошнота) и потемнением цвета мочи. Эти симптомы не привлекали к себе внимания пациентов. Они, как правило, продолжали выполнять свои обязанности и поступали в лечебные учреждения только после появления желтушной окраски кровов [15]. У значительной части военнослужащих вирусный гепатит, имеющий в обычных условиях, как правило, доброкачественное течение, осложнялся острой дистрофией печени, проявлявшейся клинически синдромом острой печеночной недостаточности. Важной особенностью этого осложнения было его развитие, в отличие от гепатитов В и С, уже в первые два дня желтушного периода при умеренно выраженных изменениях биохимических показателей функционального состояния печени со сравнительно быстрым (в течение 1–2 сут) наступлением летального исхода в результате развития массивного пищеводно-желудочного кровотечения или отека–набухания головного мозга [5].

Работа главного инфекциониста 40-й армии в инфекционных стационарах позволила обнаружить, что значительное количество военнослужащих страдали одновременно несколькими инфекционными болезнями. Высокая эндемичность регионов Афганистана по многим инфекциям, а также наличие у значительной части из них одинаковых механизмов передачи способствовали одновременному инфицированию военнослужащих несколькими

возбудителями заболеваний. Чаще всего регистрировали сочетание брюшного тифа с малярией или с вирусным гепатитом, реже – с другими болезнями. У отдельных больных диагностировали по три инфекционных заболевания – брюшной тиф, малярию и амебиаз или брюшной тиф, малярию и вирусный гепатит.

Клиническая картина сочетанных (смешанных) болезней значительно отличалась от самостоятельных. Как правило, у них было тяжелое течение инфекционного процесса, включавшего симптомы каждой из болезней в отдельности с преобладанием проявлений одной из них, существенно отягощавших состояние пациентов. Наибольшие диагностические трудности наблюдали при брюшном тифе, сочетавшемся с трехдневной малярией. Каждое из этих заболеваний имеет сходные проявления (лихорадка, интоксикация, увеличение размеров печени и селезенки, отсутствие существенных изменений периферической крови в первые 10–14 сут и др.). Инфекционный процесс сопровождался резкой выраженностью указанных симптомов, большой тяжестью состояния больных, безуспешностью лечебных мероприятий, проводимых в отношении только одного из них, затяжным течением со сравнительно быстрым развитием осложнений и летального исхода [10].

Сочетание брюшного тифа с вирусным гепатитом в меньшей мере отягощало течение первого из них и крайне неблагоприятно отражалось на втором. У большинства таких пациентов уже на первый-второй день появления желтушной окраски склер и кожи возникали признаки острой печеночной недостаточности (острой дистрофии печени), которые при запоздалом применении комплекса специальных мероприятий интенсивной терапии достаточно быстро (в течение 2–3 дней) приводили к смерти больных [10].

Дальнейшая работа в лечебных учреждениях показала, что значительное количество пациентов, особенно с брюшным тифом, страдали выраженной трофологической недостаточностью организма, оказывавшей неблагоприятное влияние на течение инфекционного процесса. Особенно значительным оно было



в случаях, когда дефицит массы тела превышал 10% от физиологических ее значений. Количество иммунокомпетентных клеток (Т- и В-лимфоцитов) и показатели их функционального состояния, а также неспецифической резистентности организма у этой категории пациентов снижались пропорционально ее выраженности (в 1,5–2,2 раза) по сравнению с больными, имевшими неотягощенный статус питания [4, 11, 12].

Дефицит массы тела у наблюдавшихся пациентов формировался в предшествовавший заболеванию период и усугублялся инфекционным процессом. В значительной мере он был связан с неблагоприятным влиянием на организм военнослужащих климатогеографических условий региона пребывания и нервно-психических факторов, особенностями режима военного труда и характера питания в боевой обстановке, обезвоживанием организма, а также самим заболеванием. Общеизвестно, что повышение у больных температуры тела на один градус сопровождается ростом энергозатрат на 10%. Следовательно, при развивающейся при большинстве инфекционных болезней гипертермии организма, соответствующей 39–40 градусам, их энергозатраты повышаются на 30–40%.

Инфекционные заболевания у больных со значительным дефицитом массы тела отличались от остальных не только тяжелым, крайне тяжелым и осложненным течением, но и частым неблагоприятным их исходом. Наиболее значительное влияние выраженной трофологической недостаточности организма на инфекционный процесс отмечали при брюшном тифе. В отличие от больных с неотягощенным статусом питания он осложнялся в этих случаях сравнительно частым развитием крупноочаговой сливной (нередко – двусторонней) пневмонии и кишечных перфораций, множественностью перфоративных отверстий подвздошной кишки на протяжении до 1,5–2 м от баугиниевой заслонки, большими их размерами (до 3–4 см в диаметре), а также массивными кишечными кровотечениями, часто паренхиматозного характера, не поддававшимися коррекции консервативными мероприятиями [3].

Вирусный гепатит у пациентов с выраженной трофологической недостаточностью часто сопровождался развитием печеночной комы, обусловленной острой дистрофией печени.

У больных с кишечным амебиазом и у носителей гистолитической амебы в сочетании с трофологическими нарушениями развивались внекишечные формы заболевания (амебный гепатит и амебный абсцесс), отличавшиеся сравнительно быстрым прогрессирующим заболеванием [1, 3].

В процессе поиска эффективных способов устранения трофологической недостаточности организма мы выяснили, что положительный результат обычно достигается при поступлении в организм больного питательных веществ с содержанием белка в количестве, соответствующем 1,5–2 грамма на 1 кг массы тела. Наши расчеты показали, что для получения подобного эффекта у больных с тяжелой формой брюшного тифа и выраженной трофологической недостаточностью (с массой тела 50–60 кг) следует обеспечивать поступление в организм такого количества белка, которое не только было бы способным восполнять дефицит массы тела, но и его потери, связанные с воздействием стрессовых факторов среды обитания, военной обстановки и самого инфекционного процесса. Суммарно это соответствует его количеству 140–150 г в сутки. Обеспечение организма больного белком за счет госпитального пайка составляло 50 г. Следовательно, суточный дефицит белка в питании больных с тяжелой формой брюшного тифа с выраженным дефицитом массы тела составлял 90–100 г. Его восполнение в таком объеме с помощью инфузий белковых питательных растворов (даже если бы они были в достаточном количестве) не было реальным.

Решить эту проблему нам представилось возможным с помощью энтерального (зондового) введения в организм пациентов отечественных белковых препаратов – гидролизата казеина и гидролизина, содержание белка в которых составляет 5 г в 100 мл раствора, которые из-за высокой пирогенности практиче-



ски непригодны для парентерального применения [8, 12].

Использование предложенного метода лечения больных с трофологической недостаточностью организма совместно с другими мероприятиями, в т. ч. с обязательным применением комплекса пищеварительных ферментов, позволяло сравнительно быстро устранять дефицит массы тела, добиваться выраженной коррекции иммунной системы и неспецифических факторов защиты организма и таким образом устранять один из весьма частых и важных факторов неблагоприятного течения инфекционного процесса [1, 8, 12].

Анализ историй болезни умерших в течение 1980–1983 гг. военнослужащих с инфекционными болезнями показал, что их подавляющее большинство страдали брюшным тифом, вирусным гепатитом, смешанными инфекциями (в основном брюшным тифом в сочетании с малярией или вирусным гепатитом) и некоторое количество — самостоятельными малярией и внекишечным амебиазом. Эти случаи отличались поздней госпитализацией больных, а заболевания у умерших имели тяжелое течение инфекционного процесса. Характерным было наличие выраженной трофологической недостаточности организма (дефицит массы тела у них достигал 11–24 кг) и частое отсутствие эффекта от традиционной терапии.

Практически у всех больных брюшным тифом с летальным исходом имелись указанные признаки, а у части их — рецидивирующее течение инфекционного процесса. Умершие от вирусного гепатита, как правило, страдали сопутствующим брюшным тифом, редко — хроническими неинфекционными болезнями органов брюшной полости, а также выраженной трофологической недостаточностью организма. Скончавшиеся больные с внекишечным амебиазом отличались от остальных только выраженным дефицитом массы тела, а для страдавших малярией с разрывом селезенки были характерны несоблюдение госпитального режима, получение травм органов живота и большие физические нагрузки в период болезни. Указанные признаки, сопутствовавшие инфекционным заболе-

ваниям с летальным исходом, были названы нами «факторами повышенного риска неблагоприятного течения инфекционного процесса» [6, 7].

Анализ летальности при брюшном тифе также показал, что неблагоприятный исход часто наступал, когда неэффективное (в течение 3–4 сут) этиотропное лечение продолжалось и в последующий период болезни. Это обстоятельство стало основанием также отнести пациентов данной категории в группу с повышенным риском неблагоприятного течения инфекционного процесса.

Было установлено, что при среднетяжелой и тяжелой формах брюшного тифа традиционно используемые этиотропные препараты в 1,7–2 раза чаще эффективны при парентеральном применении в оптимально высоких, чем при приеме их внутрь в среднетерапевтических дозах [14]. В практику лечебных учреждений был внедрен «принцип превентивной интенсивной терапии», который предусматривал ее применение (в т. ч. парентеральное введение антимикробных средств при болезни бактериальной или паразитарной этиологии в оптимально высоких дозах) пациентам с признаками повышенного риска неблагоприятного течения инфекционного процесса не тогда, когда их состояние становилось тяжелым или крайне тяжелым, а гораздо раньше — с момента выявления таких признаков [6, 7]. Это мероприятие в подавляющем большинстве случаев способствовало сравнительно быстрому достижению положительного влияния на течение болезни и выздоровлению пациентов.

Одной из важных задач медицинской службы на втором этапе пребывания ОКСВ в Афганистане было совершенствование медицинской помощи больным вирусным гепатитом, которые, как и страдавшие брюшным тифом, занимали лидерство не только по уровню заболеваемости, но и в значительной мере — по летальности. Существенно снизить неблагоприятный исход при этом заболевании помогла ранее разработанная нами совместно с Е.Н.Кубенским и В.В.Рычковым высокоэффективная методика лечения больных осложненными вирусными гепатитами В и С с включе-





нием в комплекс лечебных мероприятий гипербарической оксигенации (ГБО) организма. Лечение таким образом больных вирусным гепатитом А, осложненным острой печеночной недостаточностью, в лечебных учреждениях 40-й армии сравнительно быстро и полностью устраняло симптомы инфекционно-токсической энцефалопатии и после 7–10-дневной терапии приводило к исчезновению симптомов этого осложнения. Применение ГБО пациентам с угрозой развития осложнения заболевания, в т. ч. с факторами повышенного риска неблагоприятного течения инфекционного процесса, предупреждало его развитие вообще [13].

Использование метода гипербарической оксигенации организма в комплексном лечении больных брюшным тифом и некоторыми другими инфекциями так же благоприятно влияло на их течение [9].

На протяжении первой половины 1984 г. в отделениях реанимации и интенсивной терапии, а также в отделениях для больных тяжелой формой вирусного гепатита, брюшного тифа, дифтерии, с сочетанными инфекциями и другими факторами повышенного риска неблагоприятного течения болезни были развернуты кабинеты гипербарической оксигенации, оснащенные портативными камерами ГБО модели «Иртыш МТ». В инфекционных госпиталях функционировало по 6–8, в многопрофильных — по 2–4 и в инфекционных отделениях ОМедБ — по 1 установке. Эти камеры ГБО отличались простотой эксплуатации и большой надежностью. Ежегодно в течение 1984–1985 гг. выполнялось более 2000–2500 сеансов этого вида терапии. В течение указанного времени их эксплуатации не было сбоев и осложнений лечебного процесса.

Наши материалы о высокой эффективности гипербарической оксигенации и методике ее применения при инфекционных заболеваниях нашли одобрение руководства медицинской службы Вооруженных Сил и были рекомендованы в широкую практику всех военных лечебных учреждений (Информационное письмо ГВМУ МО СССР 1989 г. № 7).

Поиски способов повышения эффективности лечения инфекционных боль-

ных при наличии повышенного риска неблагоприятного течения инфекционного процесса привели также к попыткам использования для этих целей методики эфферентной терапии. Положительный клинический эффект наблюдали в большинстве случаев. Однако использование гемосорбции при вирусном гепатите с угрозой развития острой печеночной недостаточности или с начальными ее проявлениями вызывало или усиливало развитие геморрагического синдрома и ускоряло наступление летального исхода болезни. Применение этого метода терапии больных с благоприятным течением инфекционного процесса (легкая или среднетяжелая форма болезни при отсутствии факторов повышенного риска неблагоприятного ее течения), как правило, было успешным.

Наряду с поиском методов совершенствования медицинской помощи инфекционным больным важной задачей главного инфекциониста 40-й армии было обучение коллег-инфекционистов, трудившихся в лечебных учреждениях, рациональным способам медицинской сортировки инфекционных больных, клинической и лабораторной диагностики. При этом предусматривалось не только обеспечение противоэпидемического режима в стационаре, но и выделение групп пациентов с факторами повышенного риска неблагоприятного течения инфекционного процесса, нуждавшихся в мероприятиях превентивной интенсивной терапии. Обращалось внимание на необходимость правильной организации лечебно-диагностического процесса и рациональных приемов всех видов терапии, в т. ч. устранения факторов риска неблагоприятного течения инфекционного процесса, применения лечебных средств, обладающих оптимальной эффективностью и др.

Реализация перечисленных мероприятий достигалась путем постоянной работы в лечебно-диагностических отделениях военных госпиталей. Были изданы информационные и методические материалы: для войсковых врачей — по методике раннего активного выявления инфекционных больных и их своевременной эвакуации в лечебные учреждения, а для специалистов лечебных уч-



реждений — по оптимизации лечебно-диагностического процесса. Проводилась работа по приобщению командиров воинских частей и подразделений к участию в организации раннего активного выявления инфекционных больных и своевременной эвакуации их в военные госпитали. По этим вопросам главный инфекционист выступал с докладами на заседании Военного совета, были изданы приказы и директивы командования армии.

Важным звеном этой работы явилась первая научная конференция врачей-инфекционистов ОКСВ в Афганистане, состоявшаяся в 1985 г. в Кабуле, на которой были подведены итоги работы медицинской службы 40-й армии по оказанию медицинской помощи инфекционным больным за 1983–1985 гг. и намечены перспективы по дальнейшему ее совершенствованию. Главным показателем эффективности проделанной за указанный период работы являлись уменьшение летальности в семь раз при всех инфекциях и более чем в двадцать раз — при брюшном тифе [1, 15].

Последующие два этапа нахождения ОКСВ в Афганистане характеризовались прекращением активных боевых операций и нахождением войск преимущественно в местах постоянной дислокации, на четвертом этапе осуществлялась подготовка воинских частей к выходу на территорию СССР. В этой обстановке военнослужащие имели относительно удовлетворительные условия обитания, полноценное питание и медицинское обеспечение. Осуществлялись своевременная госпитализация больных в лечебные учреждения и их рациональное лечение, что способствовало значительному снижению количества тяжелобольных и преимущественно благоприятному течению инфекционного процесса.

В этот период в должности главного инфекциониста 40-й армии состояли В.В.Фисун (1985–1986 гг.), Ю.А.Винакмен (1986–1987 гг.) и В.М.Волжанин (1987–1989 гг.), которые поддерживали достигнутый на втором этапе пребывания ОКСВ в Афганистане уровень оказания медицинской помощи инфекционным больным и приумножали достигнутое.

Таким образом, второй этап пребывания ОКСВ в Афганистане (1981–1985 гг.) отличался от остальных высокой боевой активностью войск и эпидемической заболеваемостью военнослужащих различными видами инфекций, а также весьма высокой летальностью пациентов в его первые три года.

Большая частота неблагоприятного исхода инфекционных болезней в значительной мере была связана с трудностями раннего выявления и своевременной эвакуации больных из районов боевых действий, несовершенством диагностики брюшного тифа, малярии, смешанных и некоторых других инфекций, имевших существенные особенности клинических проявлений по сравнению с таковыми в обычных условиях. У пациентов нередко имелась выраженная трофологическая недостаточность со значительными нарушениями иммунного статуса и неспецифической резистентности организма. Имело место большое число тяжелых и рецидивирующих заболеваний, традиционное лечение больных часто было неэффективным.

Внедрение в практику лечебных учреждений 40-й армии разработанных нами основ диагностики и рациональной терапии инфекционных заболеваний, осуществление ряда организационно-терапевтических мероприятий способствовали многократному снижению общего уровня летальности от инфекций и особенно значительному — от брюшного тифа.

## Литература

1. Былинкина Е.М., Волжанин В.М., Жданов К.В., Захаренко С.М., Ляшенко Ю.И. Работа сотрудников кафедры в Афганистане / Первая в России кафедра инфекционных болезней (к 115-летию кафедры). — СПб: Изд. ВМедА, 2011. — С. 121–131.

2. Ивашкин В.Т. Опыт организации медицинской помощи больным 40-й армии в Афганистане // Воен.-мед. журн. — 1992. — № 11. — С. 12–18.

3. Ляшенко Ю.И. Брюшной тиф у военнослужащих с упадком питания // Воен.-мед. журн. — 1998. — № 4. — С. 38–41.

4. Ляшенко Ю.И. Вторичная недостаточ-



ность иммунитета и ее влияние на инфекционный процесс // *Воен.-мед. журн.* — 1987. — № 7. — С. 37–39.

5. *Ляшенко Ю.И.* Клиника и диагностика инфекционных заболеваний в экстремальных условиях / Сб. тез. научн. конф. ВМедА 11–17 февраля 1993 г. — СПб: Изд. ВМедА, 1993. — С. 158–159.

6. *Ляшенко Ю.И.* Критические состояния при инфекционных заболеваниях с упадком питания / Тез. докл. науч. конф. «Интенсивная терапия инфекционных заболеваний» 17 ноября 1993. — СПб: Изд. ВМедА, 1993. — С. 53–54.

7. *Ляшенко Ю.И.* Особенности оказания медицинской помощи инфекционным больным в горно-пустынной местности // *Воен.-мед. журн.* — 1991. — № 7. — С. 32–35.

8. *Ляшенко Ю.И.* Энтеральное и парентеральное питание инфекционных больных. Опыт оказания медицинской помощи инфекционным больным Ограниченного контингента советских войск в Республике Афганистан / Труды ВМедА им. С.М.Кирова. — СПб: Изд. ВМедА, 1993. — С. 118–119.

9. *Ляшенко Ю.И., Закурдаев В.В., Кучерявец А.А.* Применение гипербарической оксигенации при брюшном тифе // *Клинич. медицина.* — 1988. — № 4. — С. 105–107.

10. *Ляшенко Ю.И., Иванов А.И.* Смешанные инфекции. — Л.: Медицина, 1987. — 159 с.

11. *Ляшенко Ю.И., Кожокар В.И., Закурдаев В.В.* Влияние дефицита массы тела на состояние иммунной системы и течение некоторых инфекционных болезней / Тез. докл. науч. конф. 14–15 июня 1988 г. — Л.: Изд. ВМедА, 1988. — С. 56–58.

12. *Ляшенко Ю.И., Кожокар В.И., Закурдаев В.В.* Коррекция недостаточности иммунитета у инфекционных больных с упадком питания / Тез. докл. науч. конф. 14–15 июня 1988 г. — Л.: Изд. ВМедА, 1988. — С. 58–59.

13. *Ляшенко Ю.И., Кубенский Е.Н., Рычков В.В.* Гипербарическая оксигенация в комплексной терапии вирусного гепатита // *Воен.-мед. журн.* — 1985. — № 6. — С. 59–69.

14. *Ляшенко Ю.И., Михайличенко И.В., Юров А.И.* Этиотропная терапия при брюшном тифе в зависимости от иммунного статуса и клинической формы болезни / Актуальные проблемы химиотерапии бактериальных инфекций. Тез. докл. Всесоюзн. конф. 22–24 окт. 1991 г. Ч. 3. — СПб: Изд. ВМедА, 1991. — С. 404–405.

15. Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане 1979–1989 гг. Т. 4: Инфекционные болезни / Под ред. *И.В. Синопальникова, К.С. Иванова, В.Г. Новожилова.* — М.: Воениздат, 2004.

16. *Синопальников И.В.* Цит по: *Варфоломеев В.А.* К 25-летию вывода советских войск из Афганистана. — *Воен.-мед. журн.* — 2014. — Т. 335, № 5. — С. 84–89.

## ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

Более 100 военнослужащих отдельного медицинского отряда специального назначения *Центрального военного округа* вернулись домой после успешного выполнения задач по оказанию медицинской помощи населению **Сирийской Арабской Республики**.

Самолетом Ил-76 военно-транспортной авиации ВКС России они были доставлены в Новосибирск. В течение трех месяцев военно-медицинские специалисты обеспечивали медицинское сопровождение личного состава авиабазы и оказывали помощь мирному населению.

В составе отряда врачи, в т. ч. узкой специализации, средний и младший медицинский персонал, а также специалисты вспомогательных служб отдельного медицинского отряда. За время служебной командировки военно-медицинскими специалистами была оказана медицинская помощь свыше 6 тыс. человек из числа мирного населения, из которых более 1 тыс. — дети, проведено более 100 хирургических операций.

На родной земле прибывших военнослужащих встречали представители руководства ЦВО, местных властей, ветеранских и общественных организаций, сослуживцы, родные и близкие военнослужащих.

Военнослужащие отдельного медицинского отряда представлены к государственным и ведомственным наградам.

Пресс-служба Центрального военного округа, 4 сентября 2018 г.  
[https://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=12194078@egNews](https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12194078@egNews)

