

# ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Военно-медицинский журнал

*Год  
издания  
197-й*

ТОМ  
СССXL

*Центральному  
военному  
клиническому  
госпиталю имени  
П.В.Мандрыка —  
100 лет*



полиграфический комплекс  
**КРАСНАЯ  
ЗВЕЗДА**



5

МАЙ  
2019

2019 • № 5

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*)  
С.В.Долгих  
В.В.Иванов  
О.В.Калачёв  
А.А.Калмыков  
Б.Н.Котив  
К.Э.Кувшинов  
Ю.В.Мирошниченко  
Ю.В.Овчинников  
Н.Н.Рыжман  
А.Г.Ставила  
Д.В.Тришкин  
А.Я.Фисун  
В.Н.Цыган  
А.П.Чуприна  
В.К.Шамрей  
А.М.Шелепов

 **РЕДАКЦИОННЫЙ  
СОВЕТ:**

П.Г.Брюсов (Москва)  
А.А.Будко (С.-Петербург)  
И.Ю.Быков (Москва)  
С.Ф.Гончаров (Москва)  
В.В.Добржанский (Москва)  
А.В.Есипов (Красногорск)  
П.Е.Крайнюков (Москва)  
Е.В.Крюков (Москва)  
Ю.В.Лобзин (С.-Петербург)  
И.Г.Мосягин (С.-Петербург)  
Э.А.Нечаев (Москва)  
С.В.Папко (Ростов-на-Дону)  
П.В.Пинчук (Москва)  
В.Б.Симоненко (Москва)  
И.М.Чиж (Москва)  
В.В.Шаппо (Москва)

**Почтовый адрес редакции:**

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

Тел. в Санкт-Петербурге  
+7 (911) 149-01-43

*Non scholae, sed vitae discimus!*

# ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

---

2019 \* МАЙ  
Т. 340 \* № 5

---

- *Госпиталь руководящего состава Вооруженных Сил России: столетний юбилей Центрального военного клинического госпиталя имени П.В.Мандрыка*
- *Хирургия сердца и аортального порока в ЦВКГ им. П.В.Мандрыка: становление, настоящее и будущее*
- *Технология предупреждения инсульта: опыт применения методов превентивной кардионеврологии*
- *Биофизические процессы при радиочастотной катетерной абляции сердечных аритмий*
- *Коморбидность у офицеров запаса (в отставке) и членов их семей различных возрастных групп*
- *Современная функциональная диагностика и искусственный интеллект*
- *«Бессмертный полк» — «Бессмертный медсанбат»: люди и судьбы в истории госпиталя*

---

МОСКВА  
ФГБУ «РИЦ «Красная звезда»  
Минобороны России


**Организация медицинского обеспечения Вооруженных Сил**
**Organization of medical support of the Armed Forces**

Тришкин Д.В., Крайнюков П.Е. – Госпиталь руководящего состава Вооруженных Сил России

4

Trishkin D.V., Krainyukov P.E. – Hospital of the management of the Armed Forces of the Russian Federation


**Лечебно-профилактические вопросы**
**Prophylaxis and treatment**

Скоробогатов В.М., Сацукевич В.Н., Абашиш В.Г. – Развитие хирургии в Центральном военном клиническом госпитале им. П.В.Мандрыка

9

Skorobogatov V.M., Satsukevich V.N., Abashin V.G. – Development of surgery at the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital

Серговецев А.А., Борисов И.А., Далинин В.В., Стеклов В.И., Диева Т.В. – Хирургия сердца в Центральном военном клиническом госпитале им. П.В.Мандрыка: становление, настоящее и будущее

16

Sergoventsev A.A., Borisov I.A., Dalinin V.V., Steklov V.I., Dieva T.V. – Heart surgery in the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital: establishment, present and future

Рудских О.П., Широков Е.А., Батусов О.В., Суворов А.В. – Технология предупреждения инсульта: опыт применения методов превентивной кардионеврологии

20

Rudskikh O.P., Shirokov E.A., Batusov O.V., Suvorov A.V. – Technology of the stroke prevention: experience in the use of methods of preventive cardioneurology

Серговецев А.А., Борисов И.А., Далинин В.В., Уйманова М.Ю. – Хирургия аортального порока в Центральном военном клиническом госпитале им. П.В.Мандрыка

27

Sergoventsev A.A., Borisov I.A., Dalinin V.V., Uimanova M.Yu. – Surgery of aortic defect in the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital

Черных В.Г., Скоробогатов В.М., Ефремов К.Н., Бондарева Н.В. – Способ трансперитонеальной лапароскопической герниопластики с рассечением грыжевого мешка

36

Chernykh V.G., Skorobogatov V.M., Efremov K.N., Bondareva N.V. – Approach of the transperitoneal laparoscopic hernioplasty with dissection of the hernial sac

Шершнев С.П., Рейнюк О.Л., Савилов А.В., Левковский А.Н., Крайнюков П.Е., Бабский В.И., Маканин М.А. – Эффективность тазовой лимфаденэктомии в лечении рака предстательной железы

39

Shershnev S.P., Reinyuk O.L., Savilov A.V., Levkovskii A.N., Krainyukov P.E., Babskii V.I., Makanin M.A. – Effectiveness of pelvic lymphadenectomy in the treatment of prostate cancer

Серговецев А.А., Афонасков О.В., Демьяненко А.В., Машков Т.Н., Попов А.В., Гудантов Р.Б. – Коморбидность у офицеров запаса (в отставке) и членов их семей различных возрастных групп

46

Sergoventsev A.A., Afonaskov O.V., Demyanenko A.V., Mashkov T.N., Popov A.V., Gudantov R.B. – Comorbidity in various age groups of reserve officers (retired) and their family members

Куроедов А.В., Кондракова И.В., Гордничий В.В., Гапонько О.В. – Клинические возможности предотвращения нарушения толерантности при использовании комбинированной терапии у больных с первичной открытоугольной глаукомой

50

Kuroedov A.V., Kondrakova I.V., Gorodnichii V.V., Gaponko O.V. – Clinical possibilities for the prevention of tolerance disorders when using combination therapy in patients with primary open-angle glaucoma

**Краткие сообщения**59 **Brief reports****Из истории  
военной медицины****From the history  
of military medicine**

Симоненко В.Б., Абашиш В.Г., Сацукевич В.Н.  
– Центральный военный клинический  
госпиталь имени П.В.Мандрыка: крат-  
кая история

69

Simonenko V.B., Abashin V.G., Satsukevich V.N.  
– The P.V.Mandryka Central Military  
Clinical Hospital: a brief history

Симоненко В.Б., Абашиш В.Г., Сацукевич В.Н.,  
Сингилевич Д.А., Травин Н.О. – «Бес-  
смертный полк» – «Бессмертный мед-  
санбат»: люди и судьбы в истории  
госпиталя

77

Simonenko V.B., Abashin V.G., Satsukevich V.N.,  
Singilevich D.A., Travin N.O. – «Immortal  
regiment» – «Immortal medical battalion»:  
people and destinies in the history of  
the hospital

**Официальный отдел**

88

**Official communications****Лента новостей**8, 58,  
68, 87,  
90, 91**News feed****Хроника****Chronicle**

Баграмян И.Г., Куленко П.И., Молча-  
нов Б.А. – Научно-практическая кон-  
ференция по вопросам медицинской  
реабилитации пациентов кардиологи-  
ческого профиля в Лечебно-реабилита-  
ционном клиническом центре

94

Bagramyan I.G., Kulenko P.I., Molchanov B.A.  
– Scientific-practical conference «Actual  
issues of medical rehabilitation of cardiac  
patients» in the Medical and Rehabilitation  
Clinical Center

«Военно-медицинский журнал» входит в базу данных RSCI, включен ВАК РФ в список рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук

Подписаться на «Военно-медицинский журнал» можно через каталоги «Агентство Роспечать» (индекс 70138) и «Объединенный каталог Пресса России» (индекс 43986)

**CONTENTS**



© Д.В.ТРИШКИН, П.Е.КРАЙНЮКОВ, 2019  
УДК [614.2:355](091)(470.311)

## Госпиталь руководящего состава Вооруженных Сил России

*ТРИШКИН Д.В., заслуженный работник здравоохранения РФ, кандидат медицинских наук, действительный государственный советник Российской Федерации 2 класса<sup>1</sup>  
КРАЙНЮКОВ П.Е., доктор медицинских наук, доцент, генерал-майор медицинской службы (info@2cvkg.ru)<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва; <sup>2</sup>ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

*В мае 2019 г. исполняется 100 лет Центральному военному клиническому госпиталю имени П.В.Мандрыка — ведущему лечебному учреждению Министерства обороны Российской Федерации, оказывающему медицинскую помощь высшему руководящему составу Вооруженных Сил России. В статье представлены данные о создании, становлении и развитии системы оказания медицинской помощи в госпитале в различные периоды истории нашей страны: Гражданская война, первые послевоенные годы, Великая Отечественная война, современность. Показано создание (с 1921 г.) системы оказания медицинской помощи, включающей в себя амбулаторное звено (поликлиника — диспансерно-поликлиническое отделение), стационар (госпиталь) и реабилитационный этап (санаторий госпиталя — клиника восстановительного лечения).*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка, военная медицина, Полевой штаб Реввоенсовета, диспансерное наблюдение, санаторное отделение госпиталя.

*Trishkin D.V., Krainyukov P.E. — Hospital of the management of the Armed Forces of the Russian Federation. In May 2019, the 100th anniversary of the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital, the leading medical institution of the Ministry of Defense of the Russian Federation providing medical care to senior management of the Armed Forces of Russia, is celebrated. The article presents data on the creation, establishment and development of the system of assistance in the hospital in different periods of our country's history: the Civil War, the first post-war years, the Great Patriotic War, the present. The creation (since 1921) of the care system, including an outpatient unit (polyclinic — dispensary-polyclinic department), hospital (hospital) and rehabilitation stage (hospital sanatorium — rehabilitation clinic), is shown.*

*К е у о р д с:* the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital, military medicine, field military headquarters of the Revolutionary Military Council, dispensary observation, sanatorium department of the hospital.

**В** мае 2019 г. Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка Министерства обороны Российской Федерации отмечает свое 100-летие.

Изначально сформированный для медицинского обеспечения Полевого штаба Реввоенсовета молодой советской республики, он стал достойным наследником и продолжателем лучших традиций российской медицины.

В начале XVIII в. в целях централизации в России военного руководства была учреждена Военная коллегия. В начале XIX в. высшим органом центрального военного управления в Российской империи стало Военное министерство,

а центральным органом оперативного управления Вооруженными Силами — Генеральный штаб.

Медицинское обеспечение сотрудников Военного министерства проводилось в военных госпиталях северной столицы. Основным объемом помощи оказывался специалистами Михайловского клинического военного госпиталя при Императорской Военно-медицинской академии (ныне Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова). В клиниках академии работали врачи в званиях лейб-медика (лейб-хирург, лейб-акушер, лейб-офтальматр, лейб-педиатр, лейб-окулист и др.), имевшие среди задач оказание медицин-





# Центральному военному клиническому госпиталю имени П.В.Мандрыка Минобороны России – 100 лет



Основная клиническая база госпиталя, ул. Большая Оленья, д. 8а

**17 мая 2019 г.** исполняется 100 лет Центральному военному клиническому госпиталю имени П.В.Мандрыка Минобороны России. Созданный в суровые годы Гражданской войны, госпиталь на протяжении всей своей истории обеспечивал охрану и укрепление здоровья высшего руководящего состава Вооруженных Сил нашей страны и членов их семей. ЦВКГ имени П.В.Мандрыка МО РФ – современное лечебно-профилактическое военно-медицинское учреждение, укомплектованное опытейшим медицинским персоналом и оснащенное высокотехнологичным оборудованием, что позволяет решать задачи любого уровня сложности по профилактике, диагностике, лечению и медицинской реабилитации. Сегодня госпиталь с честью продолжает славные традиции российской военной медицины, обеспечивая сохранение здоровья руководства Вооруженных Сил Российской Федерации, военнослужащих и членов их семей.

*Фото М.Голубничей*



Здание медицинского центра преморбидных и неотложных состояний ЦВКГ им. П.В.Мандрыка МО РФ, Серебряный пер., д. 4 (бывшая хирургическая лечебница и доходный дом С.М.Руднева, 1902–1910 гг. Архитектор Лев Кекушев)



Медицинский центр восстановительного лечения, г. Королёв, мкр-н Первомайский, ул. Хвойная, д. 3



# ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВОЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ИМЕНИ П.В. МАНДРЫКА



*Офицерский состав Центрального военного клинического госпиталя имени П.В.Мандрыка, 2019 г.*

*Фото М.Голубничей*





## Центральному военному клиническому госпиталю имени П.В.Мандрыка — 100 лет



Руководство госпиталя.  
1-й ряд (слева направо):  
**В.В.Попов**, **А.В.Парфенюк**,  
генерал-майор медицинской  
службы **П.Е.Крайников**,  
**О.В.Гришина**, полковник  
медицинской службы  
**Т.Н.Машков**, **А.В.Григорян**.  
2-й ряд (слева направо):  
полковник медицинской  
службы **О.П.Рудских**,  
полковник медицинской  
службы **В.М.Скоробогатов**,  
**С.В.Полушкин**, полковник  
медицинской службы  
**О.В.Афонасков**, полковник  
медицинской службы  
**А.В.Демьяненко**



Коллектив медицинского центра восстановительного лечения (г. Королёв, Московская обл.)



Итоговая проверка  
в медицинском центре  
преморбидных и неотложных  
состояний (Серебряный пер., д. 4).  
Слева направо: начальник центра  
**О.В.Гришина**, **А.В.Замуриев**,  
**С.Е.Кузьменко**

*Фото М.Голубничей*





## Центральному военному клиническому госпиталю имени П.В.Мандрыка — 100 лет



Приемно-диагностическое отделение. Слева направо: **А.С.Сахарова, Н.В.Мамедова**, заведующий отделением **В.Н.Потапенко, Л.Э.Шабанова**



Кардиохирургическая операция в условиях искусственного кровообращения. Слева направо: **М.Р.Барсукова, В.В.Далинин**, начальник центра сердечно-сосудистой хирургии профессор **И.А.Борисов, О.В.Червань, А.Н.Новиков, Д.А.Сергуниин**



Утренняя конференция в терапевтическом отделении. Слева направо: **Г.И.Тюлькина, Ю.А.Денисова, В.Н.Сержантова, М.Е.Кузьмина, И.В.Медведева, Е.А.Мочалов**, начальник отделения подполковник медицинской службы **Л.И.Ивахненко**



Офтальмологическая операция. Старшая операционная медицинская сестра **С.С.Сальникова** и начальник офтальмологического отделения полковник медицинской службы **А.В.Куроедов**



Обход во 2-м хирургическом отделении. Слева направо: **Н.Н.Боровкова**, начальник отделения подполковник медицинской службы **Д.Ш.Салимов, А.А.Писоцкий**, главный хирург госпиталя — заместитель главного хирурга МО РФ полковник медицинской службы **В.М.Скоробогатов, Е.В.Суспицына**



Проверка готовности медицинских бригад

*Фото М.Голубничей*



## Центральному военному клиническому госпиталю имени П.В.Мандрыка — 100 лет



Операция эндопротезирования тазобедренного сустава. Слева направо: **Н.А.Гончаров**, начальник травматологического отделения профессор **В.К.Николенко**, **А.Ю.Иванов**, **Б.Б.Колодкин**



Клинический разбор в неврологическом отделении. Слева направо: **Ю.А.Ульянова**, подполковник медицинской службы **О.В.Батусов**, **Л.Г.Садькова**, подполковник медицинской службы **А.В.Суворов**, **Т.Н.Девятова**, **Г.Н.Малогина**, **К.Г.Кремер**, **В.В.Ядов**, **В.Е.Евстафьева**, **М.В.Малашенко**, главный невролог госпиталя полковник медицинской службы **О.П.Рудских**



Обсуждение плана операции в офтальмологическом отделении. Слева направо: **С.С.Сальникова**, **И.В.Кондракова**, **О.В.Дедова**, начальник отделения полковник медицинской службы **А.В.Куроедов**, **Н.М.Сольнов**, **О.В.Гапонько**, **В.В.Городничий**



Обсуждение плана лечения в кардиологическом отделении. Слева направо: подполковник медицинской службы **Е.А.Шойму**, подполковник медицинской службы **М.В.Зеленов**, **М.И.Афанасьева**, начальник кардиологического центра — главный кардиолог госпиталя полковник медицинской службы **А.В.Демьяненко**



Консилиум в отделении реанимации и интенсивной терапии. Слева направо: главный терапевт госпиталя — заместитель главного терапевта МО РФ полковник медицинской службы **О.В.Афонасков**, **А.С.Лобанов**, **В.Н.Колесников**, подполковник медицинской службы **С.С.Рыбчинский**, **Л.В.Высоцкая**



Утреннюю конференцию в медицинском центре премонольных и неотложных состояний проводит **С.Е.Кузьменко**

*Фото М.Голубничей*





– развитие медицинской науки, применение на практике новейших технологий профилактики, диагностики и лечения заболеваний;

– подготовка и воспитание медицинских кадров.

Центральный военный клинический госпиталь имени Петра Василье-

вича Мандрыка Министерства обороны Российской Федерации в течение уже столетия поддерживает, продолжает и улучшает славные традиции российской военной медицины, обеспечивая сохранение здоровья руководства Вооруженных Сил Российской Федерации.

## Литература

1. История медицинского учебно-научно-клинического центра имени П.В.Мандрыка. – Т. I. – История Центрального военного Краснознаменного госпиталя им. П.В.Мандрыка (1919–1958 гг.) / Под ред. В.Б.Симоненко. – М., 2014. – 330 стр.

2. История Центрального военного клинического Краснознаменного госпиталя имени П.В.Мандрыка. 1919–1999 / Под ред. проф. В.Б.Симоненко. – М.: «Вооружение. Политика», 1999. – 202 с.

3. Невский Н.М. История Центрального клинического Краснознаменного госпиталя им. П.В.Мандрыка. 1919–1969. – М., 1969. – 179 с.

## ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

Свыше 500 тыс. пациентов получили медицинскую помощь в центрах Многопрофильной клиники Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова, торжественное открытие которой состоялось в Санкт-Петербурге полтора года назад с участием Верховного Главнокомандующего Вооруженными Силами Российской Федерации.

«На сегодняшний день клиника оснащена более 22 тысячами наименований различного оборудования, почти 10% техники являются уникальными, которых нет даже в России», – отметил заместитель министра обороны России **Тимур Иванов** в ходе посещения клиники в рамках рабочей поездки в войска Западного военного округа.

Кроме того, в системе удаленных телемедицинских консультаций Минобороны России выполнено более 250 консультаций с выходом в различные точки страны, в т. ч. за ее пределами в местах дислокации группировок российских войск за рубежом.

В ближайшей перспективе специалистами центра координации будет создан специальный программный продукт «Интерактивная карта медицинской службы ВС РФ», который позволит в реальном времени контролировать настоящее состояние каждого объекта медицинской службы ВС РФ. Он также будет совместим с программным обеспечением других силовых ведомств и позволит оперативно координировать усилия, в т. ч. и при чрезвычайных ситуациях.



**Пресс-служба Западного военного округа, 24 марта 2019 г.**

[https://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=12222890@egNews](https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12222890@egNews)



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019  
УДК [616-089:614.2]:355(470.311)

## Развитие хирургии в Центральном военном клиническом госпитале им. П.В.Мандрыка

*СКОРОБОГАТОВ В.М., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы*  
*САЦУКЕВИЧ В.Н., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке*  
*АБАШИН В.Г., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке (AVG-56@list.ru)*

ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

*В статье приведены исторические данные по становлению и развитию хирургического направления в работе Центрального военного клинического госпиталя им. П.В.Мандрыка с момента его создания. Представлены структура хирургической службы госпиталя, организация и объем хирургической помощи.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка, военная медицина, оказание хирургической помощи, консультанты госпиталя.

*Skorobogatov V.M., Satsukevich V.N., Abashin V.G. – Development of surgery at the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital. The article presents the historical data on the formation and development of the surgical direction in the work of the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital since its establishment. The structure of the hospital surgical service, the organization and scope of surgical care are presented.*

*К е у о р д с:* the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital, military medicine, provision of surgical care, consultants of the hospital.

Созданный в г. Серпухове 17 мая 1919 г. Российским обществом Красного Креста госпиталь имел терапевтическую направленность («1-й Терапевтический Госпиталь Красного Креста Полевого Штаба РВСР») и открытие хирургических отделений в нем не предполагалось.

С переездом госпиталя в Москву при его развертывании в августе 1919 г. в Малом Знаменском переулке были открыты терапевтическое и «заразное» отделения и выделено помещение для перевязочной.

18.12.1920 г. начинает функционировать филиал госпиталя (Серебряный переулок, дом 4/10 в здании «Хирургической лечебницы С.М.Руднева»), где развернули хирургическое (на 50 коек) и гинекологическое (на 30 коек) отделения.

Первым заведующим хирургическим отделением был назначен Н.П.Вороненко, а ординатором – А.И.Сладкова. Должность помощника главного врача и заведующего гинекологическим отделением исполнял И.Л.Брауде.

Объем хирургических вмешательств ограничивался вскрытием флегмон и абсцессов, выполнением аппендэктомий и грыжесечений. Гинекологическая помощь включала прерывание беременности, экстренные операции по поводу внематочной беременности, апоплексии яичника, перекрута ножки кисты яичника, маточных кровотечений любой этиологии.

С уходом Н.П.Вороненко работой хирургического отделения с октября 1921 г. руководил П.В.Мандрыка. Имея за плечами богатый хирургический опыт (земского врача, военного врача и хирурга





## Хирургия сердца в Центральном военном клиническом госпитале им. П.В.Мандрыка: становление, настоящее и будущее

*СЕРГОВЕНЦЕВ А.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
БОРИСОВ И.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке  
ДАЛИНИН В.В., кандидат медицинских наук (vdalinin@mail.ru)  
СТЕКЛОВ В.И., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы (vsteklov@yandex.ru)  
ДИЕВА Т.В.*

ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

*Представлена история становления кардиохирургической службы в ЦВКГ им. П.В.Мандрыка. Двенадцатилетний путь от отделения кардиохирургии с одной операционной и несколькими реанимационными койками до центра сердечно-сосудистой хирургии с отдельными подразделениями, специализирующимися по открытой кардиохирургии, аритмологии, рентгеноэндоваскулярной хирургии, своими отделением реанимации и операционным блоком. Рассмотрены зарождение, развитие, результаты и достижения.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* кардиохирургия, история, госпиталь имени Мандрыка, рентгенохирургия, аритмология, анестезиология, реанимация.

*Sergoventsev A.A., Borisov I.A., Dalinin V.V., Steklov V.I., Dieva T.V. – Heart surgery in the P.V.Mandryka Central Clinical Hospital: establishment, present and future. The history of the establishment of the cardiac surgery service in the P.V.Mandryka Central Clinical Hospital. A twelve-year journey from a cardiac surgery department with one operating room and several resuscitation beds to a cardiovascular surgery center with separate unit specializing in open heart surgery, arrhythmology, X-ray endovascular surgery, its own resuscitation unit and an operating unit. Considered the birth, development, results and achievements.*

*К е у о р д s:* cardiac surgery, history, the P.V.Mandryka Central Clinical Hospital, X-ray surgery, arrhythmology, anesthesiology, resuscitation.

Решение о создании в госпитале им. П.В.Мандрыка кардиохирургического отделения было принято в 2006 г. Генератором идеи оказания кардиохирургической помощи пациентам госпиталя являлся начальник госпиталя член-корреспондент АМН РФ, профессор генерал-майор медицинской службы В.Б.Симоненко. Неотложная потребность создания такой службы объяснялась крайней необходимостью оказания всеобъемлющего современного лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы в стенах одного медицинского учреждения. В то время в госпитале имелось три специализированных терапевтических отделения кардиологического профиля. Доля больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы среди терапевтических пациентов составляла более 70%.

Пусковым моментом явилась установка в госпитале ангиографического комплекса с возможностью выполнения коронарографии и ангиопластики венечных артерий.

Вслед за этим пришло понимание, что современная кардиология немыслима без хирургического воздействия, в частности при ишемической болезни сердца. До этого времени приходилось многих пациентов госпиталя, которым было показано выполнение аортокоронарного шунтирования, переводить в другие стационары Москвы, что было крайне неудобно, затягивало время лечения, да и имело неудовлетворительные конечные результаты.

В декабре 2006 г. в госпитале выполнена первая операция аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения.



информацию о пациентах в электронном виде. В любой момент, с любого рабочего места специалист центра может получить доступ к полной информации о пациенте (данные анамнеза, результаты лабораторных и инструментальных исследований, протокол операции, дневниковые записи, показания следящей аппаратуры в палатах, операционных и реанимационном отделении в режиме on-line).

Врачи центра постоянно ведут научный поиск. За период с 2006 г. опубликованы более 90 научных трудов, из них 3 монографии, 5 методических рекомендаций. Подготовлены и защищены 1 докторская и 2 кандидатские диссертации. Регулярны выступления с докладами и сообщениями на международных и российских конгрессах, съездах и конференциях специалистов.

Лечебно-диагностическая работа в центре сердечно-сосудистой хирургии органи-

зована в соответствии с требованиями руководящих документов, регламентирующих деятельность военно-медицинских организаций, с полученной госпиталем лицензией на оказание специализированных видов медицинской помощи, в т. ч. высокотехнологичной. Состоянию дел в центре всегда уделяется особое внимание руководства ГВМУ МО РФ и госпиталя.

Задачи, стоящие перед сотрудниками центра, многочисленны и разнообразны. Это и более широкое внедрение малоинвазивных хирургических вмешательств при патологии сердечной мышцы, и расширение диагностических возможностей при аритмиях сердца, и оценка диагностического значения метода 4D-исследования при ЭХО-кардиографии и многие другие.

Появление кардиохирургии явилось мощнейшим стимулом дальнейшего развития клинико-диагностического процесса практически всех отделений госпиталя.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019  
УДК 616.831-005.1-084

## Технология предупреждения инсульта: опыт применения методов превентивной кардионеврологии

*РУДСКИХ О.П., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,  
полковник медицинской службы (rudskikh-oleg@yandex.ru)  
ШИРОКОВ Е.А., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы  
в отставке  
БАТУСОВ О.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы  
СУВОРОВ А.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы*

ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

*Обобщен двадцатилетний опыт функционирования в Центральном военном клиническом госпитале им. П.В.Мандрыка системы предупреждения инсульта среди прикрепленного контингента. Проведено ретроспективное нерандомизированное когортное исследование с целью оценки результатов применения в группе пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском методов визуализации и функциональной диагностики системы кровообращения. Анализировали частоту инсульта, его типы (ишемический, геморрагический), подтипы ишемического инсульта, госпитальную летальность. Обследование больных включало электрокардиографию, холтеровское мониторирование, ультразвуковое дуплексное сканирование сонных и позвоночных артерий, эхокардиографию, суточное мониторирование артериального давления. За изученный период использование данных методов в расчете на 1000 пациентов возросло в 1,4–4,1 раза, а частота инсульта уменьшилась на 28%. В структуре острых нарушений мозгового кровообращения увеличилась доля кардиоэмболических инсультов с 8 до 24%, уменьшилось количество атеротромботических инсультов с 40 до 12%. Сделано заключение, что современные методы ультразвуковой диагностики и функциональные исследования системы кровообращения при условии квалифицированной интерпретации полученных данных существенно повышают эффективность профилактических программ и снижают частоту инсультов.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* кардионеврологическое обследование, патогенетические подтипы ишемического инсульта, профилактика инсульта.





*Rudskikh O.P., Shirokov E.A., Batusov O.V., Suvorov A.V. — Technology of the stroke prevention: experience in the use of methods of preventive cardioneurology. Summarized twenty years of experience in the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital stroke prevention system among the assigned contingent. A retrospective non-randomized cohort study was conducted to assess the results of use in a group of patients with a high cardiovascular risk of visualization and functional diagnostics of the circulatory system. The incidence of stroke, its types (ischemic, hemorrhagic), subtypes of ischemic stroke, and hospital mortality were analyzed. Examination of patients included electrocardiography, Holter monitoring, ultrasound duplex scanning of the carotid and vertebral arteries, echocardiography, 24-hour blood pressure monitoring. For the studied period, the use of these methods per 1000 patients increased 1.4–4.1 times, and the incidence of stroke decreased by 28%. In the structure of acute disorders of cerebral circulation, the proportion of cardioembolic strokes increased from 8 to 24%, the number of atherothrombotic strokes decreased from 40 to 12%. It was concluded that modern methods of ultrasound diagnostics and functional studies of the circulatory system under the condition of qualified interpretation of the data obtained significantly increase the effectiveness of preventive programs and reduce the frequency of strokes.*

*Keywords:* cardio-neurological examination, pathogenetic subtypes of ischemic stroke, prevention of stroke.

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место среди причин смерти и стойкой утраты трудоспособности. Демографические тенденции последних лет характеризуются увеличением продолжительности жизни и ростом этой заболеваемости в старших возрастных группах. В России количество больных с диагностированными болезнями сердечно-сосудистой системы с 2010 по 2016 г. возросло на 6,7% и достигло 34 млн человек [3].

Наряду с очевидным ростом числа больных с такой патологией в последние годы формируется новая тенденция — уменьшается смертность от инсульта и инфаркта миокарда. В нашей стране снижение этого показателя составило около 1% только в период с 2014 по 2016 г. Подобные результаты демонстрируют и статистические данные других стран [11, 13].

Можно предположить, что парадокс увеличения заболеваемости при снижении смертности связан с качественными изменениями диагностики состояний, способных привести к тяжелым осложнениям болезней сердечно-сосудистой системы. Современные методы визуализации сердца и сосудов, функциональные исследования системы кровообращения формально способствовали увеличению статистических показателей заболеваемости за счет выявления доклинических и субклинических признаков патологии. С другой стороны, ранняя диагностика патологических процессов привела к развитию превентивной кардионеврологии и уменьшению доли больных с тяжелым, катастрофическим течением ишемической болезни сердца и мозга.

Однако вклад современных методов диагностики в снижение смертности от инсульта неоднозначен и неочевиден. Действующие руководства не рекомендуют применение сложных методов диагностики пациентам без выраженных клинических проявлений заболевания сердечно-сосудистой системы, мотивируя эти ограничения низкой чувствительностью и высокой стоимостью исследований [14, 15]. Выбор оптимального объема и методов диагностики в последние годы склоняется в сторону информативных и безопасных функциональных исследований, доступность которых с каждым годом увеличивается. Клинические данные вместе с минимально необходимым комплексом функциональных исследований создают качественно новый уровень оценки состояния больного, позволяющий решить главную профилактическую задачу — снизить заболеваемость инсультом.

#### Цель исследования

Изучение заболеваемости инсультом в период внедрения в клиническую практику современных высокоинформативных функциональных методов исследования системы кровообращения в условиях многопрофильного медицинского учреждения — Центрального военного клинического госпиталя им. П.В.Мандрыка.

#### Материал и методы

Для оценки состояния, развития и эффективности системы предупреждения сосудистых катастроф с использованием современных методов визуализации и функциональной диагностики системы кровообращения проведено откры-



## Литература

1. Бойцов С.А., Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л. Люберецкое исследование смертности больных, перенесших мозговой инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ЛИС-2). Дизайн и оценка лекарственной терапии // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2013, № 9 (2). – С. 114–122.

2. Бурычкова Л.И., Ломакин Н.В., Сума-роков А.Б., Широков Е.А. Алгоритмы и шкалы риска тромбоза и кровотечения в кардиологии и неврологии / Практическое пособие. – 2017. – 102 с.

3. Здравоохранение в России. 2017 / Статистический сборник. – М.: Росстат, 2017. – 170 с.

4. Лукьянов М.М., Бойцов С.А., Якушин С.С. и др. Амбулаторно-поликлинический РЕгистр КардиоВаскулярных ЗАболеваний (РЕКВАЗА): данные проспективного наблюдения, оценка риска и исходы у больных с фибрилляцией предсердий // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2014. – № 10 (5). – С. 470–480.

5. Симоненко В.Б., Широков Е.А., Фролов В.М. Клиническая кризология в кардионеврологии / Руководство для врачей. – М.: КВОРУМ, 2013. – 291 с.

6. Тополь Э. Будущее медицины: Ваше здоровье в ваших руках / Пер. с англ. – М.: Альпина нон-фикшн, 2016. – 491 с.

7. Широков Е.А. Профилактика инсульта: актуальные проблемы и новые тенденции // Рус. мед. журн. – 2013. – № 10. – С. 466–469.

8. Широков Е.А. Идеология современной системы профилактики инсульта // Клин. медицина. – 2014. – № 3. – С. 5–10.

9. Широков Е.А. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга: современные стратегии диагностики и лечения больных // Consilium Medicum. – 2016. – № (18) 9. – С. 37–42.

10. Banegas J.R., Ruilope L.M., de la Sierra A., Vinyoles E. Relationship between Clinic and Ambulatory Blood-Pressure Measurements and Mortality // N. Engl. J. Med. – 2018. – N 378. – P. 1509–1520.

11. Greco C., Rosato S., D'Errigo P. et al. Trends in mortality and heart failure after acute myocardial infarction in Italy from 2001 to 2011 // Int. J. Cardiol. – 2015. – Vol. 184, N 1. – P. 115–121.

12. Jonas D., Feltner C., Amic H. et al. Screening for Asymptomatic Carotid Artery Stenosis: A Systematic Review and Meta-Analysis for the U.S. Preventive Services Task Force // Ann. Intern. Med. – 2014. – Vol. 161, N 5. – P. 336–346.

13. Mozaffarian D., Benjamin E., Go A. et al. Heart Disease and Stroke Statistics – 2016 Update // Circulation. – 2016. – Vol. 133, N 4. – P. e38–e360.

14. Piepoli M., Hoes A., Agewall S. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice // Doi:10.1093/eurheartj/ehw106

15. Whelton P.K. et al. 2017 High Blood Pressure Clinical Practice Guideline // Doi: 10.1161/HYP.0000000000000065/-/DC1.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019  
УДК [616.126.52-089:614.2]:355(470.311)

## Хирургия аортального порока в Центральном военном клиническом госпитале им. П.В.Мандрыка

СЕРГОВЕНЦЕВ А.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
БОРИСОВ И.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке  
ДАЛИНИН В.В., кандидат медицинских наук (vdalinin@mail.ru)  
УЙМАНОВА М.Ю.

ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

Представлен опыт традиционного кардиохирургического лечения аортального порока у 191 пациента. В 49,2% случаев преобладала клиника аортального стеноза при сохраненной запирающей функции клапана. Оперативные вмешательства пациентам проведены в условиях искусственного кровообращения стернотомным доступом. Для замены неполноценного аортального клапана использовали современные как механические, так и биологические протезы. Существенное снижение временных показателей операции (до 64%) достигнуто при использовании бескаркасного биопротеза «Perseval-S». Оценка ближайших результатов операции осуществлялась через 2–3 мес после прохождения пациентами курса реабилитации. В последующем прооперированных пациентов (n=180) осматривали через 6, 12, 24 мес. Приоритетным и относительно безопасным остается классический метод хирургического лечения аортального порока. При наличии показаний задержка с оперативным лечением повышает риск вмешательства, а в некоторых случаях приводит к отказу от него.

К л ю ч е в ы е с л о в а: аортальный порок, биологический протез, механический протез.





*Sergoventsev A.A., Borisov I.A., Dalinin V.V., Uimanova M.Yu. – Surgery of aortic defect in the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital. Presented the experience of traditional cardiac surgery for aortic defect in 191 patients. In 49.2% of cases, the clinic of aortic stenosis prevailed, with the obstructive function of the valve preserved. Surgeries to patients were performed under conditions of cardiopulmonary by sternotomy access. To replace the defective aortic valve, modern, both mechanical and biological prostheses were used. A significant reduction in the temporal parameters of the operation (up to 64%) was achieved when using the frameless Perseval-S bioprosthesis. Evaluation of the immediate results of the operation was carried out 2–3 months after the patients underwent a rehabilitation course. Subsequently, operated patients (n=180) were examined after 6, 12, 24 months. The classical method of surgical treatment of aortic defect remains a priority and relatively safe. If there is evidence, delay in surgical treatment increases the risk of intervention, and in some cases leads to failure.*

*К е y в о р д s: aortic defect, biological prosthesis, mechanical prosthesis.*

Диагностика аортального порока сердца достаточно проста, особенно в современных условиях, когда эхокардиографическое исследование получило широкое распространение и доступно на начальных этапах обследования больного [1]. Известно, что единственным методом лечения этого порока является вмешательство на измененном клапане [4]. Возможности современной кардиохирургии и интервенционной кардиологии дают большой шанс пациентам на излечение [7]. Однако до сегодняшнего дня приходится сталкиваться с фактами поздней диагностики, длительного наблюдения за пациентами и медикаментозной терапии. До сих пор нет общего понимания, что затягивание с вмешательством на аортальном клапане, ожидание осложнений порока и только тогда направление к кардиохирургу укорачивают жизнь пациента [3]. Подавляющее большинство неудач кардиохирургии при аортальном пороке связано только с этим.

В отечественной и зарубежной специальной литературе ведется активная

дискуссия об эффективности и безопасности как традиционных хирургических, так и новых транскатетерных методов коррекции нарушений гемодинамики на аортальном клапане [5, 8]. И все же в силу значительно большей доступности, меньшей стоимости и, в конечном итоге, эффективности традиционный хирургический метод остается доминирующим.

#### Цель исследования

Изучить результаты традиционного кардиохирургического лечения аортального порока и на этой основе оценить преимущества используемых методов.

#### Материал и методы

Оперативное лечение аортального порока проведено 191 пациенту, в т. ч. 150 (78,5%) мужчинам и 41 (21,5%) женщине. Возраст больных колебался от 18 до 84 лет (средний у мужчин –  $63,0 \pm 5,7$ , у женщин –  $65,1 \pm 12,5$  года).

В 49,2% случаев у пациентов преобладала клиника аортального стеноза при сохраненной запирающей функции

Таблица 1

#### Распределение больных по полу и гемодинамическим характеристикам аортального порока

Признак	Мужчины, абс. число/%	Женщины, абс. число/%	Итого, абс. число/%
Стеноз клапана	77/51,4	17/41,5	94/49,2
Недостаточность клапана	32/21,3	7/17,0	39/20,4
Стеноз>недостаточности	18/12,0	8/19,5	26/13,6
Недостаточность>стеноза	23/15,3	9/22,0	32/16,8
Всего...	150/100	41/100	191/100



протеза, протезной инфекцией как в ранний, так и в отдаленный периоды. Гемодинамические характеристики вживленных протезов оставались на хороших и удовлетворительных показателях. Естественно, лучшие гемодинамические показатели были при использовании биопротезов [2].

Уже через 6 мес после операции большинство пациентов (57,7%) отмечали значительное улучшение своего самочувствия, через 12 мес их доля увеличилась до 81,8%. Прослеживалась четкая динамика увеличения их функционального класса: если до операции III–IV ФК отмечали у 70,7%, то через 6 мес – у 5,4% пациентов, с сохранением этого уровня до 2 лет.

Представляют определенный интерес показатели ФВ ЛЖ. Низкая ФВ ЛЖ (<40%) до операции отмечалась у 13,6% больных. В течение 2 лет наблюдения этот показатель оставался на уровне 9,1–10,6%,

что свидетельствует о значительных дегенеративных изменениях сердечной мышца у части больных с аортальным пороком, а это, в свою очередь, препятствует процессу моделирования левого желудочка в послеоперационный период.

### Заключение

Классический метод хирургического лечения аортального порока остается приоритетным и относительно безопасным. Необходимым условием успеха операции и хороших отдаленных результатов является использование этого метода до развития осложнений порока сердца (резкое снижение фракции выброса левого желудочка, «митрализация» порока, развитие постоянной формы фибрилляции предсердий) [6]. При наличии показаний затягивание с оперативным лечением нецелесообразно, т. к. повышает риск вмешательства, а в некоторых случаях обуславливает отказ от него.

### Литература

1. Егоров И.В. Сенильный аортальный стеноз?: век изучения // Современная ревматология. – 2007. – № 1 – С. 20–25.
2. Хавандеев М.Л., Миролюбов Л.М., Нурмеев И.Н. Протезирование аортального клапана биологическими протезами // Фундаментальные исследования. – 2014. – Т. 4, № 1. – С. 177–180.
3. Belkin R.N., Khalique O., Aronow W.S. et al. Outcomes and Survival with Aortic Valve Replacement Compared with Medical Therapy in Patients with Low-, Moderate-, and Severe-Gradient Severe Aortic Stenosis and Normal Left Ventricular Ejection Fraction // Echocardiography. – 2011. – Vol. 28, N 4. – P. 378–387.
4. Ho E., Mathur M.N., Brady P.W. et al. Surgical Aortic Valve Replacement in Very Elderly Patients Aged 80 Years and Over: Evaluation of Early Clinical Outcomes // Hear. Lung Circ. – 2014. – Vol. 23, N 3. – P. 242–248.
5. Joudinaud T.M., Flecher E.M., Curry J.W. et al. Sutureless stented aortic valve implantation under direct vision: lessons from a negative experi-

ence in sheep // J. Card. Surg. – 2007. – Vol. 22, N 1. – P. 13–17.

6. Kapadia S.R., Leon M.B., Makkar R.R. et al. 5-year outcomes of transcatheter aortic valve replacement compared with standard treatment for patients with inoperable aortic stenosis (PARTNER 1): A randomised controlled trial // Lancet. – 2015. – Vol. 385, N 9986. – P. 2485–2491.

7. Powell R., Pelletier M.P., Chu M.W.A. et al. The percutaneous sutureless aortic valve review of outcomes, complications, and future direction // Innov. Technol. Tech. Cardiothorac. Vasc. Surg. – 2017. – Vol. 12, N 3. – P. 155–173.

8. Rajani R., Buxton W., Haworth P. et al. Prognostic benefit of transcatheter aortic valve implantation compared with medical therapy in patients with inoperable aortic stenosis // Catheter. Cardiovasc. Interv. – 2010. – Vol. 75. – P. 1121–1126.

9. Roques F., Michel P., Goldstone A.R., Nashef S.A.M. The logistic EuroSCORE II (Letter to the Editor) // Eur. Heart J. – 2003. – Vol. 24. – P. 1–2.



## Способ трансперитонеальной лапароскопической герниопластики с рассечением грыжевого мешка

ЧЕРНЫХ В.Г., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
(chernykh4@yandex.ru)  
СКОРОБОГАТОВ В.М., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,  
полковник медицинской службы  
ЕФРЕМОВ К.Н., подполковник медицинской службы  
БОНДАРЕВА Н.В.

ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

Наиболее травматичным этапом лапароскопической герниопластики при косой паховой грыже считается выделение грыжевого мешка, при осуществлении которого в различной степени повреждаются кровеносные и лимфатические сосуды семенного канатика. Рассечение грыжевого мешка с оставлением на тканях семенного канатика участка брюшины позволяет уменьшить негативные последствия проводимой операции. Данный способ применен нами у 10 больных в 2016–2018 гг. Осложнений, связанных с повреждением семенного канатика, в послеоперационный период не было.

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** паховая грыжа, лапароскопическая герниопластика, повреждение семенного канатика.

*Chernykh V.G., Skorobogatov V.M., Efremov K.N., Bondareva N.V. — Approach of the transperitoneal laparoscopic hernioplasty with dissection of the hernial sac. The most traumatic stage of laparoscopic hernioplasty in oblique inguinal hernia is the discharge of the hernia sac, which, in its implementation, damages the blood and lymphatic vessels of the spermatic cord to varying degrees. Dissection of the hernial sac, leaving a portion of the peritoneum on the tissues of the spermatic cord, reduces the negative effects of the operation. We applied this method in 10 patients in 2016–2018. Complications associated with the spermatic cord damage, in the postoperative period was not.*

*К е у о р д s:* inguinal hernia, laparoscopic hernioplasty, damage to the spermatic cord.

Лапароскопическая герниопластика в Европе занимает второе место в структуре операций при паховых грыжах после операции Лихтенштейна, составляя более 40% всех вмешательств [4] с частотой рецидивов 1,2–2,2% [15].

В настоящее время частота рецидивирования в отдаленный период не считается единственным критерием качества лечения грыж [1, 11]. Установлено, что грыженосительство и грыжесечение у части больных не проходят бесследно. У 23,5% мужчин с паховой грыжей отмечаются хронические воспалительные заболевания половой системы [3]. У 50–59% оперированных больных через годы регистрируется гипотрофия яичка и снижение уровня тестостерона [6, 16]. Развивающийся дефицит тестостерона приводит к возникновению сахарного диабета, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца [9]. Таким образом, рас-

сматриваемая проблема тесно связана с общим здоровьем мужчины, а не только с вопросами фертильности [8]. Целью операции при паховой грыже должно являться не только устранение дефекта брюшной стенки, но и предотвращение негативных последствий грыженосительства и проводимой операции [9].

Основной причиной нарушений функции яичка является расстройство его кровообращения [7, 9]. Наиболее травматичным этапом операции считается выделение грыжевого мешка, при котором в разной степени всегда повреждаются кровеносные и лимфатические сосуды семенного канатика [2, 5, 13, 16]. Часть сосудов семенного канатика повреждается непосредственно в момент выделения грыжевого мешка, особенно при их веерообразном расположении [14]. Повреждение другой части сосудов происходит уже после операции.





Слабовыраженный болевой синдром отмечался в первые сутки после операции. В дальнейшем интенсивность боли уменьшалась до ощущения дискомфорта в зоне операции. Все больные активизированы в первые сутки после операции. Отека семенного канатика и яичка на стороне операции не было выявлено ни в одном случае. Кремастерный рефлекс сохранен у всех больных.

Все пациенты осмотрены в разные сроки после операции: от 1 мес до 2 лет. Рецидивов грыжи, признаков ишемического повреждения семенного канатика и гипотрофии яичка в указанные сроки наблюдения не отмечено ни в одном случае.

Приводим клиническое наблюдение.

Больной В., 75 лет, находился на лечении в хирургическом отделении с диагнозом: «приобретенная вправимая косая паховая грыжа слева». Считал себя больным около года, когда впервые заметил выпячивание в левой паховой области при натуживании. К врачу не обращался. В связи с увеличением образования в размерах и появлением болей в левой паховой области обратился к хирургу 9 ЛДЦ МО РФ, был направлен на стационарное лечение. При поступлении состояние удовлетворительное. Дыхательных и гемодинамических нарушений нет. Общий и биохимический анализы крови в пределах нормы. Локально: визуально в правой паховой области определяется опухолевидное образование 5×6×4 см, мягко-эластичной консистенции, безболезненное, вправляется в брюшную полость, наружное паховое кольцо расширено до 2 см, симптом кашлевого толчка положителен.

Под общей анестезией выполнено оперативное вмешательство. Во время операции: внутреннее паховое кольцо слева расширено до 2 см, содержимого нет. Зажимом грыжевой мешок вывернут в брюшную полость, двумя эллипсоидными разрезами рассечен на 2

лоскута. Верхний лоскут отделен от поперечной фасции, нижний оставлен на оболочках семенного канатика. Выполнены мукоклазия мезотелия нижнего лоскута грыжевого мешка марлевым тупфером, париеализация брюшины левой паховой области. На подготовленное место уложена облегченная проленовая сетка 10×15 см, фиксирована рассасывающимися клипсами. Непрерывным проленовым швом сопоставлены края брюшины. Контроль на инородные тела и гемостаз, сухо. Раны ушиты послойно, наглухо. Послеоперационный диагноз: приобретенная вправимая косая паховая грыжа слева.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Болевой синдром был выражен незначительно, купировался назначением ненаркотических анальгетиков. Через 10 ч после операции больной самостоятельно встал. Швы сняты на 5-е сутки после операции, заживление раны первичным натяжением. При контрольном осмотре через 1 мес жалоб не предъявлял. Послеоперационные рубцы 0,5–1,0×0,1 см, без признаков воспаления. При осмотре через 1 год рецидива не отмечено. Кремастерный рефлекс был сохранен во все сроки наблюдения. Отека яичка и семенного канатика зафиксировано не было.

### Заключение

Первый опыт использования способа трансперитонеальной лапароскопической герниопластики с рассечением грыжевого мешка оказался положительным. Лоскут из брюшины грыжевого мешка не подвергается лизированию в послеоперационный период, отсутствуют специфические осложнения, не увеличивается продолжительность госпитализации. За счет оставления части грыжевого мешка на тканях семенного канатика уменьшается травматичность операции. Использование предложенного способа в современной герниологии считаем перспективным для дальнейшего изучения и анализа.

### Литература

1. Егиев В.Н., Воскресенский П.К. Грыжи. — М.: Медпрактика-М. — 2015. — С. 69.
2. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. — М.: Мед. информ. агентство, 2005. — С. 229.

3. Жиборев Б.Н. Врожденная паховая грыжа и мужское бесплодие в аспекте полигенной природы тестикулярной недостаточности // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П.Павлова. — 2008. — № 3. — С. 109–118.



4. Луцевич О.Э., Алибеков К.Т., Байгазаков А.Т. и др. Качество жизни больных после лапароскопической и открытой герниопластики паховых грыж // Эндоскопическая хирургия. — 2014. — № 20 (5). — С. 42–44.

5. Нестеренко Ю.А., Газиев Р.М. Паховые грыжи. Реконструкция задней стенки пахового канала. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. — 144 с.

6. Окулов А.Б., Казанская И.В., Тарусин Д.И. Педиатрическая уроандрология в системе профессионального медицинского непрерывного образования // Андрология и генитальная хирургия. — 2005. — № 3. — С. 55–58.

7. Паховая грыжа и нарушение репродуктивной функции у мужчин в аспекте современных представлений клинической андрологии // Вопросы клинической урологии. Межрегиональный сборник научных трудов, посвященный 100-летию организации урологического общества в России / Под ред. Б.Н.Жиборева. — Рязань: Изд-во Рязанской областной типографии, 2007. — С. 192–194.

8. Петровский Б.В., Крымов В.О. Боровиков А.М. Грыжесечение как причина бесплодия у мужчин // Хирургия. — 1985. — № 9. — С. 3–5.

9. Успенский И.И. Хирургическая тактика лечения больных с паховыми грыжами с учетом кровотока в семенном канатике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Рязань, 2012. — 24 с.

10. Черепанин А.И., Поветкин А.П., Луцевич О.Э. и др. Атлас осложнений хирургии грыж передней брюшной стенки. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2017. — 200 с.

11. Шевченко Ю.Л., Харнас С.С., Егоров А.Е. и др. Выбор метода пластики передней брюшной стенки при паховой грыже // Анналы хир. — 2003. — № 1. — С. 20–23.

12. Dieudonne G. Plug repair of groin hernias: a 10-year experience // Hernia. — 2001. — Vol. 5. — P. 189–191.

13. Fette A.M., Hollwarth M.E. Special aspects of neonatal inguinal hernia, herniotomy // Hernia. — 2001. — Vol. 5. — P. 92–96.

14. Skandalakis J.E., Cray S.W., Skandalakis L.J. Surgical anatomy of the inguinal area // World J. Surg. — 1989. — Vol. 13. — P. 490–498.

15. Toy F.K., Smoot R.T. Laparoscopic hernioplasty upelate // Laparoendosc. Surg. — 1992. — Vol. 2. — P. 197–205.

16. Wantz G.E. Testicular atrophy and chronic residual neuralgia as risks of inguinal hernioplasty // Surg. Clin. North Amer. — 1993. — Vol. 73. — P. 571–581.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019  
УДК 616.65-006.6-089:616.428-089.87

## Эффективность тазовой лимфаденэктомии в лечении рака предстательной железы

ШЕРШНЕВ С.П., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы (info@2cvkg.ru)  
РЕЙНЮК О.Л., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы  
САВИЛОВ А.В.  
ЛЕВКОВСКИЙ А.Н., подполковник медицинской службы запаса  
КРАЙНЮКОВ П.Е., доктор медицинских наук, доцент, генерал-майор медицинской службы  
БАБСКИЙ В.И., профессор, полковник медицинской службы в отставке  
МАКАНИН М.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке

ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

Проанализированы результаты расширенной тазовой лимфаденэктомии при радикальной простатэктомии, выполненной у 157 больных с локализованным и местно распространенным раком предстательной железы в период с 2012 по 2017 г. Лимфаденэктомия при раке предстательной железы, кроме лечебно-профилактического эффекта, позволяет уточнить стадию заболевания, оценить риск прогностирования и определить необходимость в адьювантном лечении. Оценены частота метастазов и их локализация, проанализирован риск развития осложнений при выполнении расширенной тазовой лимфаденэктомии. Метастазы в лимфатические узлы диагностированы у 22 (14%) больных, суммарно удалено 42 пораженных узла. По локализации N+ выявлены вдоль наружных подвздошных сосудов 14 (33,3%), внутренних подвздошных — 19 (45,3%), в запирающей ямке лимфатических узлов — 9 (21,4%). Таким образом, наиболее часто (45,3%) метастазы рака предстательной железы диагностировались во внутренних подвздошных лимфатических узлах.

К л ю ч е в ы е с л о в а: рак предстательной железы, тазовая лимфаденэктомия, метастазы в лимфатические узлы.



Рис. 1. Удаленные лимфоузлы

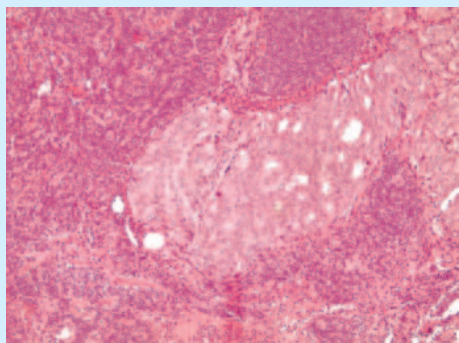


Рис. 3. Метастаз ацинарной аденокарциномы предстательной железы в ткань лимфатического узла. Гематоксилин-эозин. Увел.  $\times 10$

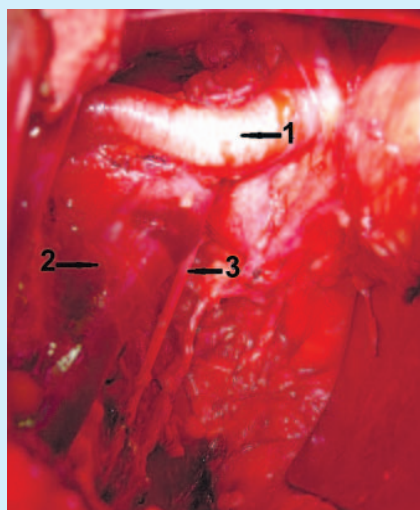


Рис. 2. Тазовая лимфаденэктомия. Пациент А., 60 лет. 1 – наружная подвздошная артерия; 2 – наружная подвздошная вена; 3 – запирательный нерв

Рис. 5. МРТ органов малого таза с контрастным усилением. Пациент А., 62 года. Через 2 года после операции

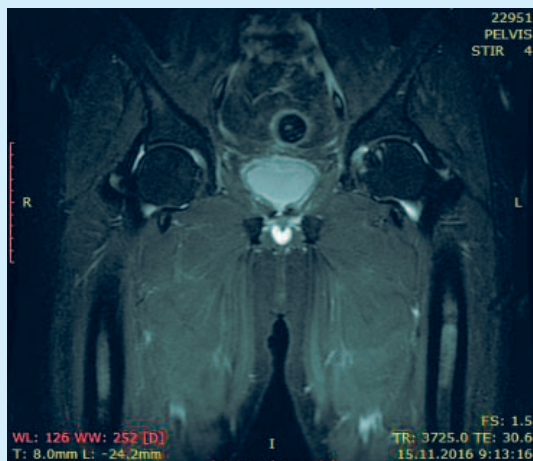
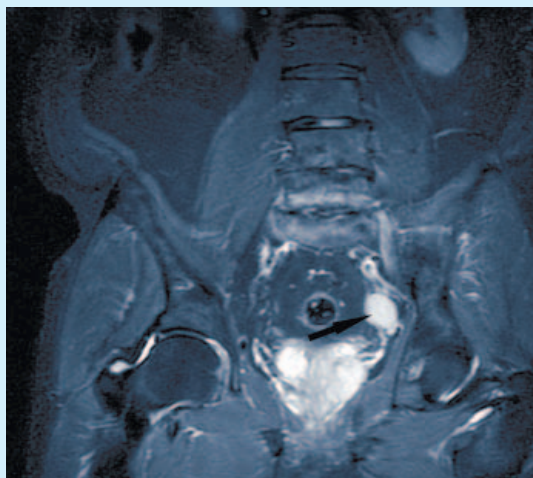


Рис. 4. МРТ органов малого таза с контрастным усилением. Пациент А., 60 лет. Увеличенный лимфоузел (указан стрелкой) левой подвздошной области (до операции)

**К статье:** Шершнев С.П., Рейнюк О.Л., Савилов А.В., Левковский А.Н., Крайнюков П.Е., Бабский В.И., Маканин М.А. – Эффективность тазовой лимфаденэктомии в лечении рака предстательной железы



Рис. 2. Интраоперационное фото. Участок тонкой кишки с опухолью



Рис. 3. Участок кишки с опухолью выведен наружу

**К статье:** Забелин М.В., Погосов Н.В., Крайнюков П.Е., Скоробогатов В.М., Ким Д.Ю., Сафонов А.С. – Гастроинтестинальная стромальная опухоль тонкой кишки (клиническое наблюдение)





*Shershev S.P., Reinyuk O.L., Savilov A.V., Levkovskii A.N., Krainyukov P.E., Babskii V.I., Makanin M.A. – Effectiveness of pelvic lymphadenectomy in the treatment of prostate cancer. The results of extended pelvic lymphadenectomy for radical prostatectomy performed in 157 patients with localized and locally advanced prostate cancer from 2012 to 2017 are analyzed. In addition to the treatment-and-prophylactic effect, lymphadenectomy and prostate cancer determine the need for adjuvant treatment. The frequency of metastases and their localization were assessed, the risk of complications when performing advanced pelvic lymphadenectomy was analyzed. Lymph node metastases were diagnosed in 22 (14%) patients, a total of 42 affected nodes were removed. According to N + localization, 14 (33.3%) were detected along the external iliac vessels, 19 (45.3%) in the internal iliac vessels, and 9 (21.4%) in the locking fossa of the lymph nodes. Thus, metastasis of prostate cancer was most often (45.3%) diagnosed in the internal iliac lymph nodes.*

*К е y в о р д s: prostate cancer, pelvic lymphadenectomy, lymph node metastases.*

За последние годы отмечается прогрессивное увеличение числа первично выявленных случаев *рака предстательной железы* (РПЖ), в т. ч. в локальной стадии [19]. Многие исследователи это связывают с улучшением диагностики заболевания и увеличением продолжительности жизни мужчин [7, 29, 32]. Основными способами лечения локализованного РПЖ остаются простатэктомия и разновидности лучевой терапии. Однако лишь простатэктомия позволяет не только излечить больного, но и окончательно определить стадию заболевания [9, 19].

Успех оперативного лечения больных РПЖ зависит от радикальности хирургического удаления опухоли. Лимфаденэктомия, выполняемая у пациентов с клинически локализованным РПЖ, является единственным точным и надежным методом определения регионального метастазирования опухоли. Она же, выполненная в самостоятельном варианте, определяет риск прогрессирования и рецидива, а также необходимость проведения адъювантной терапии у больных после простатэктомии или лучевой терапии. Многие авторы отмечают, что после выполнения лимфаденэктомии увеличивается специфическая и безрецидивная ПСА-выживаемость [5, 6, 13, 22]. В связи с широким внедрением ПСА-диагностики увеличилось число больных РПЖ, выявляемых на ранних стадиях, что привело к уменьшению случаев возникновения «позитивных» лимфатических узлов [28]. Выполнение лимфаденэктомии целесообразно проводить больным, имеющим риск метастазирования [11, 19, 32].

Региональные лимфатические узлы для предстательной железы подразделяются на несколько групп. Узлами пер-

вого уровня являются внутренние подвздошные лимфатические узлы, второго уровня – запираательные, третьего – наружные подвздошные и четвертого – пресакральные лимфатические узлы [3]. Традиционно существуют 3 метода тазовой лимфаденэктомии: ограниченный (из запираательной ямки), стандартный (вдоль наружной подвздошной вены до бифуркации, в зоне бифуркации, до внутренней стенки таза, запираательной ямки) и расширенный (удаление наружной подвздошной, запираательной, внутренней подвздошной, пресакральной клетчатки) [33].

Совокупная оценка значений концентрации ПСА, клинической стадии, степени дифференцировки опухоли имеет важное значение в прогнозировании риска метастатического поражения лимфатических узлов таза. На основании этого были разработаны специальные алгоритмы – таблицы Партина и номограммы Катана [23, 26–28]. A.V.D'Amico et al. предложили разделить пациентов на группы риска (низкий, средний, высокий). К группе низкого риска относятся пациенты с показателями ПСА до 10 нг/мл, T1–T2a, суммой Глисона  $\leq 6$  баллов. Пациенты среднего риска имеют стадию T2b, уровень ПСА от 10 до 20 нг/мл, сумму Глисона 7 баллов. Пациенты высокого риска имеют стадию T2c и выше, уровень ПСА=20 и выше, сумму Глисона 8–10 баллов [14, 34]. По результатам этих номограмм риск метастазирования в региональные лимфатические узлы считается низким, если предоперационный ПСА <10 нг/мл, сумма Глисона на биопсии <7, клиническая стадия T1–T2a.

A.Schumacher et al. проанализировали результаты лечения пациентов с ПСА



менный лечебный эффект тазовой лимфаденэктомии продолжает обсуждаться современными исследователями. Однако многие авторы поддерживают мнение, что расширенная лимфаденэктомия у больных с низкообъемными метастазами в лимфатических узлах улучшает результаты лечения, что было подтверждено и результатами настоящей работы.

### Заключение

Лимфаденэктомия при раке предстательной железы, кроме лечебно-профилактического эффекта, позволяет уточнить стадию заболевания, оценить риск

прогрессирования и определить необходимость в адьювантном лечении. Расширенная лимфаденэктомия повышает радикальность операции, поэтому она в обязательном порядке показана больным с высокой вероятностью метастатического поражения и агрессивного течения заболевания. Расширенная лимфаденэктомия должна быть применена при уровне ПСА выше 20 нг/мл и значениях суммы Глисона  $\geq 7$ . Больным с значениями ПСА менее 10 нг/мл, суммой Глисона  $\leq 6$ , предоперационной стадией T1–T2a можно воздержаться от выполнения расширенной лимфаденэктомии.

### Литература

1. Алексеев Б.Я., Ньюшко К.М., Воробьев Н.В. Частота и локализация метастазов в лимфатических узлах при выполнении радикальной простатэктомии и расширенной тазовой лимфаденэктомии у больных раком предстательной железы // Онкоурология. – 2012. – № 1. – С. 77–81.
2. Коган М.И., Лоран О.Б., Петров С.Б. Радикальная хирургия рака предстательной железы. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 351 с.
3. Петров С.Б. Хирургия предстательной железы. – СПб: Изд-во Сергея Ходова, 2004. – 270 с.
4. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Диагностика и лечение локализованного рака предстательной железы. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 311 с.
5. Allaf M.E., Palapattu G.S., Trock B.J. et al. Anatomical extent of lymph node dissection: impact on men with clinically localized prostate cancer // J. Urol. – 2004. – Vol. 172. – P. 1840–1844.
6. Bader P., Burkhard F.C., Markwalder R. et al. Disease progression and survival of patients with positive lymph nodes after radical prostatectomy. Is there a chance of cure? // J. Urol. – 2003. – Vol. 169. – P. 849–854.
7. Bray F., Lortet-Tieulent J., Ferlay J. et al. Prostate cancer incidence and mortality trends in 37 European countries: an overview // Eur. J. Cancer. – 2010. – Vol. 46. – P. 3040–3052.
8. Brendler C., Cleeve L., Anderson E. et al. Staging pelvic lymphadenectomy for carcinoma of the prostate: risk versus benefit // Urology. – 1980. – Vol. 124. – P. 849–850.
9. Briganti A., Blute M.L., Eastham J.H. et al. Pelvic lymph node dissection in prostate cancer // Eur. Urol. – 2009. – Vol. 55. – P. 1251–1265.
10. Campbell S.C., Klein E.A., Levin H.S. et al. Open pelvic lymph node dissection for prostate cancer: a reassessment // Urology. – 1995. – Vol. 46. – P. 352–361.
11. Catalona W.J., Miller D.R., Kavoussi L.R. Intermediate-term survival results in clinically understaged prostate cancer patients following radical prostatectomy // Urology. – 1988. – Vol. 140. – P. 540–543.

12. Cheng C.W., Bergstralh E.J., Zincke H. Stage D1 prostate cancer. A nonrandomized comparison of conservative treatment options versus radical prostatectomy // Cancer. – 1993. – Vol. 71. – P. 996–1008.
13. Cheng L., Zincke H., Blute M.L. et al. Risk of prostate carcinoma death in patients with lymph node metastasis // Cancer. – 2001. – Vol. 91. – P. 66–73.
14. D'Amico A.V., Whittington R., Malkowicz S.B. et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer // JAMA. – 1998. – Vol. 280. – P. 969–974.
15. Danella J.F., deKernion J.B., Smith R.B. et al. The contemporary incidence of lymph node metastases in prostate cancer: implications for laparoscopic lymph node dissection // Urol. – 1993. – Vol. 149. – P. 1488–1503.
16. Donohue R.E., Mani J.H., Whitesel J.A. et al. Intraoperative and early complications of staging pelvic lymph node dissection in prostatic adenocarcinoma // Urology. – 1990. – Vol. 35. – P. 223–230.
17. Grossfeld G.D., Chang J.J., Broering J.M. et al. Under staging and under grading in a contemporary series of patients undergoing radical prostatectomy: results from the cancer of the prostate strategic urologic research endeavor database // Urology. – 2001. – Vol. 165. – P. 851–856.
18. Han M., Partin A.W., Pound C.R. et al. Long-term biochemical disease-free and cancer-specific survival following anatomic radical retropubic prostatectomy. The 15-year Johns Hopkins experience // Urol. Clin. N. Am. – 2001. – Vol. 28. – P. 555–565.
19. Heidenreich A., Bellmunt J., Bolla M. et al. EAU guidelines on prostate cancer, I: screening, diagnosis, and treatment of clinically localised disease // Eur. Urol. – 2011. – Vol. 59. – P. 61–71.
20. Heidenreich A., Ohlmann C.H., Polyakov S. Anatomical extent of pelvic lymphadenectomy in patients undergoing radical prostatectomy // Eur. Urol. – 2007. – Vol. 52. – P. 29–37.



21. Ji J., Yuan H., Wang L., Hou J. Is the impact of the extent of lymphadenectomy in radical prostatectomy related to the disease risk? A single center prospective study // *J. Surg. Res.* – 2012. – Vol. 178. – P. 779–784.
22. Joslyn S.A., Konety B.R. Impact of extent of lymphadenectomy on survival after radical prostatectomy for prostate cancer // *Urology.* – 2006. – Vol. 68. – P. 121–125.
23. Kattan M.W., Eastham J.A., Stapleton A.M. et al. A preoperative nomogram for disease recurrence following radical prostatectomy for prostate cancer // *J. Natl. Cancer Inst.* – 1998. – Vol. 90. – P. 766–771.
24. Liedberg F., Kjolhede H., Sundqvist P. Laparoscopic extended pelvic lymphadenectomy for staging can be performed with limited morbidity and short hospital stay in patients with prostate cancer // *Scand. J. Urol. Nephrol.* – 2012. – Vol. 46. – P. 332–336.
25. Parra R.O., Isorna S., Perez M.G. et al. Radical perineal prostatectomy without pelvic lymphadenectomy: selection criteria and early results // *Urology.* – 1996. – Vol. 155. – P. 612–625.
26. Partin A.W., Yoo J., Carter H.B. et al. The use of prostate specific antigen, clinical stage and Gleason score to predict pathological stage in men with localized prostate cancer // *Urology.* – 1993. – Vol. 150. – P. 110–114.
27. Partin A.W., Kattan M.W., Subong E.N. et al. Combination of prostate-specific antigen, clinical stage, and Gleason score to predict pathological stage of localized prostate cancer. A multi-institutional update // *JAMA.* – 1997. – Vol. 277. – P. 1445–1451.
28. Partin A.W., Mangold L.A., Lamm D.M. et al. Contemporary update of prostate cancer staging nomograms (Partin Tables) for the new millennium // *Urology.* – 2001. – Vol. 58. – P. 843–848.
29. Schroder F.H., Hugosson J. Prostate cancer mortality at 11 years of follow up. ERSPC Investigators // *N. Engl. J. Med.* – 2012. – Vol. 366. – P. 981–987.
30. Schumacher M.C., Burkhard F.C., Thalmann G.N. et al. Is pelvic lymph node dissection necessary in patients with a serum PSAo10 ng/ml undergoing radical prostatectomy for prostate cancer? // *Eur. Urol.* – 2006. – Vol. 50. – P. 272–279.
31. Schwerfeld-Bohr J., Kaemper M., Krega S., Heidenreich A. Prospective randomized multicenter study comparing limited vs extended pelvic lymphadenectomy in intermediate and high risk prostate cancer—first descriptive results (SEAL, AUO AP 55/09) // *Eur. Urol. Suppl.* – 2014. – Vol. 13. – P. 747.
32. Siegel R., Ma J., Zou Z. et al. Cancer statistics, 2014. *CA // Cancer J. Clin.* – 2014. – Vol. 64, N 1. – P. 9–29.
33. Sivalingam S., Oxley J., Probert J.L. et al. Role of pelvic lymphadenectomy in prostate cancer management // *Urology.* – 2007. – Vol. 69. – P. 203–209.
34. Suardi N., Larchera A., Haese A. et al. Indication for and Extension of Pelvic Lymph Node Dissection During Robot-assisted Radical Prostatectomy: An Analysis of Five European Institutions // *Eur. Urol.* – 2014. – Vol. 66, Iss. 1. – P. 635–643.
35. Weingartner K., Ramaswamy A., Bittinger A. et al. Anatomical basis for pelvic lymphadenectomy in prostate cancer: results of an autopsy study and implications for the clinic // *J. Urol.* – 1996. – Vol. 156. – P. 1969–1971.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019  
УДК 616-057.36-053.86:314.4

## Коморбидность у офицеров запаса (в отставке) и членов их семей различных возрастных групп

СЕРГОВЕНЦЕВ А.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
АФОНАСКОВ О.В., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы  
ДЕМЬЯНЕНКО А.В., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,  
полковник медицинской службы  
МАШКОВ Т.Н., полковник медицинской службы  
ПОПОВ А.В., подполковник медицинской службы  
ГУДАНТОВ Р.Б., майор медицинской службы (rus-tum@yandex.ru)

ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

Представлены результаты ретроспективного анализа 370 историй болезни офицеров запаса (в отставке) и членов их семей в возрастных группах 44–60 лет ( $n=58$ ), от 60 до 75 лет ( $n=158$ ) и старше 75 лет ( $n=158$ ). В возрастной группе старше 75 лет наиболее частыми патологиями являются ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая сердечная недостаточность, в группах от 60 до 75 лет и 44–60 лет преобладает гипертоническая болезнь, по остальным патологиям отмечается значительное снижение показателей. Сочетания поражений четырех (сердечно-сосудистой, эндокринной, мочевыделительной и центральной нервной) и трех систем (сердечно-сосудистой, центральной нервной, эндокринной) выявлены исключительно в возрастных группах старше 75 лет и от 60 до 75 лет. В возрастной группе 44–60 лет коморбидность составляет 1% общего показателя и представлена патологией сердечно-сосудистой и центральной нервной систем.

К л ю ч е в ы е с л о в а: офицеры запаса и в отставке, члены семей, коморбидность, сочетанные болезни.





*Sergoventsev A.A., Afonaskov O.V., Demyanenko A.V., Mashkov T.N., Popov A.V., Gudantov R.B. – Comorbidity in various age groups of reserve officers (retired) and their family members. The results of a retrospective analysis of 370 case histories of reserve officers (retired) and their family members in the age groups of 44–60 years (n=58), from 60 to 75 years (n=158) and older than 75 years (n=158) are presented. In the age group older than 75 years, the most frequent pathologies are coronary heart disease, hypertension, dyscirculatory encephalopathy, chronic heart failure, in the groups from 60 to 75 years and 44–60 years, hypertension dominates, and for the remaining pathologies there is a significant decrease in indicators. Combinations of four lesions (cardiovascular, endocrine, urinary and central nervous) and three systems (cardiovascular, central nervous, endocrine) were found only in age groups older than 75 years and from 60 to 75 years. In the age group of 44–60 years, comorbidity makes up 1% of the total index and is represented by pathology of the cardiovascular and central nervous systems.*

*К е y o r d s: reserve and retired officers, family members, comorbidity, concomitant diseases.*

Организм человека является сложно-организованной системой, где все работает взаимосвязанно. Благодаря адаптационным и компенсационным механизмам агрессивные факторы внешней и внутренней среды, патологические агенты, повреждая один орган или систему, не вызывают нарушения работы всего организма. В то же время нарушение работы одного, казалось бы крошечного, звена, несмотря на своевременное устранение дефекта, влечет за собой изменения в течении многих процессов, механизмов и функций. Основные причины развития коморбидных заболеваний можно разделить на две группы: внутренние и внешние. К внутренним причинам относятся генетическая предрасположенность, сходный этиопатогенез ряда заболеваний, роль одной болезни как фактора риска другой болезни и причина патоморфоза сопутствующей патологии, единые инволютивные изменения в органах и тканях. Среди внешних причин основными являются состояние экологии, сходный образ жизни и социально-психологический статус, единый антигенный состав микробиома пациента, лекарственная коморбидность [1].

В 1970 г. А. Feinstein предложил понятие «коморбидность» (от лат. со – вместе, morbus – болезнь), или «соболезненность», что можно трактовать двояко – как «сочетание болезней» или как «склонность болезней к сочетанию». По его мнению, «коморбидность – это любая отдельная нозологическая форма/единица, существовавшая, существующая или которая может появиться в ходе клинического течения индексного (исследуемого) заболевания у пациента» [5].

Количество научных работ, связанных с коморбидностью, нарастало со второй половины 70-х гг. прошлого столетия. Уже начиная с середины 80-х гг. изучение сочетанной патологии стало отдельным направлением исследований в различных отраслях медицины [6].

В настоящее время именно термин «коморбидность» наиболее часто используется для обозначения сочетанной патологии. Под коморбидностью обычно подразумевается наличие у пациента одновременно двух и более заболеваний. В медицинской литературе имеются различные определения коморбидности, нередко имеющие принципиальные различия, касающиеся взаимоотношения сочетающихся патологий. В более ранних работах коморбидность чаще определялась как одновременное сосуществование или последовательное развитие у пациента двух и более независимых друг от друга патологий, ни одна из которых не является осложнением другой, если частота этого сочетания превышает вероятность случайного совпадения. В более поздних определениях допускалось, что сочетающиеся заболевания являются патогенетически или иным способом взаимосвязанными, могут являться осложнениями, возникшими вследствие основного заболевания или его лечения [3].

Клинический опыт свидетельствует о том, что все коморбидные болезни влияют на течение и исход друг друга, однако степень этого влияния, вероятно, может быть различной [2]. В англоязычной литературе широко используется термин «мультиморбидность», также подразумевающий сочетание нескольких болезней у одного человека. Однако смысл, вкля-



Поражения двух и более систем (сердечно-сосудистая и центральная нервная) выявлены у 187 человек (52% их общего числа), в т. ч. в третьей возрастной группе – 127 (68%), во второй – 58 (31%), в первой – 2 (1%).

## В Ы В О Д Ы

1. В возрастной группе старше 75 лет наиболее частыми патологиями являются ИБС, ГБ, дисциркуляторная энцефалопатия, ХСН и нарушения ритма. В группе от 60 до 75 лет преобладает ГБ, по остальным патологиям отмечается значительное снижение показателей. Аналогичная ситуация в возрастной группе 44–60 лет: наиболее распространенной патологией является ГБ, по остальным патологиям отмечено дву-

кратное снижение показателей по сравнению с группой от 60 до 75 лет.

2. Наиболее часто встречающимися сочетаниями патологий являются поражения четырех систем – сердечно-сосудистой, эндокринной, мочевыделительной и центральной нервной, которые выявлены исключительно в возрастных группах старше 75 лет и от 60 до 75 лет.

3. Патология со стороны трех систем – сердечно-сосудистой, центральной нервной, эндокринной – также выявлена только в возрастных группах старше 75 лет и от 60 до 75 лет.

4. В возрастной группе 44–60 лет коморбидность составляет 1% общего показателя и представлена патологией сердечно-сосудистой и центральной нервной систем.

## Литература

1. *Верткин А.Л., Скотников А.С.* Коморбидность // *Лечащий врач.* – 2013. – № 6. – С. 66–69.
2. *Лазебник Л.Б.* Старение и полиморбидность // *Consilium Medicum.* – 2005. – № 12. – С. 993–996.
3. *Оганов Р.Г.* Сосудистая коморбидность: общие подходы к профилактике и лечению // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии.* – 2015. – № 11 (1). – С. 4–7.

4. *Пузырев В.П.* Генетический взгляд на феномен сочетанной патологии у человека // *Медицинская генетика.* – 2008. – № 9. – С. 3–9.

5. *Feinstein A.R.* Pretherapeutic classification of comorbidity in chronic diseases // *J. Chronic Diseases.* – 1970. – Vol. 23, N 7. – P. 455–468.

6. *Robins L.* How recognizing comorbidities in psychopathology may lead to an improved research nosology // *Clin. Psychol.: Science and Practice.* – 1994. – N 1. – P. 93–95.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019  
УДК 617.7-007.681-085

# Клинические возможности предотвращения нарушения толерантности при использовании комбинированной терапии у больных с первичной открытоугольной глаукомой

*КУРОЕДОВ А.В., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы (akuroedov@hotmail.com)<sup>1,2</sup>*  
*КОНДРАКОВА И.В.<sup>1</sup>*  
*ГОРОДНИЧИЙ В.В., подполковник медицинской службы запаса<sup>1</sup>*  
*ГАПОНЬКО О.В., кандидат медицинских наук<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва;  
<sup>2</sup>ФГБОУ «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова» МЗ РФ, Москва

Целью гипотензивного лечения глаукомы является достижение уровня «давления цели». Причина постепенного снижения эффективности действия лекарственных средств напрямую связана с необходимостью пожизненного лечения пациентов с глаукомой и обусловлена изменением толерантности. Приведены результаты проспективного исследования 22 пациентов (35 глаз) с разными стадиями первичной открытоугольной глаукомы, в возрасте 74 (71; 77) лет, со средней



продолжительностью болезни 11 (6; 14) лет, получавших комбинированную гипотензивную терапию в течение 11 (6; 12) мес. На фоне компенсированного уровня внутриглазного давления и плановой замены одного из назначенных ранее препаратов, включающих рекомендованный период вымывания, достигнуто дополнительное достоверное понижение уровня офтальмотонуса.

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** глаукома, уровень внутриглазного давления, аналоги простагландинов, комбинированная терапия, нарушение толерантности.

*Kuroedov A.V., Kondrakova I.V., Gorodnichii V.V., Gaponko O.V. — Clinical possibilities for the prevention of tolerance disorders when using combination therapy in patients with primary open-angle glaucoma. The goal of antihypertensive treatment of glaucoma is to achieve a «target pressure» level. The reason for the gradual decrease in the effectiveness of the action of drugs is directly related to the need for lifelong treatment of patients with glaucoma and is due to a change in tolerance. The results of a prospective study of 22 patients (35 eyes) with different stages of primary open-angle glaucoma, aged 74 (71; 77) years, with an average illness duration of 11 (6; 14) years, receiving combined antihypertensive therapy for 11 (6; 12) month Against the background of the compensated level of intraocular pressure and the planned replacement of one of the previously prescribed drugs, including the recommended washout period, an additional significant decrease in the level of intraocular pressure was achieved.*

**К е у о r d s:** glaucoma, level of intraocular pressure, prostaglandin analogs, combination therapy, impaired tolerance.

У больных с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) уровень внутриглазного давления (ВГД) может быть снижен медикаментозным, лазерным и хирургическим путем. В подавляющем большинстве случаев лечение больных глаукомой начинают с местной гипотензивной медикаментозной терапии [9]. В действующем Руководстве по глаукоме для практикующих врачей (2015) аналоги простагландинов/простаамиды (АПГ) и бета-адреноблокаторы (ББ) отнесены к препаратам первого выбора, что подтверждается их доказанной гипотензивной эффективностью и хорошей переносимостью. Вместе с тем значительная часть пациентов, болеющих глаукомой, к концу второго года лечения получают различные комбинации гипотензивных препаратов, включающие 2, 3 и более составляющих [2–4, 6]. Одной из таких причин является снижение реакции на повторяющееся введение лекарственного средства или привыкание организма, ввиду чего требуется увеличение дозы для достижения присущего веществу эффекта. Такое состояние принято называть нарушением толерантности. Современный каскад нарушения толерантности сложен и включает ослабление всасывания, усиление элиминации (экскреции, метаболизма), модификацию распределения, количественные и качественные изменения биомембран и эффекторных систем клеток, а также конкурентное и неконкурентное экранирование рецепто-

ров, с которыми взаимодействуют лекарственные средства (ЛС), продукты их метаболизма или вещества, образующиеся в ходе развития токсического процесса, и истощение запасов нейромедиаторов [8, 12, 13, 15].

В клинической офтальмологической практике изменение толерантности — это в первую очередь постепенно нарастающее повышение уровня ВГД, которое требует замены и/или усиления схемы гипотензивной терапии. В этой связи следует обратить внимание на целесообразность комбинирования и варьирования ЛС в том случае, когда уровень ВГД еще компенсирован на фоне ранее назначенного лечения. Это не только усилит его гипотензивный эффект, но и может уменьшить неблагоприятное действие на гидродинамику глаза ранее назначенных препаратов. В настоящее время принято считать, что АПГ и местные ингибиторы карбоангидразы (ИКА) не нуждаются в плановой замене в ходе лечения [10]. Однако это положение видится нам спорным, и именно поэтому авторы ранее уже провели ряд исследований, в которых изучались целесообразность и эффективность плановой замены инстилляционной антиглаукомной терапии в разных группах больных с глаукомой, получающих АПГ и/или их комбинации с другими группами препаратов. Так, при сравнении гипотензивной эффектив-





**Заключение**

В настоящее время большинство пациентов с ПОУГ, включая больных с начальной стадией болезни, получают комбинированную антиглаукомную терапию, включающую 3 основных группы препаратов: аналоги простагландинов, местные ингибиторы карбоангидразы и бета-адреноблокаторы в различных сочетаниях.

У пациентов с начальной стадией глаукомы более чувствительной следует считать бесконтактный метод измерения уровня офтальмотонуса (ORA), а у пациентов с продвинутыми стадиями — контактную PASCAL-тонометрию.

В большинстве случаев плановая замена компонентов инстилляционной антиглаукомной терапии у больных с ПОУГ со сроком предшествующей терапии от 6 до 24 мес приводит к достоверному понижению уровня ВГД при сроке наблюдения до 3 мес (с момента смены режима).

Назначение препарата синтетического простамида биматопрост 0,03% (Бимоптик, К<sup>о</sup> Ромфарм, Румыния) в составе раздельной комбинированной терапии приводит к дополнительному понижению уровня офтальмотонуса от исходного в диапазоне от 3 до 13%.

**Литература**

1. Абышева Л.Д., Авдеев Р.В., Александров А.С. и др. Влияние местной гипотензивной терапии глаукомы на развитие и прогрессирование синдрома «сухого глаза» // РМЖ «Клиническая офтальмология». — 2017. — № 2. — С. 74–32.

2. Абышева Л.Д., Александров А.С., Арапиев М.У. и др. Оптимизация лечебно-диагностического процесса у пациентов с глаукомой // Национальный журнал глаукома. — 2016. — № 2. — С. 19–34.

3. Авдеев Р.В., Александров А.С., Бакунина Н.А. и др. Подозрение и начальная стадия глауко-

Таблица 4

**Корреляционные характеристики показателей уровня ВГД, измеренных разными приборами, на момент базового исследования, I и II–III ст., n=35**

Показатели тонометрии	IOPcc	IOPg	PASCAL-тонометрия
IOPcc	—	0,88; p<0,05 0,83; p<0,05 0,86; p<0,05	0,71; p<0,05 0,44 0,79; p<0,05
IOPg	0,88; p<0,05 0,83; p<0,05 0,86; p<0,05	—	0,65; p<0,05 0,55 0,66; p<0,05
PASCAL	0,71; p<0,05 0,44 0,79; p<0,05	0,65; p<0,05 0,55 0,66; p<0,05	—

**Примечание.** Первая строка в ячейке — данные корреляционного анализа по отношению ко всем исследуемым пациентам, вторая — к больным с начальной стадией глаукомы, третья — к пациентам с продвинутыми стадиями болезни.

Таблица 5

**Корреляционные характеристики показателей уровня ВГД, измеренных разными приборами, на момент финального исследования, I и II–III ст., n=35**

Показатели тонометрии	IOPcc	IOPg	PASCAL-тонометрия
IOPcc	—	0,86; p<0,05 0,88; p<0,05 0,95; p<0,05	0,75; p<0,05 0,69; p<0,05 0,78; p<0,05
IOPg	0,86; p<0,05 0,88; p<0,05 0,95; p<0,05	—	0,78; p<0,05 0,68; p<0,05 0,89; p<0,05
+PASCAL	0,75; p<0,05 0,69; p<0,05 0,78; p<0,05	0,78; p<0,05 0,68; p<0,05 0,89; p<0,05	—

**Примечание.** Первая строка в ячейке — данные корреляционного анализа по отношению ко всем исследуемым пациентам, вторая — к больным с начальной стадией глаукомы, третья — к пациентам с продвинутыми стадиями болезни.



мы: дифференциально-диагностические критерии // Рос. офтальмологич. журн. – 2017. – № 4. – С. 5–15.

4. *Егоров Е.А., Куроедов А.В., Городничий В.В.* и др. Ранние и отдаленные результаты хирургического лечения глаукомы (результаты многоцентрового исследования стран СНГ) // РМЖ «Клиническая офтальмология». – 2017. – № 1. – С. 25–34.

5. *Захарова М.А., Куроедов А.В., Сенкевич А.А.* и др. Исследование клинической эффективности дженерика латанопроста 0,005% в составе комбинированной терапии первичной открытоугольной глаукомы // Национальный журнал глаукома. – 2017. – № 1. – С. 14–19.

6. *Куроедов А.В., Криницына Е.А., Сергеева В.М., Городничий В.В.* Изменение структуры клинко-эпидемиологических показателей первичной открытоугольной глаукомы за 10 лет у пациентов, поступающих на оперативное лечение // РМЖ «Клиническая офтальмология». – 2017. – № 4. – С. 205–215.

7. *Куроедов А.В., Огородникова В.Ю., Александрова Л.А.* Дженерики в глаукоматологии: существует ли проблема? // Эффективная фармакотерапия. – 2013. – № 1. – С. 32–34.

8. *Куценко С.А.* Основы токсикологии. – М.: Фолиант, 2004. – 570 с.

9. Национальное руководство по глаукоме для практикующих врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 456 с.

10. *Нестеров А.П.* Глаукома. – М.: МИА, 2008. – 358 с.

11. *Огородникова В.Ю., Нефедов Н.А., Александрова Л.А., Куроедов А.В.* Пилотное исследование клинической эффективности различных дженериков латанопроста 0,005% при их применении у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой // РМЖ «Клиническая офтальмология». – 2014. – № 3. – С. 139–142.

12. *Caprioli J., Sears M., Bausher L.* et al. Foskolin lowers intraocular pressure by reducing aqueous inflow // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. – 1984. – Vol. 25. – P. 268–277.

13. *Inoue K.* Managing adverse effects of glaucoma medication // Clin. Ophthalmol. – 2014. – Vol. 8. – P. 903–913.

14. *Kaminski S., Hommer A., Koyuncu D.* Influence of dorzolamide on corneal thickness, endothelial cell count and corneal sensibility // Acta Ophthalmol. Scand. – 1998. – Vol. 76, N 1. – P. 78–79.

15. *Kanno M., Araie M., Koibuchi H., Masuda K.* Effects of topical niprodilol, a  $\beta$ -blocking agent with  $\alpha$ -blocking and nitroglycerin-like activities, on intraocular pressure and aqueous dynamics in humans // Br. J. Ophthalmol. – 2000. – Vol. 84. – P. 293–299.

16. *Stefan C., Dumitrica D.M., Tebeanu E.* Prostaglandin analogues and central corneal thickness // Oftalmologia. – 2007. – Vol. 51, N 4. – P. 95–99.

17. Terminology and guidelines for glaucoma 4th ed. // Savona: PubliComm, 2014. – 192 p.

## ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова состоялся ежегодный организационно-методический сбор руководящего состава клинической базы академии. Участники мероприятия подвели итоги работы клиник и клинических подразделений академии в 2018 г. и поставили задачи на текущий год.

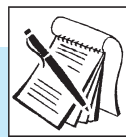
В прошлом году в ВМА им. С.М.Кирова в повседневную клиническую практику было внедрено около 100 инновационных технологий. С докладами об этом опыте выступили главные медицинские специалисты академии по хирургии, терапии, лучевой диагностике, эндоскопии, функциональной и лабораторной диагностике, амбулаторно-поликлинической помощи.

Кроме того, был рассмотрен вопрос возможности использования локальной информационной сети и телемедицинских технологий в работе клинической базы академии.

Подводя итоги сбора, командование отметило, что в 2018 г. клиническая база академии в условиях ее модернизации и реконструкции выполнила все поставленные задачи.

По результатам 2018 года ВМА им. С.М.Кирова была признана лучшей военно-медицинской организацией Российской Федерации.

Департамент информации и массовых коммуникаций МО РФ, 5 марта 2019 г.  
[https://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=12220202@egNews](https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12220202@egNews)



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019  
УДК 616-009.7-08[614.2:355]

**Крайнюков П.Е.** (*info@2cvkg.ru*), **Яковлев А.Е.**, **Рудских О.П.** (*rudskikh-oleg@yandex.ru*), **Суворов А.В.** — Кабинет диагностики и лечения боли — необходимое подразделение клинического госпиталя в современных условиях.

ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

*В связи с особенностями военной службы в последние годы сформировалось понимание необходимости раннего и комплексного лечения болевого синдрома у военнослужащих в специализированных центрах боли с применением безопасных и эффективных малоинвазивных методик. В созданном кабинете диагностики и лечения боли положительный клинический результат достигнут в 95% случаев, что подтверждает результативность лечения болевого синдрома, улучшение функционального статуса и обеспечивает продолжение активной военной службы.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** кабинет диагностики и лечения боли, болевой синдром, эпидуральная стероидная блокада, стимуляция спинного мозга.

*Krainyukov P.E., Yakovlev A.E., Rudskikh O.P., Suvorov A.V. — Room of diagnosis and treatment of pain is a necessary division of the clinical hospital in modern conditions. In connection with the peculiarities of military service in recent years, an understanding has emerged of the need for early and comprehensive treatment of pain syndrome in military personnel in specialized pain centers using safe and effective minimally invasive techniques. In the established office of diagnostics and treatment of pain, a positive clinical result was achieved in 95% of cases, which confirms the effectiveness of the treatment of pain syndrome, improvement of the functional status and ensures the continuation of active military service.*

**К е y o r d s:** diagnostics and treatment of pain, pain syndrome, epidural steroid block, spinal cord stimulation.

Лечение хронической боли у военнослужащих сложнее, чем в общей популяции, в связи с особенностями военной службы, воздействием ряда неблагоприятных факторов военного труда. По международным оценкам, до 44% военнослужащих страдают от хронической боли, что приводит к необходимости приема болеутоляющих лекарств, снижению профпригодности, депрессии и склонности к формированию алкогольной зависимости.

Лечение в специализированном подразделении основывается на комплексном подходе, включающем фармакологическую и нефармакологическую терапию. Фармакологическая включает нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен, диклофенак и др.), трициклические антидепрессанты (амитриптилин, нортриптилин), противоэпилептические (карbamазепин, габапентин, прегабалин), антиаритмические средства, при-

меняемые для лечения нейропатических болевых синдромов (мексилетин), опиоидные препараты. В случаях непереносимости пациентом медикаментозной терапии или ее неэффективности по отношению к определенным типам болей возникает необходимость применения нефармакологических, малоинвазивных методик лечения хронических болевых синдромов. В лечении таких пациентов используется принцип прогрессирующе-

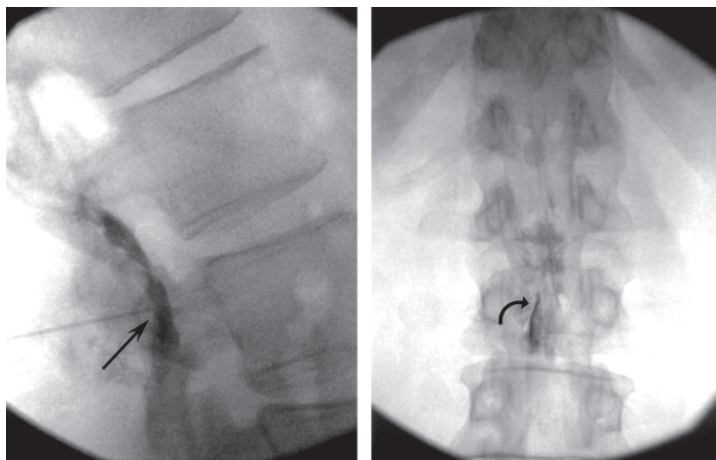


Рис. 1. Эпидуральная стероидная блокада





шей радикализации, подразумевающий более простые, недорогие и вместе с тем эффективные методики в начале терапии с плавным переходом к более радикальным и дорогостоящим методам лечения.

Т. к. наиболее частой причиной боли являются дегенеративные изменения позвоночника с развитием грыжи межпозвонкового диска, радикулопатии, спондилоартроза, то и самой широко применяемой методикой является эпидуральная стероидная блокада (рис. 1) или трансфораминальная стероидная блокада, проводимая под навигационным контролем с помощью рентгенологической С-дуги (рис. 2).

С помощью данной методики купируется болевой синдром, подавляются воспалительные реакции, вызванные механическими и биохимическими источниками боли.

Рутинными процедурами для лечения боли являются также блокады и радиочастотные абляции подвздошно-крестцовых суставов (рис. 3), блокады фасеточных нервов (рис. 4) и их радиочастотная денервация (фасеточная ризотомия) – рис. 5.



Рис. 2. Трансфораминальная стероидная блокада

Если эпидуральные стероидные блокады в лечении межпозвонковых протрузий и грыж неэффективны, используются методики чрескожной дискэктомии и нуклеопластики.

Все более широко применяются методы нейромодуляции: стимуляция спинного мозга (Spinal Cord Stimulation – SCS) и целевая доставка препаратов при болевых синдромах, которые избавляют от необходимости приема многочисленных обезболивающих препаратов. Методика SCS позволяет провести предварительное тестирование, дает возможность изменять параметры стимуляции как самому пациенту, так и клиницисту через программатор, является нетравматичной и обратимой, т. е. может прекращаться несложным удалением нейростимулятора в условиях амбулаторной операции (рис. 6).



Рис. 4. Блокады фасеточных нервов



Рис. 3. Блокада подвздошно-крестцового сустава



Рис. 5. Радиочастотная денервация (фасеточная ризотомия)

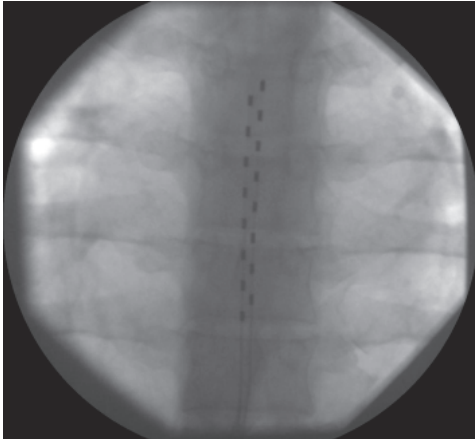


Рис. 6. Эпидуральная установка электродов на уровне Th5 и Th7

Целевая доставка препаратов (интратекальная терапия) применяется при болевых синдромах различной этиологии, включая онкологические заболевания, спастические синдромы (рассеянный склероз, травмы спинного и головного мозга и др.), позволяет вводить препарат в цереброспинальную жидкость, минуя гематоэнцефалический барьер, и непосредственно воздействовать на рецепторы спинного мозга. Дозировка лекарств при этом столь минимальна (до 300 раз меньше, чем эквивалент таблетированных форм), что с успехом позволяет избежать многих системных осложнений и побочных эффектов.

В открытом в ЦВКГ им. П.В.Мандрыка в декабре 2017 г. кабинете диагностики и лечения боли применяется большинство перечисленных выше методов лечения болевого синдрома. За первые 9 мес работы кабинета проконсультированы 136 пациентов, в т. ч. 92 (68%) больных, находившихся на стационарном лечении (45% – в неврологическом отделении). Среди амбулаторных больных 75% направлены из диспансерного отделения госпиталя, 11 пациентов – из других воен-

но-медицинских организаций Москвы. Пациентам выполнено 86 фармакологических блокад, в т. ч. 64 (74%) – эпидуральные стероидные блокады, 10 (12%) – блокады подвздошно-крестцового сустава, по 6 (7%) – трансфораминальные стероидные блокады и блокады отдельных нервов. Учитывая стойкий характер боли, 15 пациентам потребовалось повторное проведение блокад, у 4 больных болевой синдром был купирован после третьей блокады. Только у 3 (4,5%) пациентов, несмотря на проведенные стероидные блокады, болевой синдром сохранился. Таким образом, эффективность проведенных за 9 мес лечебных мероприятий в кабинете диагностики и лечения боли составила 95%. Планируется дальнейшее расширение линейки применяемых в кабинете методик терапии боли, в том числе SCS и целевой доставки препаратов.

Проведенные эпидуральные и другие фармакологические блокады нервных структур значительно ускорили процесс купирования болевого синдрома вертеброгенной и другой этиологии, что позволило существенно сократить за эти 9 мес сроки стационарного лечения, а также уменьшить количество госпитализаций в случаях амбулаторного проведения блокад. Успешное купирование болевого синдрома у кадровых военнослужащих в амбулаторных условиях доказало актуальность и целесообразность функционирования данного подразделения в составе госпиталя.

Таким образом, функционирование в военном госпитале кабинета диагностики и лечения боли позволяет в кратчайшие сроки провести результативное лечение болевого синдрома путем использования инновационных нетравматичных, малоинвазивных методик, дающих стойкий клинический эффект, повысить функциональный статус пациентов, что позволяет им продолжить активную службу в Вооруженных Силах или привести к социальной интеграции.

© Т.Н.МАШКОВ, П.Е.КРАЙНЮКОВ, 2019  
УДК 616-08-039.57:355

**Машков Т.Н.** (*temuri\_doc@mail.lru*), **Крайнюков П.Е.** – Об оказании медицинской помощи пациентам диспансерной группы в многопрофильной военно-медицинской организации.

ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

*Представлены данные по созданию диспансерного отделения в Центральном военном клиническом госпитале им. П.В.Мандрыка, задачах по совершенствованию комплексного обследования диспансерной группы, предварительные итоги ретроспективного исследования диспансерной группы.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка, диспансерная группа, углубленное медицинское обследование.



*Mashkov T.N., Krainyukov P.E. — On the provision of medical care to patients of the dispensary group in a multidisciplinary military medical organization. The data on the creation of a dispensary department in the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital, tasks to improve the comprehensive examination of the dispensary group, preliminary results of a retrospective study of the dispensary group.*

*Key words: the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital named after, dispensary group, in-depth medical examination.*

История создания и развития системы диспансеризации высшего командного состава РККА (НКО, МО) России в ЦВКГ имени П.В.Мандрыка насчитывает более 70 лет с момента открытия диспансерных отделений (официально с 9.03.1948 г.) в Центральном военном госпитале им. П.В.Мандрыка и поликлиниках 1-го Дома и 2-го Дома НКО. На тот период на ответственную должность врача диспансерно-поликлинического отделения назначались опытные специалисты, обладавшие навыками и знаниями как базовых (терапия, хирургия, неврология), так и «узких» медицинских специальностей.

Основные исследовательские работы по вопросам организации оказания комплексной медицинской помощи пациентам диспансерной группы (прикрепленного состава военнослужащих) в течение многих лет традиционно разрабатывались сотрудниками Центрального военного клинического госпиталя им. П.В.Мандрыка или под их непосредственным руководством (Капитаненко А.М., Ниниченко В.И., Симоненко В.Б. и др.). За прошедшие годы система диспансеризации военнослужащих руководящего состава МО РФ постоянно совершенствовалась. Кроме того, с момента проведения последних исследований (1994–2003 гг.) в России и в ее Вооруженных Силах произошел ряд существенных изменений.

Изменились демографические показатели жизни в России. По данным Росстата за 2016 г., средняя продолжительность жизни в России возросла и составляет 71,87 года (для мужчин – 66,5 года, для женщин – 77,06).

Проводится реорганизация системы воинской службы в МО РФ и организации медицинского обеспечения войск; совершенствуются принципы, методики и объем обследования при проведении углубленного медицинского обследования военнослужащих; применяются новые высокотехнологичные методы при обследовании пациентов и при лечении больных.

Изменилась материально-техническая база (диагностическая, лечебная, реабилитационная) военно-медицинских организаций.

Реформирование ВС РФ в соответствии с современными требованиями поддержания высокой боеготовности свидетельствует о необходимости постоянного совершенствования системы оказания медицинской помощи военнослужащим (ранняя диагностика и комплексное лечение выявленных заболеваний).

В настоящее время в госпитале проводится исследование в целях совершенствования системы оказания комплексной медицинской помощи пациентам диспансерной группы (прикрепленного контингента) из числа руководящего состава МО РФ, пенсионеров МО РФ и членов их семей в многопрофильной военно-медицинской организации.

На первом этапе исследования проводилась оценка уровня и структуры соматической заболеваемости прикрепленного состава (диспансерная группа ЦВКГ имени П.В.Мандрыка) по контингентам (военнослужащие, члены семей военнослужащих, пенсионеры МО) и возрастным группам. Ретроспективная часть исследования охватывает интервал с 2008 по 2014 г.

*Предварительные результаты.* Под динамическим наблюдением находится диспансерная группа численностью до 3052–3792 пациентов. Из них военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, составляют 3,8–5,9%; военнослужащие запаса и в отставке – 41,5–45,9%; члены семей военнослужащих – 47,2–51,6%.

Исследование позволило выделить «социально значимые» («ведущие») у данных категорий пациентов заболевания и состояния: артериальная гипертензия – 34,2–40,3%; стенокардия – 8–16,2%; ХИБС – 28,8–38,9%; язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – 4,7–7,8%; холецистит и желчнокаменная болезнь – 2,9–6,8%; хронические заболевания нижних дыхательных путей – 2,3–5,6%.

Исследование показало относительную стабильность диспансерной группы как по численности, так и по структуре заболеваемости.

Ведущая роль в работе военно-медицинских организаций отводится обследованию и лечению пациентов старших возрастных групп (военнослужащие запаса и в отставке, члены семей военнослужащих).

Полученные результаты позволят в дальнейшем обосновать программу совершенствования оказания комплексной медицинской помощи пациентам диспансерной группы, провести необходимые организационно-штатные мероприятия (реорганизация диагностических, лечебных и реабилитационных подразделений) военно-медицинской организации.





© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019  
УДК 616-006.699

**Симоненко А.В.<sup>1</sup>, Крайнюков П.Е.<sup>1</sup>, Дулин П.А. ([dulinp55@mail.ru](mailto:dulinp55@mail.ru))<sup>2</sup>** –  
Современные взгляды на эпидемиологию и диагностику нейроэндокринных  
опухолей.

<sup>1</sup>ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ,  
Москва; <sup>2</sup>Филиал ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» МО РФ,  
Москва

Рассмотрены современные подходы к диагностике нейроэндокринных опухолей, предлагаемые  
практическим врачам, основанные на результатах международных многоцентровых  
исследований, а также на рекомендациях научных обществ.

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* нейроэндокринные опухоли, диагностический алгоритм

*Simonenko A.V., Krainyukov P.E., Dulin P.A. – Modern views on the epidemiology and diagnosis  
of neuroendocrine tumors. Modern approaches to the diagnosis of neuroendocrine tumors, proposed  
by practitioners, based on the results of international multicenter studies, as well as on the recommendations  
of scientific societies, are considered.*

*К е у о р д s:* neuroendocrine tumors, diagnostic algorithm.

*Нейроэндокринные опухоли (НЭО)* – гетерогенная группа новообразований из клеток диффузной нейроэндокринной системы (APUD-системы). Идентифицировано около 60 типов клеток APUD-системы (апудоциты), которые встречаются в центральной нервной системе (гипоталамусе, мозжечке); симпатических ганглиях; железах внутренней секреции (аденогипофизе, шишковидном теле, щитовидной железе, островках поджелудочной железы, надпочечниках, яичниках); желудочно-кишечном тракте.

В настоящее время сделан качественный шаг в лабораторной, генетической и топической диагностике НЭО, что позволило увеличить число диагностированных случаев. Так, в США выявляемость заболеваний за последние 30 лет выросла с 1 до 5,25 случая на 100 тыс. населения. Увеличение роста (числа пациентов) НЭО связывают с повышением чувствительности диагностических технологий и с улучшением диагностики со стороны как клиницистов, так и патоморфологов.

Сложность первичной диагностики во многом обусловлена тем, что нефункционирующие НЭО не проявляются клиническими гормональными синдромами. Наиболее часто нефункционирующие НЭО сопровождаются абдоминальным дискомфортом (до 30%), болями в животе (до 20%), снижением веса (до 15%), желтухой (до 10%), рвотой/тошнотой (до 10%), анорексией (до 5%), общей слабостью (до 3%). Отсутствие клинических проявлений наблюдается у 10–15% больных. В результате НЭО

часто диагностируются поздно, когда болезнь протекает с симптомами локальной компрессии и последствиями метастазирования (32–73%).

Локализация НЭО значительно отличается у различных авторов: желудок (12–21,4%), тонкая кишка (8,1–55%), аппендикс (7,3–17%), колоректальная зона (9,01–13%) и т. п., что во многом объясняется незначительным числом выявленных больных. Так же разнятся данные по стадиям заболевания по классификации ВОЗ (2010 г.): 1 ст. – 37,8–60%, 2 ст. – 12,8–25%, 3 ст. – 9,5–22%. Чаше НЭО диагностируется у мужчин.

В условиях ЦВКГ им. П.В.Мандрыка диагностика НЭО основывается на следующем алгоритме действий:

- определении клинического синдрома (симптомов объемного образования первичной опухоли или метастазов без признаков гормональной активности);

- лабораторных исследованиях концентрации гормонов и пептидов в крови и моче: хромогранина А, 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-ГИУК) в суточной моче; нейронспецифической энolahзы и др.;

- топической диагностике (эндоскопия, УЗИ, КТ и МРТ с контрастированием и др.);

- морфологической верификации (гистологические и иммуногистохимические исследование на хромогранин А, синаптофизин, маркер пролиферации Ki-67).

Диагностика с использованием данного алгоритма была проведена у 84 пациентов с подозрением на НЭО, эффективность алгоритма подтверждена в 94% случаев.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019  
УДК 616.341-006.885

**Забелин М.В.** (*maximzabelin@mail.ru*)<sup>1</sup>, **Погосов Н.В.**<sup>2</sup>, **Крайнюков П.Е.**<sup>2</sup>, **Скоробогатов В.М.**<sup>2</sup>, **Ким Д.Ю.**<sup>2</sup>, **Сафонов А.С.**<sup>1</sup> – Гастроинтестинальная стромальная опухоль тонкой кишки (клиническое наблюдение).

<sup>1</sup>Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И.Бурназяна ФМБА России, Москва;  
<sup>2</sup>ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

*Представлены материалы клинического наблюдения случая гастроинтестинальной стромальной опухоли тонкой кишки и комбинированного лечения при данной патологии. Пациентка М., возраст 71 год, в течение 1,5 мес до поступления проходила лечение по поводу железодефицитной анемии тяжелой степени. По данным МРТ органов малого таза, в проекции правого яичника определялось объемное кистозно-солидное новообразование. После клинического обследования пациентки принято решение выполнить оперативное вмешательство лапароскопически ассистированным доступом. Интраоперационно в брюшной полости определялась опухоль тонкой кишки без инвазии в соседние органы и ткани. Участок кишки с опухолью после мобилизации выведен наружу, резецирован на протяжении, сформирован аппаратный тонко-тонкокишечный анастомоз по типу «бок-в-бок». На 7-е сутки выписана в удовлетворительном состоянии. По месту жительства пациентке проводилась таргетная терапия: в течение 6 мес получала иматиниб в дозировке 400 мг/сут. На основании опыта хирургического лечения 67 пациентов с подобной патологией сделан вывод, что применение лапароскопических технологий позволяет уменьшить интраоперационную травму, добиться ранней активизации пациентов, минимизировать койко-день и способствует достижению хороших онкологических результатов лечения.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** гастроинтестинальная стромальная опухоль тонкой кишки, оперативное лечение, таргетная терапия.

*Zabelin M.V., Pogosov N.V., Krainyukov P.E., Skorobogatov V.M., Kim D.Yu., Safonov A.S. – Gastrointestinal stromal tumor of the small intestine (clinical observation). Materials of clinical observation of the case of gastrointestinal stromal tumor of the small intestine and the combined treatment in this pathology are presented. Patient M., aged 71 years, was treated for severe iron deficiency anemia for 1.5 months before admission. According to MRI of the pelvic organs in the projection of the right ovary a volumetric cystic-solid neoplasm was determined. After a clinical examination of the patient, it was decided to perform surgery with laparoscopically assisted access. Intraoperatively, a tumor of the small intestine was determined in the abdominal cavity without invasion into adjacent organs and tissues. The area of the intestine with a tumor after mobilization is brought out, resected over, a hardware small-intestinal anastomosis of the «side-to-side» type is formed. On the 7th day was discharged in satisfactory condition. At the place of residence, the patient underwent targeted therapy: for 6 months she received imatinib at a dosage of 400 mg/day. Based on the experience of surgical treatment of 67 patients with similar pathology, it was concluded that the use of laparoscopic technology allows to reduce intraoperative trauma, achieve early activation of patients, minimize bed-time and contribute to the achievement of good oncological treatment results.*

**К е у в о р д s:** gastrointestinal stromal tumor of the small intestine, surgical treatment, targeted therapy.

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) в последнее время вызывают наибольший интерес исследователей в ряду опухолей желудочно-кишечного тракта мезенхимального происхождения. По данным статистики, ежегодная заболеваемость ими в России составляет 14 случаев на 1 млн населения, или в среднем около 2000 больных в год (Никулин М.П., Стилиди И.С., 2009). ГИСО могут развиваться в любом отделе желудочно-кишечного тракта, но наиболее часто встречаются в желудке и тонкой кишке (Laurini J.A., Carter J.A., 2010).

В мировой литературе большое количество публикаций посвящено диагностике заболевания и лечению данной категории больных. Несмотря на значительный объем материалов исследований, ряд вопросов остаются недостаточно освещенными. Отсутствие специфической клинической картины значи-

тельно усложняет диагностику, что определяет актуальность дальнейшей разработки проблемы ГИСО (Patil D.T., Rubin D.P., 2011).

Основным методом лечения больных этой категории признан хирургический. Однако отсутствует единая концепция лечебной тактики, имеется много спорных вопросов, связанных с выбором оптимального характера и объема хирургического вмешательства при локализованных и местнораспространенных формах ГИСО. Несмотря на радикальное лечение их местнораспространенных форм, частота рецидивов приближается к 35%, остается актуальной проблема комплексного подхода к лечению таких больных. В последнее время отмечается тенденция к проведению органосберегающих операций. При этом в связи с ростом миниинвазивных методов хирургического лечения остается неустановленной их роль в лечении этой группы больных.



Рис. 1. Удаленные лимфоузлы

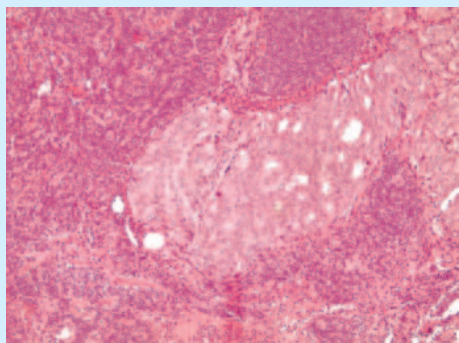


Рис. 3. Метастаз ацинарной аденокарциномы предстательной железы в ткань лимфатического узла. Гематоксилин-эозин. Увел.  $\times 10$

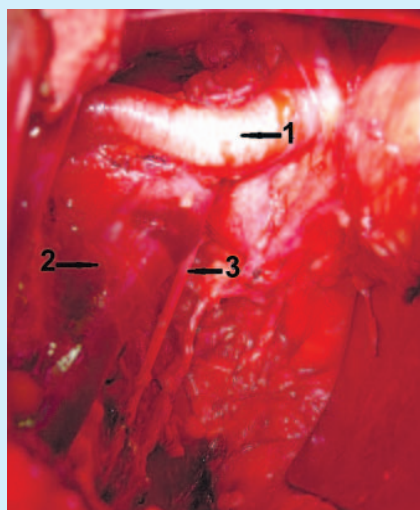


Рис. 2. Тазовая лимфаденэктомия. Пациент А., 60 лет. 1 – наружная подвздошная артерия; 2 – наружная подвздошная вена; 3 – запирательный нерв

Рис. 5. МРТ органов малого таза с контрастным усилением. Пациент А., 62 года. Через 2 года после операции

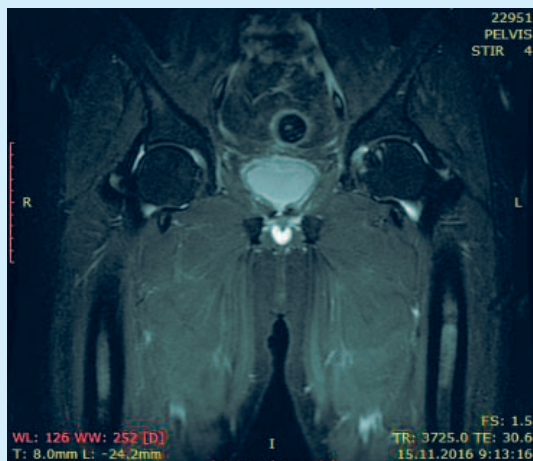
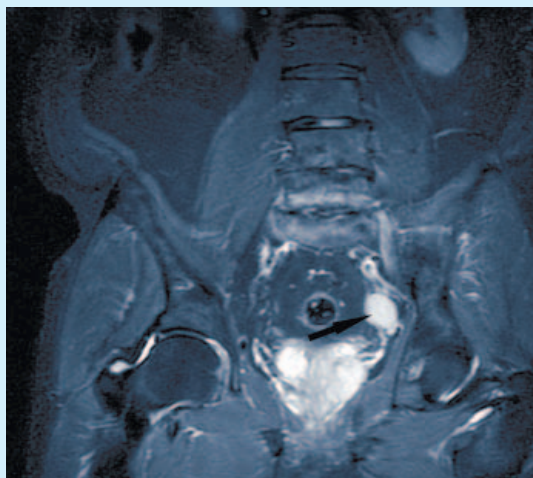


Рис. 4. МРТ органов малого таза с контрастным усилением. Пациент А., 60 лет. Увеличенный лимфоузел (указан стрелкой) левой подвздошной области (до операции)

**К статье:** Шершнев С.П., Рейнюк О.Л., Савилов А.В., Левковский А.Н., Крайнюков П.Е., Бабский В.И., Маканин М.А. – Эффективность тазовой лимфаденэктомии в лечении рака предстательной железы



Рис. 2. Интраоперационное фото. Участок тонкой кишки с опухолью



Рис. 3. Участок кишки с опухолью выведен наружу

**К статье:** Забелин М.В., Погосов Н.В., Крайнюков П.Е., Скоробогатов В.М., Ким Д.Ю., Сафонов А.С. – Гастроинтестинальная стромальная опухоль тонкой кишки (клиническое наблюдение)



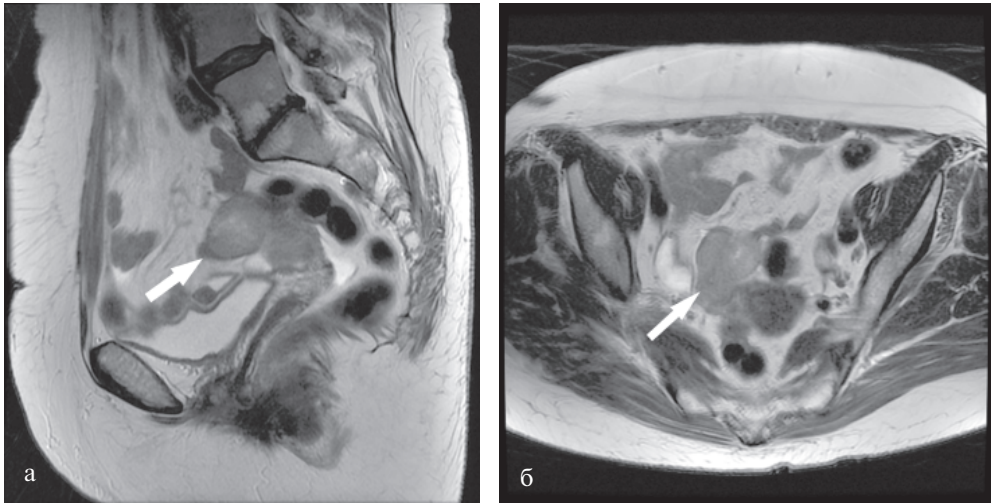


Рис. 1а, 1б. МРТ органов малого таза с внутривенным усилением: новообразование (стрелки)

Изложенное побуждает представить материалы клинического наблюдения комбинированного лечения пациентки с ГИСО тонкой кишки.

Пациентка М., 71 год, госпитализирована в плановом порядке с жалобами на общую слабость, периодическое появление черного стула. Эти проявления болезни беспокоят ее более 3 мес. В течение 1,5 мес до поступления проходила лечение по поводу железодефицитной анемии тяжелой степени (Hb – 73 г/л). При эндоскопическом обследовании кровотечения и новообразований не выявлено. По данным МРТ органов малого таза, в проекции правого яичника определяется объемное кистозно-солидное новообразование общим размером 60x37x58 мм, вытянутой продолговатой формы, которое стелется по круглой связке матки с распространением в сторону правого ребра матки (интимно прилежит). Образование накладывается на петли тонкой кишки с МР-признаками инфильтративного роста. При контрастном усилении отмечается патологическое диффузное накопление контрастного вещества (рис. 1а, 1б). На основании данных МРТ следует проводить дифференциальную диагностику между опухолью яичника с инвазией в тонкую кишку и опухолью тонкой кишки.

При поступлении состояние больной относительно удовлетворительное. Обращает на себя внимание бледность кожных покровов и склер. Живот симметричный, правильной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный. В гипогастрии справа определяется объемное подвижное образование до 5 см в диаметре. Перитонеальных симптомов нет. При мануальном вагинальном исследовании – по правой стенке

в проекции правого яичника пальпируется объемное образование, подвижное, безболезненное. При ректальном исследовании – на высоте пальца патологических образований не определяется, на перчатке следы кала черного цвета.

Пациентка обсуждена на онкологическом консилиуме. Принято решение выполнить оперативное вмешательство в плановом порядке лапароскопически-ассистированным доступом, от биопсии решено воздержаться (из-за подвижности и труднодоступности новообразования). Проведена предоперационная подготовка.

Интраоперационно: в брюшной полости определяется опухоль тонкой кишки – бугристая, неправильной формы, размерами 60x40x60 мм, без инвазии в соседние органы и ткани (рис. 2)\*.

При дальнейшей ревизии данных за наличие отдаленных метастазов и лимфаденопатию не выявлено. После мобилизации участка подвздошной кишки выполнен доступ по Пфанненштилю длиной до 4 см.

Участок кишки с опухолью выведен наружу (рис. 3), резецирован на протяжении 45 см (отступая от краев опухоли по 20 см в обоих направлениях). Проксимальный и дистальный концы кишки заглушены, сформирован аппаратный тонко-тонкокишечный анастомоз по типу «бок-в-бок». Кишка с анастомозом погружена в брюшную полость. Установлен дренаж в малый таз. Брюшная полость ушита послойно, на рану наложен косметический шов.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удален через сутки. Боль-

\* Рисунки 2 и 3 см. на с. 4 вклейки номера.



ная активизирована на 1-е сутки, переведена на диету «0» на 2-е сутки. На 7-е сутки выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдением онколога по месту жительства.

Результаты гистологического исследования: мезенхимальная опухоль веретенноклеточного строения с умеренно выраженным клеточным и ядерным полиморфизмом, низкой митотической активностью. Опухоль прорастает все слои стенки кишки с изъязвлением слизистой оболочки, очаговым некрозом. В краях резекции кишки опухолевого роста не обнаружено. Гистологическая картина, наиболее вероятно, соответствует ГИСО тонкой кишки.

Иммуно-гистохимическое исследование: морфологическая картина и иммунофенотип свидетельствуют о наличии ГИСО (резкопозитивная экспрессия DOG-1, CD-117+++). Реакция CD-34 – только в единичных клетках, Ki 67 – 5%, отмечается отрицательная реакция с кальдесмоном, позитивная с актином.

© В.М.СКОРОБОГАТОВ, Д.Ш.САЛИМОВ  
УДК 616.24-001.45-089

**Скоробогатов В.М. (skvasilij@gmail.ru), Салимов Д.Ш.** – Опыт выполнения симультанной операции при огнестрельном ранении грудной клетки.

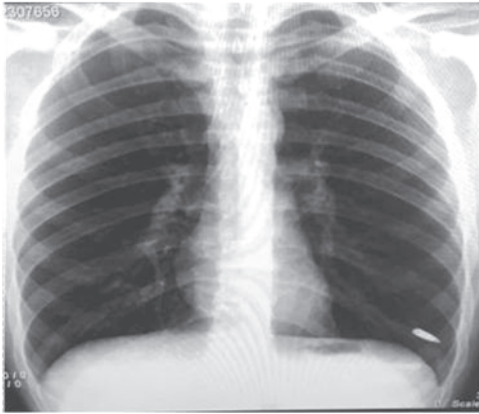
ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

*Описан клинический случай огнестрельного ранения грудной клетки у рядового по призыву. При поступлении диагностировано огнестрельное (пулевое) слепое проникающее ранение левой половины груди, закрытая травма живота. На основании данных рентгенографии и компьютерной томографии установлено сочетанное повреждение груди и живота; пулевое слепое проникающее ранение левой половины груди с инородным телом S9 легкого; закрытая травма живота с повреждением селезенки 2 степени. По заключению консилиума больному была показана плановая симультанная операция в объеме лапаротомии, спленэктомии, ревизии левого купола диафрагмы, торакоскопической резекции S9 левого легкого с инородным телом (пулей). На первом этапе операции выполнена срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости и левого купола диафрагмы. Проведен адгезиолизис, эвакуация поддиафрагмальной гематомы, типичная спленэктомия, дренирование левого поддиафрагмального пространства. На втором этапе после торакоскопической ревизии органов левого гемиторакса при помощи эндоскопического степлера выполнена атипичная резекция IX сегмента легкого с инородным телом. Послеоперационный период протекал без осложнений. Данный клинический случай показывает возможность выполнения плановой симультанной операции («лапаротомия–торакоскопия») в ранние сроки после огнестрельного ранения легкого.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** огнестрельное ранение грудной клетки, закрытая травма живота, симультанная операция.

*Skorobogatov V.M., Salimov D.Sh. – Experience in performing a simultaneous operation in the case of a gunshot wound to the chest. A clinical case of a chest gunshot wound in a private conscript is described. On admission, a gunshot (bullet) blind penetrating wound of the left half of the chest, a closed injury of the abdomen was diagnosed. Based on radiography and computed tomography data, combined damage to the chest and abdomen was established; bullet blind penetrating wound of the left half of the chest with a foreign body S9 lung; closed injury of the abdomen with damage to the spleen 2 degrees. According to the conclusion of the consultation, the patient was shown a planned simultaneous operation in the volume of laparotomy, splenectomy, revision of the left dome of the diaphragm, thoracoscopic resection of the S9 left lung with a foreign body (bullet). At the first stage of the operation, median laparotomy was performed, revision of the abdominal organs and the left diaphragm dome. Adhesiolysis, evacuation of the subphrenic hematoma, typical splenectomy, drainage of the left subdiaphragmatic space were performed. At the second stage, after a thoracoscopic revision of the organs of the left hemithorax, an atypical resection of the IX segment of the lung with a foreign body was performed using an endoscopic stapler. The postoperative period was uneventful. This clinical case shows the possibility of performing a planned simultaneous operation («laparotomy–thoracoscopy») in the early periods after a gunshot wound to the lung.*

**К е у в о р д s:** chest gunshot wound, closed abdominal trauma, simultaneous operation.



Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях

Рядовой по призыву К., 1996 г. р., 13.07.2016 г. при проведении учебных стрельб (находясь в оцеплении) получил огнестрельное ранение (пуля калибра 5,45 мм) левой половины грудной клетки. Санитарным транспортом доставлен в базовый госпиталь. При поступлении: состояние удовлетворительное, показатели гемодинамики стабильные, нарушения дыхания нет. Входное отверстие 2×3 мм в 6-м межреберье по левой среднеключичной линии с ходом раневого канала снизу-вверх, спереди-назад, справа-налево. Наружного кровотечения нет.

Поставлен диагноз: «Огнестрельное (пулевое) слепое проникающее ранение левой половины груди. Инородное тело (пуля) S9 легкого. Закрытая травма живота с повреждением селезенки I степени». Гемопневмоторакс отсутствовал. В экстренном хирургическом лечении на момент поступления раненый не нуждался.

18.08.2016 г. для дальнейшего лечения переведен в хирургическое отделение ЦВКГ им. П.В.Мандрыка.

При поступлении предъявлял жалобы на периодическое кровохарканье, боли и чувство тяжести в левом подреберье.

Обследован.

19.08.2016 г. Рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Заключение: в паренхиме S9 левого легкого определяется овальная тень высокой плотности 2,5×0,6 см (пуля).

29.08.2016 г. Компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости. Заключение: в левой плевральной полости, в S9, между IX и X ребром по наружнолопаточной линии, над куполом диафрагмы отмечается инородное тело 25×5,6 мм.

На уровне указанного инородного тела отмечаются спаечные изменения в окружающей легочной ткани и локальное утолщение паракостальной плевры до 5 мм, фиброзные тяжи к куполу диафрагмы. Имеется подкапсульная гематома верхнего полюса селезенки размерами 47×25×16 мм. В левом поддиафрагмальном пространстве гиподенсная зона полулунной формы до 5 мм толщиной, протяженностью 64 мм (поддиафрагмальная гематома?).

Поставлен диагноз: «Сочетанное повреждение груди, живота. Пулевое слепое проникающее ранение левой половины груди с инородным телом S9 легкого. Закрытая травма живота с повреждением селезенки 2-й степени».

Консилиум 30.08.16 г. Заключение: Больному показано выполнение плановой симультанной операции в объеме лапаротомии, спленэктомии, ревизии левого купола диафрагмы, торакоскопической резекции S9 левого легкого с инородным телом (пулей).

Операция 31.08.2016 г.

*Первый этап:* срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости и левого купола диафрагмы. Обнаружено: массивный спаечный процесс в левом подреберье, гематома объемом до 100 мл лизированной крови со сгустками. Селезенка — с разрывом верхнего полюса 2-й степени. Выполнено: адгезиолизис, эвакуация поддиафрагмальной гематомы, типичная спленэктомия, дренирование левого поддиафрагмального пространства.

*Второй этап:* торакоскопическая ревизия органов левого гемиторакса через 10 мм порт в V межреберье по передней подмышечной линии. Выявлен спаечный процесс в проекции IX сегмента. Выполнено раз-





## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

единение спаяк нижней доли с реберной частью диафрагмы электрохирургическим крючком через два дополнительных 10 мм порта в VIII межреберье по передней подмышечной и в IX – по задней подмышечной линиям. Инородное тело визуализировано внутри IX сегмента, деформирующее внешний его контур. При помощи эндоскопического степлера выполнена атипичная резекция IX сегмента легкого с инородным телом. Резецированная ткань легкого с пульей удалена через торакопорт в VIII межреберье.

Типичное дренирование плевральной полости через места введения торакопортов.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи из плевральной и брюшной полостей удалены на 2-е сутки после операции. Заживление ран первичным натяжением.

Данный клинический случай показывает возможность выполнения плановой симультанной операции («лапаротомия–торакоскопия») в ранние сроки после огнестрельного ранения легкого.

## ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

25 марта в **Санкт-Петербурге** открывается выставка «*Театр и медицина. Году театра посвящается*», которая стала совместным проектом Военно-медицинского музея Минобороны России, Большого драматического театра имени Г.А.Товстоногова и Санкт-Петербургской государственной театральной библиотеки.

Создатели экспозиции исследуют, как изменялся образ врача на петербургской сцене в XIX–XX вв. Ее посетители получат уникальную возможность узнать, какими видели врачей-персонажей балетных и драматических спектаклей конца XIX – начала XX в. Л.С.Бакст, А.Н.Бенуа, И.А.Всеволожский, В.В.Теляковский, А.К.Шервашидзе и другие театральные художники.

Вниманию гостей выставки будут представлены фотографии легендарных спектаклей Ленинградского государственного театра драмы имени А.С.Пушкина (ныне Александринского) 1930–1960-х гг., чьими героями были медики.

Особое место в экспозиции займут материалы, рассказывающие о подвиге Героя Советского Союза профессора Петра Буйко и театральной постановке, посвященной его судьбе.

Героями выставки также станут выпускники Военно-медицинской академии, посвятившие себя сцене. Гости музея смогут ознакомиться не только со сценическими образами П.М.Клочковского и А.Ю.Толубеева, но и с их работой в области военной, авиационной и космической медицины.

Среди экспонатов также представлены программа легендарного выступления В.Цукки на петербургской сцене и фотографии знаменитого лирико-колоратурного сопрано Мариинской оперы Е.К.Мравиной с дарственной надписью профессору В.А.Оппелю, уникальные театральные программы, принадлежавшие Н.Н.Бурденко, и др.

Заключительный раздел выставки посвящен работе ученых-медиков в области психофизиологии сценических искусств. Его центром станут ранее не выставлявшиеся документальные материалы из персонального фонда Л.А.Орбели.

Для посетителей музея куратор проекта **Анна Волькович** проведет авторскую экскурсию.

Выставка продлится до сентября.

**Пресс-служба Западного военного округа**, 22 марта 2019 г.  
[https://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=12222633@egNews](https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12222633@egNews)



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019  
УДК [614.2:355](091)(470.311)

## Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка: краткая история

СИМОНЕНКО В.Б., заслуженный врач РСФСР, заслуженный деятель науки РФ,  
член-корреспондент РАН, профессор, генерал-майор медицинской службы в отставке  
АБАШИН В.Г., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы  
в отставке (AVG-56@list.ru)  
САЦУКЕВИЧ В.Н., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы  
в отставке

ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

Приведены исторические данные о создании, становлении и развитии «1-го Терапевтического госпиталя Красного Креста Полевого штаба Реввоенсовета» — впоследствии Центрального военного клинического госпиталя им. П.В.Мандрыка. Представленный 100-летний период охватывает Гражданскую войну, предвоенный и военный период 1937–1945 гг., строительство новых госпитальных комплексов в Красногорске и Сокольниках. Отражены этапы создания санаторного отделения в п. Большево и системы диспансерного наблюдения за офицерами и генералами руководящего состава Вооруженных Сил. Представлены основные данные о руководстве госпиталем и изменении названий учреждения за 100 лет.

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка, военная медицина, Полевой штаб Реввоенсовета, диспансерное наблюдение, санаторное отделение госпиталя, 3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневецкого.

Simonenko V.B., Abashin V.G., Satsukevich V.N. — The P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital: a brief history. The historical data on the creation, formation and development of the «1st Therapeutic Hospital of the Red Cross of the Field Staff of the Revolutionary Military Council» — later the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital. The presented 100-year period encompasses the Civil War, the pre-war and war period of 1937–1945, the construction of new hospital complexes in Krasnogorsk and Sokolniki. The stages of the creation of the sanatorium department in the village of Bolshevo and the system of dispensary monitoring of officers and generals of the command staff of the Armed Forces are reflected. The basic data on the hospital management and the name change of the institution over 100 years are presented.

**К е у о р д s:** the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital, military medicine, field military headquarters of the Revolutionary Military Council, dispensary observation, sanatorium department of the hospital, the A.A.Vishnevskiy 3rd Central Military Clinical Hospital.

Свою историю Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка начинает с небольшого госпиталя Российского общества Красного Креста, созданного в 1919 г. Госпиталь формировался для отправки в тыловые районы действующей армии. Первоначально он был дислоцирован в г. Серпухове, в 100 км к югу от Москвы. В госпитале на 50 коек было развернуто 2 отделения: терапевтическое и разное. Кроме того, функционировала аптека и администрация (делопроизводство) [1–3].

17 мая 1919 г. госпиталь Красного Креста был официально передан для медицинского обеспечения личного состава Полевого штаба Реввоенсовета Республики (Р.В.С.Р.). По новому штату, утвержденному коллегиальным постановлением «Центрокреста», он был рассчитан на 100 коек и получил название «1-й Терапевтический госпиталь Красного Креста». Первым старшим врачом госпиталя был назначен Александр Алексеевич Любушин.

В июле 1919 г. начался московский поход вооруженных сил Юга России,



цинский учебно-научный клинический центр имени П.В.Мандрыка МО РФ».

15 мая 2015 г. приказом МО РФ № 260 госпиталь был восстановлен в своем прежнем статусе как Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка.

В настоящее время ЦВКГ им. П.В.Мандрыка – многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение,

предназначенное для лечения и медицинской реабилитации лиц высшего руководящего состава Вооруженных Сил России, состоящее из 3-х клинических баз, включающих в себя более 70 лечебных и диагностических отделений и кабинетов, где оказывается специализированная врачебная помощь на самом современном уровне медицинской науки.

### Литература

1. История медицинского учебно-научно-клинического центра имени П.В.Мандрыка. – Т. I. – История Центрального военного Краснознаменного госпиталя им. П.В.Мандрыка (1919–1958 гг.) / Под ред. В.Б.Симоненко. – М. 2014. – 330 стр.

2. История Центрального военного кли-

нического Краснознаменного госпиталя имени П.В.Мандрыка. 1919–1999 / Под ред. проф. В.Б.Симоненко. – М.: «Вооружение. Политика», 1999. – 202 с.

3. Книги приказов по госпиталю с 1919 по 1969 г. (архив ЦВКГ им. П.В.Мандрыка).

4. Невский Н.М. История Центрального клинического Краснознаменного госпиталя им. П.В.Мандрыка. 1919–1969. – М., 1969. – 179 с.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019  
УДК [614.2:356.33](091)(470.311)

## «Бессмертный полк» – «Бессмертный медсанбат»: люди и судьбы в истории госпиталя

СИМОНЕНКО В.Б., заслуженный врач РСФСР, заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАН, профессор, генерал-майор медицинской службы в отставке  
АБАШИН В.Г., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке (AVG-56@list.ru)  
САДУКЕВИЧ В.Н., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке  
СИНГИЛЕВИЧ Д.А., кандидат военных наук, доцент, полковник запаса  
ТРАВИН Н.О., доктор медицинских наук, доцент

ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

Представлены краткие данные по истории Центрального военного клинического госпиталя им. П.В.Мандрыка в период Великой Отечественной войны и сведения о некоторых сотрудниках госпиталя – участниках Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Часть биографий иллюстрирована фотографиями. Статья основана на материалах архива и музея госпиталя, воспоминаниях ветеранов и родственников фронтовиков, данных Военно-медицинского музея МО РФ.

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** Великая Отечественная война 1941–1945 гг., Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка, ветераны войны.

Simonenko V.B., Abashin V.G., Satsukevich V.N., Singilevich D.A., Travin N.O. – «Immortal regiment» – «Immortal medical battalion»: people and destinies in the history of the hospital. Presents brief data on the history of the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital during the Great Patriotic War and information about some employees of the hospital – participants of the Great Patriotic War of 1941–1945. Some biographies are illustrated with photographs. The article is based on materials from the archive and the museum of the hospital, the memoirs of veterans and relatives of front-line soldiers, data from the Military Medical Museum of the Ministry of Defense of the Russian Federation.

**К е у в о р д s:** the Great Patriotic War of 1941–1945, the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital, war veterans.





\* \* \*

За годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Центральный военный краснознаменный госпиталь НКО им. П.В.Мандрыка решил многие поставленные перед ним задачи.

1. Медицинское обеспечение командного состава НКО, как в Москве, так и в период эвакуации НКО в г. Куйбышев.

2. Медицинское обеспечение эвакуации членов семей комсостава НКО (в пути следования и на месте эвакуации на ст. Далматово Челябинской обл., в пос. Ташино Горьковской обл. и др.).

3. Медицинское обеспечение военнослужащих, членов семей военнослужащих, служащих Красной армии на месте основного базирования.

4. Формирование медицинских учреждений для фронта.

5. Оказание педиатрической помощи детям комсостава НКО в госпитале и воспитательная работа в детских садах НКО в Москве.

6. Медицинское обеспечение детей офицеров НКО в период оздоровительных кампаний 1944–1945 гг.

7. Консультативная и практическая помощь медицинским учреждениям действующей армии.

## ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

25 марта в *Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова* состоялся кинопоказ художественного фильма «**Спасти Ленинград**», посвященного одному из малоизвестных эпизодов Великой Отечественной войны.

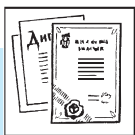
В сентябре 1941 г. из поселка Осиновец в Новую Ладугу вышла баржа, на которой из Ленинграда отправлялись на фронт выпускники *Военно-морской медицинской академии* ускоренного выпуска, курсанты военно-морских училищ, отправлявшиеся к новым местам дислокации вузов для продолжения учебы, а также эвакуировались члены семей офицеров, ученики ремесленного училища и многие другие жители города, которые пытались выехать на Большую землю.

Во время 9-балльного шторма баржа № 752 потерпела крушение. Из 1,5 тыс. человек погибли более 1,2 тыс. Среди тех, кому не удалось добраться до берега, была выпускница ВММА Антонина Васильевна Бебянко-Ткаченко. Ее внучка Н.А.Самухина сейчас занимается историей Ладожской трагедии баржи № 752, поднимает архивы, разыскивает родственников тех, кто был на судне 17 сентября 1941 г., по крупицам воссоздает биографии семей, объединенных одной трагедией.

На встрече с курсантами ВМА им. С.М.Кирова **Неонилла Самухина** рассказала о своей бабушке, архивных документах и встречах с людьми, которые стали возможны благодаря колоссальной работе, проведенной для того, чтобы этот эпизод войны никогда не стерся из людской памяти.

Каждый год 17 сентября курсанты факультета подготовки врачей для Военно-морского флота ВМА им. С.М.Кирова, который стал преемником ВММА, выезжают на Ладугу, откуда баржа отправилась в свой последний путь. А 9 мая 2018 г. во время акции «Бессмертный полк» курсанты впервые пронесли по Невскому проспекту 76 восстановленных портретов тех, кто был на судне в сентябре 1941 г. Благодаря продолжающейся кропотливой работе в этом году в колонне «Бессмертного полка» курсанты понесут уже 130 портретов пассажиров баржи № 752.

Департамент информации и массовых коммуникаций МО РФ, 26 марта 2019 г.  
[https://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=12223180@egNews](https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12223180@egNews)



## ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

### НАЗНАЧЕНИЯ

#### ВЛАСОВ АЛЕКСАНДР ЮРЬЕВИЧ

назначен начальником ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» Министерства обороны Российской Федерации,

#### КУВШИНОВ КОНСТАНТИН ЭДУАРДОВИЧ

назначен начальником ФГБУ «9 лечебно-диагностический центр» Министерства обороны Российской Федерации.

### ЮБИЛЕИ

© П.С.ЛЕСИК, Ю.Г.ВАСИЛЬЕВ, А.Ф.РИМША, 2019  
УДК 616:355 (092 Гаджиев М.М.)



**18 марта 2019 г.** исполнилось 80 лет заслуженному врачу РФ, кандидату медицинских наук полковнику медицинской службы в отставке **Магомеду Магомедовичу Гаджиеву**.

М.М.Гаджиев родился в селе Ахалчи, в Дагестане. В 1955 г. поступил в Дагестанский государственный медицинский институт, по окончании которого был призван в Вооруженные Силы. Служил на Байконуре младшим врачом, а затем начальником медпункта инженерно-испытательного ракетного полка. В 1965 г. переведен в гарнизонный госпиталь космодрома ординатором травматологического отделения, а затем назначен начальником созданного им отделения детской хирургии.

С 1974 г. М.М.Гаджиев – в Центральном военном госпитале Ракетных войск стратегического назначения в качестве старшего ординатора, а через 3 года начальника отделения общей хирургии. В 1984 г. был назначен на должность начальника отделения сосудистой хирургии госпиталя. После завершения военной службы по настоящее время продолжает работать в этом же госпитале консультантом-ангиохирургом.

Магомед Магомедович автор более 100 научных работ и книги «Автобиографическое повествование». Под его руководством защищены 3 кандидатские диссертации.

Руководство Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Магомед Магомедовича Гаджиева с 80-летием, желают ему крепкого здоровья, новых успехов и счастья.

© А.Б.ЮДИН, А.А.ВЛАСОВ, Д.А.АЛЬТОВ, 2019  
УДК 616:355 (092 Логаткин С.М.)



**1 апреля 2019 г.** исполнилось 70 лет доктору медицинских наук, доценту полковнику медицинской службы в отставке **Станиславу Михайловичу Логаткину**.

С.М.Логаткин родился в Ленинграде. После окончания ВМедА им. С.М.Кирова с отличием в 1973 г. проходил службу на 24-м испытательном полигоне МО СССР в должности младшего научного сотрудника. С 1974 г. младший научный сотрудник, а с 1985 по 1992 г. – старший научный сотрудник 19-го испытательного полигона. С 1992 – начальник научно-исследовательского испытательного отдела обитаемости и раневой баллистики 19 ИП. После увольнения из ВС РФ в 2009 г. – ведущий научный сотрудник указанного полигона и с 2010 по 2018 г. – преподаватель кафедры общей и военной гигиены ВМедА. С 2016 г. по настоящее время – старший научный сотрудник ГНИИИ ВМ МО РФ.



Станислав Михайлович принимал участие в государственных испытаниях многих образцов вооружения и военной специальной техники, по праву считается одним из ведущих специалистов по вопросам обитаемости и гигиены военного труда, раневой баллистики в РФ. С 2012 г. — член экспертной группы по бронематериалам и средствам бронезащиты при межведомственной рабочей группе ВПК при Правительстве РФ.

Автор и соавтор более 270 научных трудов, включая 4 монографии, 3 учебных пособия, 60 изобретений. Под его руководством защищены 1 докторская и 4 кандидатских диссертации.

**Руководство Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Государственного научно-исследовательского испытательного института военной медицины МО РФ, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Станислава Михайловича Логаткина с 70-летием, желают ему крепкого здоровья, творческих успехов, счастья и благополучия.**

© Е.В.КРЮКОВ, 2019

УДК 616:355 (092 Ламоткин И.А.)



**16 апреля 2019 г.** исполнилось 60 лет заведующему кожно-венерологическим отделением ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы запаса **Игору Анатольевичу Ламоткину.**

И.А.Ламоткин родился в Ленинграде. После окончания средней школы поступил в ВМедА им. С.М.Кирова, которую окончил с отличием в 1982 г. Проходил службу на Балтийском флоте в должности начальника медицинской службы береговой базы бригады ракетных кораблей.

С 1987 г. — ординатор кафедры кожных и венерических болезней ВМедА им. С.М.Кирова. После окончания клинической ординатуры с 1989 г. ординатор, с 1994 г. старший ординатор, с 2001 по 2009 г. начальник кожно-венерологического отделения ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, в последующем заведующий указанным отделением.

Игорь Анатольевич является автором более 210 печатных работ, в т. ч. 4 атласов по дерматоонкологии. Под его руководством защищены докторская диссертация и 5 кандидатских диссертаций. Клиническую и научную работу он сочетает с преподавательской, является профессором кафедры дерматовенерологии Медицинского института непрерывного образования Московского государственного университета пищевых производств.

**Руководство Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Игоря Анатольевича Ламоткина с 60-летием, желают ему крепкого здоровья, новых достижений, благополучия и счастья.**

© П.Е.КРАЙНЮКОВ, 2019

УДК 616:355 (092 Потапенко В.Н.)



**26 апреля 2019 г.** исполнилось 60 лет заслуженному врачу РФ полковнику медицинской службы в отставке **Валерию Николаевичу Потапенко.**

В.Н.Потапенко родился в поселке Плоскошь Калининской области. После окончания Военно-медицинского факультета при Горьковском медицинском институте (1982) служил начальником медицинского пункта батальона связи (1982–1988), начальником медицинской службы главного центра I узла связи ГШ ВС (1988–1993), начальником поликлиники Филиала Пушкинского высшего училища радиоэлектроники противовоздушной обороны (1993–1997).

С 1997 г. — начальник медицинской части, начальник приемного отделения ЦВКГ им. П.В.Мандрыка. После увольнения в запас в 2009 г. продолжает работать заведующим приемным отделением этого госпиталя. Проявил себя как эрудированный, целеустремленный, инициативный и требовательный руководитель, способный оперативно и творчески решать самые сложные и ответственные задачи, направленные на совершенствование медицинского обеспечения, укрепление и сохранение здоровья высшего руководящего состава Вооруженных Сил Российской Федерации и членов их семей.





Награжден орденом Почета и многими медалями.

Руководство Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Центрального военного клинического госпиталя им. П.В.Мандрыка, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Валерия Николаевича Потапенко с 60-летием, желают ему крепкого здоровья, семейного благополучия и счастья.

## ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

Сборная *Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова* начала подготовку к всероссийскому этапу конкурса Армейских международных игр «**Военно-медицинская эстафета**».

В настоящее время определен состав женской и мужской команд, назначено руководство и тренерский штаб, а также составлен подробный план подготовки к соревнованиям. Сейчас все члены сборной проходят углубленное медицинское обследование (включая функциональное состояние организма), которое впервые проводится на самом современном оборудовании в научном центре многопрофильной клиники.

В сборную академии в этом году вошли курсанты 2-го, 3-го и 8-го факультетов, а также слушатели 1-го факультета. Около трети членов сборной имеют опыт участия в военно-медицинском многоборье, несколько человек являются победителями армейского и международного этапов соревнований прошлых лет.

Для качественной подготовки участников команды к «Военно-медицинской эстафете» разработан индивидуальный учебный план. Подготовка сборной будет проходить в новом комплексе кафедры физической подготовки, где есть все условия для качественных тренировок, а также на учебной базе ВМА им. С.М.Кирова в Красном Селе. Там команда будет тренироваться в стрельбе в новом тире, совершенствовать специальные навыки и проходить полосу препятствий.

Всероссийский этап конкурса «Военно-медицинская эстафета» будет проходить с 15 по 22 мая в Красном Селе. По его итогам будет сформирована сборная Вооруженных Сил Российской Федерации для участия в международном этапе конкурса.

Департамент информации и массовых коммуникаций

Министерства обороны Российской Федерации, 13 марта 2019 г.

[https://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=12221387@egNews](https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12221387@egNews)

В *Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова* состоялось заседание юбилейных 50-х чтений памяти академика Евгения Павловского. Ежегодно научная конференция, собирающая ведущих специалистов в области паразитологии, энтомологии и зоологии, проходит в Зоологическом институте Российской академии наук при поддержке Русского географического общества.

Собравшихся тепло приветствовало командование военного вуза, отметив, что проведение «*Павловских чтений*» в академии является большой честью и данью памяти великому ученому.

На заседании выступил заведующий лабораторией паразитологии Зоологического института РАН профессор **Сергей Медведев**, который представил глубокий анализ творческой и научной деятельности Евгения Павловского.

Чтения традиционно посещают гости из разных регионов страны. В этом году на заседании выступили **В.В.Агасой**, преподаватель кафедры зоологии и экологии животных Псковского государственного университета, а также **Е.И.Бондаренко**, ведущий научный сотрудник НПО «Вектор-Бест» из Новосибирска.

Большой интерес у участников мероприятия вызвала экспозиция, подготовленная заведующим кафедрой биологии ВМА им. С.М.Кирова **В.Ю.Кравцовым**, которая состояла из уникальных рукописей академика Е.Н.Павловского, фотографий из экспедиций, рисунков и книг, находящихся в мемориальном кабинете кафедры.

Во втором отделении «Павловских чтений» профессор кафедры биологии ВМА им. С.М.Кирова **А.И.Соловьёв** представил доклад, посвященный исторической коллекции клещей академика Евгения Павловского, собранной в период 1934–1954 гг. на территории Ирана и других регионов Средней и Центральной Азии, которая насчитывает более 15 тыс. хорошо сохранившихся особей.

Департамент информации и массовых коммуникаций МО РФ, 25 марта 2019 г.

[https://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=12223060@egNews](https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12223060@egNews)



Военно-медицинские специалисты Западного военного округа подвели итоги проходившей в Санкт-Петербурге IV Всероссийской межведомственной научно-практической конференции и учебно-методических сборов хирургов Вооруженных Сил Российской Федерации на тему «Актуальные вопросы военной медицины: современные аспекты хирургии».

Медицинская служба ЗВО и 442-й Военный клинический госпиталь Минобороны России собрали в своих стенах военных хирургов, анестезиологов-реаниматологов и организаторов военного здравоохранения в рамках проведения традиционных учебно-методических сборов.

Всего в мероприятии приняло участие около 500 человек.

На сборы были привлечены врачи хирургических специальностей военно-медицинских организаций всех военных округов и флотов, анестезиологи-реаниматологи военно-медицинских организаций, хирурги войскового звена, начальники военно-медицинских организаций, начальники медицинской службы частей, соединений и объединений ЗВО. Всего присутствовало 250 врачей-хирургов. Межведомственный формат мероприятию придавали участники от войск Росгвардии, МВД, Минздрава России.

Программа была интересна и чрезвычайно насыщена. Помимо основных мероприятий, проводились различные тематические секции, круглые столы, практические занятия на симуляторах и биологических объектах, мастер-классы. Это и отдельная секция организаторов военного здравоохранения с узкой тематикой их работы в интересах хирургической службы, и круглый стол по юридической ответственности и защите врачей, и мастер-классы по оказанию медицинской помощи при критических жизнеугрожающих состояниях.

Пленарное заседание, хирургическая секция и непосредственно научно-практическая конференция первого и третьего дней мероприятия привлекли особый и живой интерес участников.

С тематическими докладами по наиболее актуальным вопросам военной хирургии выступили специалисты военного здравоохранения: члены-корреспонденты РАН **А.Я.Фисун**, **П.Н.Ромашенко**, профессора **Б.Н.Котив**, **П.Г.Брюсов**, **И.М.Самохвалов**, **А.А.Завражнов**, **И.А.Соловьёв**, **Н.Ф.Фомин**, **А.Б.Земляной** и др. С докладами выступали главные специалисты Минобороны России и главные хирурги центральных военно-медицинских организаций и военных округов: главный хирург доцент **А.П.Чуприна**, главный нейрохирург доцент **Д.В.Свистов**, главный травматолог профессор **В.В.Хоминец**, профессор **А.Е.Войновский**, к.м.н. **Р.Н.Долгих**, к.м.н. **Р.Р.Касимов** и др. Все доклады имели практическую направленность и были ориентированы на улучшение качества оказания хирургической помощи, сохранение и укрепление здоровья военнослужащих.

Во второй день мероприятия проводились практические занятия в полевых условиях. В пневмокаркасных палатках было развернуто 5 рабочих станций, где хирурги, анестезиологи-реаниматологи одновременно под руководством преподавателей кафедры военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (**Петров А.Н.**, **Суворов В.В.**, **Гончаров А.В.**, **Золотарь В.Г.**, **Рева В.А.**, **Носов А.М.**) отработывали практические хирургические навыки при тяжелой боевой травме. Параллельно на учебных точках проводились мастер-классы на симуляторах по остановке наружного кровотечения, сердечно-легочной реанимации, вопросам оказания догоспитальной помощи в тактическом звене, санитарно-авиационной эвакуации с применением современного модульного оборудования и многие другие.

Участники и руководство медицинской службы ВС РФ высоко оценили организацию сборов, их насыщенность и практическую направленность. Несмотря на высокую интенсивность, нашлось время и для обсуждения различных узких вопросов оказания хирургической помощи. Оргкомитет надеется, что сборы врачей-хирургов продолжатся в таком же формате и эстафету их проведения примет другой военный округ или флот.

Пресс-служба Западного военного округа, 22 марта 2019 г.  
[https://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=12222596@egNews](https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12222596@egNews)



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019  
УДК 616.12-036.082/85

# Научно-практическая конференция по вопросам медицинской реабилитации пациентов кардиологического профиля в Лечебно-реабилитационном клиническом центре

*БАГРАМЯН И.Г., полковник медицинской службы запаса (lrkc\_42@mil.ru)  
КУЛЕНКО П.И., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы  
МОЛЧАНОВ Б.А., подполковник медицинской службы запаса*

ФГБУ «Лечебно-реабилитационный клинический центр» МО РФ, Москва

*На базе Лечебно-реабилитационного клинического центра МО РФ в октябре 2018 г. прошла V научно-практическая конференция «Актуальные вопросы медицинской реабилитации пациентов кардиологического профиля». В работе конференции приняли участие специалисты в области кардиореабилитации, в т. ч. из Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Центрального военного клинического госпиталя им. П.В.Мандрыка, 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого, Центрального военного клинического санатория «Архангельское». На конференции был обобщен и систематизирован опыт, накопленный специалистами в области медицинской реабилитации, кардиологии и кардиохирургии, определены основные пути дальнейшего развития медицинской реабилитации в медицинских организациях.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* медицинская реабилитация, кардиология, кардиохирургия, кардио-реабилитация.

*Bagramyan I.G., Kulenko P.I., Molchanov B.A. – Scientific-practical conference «Actual issues of medical rehabilitation of cardiac patients» in the Medical and Rehabilitation Clinical Center. Based on the Medical and Rehabilitation Clinical Center of the Ministry of Defense of the Russian Federation in October 2018, the Vth Scientific and Practical Conference «Actual Issues of Medical Rehabilitation of Cardiac Patients» was held. The conference was attended by experts in the field of cardiac rehabilitation, including experts from the S.M.Kirov Military Medical Academy, the P.V.Mandryka Central Military Clinical Hospital, the A.A.Vishnevsky 3rd Central Military Clinical Hospital, Central military clinical sanatorium «Arkhangelsk». The conference summarized and systematized the experience gained by experts in the field of medical rehabilitation, cardiology and cardiac surgery, identified the main ways of further development of medical rehabilitation in medical organizations.*

*К е у в о р д с:* medical rehabilitation, cardiology, cardiac surgery, cardiac rehabilitation.

**В** Москве на базе ФГБУ «Лечебно-реабилитационный клинический центр» МО РФ **25 октября 2018 г.** состоялась V научно-практическая конференция «Актуальные вопросы медицинской реабилитации пациентов кардиологического профиля».

Особенностью ежегодных конференций в Лечебно-реабилитационном клиническом центре МО РФ является чередование профилей реабилитационной тематики. Так, в 2016 г. на III научно-практической конференции рассматривались вопросы медицинской реабилитации

в травматологии и ортопедии, в 2017 г. на IV конференции – актуальные вопросы медицинской реабилитации пациентов с нарушениями функций центральной и периферической нервной системы.

С приветственным словом к участникам V научно-практической конференции обратился начальник Лечебно-реабилитационного клинического центра МО РФ **М.В.Турлай**, обративший внимание на актуальность вопросов кардиореабилитации и необходимость освещения опыта работы мультидисциплинарных бригад.





цинской службы **Р.Р.Урсов** доложил об опыте медицинской реабилитации пациентов после чрескожных коронарных вмешательств.

Главный терапевт ЦВКГ имени П.В.Мандрыка – заместитель главного терапевта МО РФ полковник медицинской службы **О.В.Афонасков** осветил возможности новой лекарственной терапии в снижении сердечно-сосудистой смертности у больных с коморбидной патологией.

О развитии санаторно-курортного этапа кардиореабилитации доложил заведующий отделением медицинской реабилитации Центрального военного клинического санатория «Архангельское» доктор медицинских наук **В.А.Косов**.

Об использовании эргоспирометрии для оценки переносимости нагрузок, определения прогноза больных, включенных в программу реабилитации, индивидуального расчета режима тренировок и объективизации показателей эффективности тренировок сообщил заместитель начальника кафедры терапии неотложных состояний филиала ВМедА им. С.М.Кирова полковник медицинской службы **А.А.Матвеев**.

На клинических примерах об успешной кардиореабилитации больных с синдромом обструктивного апноэ сна доложил начальник отделения пульмонологии Филиала № 1 Лечебно-реабилитационного клинического центра МО РФ

подполковник медицинской службы **В.Ю.Иванов**.

На конференции был обобщен и систематизирован опыт, накопленный специалистами медицинских организаций Московского региона, а также Санкт-Петербурга, Иваново и Иркутска в области медицинской реабилитации, кардиологии и кардиохирургии, определены основные пути дальнейшего развития медицинской реабилитации. Материалы конференции повысили интерес к знаниям о современных технологиях восстановления и поддержания функций пациентов с кардиологической патологией на различных этапах реабилитационного лечения.

На конференции освещено прикладное значение новых разработок врачей, фармакологов, педагогов, инженеров, организаторов здравоохранения и других специалистов, занимающихся исследованиями в области медицинской реабилитации пациентов кардиологического профиля.

В работе конференции приняли участие более 130 специалистов в области кардиореабилитации, в т. ч. главный специалист по медицинской реабилитации МО РФ профессор **В.Е.Юдин**, заведующий кафедрой интегративной и восточной медицины филиала ВМедА им. С.М.Кирова профессор **А.М.Щегольков** и др.

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

<input type="checkbox"/>	За содержание и достоверность сведений в рекламном объявлении ответственность несет рекламодатель.	
<input type="checkbox"/>	Учредитель – Министерство обороны Российской Федерации. Зарегистрирован Министерством печати и информации Российской Федерации. Номер регистрационного свидетельства 01975 от 30.12.1992 г.	
Сдано в набор 21.03.19. Формат 70×108 <sup>1</sup> / <sub>16</sub> Усл. печ. л. 8,4. Заказ № 11-2019.	Печать офсетная. Усл. кр.-отт. 9,8. Тираж экз.	Подписано к печати 22.04.19. Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 8,6. Цена свободная.
Отпечатано в АО «Красная Звезда», Москва, Хорошевское шоссе, д. 38, <a href="http://www.redstarprint.ru">http://www.redstarprint.ru</a> тел. 8(499) 762 63 02, отдел распространения – 8(495) 941 39 52. E-mail: <a href="mailto:kr_zvezda@mail.ru">kr_zvezda@mail.ru</a> Издатель: ФГБУ «РИЦ «Красная звезда» Минобороны России, 125284, адрес: Москва, Хорошевское шоссе, дом 38, тел. 8(495) 941 23 80, e-mail: <a href="mailto:ricmorf@yandex.ru">ricmorf@yandex.ru</a> , отдел рекламы – 8(495) 941 28 46, e-mail: <a href="mailto:reklama@korrnet.ru">reklama@korrnet.ru</a>		