

Литература

1. Национальные клинические рекомендации. Торакальная хирургия / под ред. П.К. Яблонского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 160 с.
2. Хирургия грудной стенки: руководство / А.А. Вишневский, С.С. Рудаков, Н.О. Миланов и др. – М.: Издательский дом Видар – М., 2005. – 312 с., ил.
3. И.А. Комиссаров, И.А. Комолкин, А.П. Афанасьев. Деформации грудной клетки у детей. – Педиатр. – 2010. – Т. 1, № 1. – С. 63-66.

Literature

1. National Clinical Recommendations. Thoracic Surgery / ed. by P.K. Yablonsky. – M.: GEOTAR-Media, 2014. – 160 p.
2. Vishnevsky A.A., Rudakov S.S., Milanov N.O., et all. Thoracic Wall Surgery. Manual. – M.: Publishing House Vidar – M., 2005. – 312 p., ill.
3. Komissarov I.A., Komolkin I.A., Afanasyev A.P. Chest distortions in children. – Pediatrician. – 2010. – Vol. I, № 1. – P. 63-66.

Координаты для связи с авторами: Шевченко Александр Александрович – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии ФПК и ППС с курсами эндоскопической, пластической и сердечно-сосудистой хирургии ДВГМУ, торакальный хирург ОТХ ККБ № 1, врач высшей квалификационной категории по специальности «Торакальная хирургия», тел. +7-914-770-34-77, e-mail: aleshev2@yandex.ru; Кашкаров Евгений Александрович – зав. отделением торакальной хирургии ККБ № 1, врач высшей квалификационной категории по специальности «Торакальная хирургия», тел. 8-(4212)-39-05-01, e-mail: kashkarovea@mail.ru; Жила Николай Григорьевич – д-р мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней детского возраста СПбГПМУ, тел. +7-981-707-29-22, e-mail: nzhila@list.ru.



УДК 616/618-021.58-005

А.Н. Коваль^{1,2}, Н.В. Ташкинов², Г.Г. Мелконян^{1,2}, И.В. Рачковский¹, С.Н. Булавинов^{1,2}, Н.И. Бояринцев²

О КЛАССИФИКАЦИИ И ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗА ИСКУССТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ХИРУРГИИ

¹301 Военный клинический госпиталь, 680000, ул. Серышева, 1, тел. 8-(4212)-39-70-82;

²Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Искусственные заболевания имеют большую социальную значимость и ставят перед необходимостью разработки современных подходов к диагностике, лечению, учёту, оценке риска и профилактике рецидивов, правовому обеспечению. Существующие классификации искусственных заболеваний учитывают лишь отдельные аспекты данной патологии, но не дают всесторонней их характеристики. Предлагаемая нами многоаспектная классификация искусственных заболеваний позволяет улучшить формулировку диагноза и оптимизировать анализ данной патологии с целью создания единого стандарта их диагностики, лечения и профилактики.

Ключевые слова: искусственные заболевания, классификация.

A.N. Koval^{1,2}, N.V. Tashkinov², G.G. Melkonyan^{1,2}, I.V. Rachkovskiy¹, S.N. Bulavinov^{1,2}, N.I. Boyarintsev²

ON THE CLASSIFICATION AND FORMULATION OF DIAGNOSIS OF FACTITIOUS DISEASE IN SURGERY

¹Military Clinical Hospital № 301;

²Far eastern state medical university, Khabarovsk

Summary

Factitious diseases are of great social importance, they confront us with the need to develop modern approaches to diagnosis, treatment, recording, assessment of recurrence risk, disease prevention and legal support. The existing classifications of factitious diseases account only for some of their aspects, but do not give an overall assessment of these diseases. We offer a multifaceted factitious diseases classification improving diagnosis formulation and optimizing the analysis of this pathology in order to create a unified standard of diagnosis, treatment and prevention.

Key words: factitious disease, classification.

Под искусственным заболеванием понимают патологический процесс, похожий на обычную нозологическую форму, но вызванный искусственно, путем умышленного воздействия разнообразных внешних повреждающих факторов на ткани, органы и системы организма [2].

Искусственные заболевания диагностируются с частотой от 0,0001 % до 15 % [14, 17, 18]. Такой разброс показателей выявляемости искусственных заболеваний связан с трудностями диагностики, отсутствием унифицированной системы учёта данной патологии и теми социальными группами, где проводится анализ заболеваемости [12,20]. Например, проблема искусственных заболеваний наиболее актуальна для служащих в армии и находящихся в условиях пенитенциарной системы [1, 2, 4, 5, 19]. По данным ряда исследований, в 66,2-80 % случаев искусственные заболевания выявляются у женщин [4, 8, 15]. Средний возраст пациентов с данной патологией составляет 34,2 года [20]. По данным некоторых авторов, у 44-60 % пациентов с искусственными заболеваниями профессиональная деятельность связана с медициной [6,20]. Традиционно проблема искусственных заболеваний отождествляется с психической патологией [18,20], однако у 17,1 % пациентов с данной патологией психические расстройства не выявляются [10].

Нередко искусственный характер патологии диагностируется не сразу, что приводит к многочисленным диагностическим исследованиям и необоснованным инвазивным вмешательствам [4, 6, 15]. Больные с искусственными заболеваниями относятся к категории «трудных» и для «разоблачения» больного врач должен действовать подобно детективу [16].

Пациенты с искусственными заболеваниями, как правило, плохо осведомлены о возможных неблаго-

приятных последствиях своих действий [20]. Летальные исходы от искусственных заболеваний не являются редкостью [14], а риск смертельных осложнений возрастает на 10-15 % по сравнению с аналогичной не искусственно вызванной патологией [9]. Например, по данным S. Eisendrath, et al. (2004), из 20 пациентов с искусственными заболеваниями четверо умерли от его последствий. В связи с трудностями диагностики и учёта искусственных заболеваний, фактическая смертность, обусловленная данной патологией, может быть ещё выше [11].

Инвалидизация при искусственных заболеваниях наступает у 6,8 % пациентов [5], причем некоторые из них обвиняют в этом врача и требуют материальной компенсации [18]. Известны случаи, когда пациенты с искусственными заболеваниями, оказавшись разоблаченными, предъявляли иски врачам, обвиняя их в клевете [11, 16].

Общеизвестно, что отсутствие единой классификации искусственных заболеваний усложняет процесс формулировки диагноза, не позволяет проводить статистический учёт и анализ заболеваемости, препятствует созданию единого стандарта диагностики, лечения и профилактики этой патологии. Литературный поиск в базах данных медицинских публикаций (Medline, PubMed, eLibrary.ru), проведённый по проблеме искусственных заболеваний за последние 50 лет, показал отсутствие общепризнанной, всесторонней классификации данной патологии. Существующие классификации учитывают по отдельности либо этиологию искусственных заболеваний [1, 2], либо орган или часть подвергшиеся аутоагрессии [1, 3, 4], либо тяжесть её течения [13], либо связь искусственных заболеваний с психопатологией [8, 15].

Результаты и обсуждение

На основании анализа 302 пациентов с искусственными заболеваниями, которые находились на лечении в нашем лечебном учреждении за последние 25 лет, мы составили многоаспектную классификацию, которая предполагает характеристику пациентов с данной патологией по следующим позициям:

- по нозологической форме искусственного заболевания;
- по поражаемому контингенту;
- по действующему фактору, который привел к возникновению искусственного заболевания;
- по тяжести течения искусственного заболевания;
- по причине возникновения искусственного заболевания;
- по риску рецидива искусственного заболевания.

Основным критерием для отнесения заболевания к разряду искусственно вызванных является связь его возникновения с умышленным самоповреждением. Таким образом, «умысел» в действиях индивида – это базовый классификационный признак, на основании которого заболевание относят к категории искусственно вызванных.

Классификационный признак «**по нозологической форме искусственного заболевания**», базируется на классификации [1], которая предлагала раз-

личать следующие виды патологии: **1) заболевания кожи и подкожной клетчатки** (контактный дерматит, экскориация, абсцесс, флегмона, ожог, отморожение, хроническая рана); **2) инородные тела мягких тканей**; **3) заболевания костей и суставов** (перелом, вывих, артрит, периостит); **4) хирургические болезни внутренних органов** (грыжа, геморрой); **5) заболевания подкожных сосудов** (тромбофлебит, варикозная болезнь); **6) заболевания органов дыхания** (бронхит, плеврит, пневмоторакс); **7) заболевания органов пищеварения** (язва, гастрит, энтерит); **8) урологические болезни** (цистит, уретрит, орхит); **9) гинекологические болезни** (масти, кольпит); **10) болезни ЛОР-органов** (ринит); **11) болезни ротовой полости** (стоматит, экстракция зубов); **12) офтальмологические заболевания** (конъюнктивит); **13) истощение**; **14) инфекционные болезни** (самоинфицирование бактериями, паразитами); **15) комбинированные болезни** (сочетание нескольких искусственных заболеваний).

Мы модифицировали эту классификацию, объединив «заболевания кожи» и «хирургические болезни мягких тканей», под пунктом 1, так как при искусственном заболевании они имеют общую этиологию и патогенез.

В МКБ-10 [3], которая составлена для обеспечения единообразия статистического учета, отсутствуют соответствующие рубрики для всех вышеперечисленных нозологических форм. Однако имеется возможность относить искусственное заболевание к тому или иному классу с дополнением «fd» (factitious disorder). К примеру, флегмона голени, искусственно вызванная – L03.1.fd. Данный подход, с нашей точки зрения, позволяет избежать путаницы при статическом анализе работы медицинского учреждения и даёт возможность учитывать пациентов с искусственными заболеваниями.

Классификация «по поражаемым контингентам» важна как с позиции организации диагностики и лечения, так и с точки зрения профилактики искусственных заболеваний. В связи с этим мы предлагаем разделять эту группу на четыре подгруппы. **1. Искусственное заболевание у пациентов из обособленных коллективов (силовые структуры, пенитенциарная система).** Особенность искусственных заболеваний у данной категории пациентов заключается, как правило, в достаточно ограниченном перечне ситуационно обусловленных мотивов, «шаблонности» применяемых методов и средств для аутоагрессии, а также в наличии у большинства «острых» форм искусственных заболеваний. Кроме того, персонал учреждений, в котором проходят обследование и лечение пациенты данной группы, имеет большую степень информированности о проблеме. Обследование и лечение пациентов этой группы в большинстве случаев проводится стационарно. Возможность «мигрировать» из учреждения в учреждение ограничена [7,13]. **2. Искусственное заболевание у лиц, чья профессиональная деятельность связана с медициной.** Представители данной группы обладают знаниями и навыками, необходимыми для «профессионального» воссоздания искусственного заболевания, а доверие коллег затрудняет диагностику патологии на протяжении длительного времени [6,20]. Мотивация к воссозданию искусственных заболеваний у этой группы может быть самой разнообразной. Кроме того, персонал учреждений, в котором проходят обследование и лечение пациенты данной группы, не имеет достаточной информированности о проблеме [20]. Возможность получать лечение в различных медицинских учреждениях у пациентов данной группы не ограничена. **3. Искусственное заболевание у прочих лиц.** Лица, относящиеся к этой группе, представляют достаточно разнородную популяцию. Мотивация для воссоздания искусственных заболеваний у них также достаточно разнообразна. Несмотря на то, что пациенты этой группы не имеют профессиональных медицинских знаний, врачи, к которым они вначале обращались, как правило, испытывали существенные трудности в диагностике искусственных заболеваний [15]. **4. Искусственное заболевание у детей.** Не следует забывать о возможном вовлечении детей в эту опасную игру – так называемое искусственное заболевание «по доверенности», которое индуцируется родителями для получения определенных социальных благ. Вероятность существования данной патологии должны учитывать педиатры [7].

Согласно классификационному признаку «по воздействию фактору, который привел к воз-

никновению искусственного заболевания», мы предлагаем группировать все этиологические факторы следующим образом: **1) механические** (травмирующая сила одномоментно либо периодически прилагается к какому-либо участку тела); **2) физические** (воздействие разнообразных физических факторов, которые приводят к ожогам, отморожениям); **3) химические** (применения в качестве иницирующих факторов различных химических веществ); **4) биологические** (введение в ткани организма нестерильных биологических жидкостей, либо умышленное инфицирование вирусами, бактериями, паразитами); **5) смешанные** (сочетанное воздействие нескольких вышеперечисленных факторов).

Классификационный признак «по тяжести течения искусственного заболевания» мы разработали, дополнив классификацию Н.Р. Карпфаммер (2008) [13]. Искусственные заболевания по этому признаку мы предлагаем разделить на три группы: **1) Легкая форма:** искусственное заболевание, как правило, ситуационно обусловленное, не угрожающее жизни, является первым и единственным явлением у пациента с хорошо сохранившейся социальной и профессиональной интеграцией. Имеется полное осознание своего поступка. Прогноз благоприятный. **2) умеренная форма:** хронические (более двух эпизодов), рецидивирующие, как правило, не угрожающие жизни искусственное заболевание. У большинства пациентов нарушена социальная интеграция, часто бывают проблемы межличностных отношений. Осознание негативных последствий своего поступка возможно только в первых эпизодах. Мотивация пациента к излечению низкая. Прогноз относительно благоприятный. **3) тяжелая форма:** искусственное заболевание характеризуется рецидивирующим течением с угрожающими жизни последствиями и является проявлением тяжелой социальной дезадаптации личности либо психопатологии. Осознания больным негативных последствий своего поступка нет. Мотивация для лечения и выздоровления низкая. Прогноз неблагоприятный.

Классификация искусственных заболеваний «По причине возникновения» предполагает разделение этой патологии на две основные группы. **1. Ситуационно обусловленное искусственное заболевание,** которые воспроизводятся с целью выхода из неблагоприятной, психотравмирующей жизненной ситуации, уклонения от наказания или определенных социальных обязанностей. **2. Обусловленное психопатологией искусственное заболевание,** когда у индивида имеется скрытая либо явная психопатология.

Классификационный признак «по риску рецидива» позволяет определить возможность повторения искусственного заболевания. В основу определения риска рецидива положена мотивация пациента к выздоровлению, осознание своего поступка, наличие или отсутствие стремления задержаться в стационаре. **1. Риск рецидива низкий.** У пациента, при полном осознании содеянного, имеется хорошая мотивация к выздоровлению. Попыток задержаться в стационаре путем симуляции заболевания либо повторного самоповреждения нет. **2. Риск рецидива умеренный.** Больной неохотно раскаивается в своем поступке,

мотивация к излечению средняя. Пытается продлить свое нахождение в стационаре путем симуляции либо аггравации. **3. Риск рецидива высокий.** Больной не раскаивается в своем поступке, мотивация к излечению низкая. Стремится продлить свое нахождение в стационаре путем ухудшения течения заболевания либо, находясь в стационаре, повторно воспроизводит искусственное заболевание или наносит самоповреждение. У пациента имеется психопатология.

Таким образом, предложенная классификация позволяет сформулировать клинический диагноз, не создавая противоречий с общепринятыми, в том числе и статистическими классификациями. Например: Анаэробная неклостридиальная флегмона задней поверхности левой голени. Искусственное заболевание у военнослужащего

(fd), вызванное введением нестерильной биологической жидкости (слюна). Легкая форма. Ситуационно обусловленная, без выявленной психопатологии. Риск рецидива умеренный (симуляция инфекционного заболевания в стационаре).

Хочется подчеркнуть, что предложенная нами многоаспектная классификация искусственных заболеваний является попыткой облегчить практическим врачам, сталкивающимся с данной патологией, ее анализ и формулирование диагноза. Мы отдаем себе отчет в том, что построение любой классификации, как правило, является сложным процессом и требует длительного обсуждения. В связи с этим, мы будем благодарны за любую конструктивную критику, направленную на её усовершенствование.

Литература

1. Авдеев М.И. Краткое руководство по судебной медицине для военных юристов и военных врачей. – М.: Медгиз, 1943. – 109 с.
2. Колкутин В.В., Соседко Ю.И. Судебно-медицинская экспертиза при подозрении на членовредительство и симуляцию. – М.: Юрлитинформ, 2004. – 167 с.
3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр // Всемирная организация здравоохранения. – Женева: Медицина, 2003. – Т. 1. – С. 433-463.
4. Смуглевич А.Б., Львов А.Н., Иванов О.Л. Патомимии: психопатология аутоагрессии в дерматологической практике. – М.: МИА, 2012. – 160 с.
5. Хирургическая инфекция: учеб. для слушателей-хирургов Украинской военно-мед. академии, врачей-интернов, практикующих хирургов / Н.П. Безлюда [и др.]; ред. Я.Л. Заруцкий; Украинская военно-медицинская академия, ГВМКЦ. – Киев: [б.и.], 2009. – 296 с.
6. Bass C., Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management // *Lancet*. – 2014. – Vol. 19, № 383. – P. 1422-1432.
7. Dar I.H., Kamil M.A., Dar S.H. Dermatitis Artefacta Report of a Case with a Review of Literature Journal // *Indian ACM*. – 2009. – Vol. 10, № 1&2. – P. 75-77.
8. DSM-5 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
9. Eckhardt-Henn A. Artificielle Störungen und Münchhausen-Syndrom – Gegenwärtiger Stand der Forschung // *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* – 1999. – № 49. – P. 75-89.
10. Ehlers W., Plassmann R. Diagnosis of narcissistic self-esteem regulation in patients with factitious illness (Munchausen syndrome) // *Psychother. Psychosom.* – 1994. – Vol. 62, № 1-2. – P. 69-77.
11. Eisendrath S.J., Telischak K.S. Factitious Disorders: Potential Litigation Risks For Plastic Surgeons // *Annals of Plastic Surgery*. – 2008. – Vol. 60, № 1. – P. 64-69.
12. Fliege H., Grimm A., Eckhardt-Henn A., et al. Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice // *Psychosomatics*. – 2007. – № 48. – P. 60-64.
13. Kapfhammer H.P. Artificielle Störungen // *Psychiatrie und Psychotherapie*. – 2008. – Vol. 1. – P. 1905-1924.
14. Kay J., De Guzman J., Correll T. Factitious Disorders Hospital Physician // *Psychiatry Board Review Manual*. – 2008. – Vol. 11, № 1. – P. 1-11.
15. Kenedi C.A., Shirey K.G., Hoffa M., et al. Laboratory diagnosis of factitious disorder: a systematic review of tools useful in the diagnosis of Munchausen's syndrome // *N Z Med. J.* – 2011. – Vol. 124, № 1342. – P. 66-81.
16. Maldonado J.R. When patients deceive doctors: a review of Factitious Disorders // *Am. J. of Forensic Psychiatry*. – 2002. – Vol. 23, № 2. – P. 29-58.
17. Pichardo R., Bravo G. Dermatitis artefacta: a review // *Actas Dermosifiliogr.* – 2013. – Vol. 104, № 10. – P. 854-66.
18. Sproedt J., Campe A., Bonaccio M., et al. Factitious disorder and self-mutilation in hand and plastic surgery // *Handchir. Mikrochir. Plast. Chir.* – 2010. – Vol. 42, № 1. – P. 49-54.
19. Thein R., Schweitzer M.E., Diprimio G., et al. MRI Appearance of Presumed Self-inflicted Trauma in the Knees of Military Recruits // *Orthopedics*. – 2012. – Vol. 35, № 5. – P. 691-696.
20. Yates G.P., Feldman M.D. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature // *Gen. Hosp. Psychiatry*. – 2016. – Vol. 41, № 1. – P. 20-28.

Literature

1. Avdeev M.I. Quick Guide to Forensics for military lawyers and military doctors. – M.: Medgiz, 1943. – 109 p.
2. Kolkutin V.V., Sosedko Y.I. Forensic medical examination for suspected mutilation and simulation. – M.: Yurлитinform, 2004. – 167 p.
3. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health. 10th revision // World Health Organization. – Geneva: Health, 2003. – Vol. 1. – P. 433-463.
4. Smulevich A.B., Lvov A.N., Ivanov O.L. Pathomimics: Psychopathology autoaggression in dermatological practice. – M.: «MIA», 2012. – 160 p.
5. Surgical infection: studies. for surgeons listeners Ukrainian military-medical. academy, medical interns, practicing surgeons / N.P. Solitude [et al.]; ed. Y.L. Zarutsky; Ukrainian Military Medical Academy, GVM-KTS. – Kiev, 2009. – 296 p.

6. Bass C., Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management // *Lancet*. – 2014. – Vol. 19, № 383. – P. 1422-1432.
7. Dar I.H., Kamil M.A., Dar S.H. Dermatitis Artefacta Report of a Case with a Review of Literature Journal // *Indian ACM*. – 2009. – Vol. 10, № 1&2. – P. 75-77.
8. DSM-5 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
9. Eckhardt-Henn A. Artificielle Störungen und Münchhausen-Syndrom – Gegenwärtiger Stand der Forschung // *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* – 1999. – № 49. – P. 75-89.
10. Ehlers W., Plassmann R. Diagnosis of narcissistic self-esteem regulation in patients with factitious illness (Munchausen syndrome) // *Psychother. Psychosom.* – 1994. – Vol. 62, № 1-2. – P. 69-77.
11. Eisendrath S.J., Telischak K.S. Factitious Disorders: Potential Litigation Risks For Plastic Surgeons // *Annals of Plastic Surgery*. – 2008. – Vol. 60, № 1. – P. 64-69.
12. Fliege H., Grimm A., Eckhardt-Henn A., et al. Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice // *Psychosomatics*. – 2007. – № 48. – P. 60-64.
13. Kapfhammer H.P. Artificielle Störungen // *Psychiatrie und Psychotherapie*. – 2008. – Vol. 1. – P. 1905-24.
14. Kay J., De Guzman J., Correll T. Factitious Disorders Hospital Physician // *Psychiatry Board Review Manual*. – 2008. – Vol. 11, № 1. – P. 1-11.
15. Kenedi C.A., Shirey K.G., Hoffa M., et al. Laboratory diagnosis of factitious disorder: a systematic review of tools useful in the diagnosis of Munchausen's syndrome // *N Z Med. J.* – 2011. – Vol. 124, № 1342. – P. 66-81.
16. Maldonado J.R. When patients deceive doctors: a review of Factitious Disorders // *Am. J. of Forensic Psychiatry*. – 2002. – Vol. 23, № 2. – P. 29-58.
17. Pichardo R., Bravo G. Dermatitis artefacta: a review // *Actas Dermosifiliogr.* – 2013. – Vol. 104, № 10. – P. 854-66.
18. Sproedt J., Campe A., Bonaccio M., et al. Factitious disorder and self-mutilation in hand and plastic surgery // *Handchir. Mikrochir. Plast. Chir.* – 2010. – Vol. 42, № 1. – P. 49-54.
19. Thein R., Schweitzer M.E., Diprimio G., et al. MRI Appearance of Presumed Self-inflicted Trauma in the Knees of Military Recruits // *Orthopedics*. – 2012. – Vol. 35, № 5. – P. 691-696.
20. Yates G.P., Feldman M.D. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature // *Gen. Hosp. Psychiatry*. – 2016. – Vol. 41, № 1. – P. 20-28.

Координаты для связи с авторами: Коваль Алексей Николаевич – канд. мед. наук, доцент кафедры общей и факультетской хирургии ДВГМУ, врач-хирург отделения гнойной хирургии ФГКУ «301 ВКГ» МО РФ, тел. +7-914-191-53-28, e-mail: afuolle@rambler.ru; Ташкинов Николай Владимирович – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии ФПК и ППС ДВГМУ, e-mail: taschkinov@mail.ru; Мелконян Гегам Генрикович – старший ординатор хирургического отделения ФГКУ «301 ВКГ» МО РФ, заочный аспирант кафедры хирургии ФПК и ППС ДВГМУ, тел. +7-914-165-68-86, e-mail: gegarm@yandex.ru; Рачковский Игорь Васильевич – начальник отделения гнойной хирургии ФГКУ «301 ВКГ» МО РФ, тел. +7-914-414-98-05, e-mail: Riv-66@mail.ru; Булавинов Сергей Николаевич – врач-хирург отделения гнойной хирургии ФГКУ «301 ВКГ» МО РФ, ассистент кафедры общей и факультетской хирургии ДВГМУ, тел. +7-914-182-26-58, e-mail: Bulavinov@mail.ru; Бояринцев Николай Иванович – д-р мед. наук, профессор кафедры хирургии ФПК и ППС ДВГМУ, e-mail: nib777@yandex.ru.

