



ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

*Год
издания
- 196-й*

ТОМ
СССXXXIX



Военно-медицинский журнал

2018 • № 6



6

ИЮНЬ
2018

С Днем медицинского работника!

Ежегодно отмечаемый в третье воскресенье июня День медицинского работника занимает особое место среди профессиональных праздников, поскольку специалисты этой важнейшей сферы трудятся ради всех граждан нашей страны. Сохранение и укрепление здоровья населения — от подрастающего поколения до ветеранов войны и труда — необходимые условия для единства, развития и благополучия нашего Отечества.

Вместе с работниками гражданского здравоохранения отмечает этот праздник и личный состав медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации. Избранная нами профессия почетна и гуманна, вместе с тем требует огромного вложения душевных сил, добросовестного труда и ответственности.

Сегодня благодаря вниманию, которое уделяет сфере военной медицины руководство страны и Вооруженных Сил, происходят позитивные изменения, поднимающие военную медицину России на качественно новый уровень. Все это делается с одной целью — максимального сохранения и укрепления здоровья военнослужащих, членов их семей, ветеранов армии и флота.

Военные медики участвуют в корабельных походах в Средиземное море, наши подразделения развернуты в Арктике. В Сирии российские военные врачи оказали медицинскую помощь десяткам тысяч мирных жителей, большинство из которых — дети.

Заслуженным авторитетом пользуется медицинская служба Вооруженных Сил России на международной арене, свидетельством чего является председательство нашей страны в Азиатско-Тихоокеанском подкомитете Международного комитета по военной медицине.

Приоритетом для военной медицины является создание условий по гарантированному обеспечению всех прикрепленных контингентов законодательно установленными объемами медицинской помощи. Предстоит изыскать возможность достижения лучших результатов за счет адаптации применения сил и средств медицинской службы к современным, быстро меняющимся условиям.

Убежден, что личный состав медицинской службы будет хранить и приумножать традиции, присущие отечественной военной медицине, отдавать силы, знания и опыт благородному делу охраны здоровья воинов и укрепления обороноспособности нашей великой Родины.

Поздравляю личный состав медицинской службы, ветеранов военной медицины с профессиональным праздником, желаю новых успехов в деле сохранения и укрепления здоровья военнослужащих и членов их семей. Выражаю благодарность за гуманный труд во имя укрепления Вооруженных Сил России.



**Начальник Главного военно-медицинского управления
Министерства обороны Российской Федерации**

Дмитрий Тришкин

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
А. Б. Леонидов
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)
В. В. Валевский (С.-Петербург)
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
(812) 292-44-58

Non scholae, sed vitae discimus!

ВОЕННО- МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2018 * ИЮНЬ
Т. 339 * № 6

- *Опыт, высокие технологии, инновации: юбилей 3-го Центрального военного клинического госпиталя имени А.А. Вишневецкого*
- *Военно-врачебная экспертиза при сердечно-сосудистых заболеваниях в центральном военном клиническом госпитале*
- *Синдром компрессии чревного ствола: терминология, диагностика и лечение*
- *Плевральный выпот как междисциплинарная проблема – оказание специализированной помощи в многопрофильном стационаре*
- *Протезирование клапана аорты у пожилых пациентов посредством использования имплантата «ON-X»*
- *Медицинская служба сил самообороны Японии*
- *Опыт противоэпидемического обеспечения Белорусской наступательной операции «Багратион»*

МОСКВА
ФГБУ «РИЦ «Красная звезда»
Минобороны России


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

Есипов А.В., Алехнович А.В., Фролкин М.Н. – 3-й Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневецкого: опыт, высокие технологии, инновации (к 50-летию со дня образования)

4

Esipov A.V., Alekhnovich A.V., Frolkin M.N. – The Vishnevskiy 3rd Central military clinical hospital: experience, high technology and innovation (to the 50th anniversary)

Шкловский Б.Л., Прохорчик А.А. – Военно-врачебная экспертиза при сердечно-сосудистых заболеваниях в центральном военном клиническом госпитале

9

Shklovskii B.L., Prokhorchik A.A. – Military-medical examination for cardiovascular diseases in the central military clinical hospital

Алламярова Н.В., Санакоева Э.Г. – К вопросу о презумпции согласия на посмертное донорство: правовые проблемы реализации

17

Allamyarova N.V., Sanakoeva E.G. – To the question of presumed consent to posthumous organ donation: legal problems of implementation


Лечебно-профилактические вопросы
Prophylaxis and treatment

Кохан Е.П., Белякин С.А., Паценко М.Б., Образцов А.В., Мироненко Д.А. – Синдром компрессии чревного ствола: терминология, диагностика и лечение

24

Kokhan E.P., Belyakin S.A., Patsenko M.B., Obraztsov A.V., Mironenko D.A. – Celiac axis compression syndrome: terminology, diagnosis and treatment

Фокин Ю.Н., Шкловский Б.Л., Татарин В.С., Бадуров Б.Ш., Егоров В.В., Бакшеев В.И. – Плевральный выпот как междисциплинарная проблема: опыт организации оказания специализированной помощи в многопрофильном стационаре

29

Fokin Yu.N., Shklovskii B.L., Tatarin V.S., Badurov B.Sh., Egorov V.V., Baksheev V.I. – Pleural effusion as an interdisciplinary problem: the experience of providing specialized medical care in a multidisciplinary hospital

Есипов А.В., Паршин В.В., Гвасалия Б.Р., Стеганцев Д.И., Есипов А.С., Кочетов А.Д. – Опыт выполнения экстраперитонеоскопических интрафасциальных нервосберегающих радикальных простатэктомий с сохранением пубо-везикального комплекса

37

Esipov A.V., Parshin V.V., Gvasaliya B.R., Stegantsev D.I., Esipov A.S., Kochetov A.D. – Experience in the performance of extraperitoneoscopic intrasfascial nerve-sparing radical prostatectomy with conservation of pubovesical complex

Пинчук О.В., Кохан Е.П., Образцов А.В., Яменсков В.В., Крыжов С.Н., Минин К.Ю. – Аневризматическая трансформация ксенопротеза в инфраингвинальной позиции

41

Pinchuk O.V., Kokhan E.P., Obraztsov A.V., Yamenskov V.V., Kryzhov S.N., Minin K.Yu. – Aneurysmal transformation of the xenoprosthesis in the infrainguinal position

Есион Г.А., Лищук А.Н., Колтунов А.Н., Карпенко И.Г., Ли Г.А. – Улучшение результатов протезирования клапана аорты у пожилых пациентов посредством использования импланта «ON-X»

45

Esion G.A., Lishchuk A.N., Koltunov A.N., Karpenko I.G., Li G.A. – Improvement of aortic valve replacement results in elderly patients by using an ON-X implant

Павлов А.И., Фадина Ж.В. – Тактика ведения больных с диареей неинфекционного генеза в стационаре

49

Pavlov A.I., Fadina Zh.V. – Tactics of management of diarrhea of noninfectious genesis in a hospital

Серик А.Н., Светикова Л.А., Назарова Н.А., Неверов М.Г. – Диагностическая значимость конусно-лучевой компьютерной томографии в оценке состояния слезоотводящих путей 54 *Serik A.N., Svetikova L.A., Nazarova N.A., Neverov M.G. – Diagnostic significance of cone beam computed tomography in assessing the condition of lacrimal passages*



**Авиационная
и военно-морская медицина**

Air and navy medicine

Жильцова И.И., Альжев Н.В., Анненков О.А., Лапшина Т.А. – Влияние психоэмоционального напряжения на постуральную устойчивость по показателям спектра статокинезиограммы и вариабельности сердечного ритма 61 *Zhiltsova I.I., Alzhev N.V., Annenkov O.A., Lapshina T.A. – Influence of psychoemotional stress on postural stability on the parameters of the statokinesiogram spectrum and heart rate variability*



**По страницам зарубежной
медицинской печати**

***From the foreign
medical publications***

Алейников С.И., Голота А.С., Крассий А.Б., Парфенов В.Д., Солдатов Е.А., Солдатов К.Е., Шалахин Р.А. – Медицинская служба сил самообороны Японии 70 *Aleinikov S.I., Golota A.S., Krassii A.B., Parfenov V.D., Soldatov E.A., Soldatov K.E., Shalakhin R.A. – Medical Service of the Japan Self-Defense Forces*



Краткие сообщения

75 ***Brief reports***



**Из истории
военной медицины**

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

Крайний В.А., Крайняя Е.В. – Опыт противозидемического обеспечения Белорусской наступательной операции «Багратион» 83 *Krainii V.A., Krainyaya E.V. – Experience of antiepidemic support of the Belarusian offensive operation «Bagration»*



Официальный отдел

88 ***Official communications***



Лента новостей

23, 60,
69, 87,
90, 92 ***News feed***



Хроника

Chronicle

Соболенко А.К., Галин Л.Л. – Внеочередная конференция Объединения ветеранов военно-медицинской службы 92 *Sobolenko A.K., Galin L.L. – Extraordinary conference of the Association of Veterans of the Military Medical Service*

CONTENTS



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК [614.25:355](091)

3-й Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневого: опыт, высокие технологии, инновации (к 50-летию со дня образования)

ЕСИПОВ А.В., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, генерал-майор медицинской службы
АЛЕХНОВИЧ А.В., профессор, подполковник медицинской службы запаса (vtnauka@mail.ru)
ФРОЛКИН М.Н., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы в отставке

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого», г. Красногорск, Московская область

20 июня 2018 г. исполняется 50 лет со дня основания 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого Минобороны России. Сегодня госпиталь — одно из ведущих медицинских и научных учреждений Вооруженных Сил Российской Федерации. Основными медицинскими и научными направлениями его работы являются кардиохирургия, кардиология, урология, нейрохирургия, неврология, боевая хирургическая и терапевтическая патология, ранняя реабилитация раненых и больных военнослужащих и др. Госпиталь является крупным методическим и учебным центром медицинской службы, учреждением с богатым опытом практической работы в условиях военного и мирного времени.

Ключевые слова: 3-й Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневого, история медицины, инновации, опыт, высокие технологии.

Esipov A.V., Alekhovich A.V., Frolkin M.N. — The Vishnevskiy 3rd Central military clinical hospital: experience, high technology and innovation (to the 50th anniversary). June 20, 2018 marks the 50th anniversary of the founding of the Vishnevsky 3rd Central military clinical hospital of the Ministry of Defense of Russia. Today the hospital is one of the leading medical and scientific institutions of the Armed Forces of the Russian Federation. The main medical and scientific directions of his work are cardiosurgery, cardiology, urology, neurosurgery, neurology, combat surgical and therapeutic pathology, early rehabilitation of wounded and sick military personnel, etc. The hospital is a large methodical and educational center of medical service, an institution with rich experience of practical work in conditions of military and peacetime.

Keywords: the Vishnevsky 3rd Central military clinical hospital, history of medicine, innovations, experience, high technologies.

Федеральному государственному бюджетному учреждению «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневого» Министерства обороны Российской Федерации **20 июня 2018 г.** исполняется 50 лет.

В историческом аспекте условно можно выделить следующие периоды становления:

— строительство госпиталя и формирование в нем приоритетных лечебно-диагностических, а также научных направлений (1969–1992 гг.);

— интенсификация лечебно-диагностического процесса и вхождение в систему управления качеством и безопасностью медицинской деятельности (1993–2003 гг.);

— развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи по актуальным для Вооруженных Сил РФ проблемам медицинской науки и практики (с 2004 г. по настоящее время);

— формирование на базе госпиталя крупного медицинского объединения путем присоединения новых структурных

3-му Центральному военному клиническому госпиталю имени А.А.Вишневого – 50 лет



Начальник госпиталя комментирует операцию



Оперируют офтальмологи

3-му Центральному военному клиническому госпиталю имени А.А.Вишневого – 50 лет



Панорамный вид на корпуса госпиталя с высоты птичьего полета



Гибридная операционная

3-му Центральному военному клиническому госпиталю имени А.А.Вишневого – 50 лет



Сотрудники госпиталя в Национальном центре управления обороной Российской Федерации на показе министру обороны РФ образцов медицинской одежды



Идет операция в гибридной операционной

3-му Центральному военному клиническому госпиталю имени А.А.Вишневого – 50 лет



На территории госпиталя находится памятник фронтовой медсестре



Храм во имя святителя Луки (Войно-Ясенецкого)



Панорамный вид на многопрофильный хирургический корпус



В госпитале выстроены интеграционные связи с Военно-медицинской академией имени С.М.Кирова, ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, ведущими клиниками Москвы, госпиталями и поликлиниками МО РФ.

Командованием госпиталя не только решаются задачи организации высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, но и уделяется внимание совершенствованию системы боевой и мобилизационной готовности. Более 80 сотрудников имеют боевой опыт и принимали участие в лечении раненых в «горячих точках».

В 2006 г. в госпитале создано и эффективно работает штатное отделение управления качеством и безопасности медицинской деятельности, первое в медицинской службе Вооруженных Сил Российской Федерации.

Большое внимание уделяется психологической и духовной поддержке наших пациентов. На территории госпиталя построен и освящен православный храм во имя Святителя Луки (профессора-хирурга В.Ф.Войно-Ясенецкого).

Сегодня ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого» Минобороны России — многопрофильное инновационное медицинское и научное учреждение, один из лидеров среди крупных медицинских центров не только Вооруженных Сил РФ, но и страны, предназначенное для оказания высокотехнологичной специализированной медицинской помощи и ранней реабилитации военнослужащих МО РФ, членов их семей, представителей других силовых структур, имеющих право на медицинскую помощь в военных лечебно-профилактических организациях.

3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого был и остается флагманом военного и гражданского здравоохранения, продолжая вносить весомый вклад в инновационное развитие российской медицинской науки и практики.

В юбилейный год командование и коллектив госпиталя с уверенностью смотрят в будущее, всегда готовы выполнить самые сложные задачи по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи. Сохранение здоровья военнослужащих России — такова наша благородная цель.

© Б.Л.ШКЛОВСКИЙ, А.А.ПРОХОРЧИК, 2018
УДК [616.12-036.86:355]:614.25

Военно-врачебная экспертиза при сердечно-сосудистых заболеваниях в центральном военном клиническом госпитале

ШКЛОВСКИЙ Б.Л., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
ПРОХОРЧИК А.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
(procardio@yandex.ru)

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Представлен анализ работы терапевтической военно-врачебной комиссии 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого по медицинскому освидетельствованию более 4 тыс. военнослужащих с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Показаны особенности входящего потока военнослужащих с кардиоваскулярной патологией в центральный военный клинический госпиталь. Отмечены проблемные вопросы повседневной экспертной работы. Рост распространенности факторов риска ССЗ у лиц призывного возраста, увеличение продолжительности службы военнослужащих кадра обуславливают в ближайшей перспективе рост значимости ССЗ и повышенное внимание к данной проблеме всех звеньев медицинской службы в плане профилактики, раннего выявления, своевременного и адекватного лечения, динамического наблюдения и медицинского освидетельствования военнослужащих. Сердечно-сосудистая патология в экспертной работе терапевтической ВВК центрального военного госпиталя занимает важное место вследствие преобладания этих больных в структуре освидетельствуемых



военнослужащих (более 50%), наличия у значительной части освидетельствуемых выраженных морфологических и функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы, коморбидной патологии, в значительной степени ограничивающих их годность к военной службе.

К л ю ч е в ы е с л о в а: военнослужащие, военно-врачебная экспертиза, сердечно-сосудистые заболевания, центральный военный клинический госпиталь.

Shklovskii B.L., Prokhorchik A.A. — Military-medical examination for cardiovascular diseases in the central military clinical hospital. The analysis of the work of the therapeutic military medical commission 3 of the CMCH on medical examination of more than 4 thousand military personnel with cardiovascular diseases is presented. The features of the incoming flow of military personnel with cardiovascular pathology are shown in the central military clinical hospital. The acute issues of daily expert work were noted. The increase in the prevalence of risk factors for cardiovascular diseases in persons of conscript age, the increase in the length of service of military personnel in the frame will, in the near future, increase the importance of cardiovascular diseases and the increased attention to this problem at all levels of the medical service in terms of prevention, early detection, timely and adequate treatment, dynamic observation and medical examination of military personnel. Cardiovascular pathology in the expert work of the therapeutic military medical commission of the central military hospital occupies an important place due to the prevalence of these patients in the structure of the surveyed military personnel (more than 50%), the presence of significant morphological and functional disorders of the cardiovascular system, comorbid pathology, in to a significant extent restricting their fitness for military service.

К е у w o r d s: military prsonnel, military medical examination, cardiovascular diseases, central military clinical hospital.

Болезни системы кровообращения (БСК) — наиболее распространенная неинфекционная патология во всех странах мира. В России в 2014 г. на долю БСК приходилось 1,1% всей заболеваемости детского населения (0–17 лет) и 19,4% взрослого [1]. Начиная с 1970-х годов более половины смертей россиян обусловлены БСК. Среди них выделяется прежде всего *ишемическая болезнь сердца* (ИБС), которая является причиной смерти более половины умерших от БСК (28% общего числа умерших в 2013 г.). Причиной смерти практически каждого третьего умершего от заболеваний сердца и сосудов являются цереброваскулярные заболевания (16,5% общего числа умерших) [2].

В *Вооруженных Силах* (ВС) РФ БСК в структуре первичной заболеваемости военнослужащих по контракту составляют всего 6,7%. Однако при этом *сердечно-сосудистые заболевания* (ССЗ) на протяжении ряда лет стойко сохраняют наибольшую медицинскую и социальную значимость по показателям увольняемости и смертности офицеров и прапорщиков. Так, в 2013 г. БСК составили около $\frac{1}{3}$ в структуре и увольняемости, и общей смертности. В этом же году от ССЗ умерли 52 офицера. При этом возраст умерших составлял 35–45 лет [5].

В системе оказания медицинской помощи военнослужащим, имеющим факторы риска и страдающим ССЗ, прин-

ципальную роль играет взаимодействие войскового, амбулаторно-поликлинического, госпитального звеньев по раннему активному выявлению, диагностике, исчерпывающему лечению пациентов кардиоваскулярного профиля с последующим динамическим наблюдением за ними и, при необходимости, принятием экспертных решений.

Возможности лечебно-диагностической базы центральных лечебных учреждений МО РФ (ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, ЦВКГ им. П.В.Мандрыка, 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого, ВМедА им. С.М.Кирова) определяют особенность формирования входящего потока военнослужащих с кардиоваскулярной патологией как из войсковых частей и организаций МО РФ по территориальному принципу, так и по направлениям медицинской службы всех военных округов (флотов) с целью углубленного обследования и исчерпывающего лечения в случаях, когда они возможны лишь в условиях центрального военного госпиталя (как правило, это проведение ангиографических, электрофизиологических исследований, рентгенэндоваскулярных и кардиохирургических вмешательств) [1]. В 3 ЦВКГ пациенты с ССЗ — это каждый второй терапевтический больной и каждый третий поступающий на стационарное лечение. Во входящем потоке больных терапевтического профиля военнослужащие составляют 30%. Из них каждый



шения данных госпиталей и клиник, возможностью проведения исчерпывающих лечебно-диагностических мероприятий и вынесения обоснованных экспертных решений. Вместе с тем необходимыми условиями проведения экспертной работы на должном уровне (полноценность обследования, своевременность принятия обоснованных экспертных решений) являются твердое знание председателями и всеми членами ВВК любого уровня требований руководящих документов по вопросам ВВЭ (федеральных законов, постановлений Правительства РФ, приказов министра обороны, директив и инструкций начальника ГВМУ МО РФ), умение правильно применять их в конкретной клиничко-экспертной ситуации.

Необходимо остановиться на одном организационном аспекте медицинского освидетельствования военнослужащих. Согласно требованиям ст. 55–57 Положения, «при наличии у офицеров, прапорщиков, мичманов заболеваний, по которым расписанием болезней предусматривается индивидуальная оценка категории годности к военной службе, заключение о категории годности к военной службе выносится с учетом их состояния здоровья, а также сведений, изложенных в служебной и медицинской характеристиках. В служебной характеристике на военнослужащего отражаются сведения о его способности исполнять обязанности военной службы, службы по военно-учетной специальности. В медицинской характеристике указываются сведения о результатах обследований, медицинских осмотров, диспансерного динамического наблюдения за состоянием здоровья военнослужащего, количестве его обращений за медицинской помощью, количестве дней

трудопотерь, влиянии исполнения обязанностей военной службы, службы по военно-учетной специальности на состояние здоровья и предварительному диагнозу» [7]. Мы отмечаем высокую частоту представления командирами и должностными лицами медицинской службы характеристик констатирующего содержания, без необходимых для принятия экспертного решения выводов, что обусловлено либо недостаточными знаниями соответствующими должностными лицами требований Постановления, либо формальным подходом к отработке документов для медицинского освидетельствования.

Таким образом, ССЗ занимают в экспертной работе терапевтической ВВК центрального военного госпиталя важное место, которое обусловлено:

– преобладанием больных ССЗ в структуре освидетельствуемых военнослужащих (более 50%);

– наличием у значительной части освидетельствуемых по ССЗ выраженных морфологических и функциональных нарушений состояния сердечно-сосудистой системы, коморбидной патологии, в значительной степени ограничивающих годность к военной службе.

Возрастание значимости факторов риска ССЗ у лиц призывного возраста, а также увеличение продолжительности службы военнослужащих кадра в ближайшей перспективе будут обуславливать рост значимости этой патологии в структуре заболеваемости военнослужащих и повышенное внимание к данной проблеме всех звеньев медицинской службы в плане профилактики, раннего выявления, своевременного и адекватного лечения, динамического наблюдения и медицинского освидетельствования.

Литература

1. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Болезни системы кровообращения и сердечно-сосудистая хирургия в Российской Федерации. Состояние и проблемы / Об актуальных проблемах борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации. – 2015. – № 44 (597). – С. 9–18.

2. Вишневецкий А.Г., Андреев Е.М., Тимонин С.А. Влияние болезней системы кровообращения на демографическое развитие Российской

Федерации / Об актуальных проблемах борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации. – 2015. – № 44 (597). – С. 61–77.

3. Диагностика и военно-врачебная экспертиза при заболеваниях, являющихся наиболее частой причиной увольнения с военной службы офицеров, прапорщиков (мичманов), не достигших предельного возраста пребывания на военной службе: Метод. рекомендации. – М.: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, 2009. – 82 с.



4. Об организации военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации: Метод. рекомендации. — М.: ГВМУ МО РФ, 2016.

5. Оценка состояния здоровья военнослужащих Министерства обороны Российской Федерации за 2013 год. — М.: ГВМУ МО РФ, 2014.

6. Положение по оказанию медицинской помощи в военно-медицинских организаци-

ях Министерства обороны Российской Федерации, дислоцированных в городе Москве и Московской области: Прилож. к приказу начальника ГВМУ МО РФ от 13.10.2017 г. № 111.

7. Постановление Правительства РФ от 4.07.2013 г. № 565 (в ред. от 19.05.2015 г.) «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».

© Н.В.АЛЛАМЯРОВА, Э.Г.САНАКОЕВА, 2018
УДК 616-089.843:34

К вопросу о презумпции согласия на посмертное донорство: правовые проблемы реализации

АЛЛАМЯРОВА Н.В., кандидат медицинских наук
САНАКОЕВА Э.Г., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
(dodot@mail.ru)

Филиал Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Москва

В статье рассматриваются вопросы реализации прав человека в сфере посмертного донорства и трансплантации органов и (или) тканей в Российской Федерации. Выявлены главные проблемы функционирования в стране модели «презумпции согласия», в частности отсутствие действенного механизма реализации соматических прав человека в сфере посмертного донорства и трансплантации. Для повышения доступности оказания медицинской помощи методом трансплантации органов льготному контингенту Минобороны России целесообразно создать ведомственную систему координации донорства органов.

К л ю ч е в ы е с л о в а: права гражданина, посмертное донорство, трансплантация органов и тканей человека, презумпция согласия.

Allamyarova N.V., Sanakoeva E.G. — To the question of presumed consent to posthumous organ donation: legal problems of implementation. The article deals with the implementation of human rights in the sphere of postmortem donation and transplantation of organs and (or) tissues in the Russian Federation. The main problems of the functioning of the «presumption of consent» model in the country, in particular, the lack of an effective mechanism for realizing somatic human rights in the sphere of postmortem donation and transplantation, are revealed.

K e y w o r d s: citizen's rights, posthumous donation, transplantation of human organs and tissues, presumption of consent.

Трансплантация донорских органов является на сегодняшний день наилучшей доступной технологией оказания медицинской помощи пациентам с терминальной стадией недостаточности жизненно важных органов — сердца, легких, печени, почек. Свыше 1 млн пациентов во всем мире живут с пересаженными органами благодаря успешно выполненным трансплантациям. Продолжительность жизни пациентов с пересаженными органами на сегодняшний день превышает 25 лет, а пятилетняя выживаемость пересаженных органов составляет более 70%. Благодаря современным технологиям в хирургии и интенсивной

медицине, регулярно появлению новых эффективных иммунодепрессантов значительно большее число нуждающихся могли бы получать трансплантологическую помощь. Одним из факторов, ограничивающим рост необходимых трансплантаций органов, является дефицит последних [3].

Обращаясь к международно-правовому опыту, заметим, что комплексное регулирование вопросов трансплантологии на глобальном уровне было положено относительно недавно, а поиски наилучших юридических форм продолжают и в настоящее время, что в условиях стремительного прогресса медицин-



Литература

1. Глобальная база данных по трансплантации: Деятельность и виды практики [Электронный ресурс] URL: <http://www.who.int/transplantation/gkt/statistics/ru/> (дата обращения: 07.03.2018).
2. Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] Режим доступа: URL: <http://base.garant.ru/136366/> (дата обращения: 07.03.2018).
3. *Минина М.Г.* Разработка и внедрение в практику здравоохранения инновационной модели донорства органов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2016. – 46 с.
4. Определение Конституционного суда Российской Федерации от 4 декабря 2003 г. № 459-О «Об отказе в принятии к рассмотрению запроса Саратовского областного суда о проверке конституционности статьи 8 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» [Электронный ресурс] Режим доступа: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_46696/ (дата обращения: 07.03.2018).
5. Проект федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации» [Электронный ресурс] Режим доступа: URL: <https://www.gosminzdrav.ru/documents/8145> (дата обращения: 07.03.2018).
6. Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации тканей, клеток и органов [Электронный ресурс] Режим доступа: URL: http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22ru (дата обращения: 07.03.2018).
7. *Стеценко С.Г.* Донорство органов (тканей) человека: правовые аспекты // В кн.: Биомедицинское право России и за рубежом. – М.: Проспект, 2016. – С. 143.
8. *Тришкин Д.В., Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Рыжман Н.Н., Реутский И.А.* и др. Обоснование создания системы координации донорства органов в Вооруженных Силах Российской Федерации / Трансплантация и донорство органов: Матер. III Рос. национ. конгр. 2–4 октября 2017 г. // Вестник трансплантологии и искусственных органов. Прилож. – Т. XIX. – С. 29.
9. Федеральный закон от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] Режим доступа: URL: <http://base.garant.ru/105870/> (дата обращения: 07.03.2018).
10. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 07.03.2018).

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

На конференцию, которая прошла в *Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова* при поддержке **Всероссийского научного медицинского общества анатомов, гистологов и эмбриологов**, приехали около 80 гостей из Крыма, Тюмени, Екатеринбурга, Самары, Ростова-на-Дону и других городов России.

С приветственным словом к собравшимся в гостинице «Санкт-Петербург» обратился руководитель форума заместитель начальника ВМА им. С.М.Кирова по учебной и научной работе, профессор генерал-майор медицинской службы **Богдан Котив**.

Доклад заведующей кафедрой профессора **Ирины Одинцовой** был посвящен основным вехам в истории кафедры – ее становлению и развитию. На пленарных и секционных заседаниях выступили известные гистологи страны.

На конференции прошел круглый стол, на котором состоялось обсуждение методик преподавания предмета гистологии в вузах России.

Почетными гостями форума стали заведующие кафедрами морфологического и клинического профиля ВМА им. С.М.Кирова **Вадим Чирский, Николай Фомин, Иван Гайворонский**.

Сертификаты участника конференции были вручены курсантам, слушателям и студентам академии – активным кружковцам гистологической секции, имеющим высокие достижения в изучении гистологических методик.

Департамент информации и массовых коммуникаций

Министерства обороны Российской Федерации, 9 апреля 2018 г.

https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12170516@egNews



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.136.4-001.35

Синдром компрессии чревного ствола: терминология, диагностика и лечение

*КОХАН Е.П., лауреат Государственной премии СССР, заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке (ekox31@mail.ru)
БЕЛЯКИН С.А., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы запаса (belyakin@mail.ru)
ПАЦЕНКО М.Б., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы (patsenko_mb@mail.ru)
ОБРАЗЦОВ А.В., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы
МИРОНЕНКО Д.А., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса (mironenko-da@mail.ru)*

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

В статье изложены результаты обследования 86 больных с синдромом компрессии чревного ствола с гемодинамически значимым сдавлением сосуда, подтвержденным инструментальными методами исследования – рентгеноконтрастной аортографией, компьютерно-томографической ангиографией и цветным дуплексным сканированием. Хирургические методы лечения (47 больных) включали в себя условно-реконструктивные операции (45), реконструктивную (1), лапароскопическую декомпрессию (1). Ближайшие результаты расценены как положительные (хорошие и удовлетворительные) у 78,7% оперированных. В ближайший послеоперационный период осложнения возникли у 10 (21,3%) пациентов, в т. ч. реактивный панкреатит, тромбоэмболия легочной артерии, частичное расхождение швов апоневроза, острое нарушение мозгового кровообращения, постваготомические осложнения (гастростаз), эрозивно-геморрагический гастрит. Послеоперационная летальность составила 2,1%. В отдаленный период из 38 больных хорошие результаты достигнуты у 19 (50%), удовлетворительные – у 15 (39,5%), у 4 (10,5%) больных имели место частые обострения хронического кистозного панкреатита, острый панкреатит, синдром Маллори–Вейса, частые обострения язвенной болезни с формированием стеноза луковицы двенадцатиперстной кишки.

К л ю ч е в ы е с л о в а: синдром компрессии чревного ствола, синдром срединной дугообразной связки, хроническая абдоминальная ишемия, хирургические методы лечения.

Kokhan E.P., Belyakin S.A., Patsenko M.B., Obratsov A.V., Mironenko D.A. – Celiac axis compression syndrome: terminology, diagnosis and treatment. The article presents the results of examination of 86 patients with the syndrome of compression of the celiac trunk with hemodynamically significant compression of the vessel, confirmed by instrumental methods of investigation - radiopaque aortography, computed tomographic angiography and color duplex scanning. Surgical methods of treatment (47 patients) included conditionally reconstructive operations (45), reconstructive (1), laparoscopic decompression (1). The nearest results are regarded as positive (good and satisfactory) in 78.7% of those operated. In the nearest postoperative period, complications arose in 10 (21.3%) patients, including reactive pancreatitis, pulmonary embolism, partial divergence of aponeurosis sutures, acute cerebrovascular accident, post-vaginal complications (gastrostasis), erosive hemorrhagic gastritis. Postoperative mortality was 2.1%. In a remote period of 38 patients, good results were achieved in 19 (50%), satisfactory in 15 (39.5%), 4 (10.5%) patients had frequent exacerbations of chronic cystic pancreatitis, acute pancreatitis, Mallory- Weiss, frequent exacerbations of peptic ulcer with the formation of stenosis of the bulb of the duodenum.

К е y o r d s: syndrome of compression of the celiac trunk, syndrome of the median arched ligament, abdominal toad, chronic abdominal ischemia, surgical methods of treatment.



Литература

1. *Белякин С.А., Кохан Е.П., Мироненко Д.А.* Хроническая абдоминальная ишемия. — М.: Бином, 2014. — 168 с.
2. *Гавриленко А.В., Косенков А.Н.* Диагностика и хирургическое лечение хронической абдоминальной ишемии. — М.: Грааль, 2000. — 170 с.
3. *Кохан Е.П., Мироненко Д.А.* Аневризмы висцеральных артерий: исторический обзор // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. — 2017. — Т. 10, № 2. — С. 9–14.
4. *Покровский А.В.* Хронические нарушения висцерального кровообращения // В кн.: Заболевания аорты и ее ветвей. — М.: Медицина, 1979. — Гл. 4. — С. 132–161.
5. *Покровский А.В., Казанчан П.О., Дюжи-ков А.А.* Диагностика и лечение хронической ишемии органов пищеварения. — Ростов н/Д: Изд-во Рост. гос. ун-та, 1982. — 224 с.
6. *Потапов Л.В., Князев М.Д., Игнашов А.М.* Ишемическая болезнь органов пищеварения. — М.: Медицина, 1985. — 216 с.
7. *Шалимов С.А., Копчак В.М., Радзиховский А.П.* Абдоминальный ишемический синдром. — Киев: Здоров'я, 1986. — 124 с.
8. *Dunbar J.D., Molnar W., Beman F.F., Marable S.A.* Compression of the celiac trunk and abdominal angina // Am. J. Roentgenol. Radium Ther. Nucl. Med. — 1965. — Vol. 95, N 3. — P. 731–744.
9. *Gibbons C.P., Roberts D.E.* Endovascular treatment of chronic arterial mesenteric ischemia: a changing perspective? // Semin. Vasc. Surg. — 2010. — Vol. 23, N 1. — P. 47–53.
10. *Harjola P.-T.* A rare obstruction of the coeliac artery: report of a case // Ann. Chir. Gynaecol. Fenn. — 1963. — Vol. 52. — P. 547–550.
11. *Lancisi G.M.* De Motu Cordis et Aneurysmatibus. — Romae: J.M. Salvioni, 1728. — 160 p.
12. *Lipshutz B.* A Composite Study of the Coeliac Axis Artery // Ann. Surg. — 1917. — Vol. 65. — P. 159–169.
13. *Marable S.A., Kaplan M.F., Beman F.M., Molnar W.* Celiac compression syndrome // Am. J. Surg. — 1968. — Vol. 115, N 1. — P. 97–102.
14. *Riverii L.* De Melancholia hypochondriaca. In: Praxis Medica. — Lugduni: Huguetan & Ravaud, 1653. — P. 210–215.
15. *Warter, J., Storck D., Kieny R., Tongio J.* La maladie phreno-oeiaque // Ann. Radiol. — 1976. — Vol. 19, N 3. — P. 361–370.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.25-003.2-08:614.2

Плевральный выпот как междисциплинарная проблема: опыт оказания специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре

ФОКИН Ю.Н., заслуженный работник здравоохранения Московской области, профессор, полковник медицинской службы запаса (fokin@mail.ru)
ШКЛОВСКИЙ Б.Л., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы (Zhospital@mail.ru)
ТАТАРИН В.С., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы (Zhospital@mail.ru)
БАДУРОВ Б.Ш., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы запаса (Zhospital@mail.ru)
ЕГОРОВ В.В., майор медицинской службы (egorovvik@mail.ru)
БАКШЕЕВ В.И., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке (baksheevld@mail.ru)

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Приведены особенности клиники, диагностики и лечения плевральных выпотов. Подчеркивается, что диагностика плевральных выпотов является междисциплинарной проблемой, в решении которой участвуют врачи различных специальностей. Верификацию плевральных выпотов позволяют значительно улучшить современные методы. Вместе с тем, по данным авторов статьи, в 9% случаев выявить этиологию плевральных выпотов не удастся. Приведена схема интеграционной системы организации специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре больницы с плевральным выпотом, внедрение которой позволило повысить эффективность и качество лечения этой патологии.

К л ю ч е в ы е с л о в а: плевральный выпот, гидроторакс, экссудативный плеврит, организация специализированной медицинской помощи.



Fokin Yu.N., Shklovskii B.L., Tatarin V.S., Badurov B.Sh., Egorov V.V., Baksheev V.I. – Pleural effusion as an interdisciplinary problem: the experience of providing specialized medical care in a multidisciplinary hospital. The features of the clinic, diagnosis and treatment of pleural effusions are given. It is emphasized that the diagnosis of pleural effusions is an interdisciplinary problem, in the decision of which doctors of various specialties take part. Verification of pleural effusions can significantly improve modern methods. However, according to the authors of the article, in 9% of cases, it is not possible to reveal the etiology of pleural effusions. The scheme of the integration system for the organization of specialized medical care in a multidisciplinary hospital for patients with pleural effusions has been introduced, the introduction of which has made it possible to increase the effectiveness and quality of treatment of this pathology.

Keywords: pleural effusion, hydrothorax, exudative pleurisy, organization of specialized medical care.

Плевральные выпоты – общая медицинская проблема с более чем 50 признанными причинами развития, включая болезни плевры, легких, системные заболевания и коллагенозы, дисфункции органов и воздействие медикаментов [28]. *Плевральный выпот (ПВ)* – синдром накопления жидкости в плевральной полости в результате избыточной ее продукции и (или) пониженной абсорбции [17].

При различных патологических процессах, воздействующих на плевру, а также при изменении системных факторов, влияющих на движение плевральной жидкости, наблюдается нарушение физиологического равновесия и накопление избыточного количества плевральной жидкости в одной или обеих плевральных полостях [7, 20].

В индустриально развитых странах ПВ диагностируется в 320 случаях на 1 млн населения [29]. По данным аутопсии, у 48,7% умерших имеются сращения в грудной полости как результат перенесенного легочно-плеврального воспаления [9, 12].

Уже в трудах Гиппократ (5–4 вв. до н. э.) и Авиценны (980–1037) «водянка легкого», «грудная водянка» или «гидроторакс» (греч. *hidro* – вода) выделяется в отдельное патологическое состояние, требующее детального поиска причин «[изобилия] материи» в организме [1] и тщательного лечения [2].

В настоящее время общепризнано, что ПВ всегда вторичен и является следствием осложненного течения заболеваний, а также травм органов груди и живота [28]. Так, при злокачественных новообразованиях легкого и плевры ПВ диагностируется в 50% случаев, у больных раком молочной железы – в 48%, гемобластозах – в 26%, яичников – в 10%, желудка, толстой кишки, поджелудочной

железы, меланомы по 6% [11]. У больных терапевтического профиля ПВ выявляется в 10%, из них при застойной сердечной недостаточности и красной волчанке – в 50%, пневмонии и *тромбоэмболии легочной артерии* (ТЭЛА) – в 40%, ВИЧ – от 7 до 27%, туберкулезе – в 20%, ревматоидном артрите и ревматизме – в 5% [6].

Ключ к пониманию патофизиологии ПВ – знание научно обоснованных анатомо-физиологических механизмов внутриплеврального гидробаланса. В норме между висцеральным и париетальным листками плевры содержится до 30 мл жидкости [25]. Она обеспечивает свободную экскурсию легких при акте дыхания. По составу плевральная жидкость схожа с плазмой крови, но с более низким содержанием белка. Согласно уравнению E.N.Starling [30], между объемами жидкости, фильтрующейся в артериальном конце капилляров, и жидкости, подвергающейся реабсорбции в венозном конце капилляра, в нормальном состоянии существует динамическое равновесие.

Большое значение в этом процессе придается и лимфодренажу. Уровень гидростатического давления в капиллярах париетального листка плевры существенно выше, чем в висцеральных (30 и 11 см вод. ст. соответственно). Этим обеспечивается фильтрация жидкости из сосудов париетальной плевры с реабсорбцией висцеральными капиллярами в объеме 100 мл в час. Динамическое равновесие данных процессов определяется «силами Старлинга» [19]. Основные из них: гидростатическое давление крови на стенку капилляра; гидростатическое давление интерстициальной жидкости; онкотическое давление плазмы крови и интерстициальной жидкости; проницаемость капиллярной стенки.



морфологического и цитологического материала позволила нам конкретизировать основной диагноз в 91% случаев.

Вместе с тем в 9% случаев выявить этиологию ПВ не удалось. Основные критерии идиопатического ПВ:

– длительное и рецидивирующее накопление жидкости в плевральной полости;

– отсутствие патологических изменений в легких и плевральной полости при рентгенологическом и КТ-исследовании;

– не получены данные за специфический процесс (при морфологическом исследовании плевральных биоптатов получены лишь данные за неспецифическое воспаление).

Анализируя исходы ПВ с учетом нозологии, установлено, что при адекватном лечении основного заболевания наблюдается в разные сроки спонтанное его разрешение. Так, при сердечной недостаточности, пневмонии, остром панкреатите он уменьшается на протяжении двух месяцев, при туберкулезе, деструктивном панкреатите, саркоидозе, после АКШ –

до шести месяцев, при коллагенозах и ревматоидных артритах – в более поздние сроки.

Диспансерное наблюдение больных с ПВ проводится в соответствии с основным заболеванием.

В Ы В О Д Ы

1. Плевральный выпот – синдромо-комплекс, свидетельствующий о патологии легких (плевры) или других органов и систем, требующей в каждом конкретном случае тщательного диагностического поиска.

2. Наиболее точным методом диагностики ПВ является видеоторакоскопия (с биопсией).

3. Внедрение в практику интеграционной системы диагностики и лечения больных с ПВ позволило установить в ранние сроки окончательный диагноз и начать этиопатогенетическую терапию в 91% случаев.

4. Не удалось выявить причину плеврального выпота в 9% наблюдений.

Литература

1. *Авиценна*. Канон врачебной науки. – Ташкент: Изд-во «ФАН», 1980. – Книга III, Т. 2. – С. 77.

2. *Гиппократ*. Сочинения: Перевод с греческого *В.И. Руднева*. – М.: «Медгиз», 1944. – Т. 2. О болезнях. Книга вторая. – С. 109.

3. *Дужий И.Д.* Заболевания плевры: диагностические, хирургические и терапевтические аспекты. – Киев: Здоров'я, 1997. – 432 с.

4. *Есипов А.В., Шкловский Б.Л., Пащенко М.Б.* и др. Случай аденовирусной инфекции, осложненной грамотрицательным полимикробным сепсисом: клинико-морфологическое наблюдение // Тер. арх. – 2015. – Т. 87, № 11. – С. 92–96.

5. *Ильницький Р.И., Сахарчук И.И., Дудка П.Ф.* Синдром плеврального выпота: дифференциальная диагностика и лечебная тактика // Український пульмонологічний журнал. – 2004. – № 3. – С. 64–68.

6. Интенсивная терапия: национальное руководство в 2 т. / Под ред. *Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – Т. II. – 784 с.

7. *Лайт Р.У.* Болезни плевры: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1986. – 376 с.

8. *Лотов А.Н., Успенский Л.В., Павлов Ю.В.* Ультразвуковое исследование в дифференциальной диагностике плевритов // Хірургія. – 2000. – № 2. – С. 41–44.

9. *Маскелл Н.А., Бутланд Р.Д.* Рекомендации Британского Торакального общества (BTS) по обследованию взрослых больных с односторонним плевральным выпотом // Пульмонология: научно-практический журнал. – 2006. – № 2. – С. 13–26.

10. Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов. Приказ Минздрава СССР от 21.07.1988 г. № 579 (ред. от 25.12.1997 г., № 380).

11. Онкология. Национальное руководство / Под ред. *В.И. Чиссова, М.И. Давыдова*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 576 с.

12. *Прищепо М.К., Мазурин В.С., Гукасян Э.А., Ахметов М.М.* Синдром плеврального выпота: Учебное пособие. – М.: Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, 2012. – 120 с.

13. *Стародубцев В.С., Громова В.Е., Полушкина Е.Е.* Результаты дифференциальной диагностики плевритов // Пробл. тубер. – 1997. – № 5. – С. 34–35.

14. *Шмелев Е.И.* Дифференциальная диагностика плевритов // Русский медицинский журнал. – 1999. – № 5. – С. 212–216.

15. *Burrows C.M., Mathews W.C., Colt H.G.* Predicting survival in patients with recurrent symptomatic malignant pleural effusions: an assessment of the prognostic values of physiologic, morphologic, and quality of life measures of extent of disease // Chest. – 2000. – Vol. 117, N 1. – P. 73–78.



16. *Diacon A.H., Van de Wal B.W., Wyser C., Smedema J.P., Bezuidenhout J., Bolliger C.T., Walz G.* Diagnostic tools in tuberculous pleurisy: a direct comparative study // *Eur. Respir. J.* – 2003. – N 22. – P. 589–591.
17. *Diaz-Guzman E., Dweik R.A.* Diagnosis and management of pleural effusions: a practical approach // *Compr. Ther.* – 2007. – Vol. 33, N 4. – P. 237–246.
18. *Hooper C., Lee Y.C., Maskell N.; BTS Pleural Guideline Group.* Investigation of a unilateral pleural effusion in adults: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010 // *Thorax.* – 2010. – Vol. 65, Suppl 2. – P. ii4–ii17.
19. *Hu X., Adamson R.H., Liu B., Curry F.E., Weinbaum S.* Starling forces that oppose filtration after tissue oncotic pressure is increased // *Am. J. Physiol. Heart Circ Physiol.* – 2000. – Vol. 279, N 4. – P. H1724–H1736.
20. *Kinasewitz G.T., Fishman A.P.* Influence of alterations in Starling forces on visceral pleural fluid movement // *J. Appl. Physiol.* – 1981. – Vol. 51. – P. 671–677.
21. *Light R.W., Macgregor M.I., Luchsinger P.C., Ball W.C.Jr.* Pleural effusions: the diagnostic separation of transudates and exudates // *Ann. Intern. Med.* – 1972. – Vol. 77, N 4. – P. 507–513.
22. *Ly Y., Han G., Fan D.* Hepatic Hydrothorax // *Ann. Hepatol.* – 2018. – Vol. 17, N 1. – P. 33–46.
23. *Morelock S.Y., Sahn S.A.* Drugs and the Pleura // *Chest.* – 1999. – Vol. 116, N 1. – P. 212–221.
24. *Musani A.I.* Treatment options for malignant pleural effusion // *Curr. Opin. Pulm. Med.* – 2009. – Vol. 15, N 4. – P. 380–387.
25. *Noppen M.* Normal volume and cellular contents of pleural fluid // *Curr. Opin. Pulm. Med.* – 2001. – Vol. 7, N 4. – P. 180–182.
26. *Roberts M.E., Neville E., Berrisford R.G., Antunes G., Ali N.J.; British Thoracic Society Pleural Disease Guideline Group.* Management of a malignant pleural effusion: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010 // *Thorax.* – 2010. – Vol. 65, Suppl 2. – P. ii32–ii40.
27. *Rodriguez-Panadero F., Janssen J.P., Astoul P.* Thoracoscopy: general overview and place in the diagnosis and management of pleural effusion // *Eur. Respir. J.* – 2006. – Vol. 28, N 2 – P. 409–422.
28. *Sahn S.A., Heffner J.E.* Pleural fluid analysis. In: *Light R.W., Lee Y.C.G.* (eds). *Textbook of pleural diseases.* Hodder A, UK. – 2008. – P. 209–226.
29. *Sahn S.A.* Pleural effusions of extra-vascular origin // *Clin. Chest Med.* – 2006. – Vol. 27, N 2. – P. 285–308.
30. *Starling E.H.* On the Absorption of Fluids from the Connective Tissue Spaces // *J. Physiol.* – 1896. – Vol. 19, N 4. – P. 312–326.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.65-089.87

Опыт выполнения экстраперитонеоскопических интрафасциальных нервосберегающих радикальных простатэктомий с сохранением пубо-везикального комплекса

ЕСИПОВ А.В., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, генерал-майор медицинской службы (Zhospital@mail.ru)
ПАРШИН В.В., кандидат медицинских наук
ГВАСАЛИЯ Б.Р., доктор медицинских наук
СТЕГАНЦЕВ Д.И. (dstegancev@mail.ru)
ЕСИПОВ А.С. (alexeyesi pov@mail.ru)
КОЧЕТОВ А.Д. (andy_ko@bk.ru)

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Выполнена оценка эффективности оперативного лечения 10 пациентов с диагнозом: рак предстательной железы, которые перенесли экстраперитонеоскопическую интрафасциальную нервосберегающую радикальную простатэктомию с сохранением пубо-везикального комплекса. Критериями эффективности данной методики оперативного лечения считали сохранение эректильной функции и отсутствие недержания мочи в ранний и отдаленный послеоперационные периоды. В результате лечения у всех пациентов в послеоперационный период отмечалось удержание мочи; через 3–4 мес произошло восстановление эректильной функции без дополнительной стимуляции ингибиторами фосфодиестеразы 5-го типа. Данная техника простатэктомии предполагает детальное понимание хирургом оперативной анатомии предстательной железы и строго следование основным хирургическим принципам нервосбережения в целях значительного улучшения качества жизни пациентов.

К л ю ч е в ы е с л о в а: рак предстательной железы, простатэктомия, эректильная функция, пубо-везикальный комплекс, международный индекс эректильной функции.



Esipov A.V., Parshin V.V., Gvasaliya B.R., Stegantsev D.I., Esipov A.S., Kochetov A.D. — Experience in the performance of extraperitoneoscopic intrasfascial nerve-sparing radical prostatectomy with conservation of pubovesical complex. The efficacy of surgical treatment of 10 patients with a diagnosis of prostate cancer was assessed, which transferred extraperitoneoscopic intrasfascial nerve-sparing radical prostatectomy while preserving the pubovesical complex. Criteria for the effectiveness of this method of surgical treatment were the preservation of erectile function and the absence of incontinence in the early and late postoperative period. As a result of treatment, urine retention was noted in all patients in the postoperative period; in 3–4 months there was a restoration of erectile function without additional stimulation with inhibitors of phosphodiesterase type 5. This technique of prostatectomy involves a detailed understanding of the surgical operative anatomy of the prostate by the surgeon and strict adherence to the basic surgical principles of nerve-sparing in order to significantly improve the quality of life of patients.

Key words: prostate cancer, prostatectomy, erectile function, pubovesical complex, international index of erectile function.

Рак предстательной железы занимает 4-е место в структуре онкологической заболеваемости мужского населения [3]. С внедрением скрининговых программ ранней диагностики опухолей предстательной железы возросло количество пациентов молодого возраста, нуждающихся в радикальном лечении, с сохранением прежнего качества жизни (эректильная функция и удержание мочи).

Радикальная простатэктомия (РПЭ) является «золотым стандартом» для пациентов с локализованным раком предстательной железы, демонстрируя хорошие онкологические результаты. Однако выполнение РПЭ по классической методике без сохранения сосудисто-нервных пучков и пубо-везикального комплекса несет большой риск развития недержания мочи и эректильной дисфункции. Современные исследования показывают, что опыт, хирургическая техника оперирующего хирурга, соблюдение анатомических принципов при выполнении РПЭ при должном онкологическом результате обеспечивает сохранение эректильной функции и континенции. Улучшение качества жизни пациента может быть связано с использованием различных технических модификаций РПЭ, направленных на сохранение сосудисто-нервного пучка и механизма удержания мочи или его реконструкцию. К этим модификациям относятся:

- сохранение шейки мочевого пузыря (МП);
- сохранение максимальной длины уретры и ее интрапростатическая диссекция;
- сохранение и реконструкция пубо-простатических связей;
- сохранение нервных пучков, задняя реконструкция;
- передняя реконструкция и полная реконструкция фиксирующего аппарата уретры, простаты и МП;
- полное сохранение пубо-везикального комплекса.

Цель исследования

Улучшить показатели удержания мочи и эректильной функции у пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу рака предстательной железы, а также оценить их качество жизни.

Материал и методы

В урологическом отделении 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого за 2017 г. выполнено 10 экстраперитонеоскопических интрафасциальных нервосберегающих РПЭ с сохранением пубо-везикального комплекса пациентам с раком предстательной железы (T2a-bN0M0). Диагноз был подтвержден проведением трансректальной биопсии предстательной железы под УЗИ-контролем. Данные пациенты подходили по критериям отбора к вышеописанной методике оперативного лечения: средний возраст пациентов 59 ± 4 года; простатический специфический антиген (ПСА), нг/мл — 9 ± 3 ; объем предстательной железы, см³ — $43,3 \pm 10,5$; шкала Глисона — 6 ± 1 .

Показаниями к нервосбережению были: сохраненная дооперационная половая жизнь, стадия менее T2b, шкала Глисона 7 (3+4) или менее, уровень ПСА не более 10 нг/мл, отсутствие интраоперационного фиброза, отсутствие опухоли в области верхушки предстательной железы [1].

Всем пациентам выполнялась следующая техника хирургического лечения:

1) максимальное сохранение шейки мочевого пузыря с дистальным отделом уретры;

2) сохранение пубо-везикального комплекса (без прошивания дорзального венозного комплекса);

3) минимизация электрохирургического воздействия при интрафасциальном выделении предстательной железы и обработка верхушки семенных пузырьков ультразвуковым скальпелем HARMONIC (производитель Эतिकон, США);



пещеристой ткани, ее склерозу, потере объема гладкой мускулатуры и, как следствие, нарушению венозно-окклюзионного механизма. Дополнительно на вероятность послеоперационной ЭД могут влиять возраст пациента на момент проведения операции, исходное состояние ЭФ, а также наличие сопутствующих заболеваний.

Открытым остается вопрос о вкладе в послеоперационную ЭД артериальной недостаточности вследствие повреждения добавочных артерий, как правило, берущих начало от запирательной, пузырной или бедренной артерий и проходящих к половому члену под лобковой костью. Влияние сбережения дополнительных половых артерий на сохранение ЭФ было исследовано С. Rogers на 2399 пациентах, из которых 4% имели добавочные сосуды. По сравнению с контрольной группой (без добавочных артерий) при сохранении указанных сосудистых структур вероятность нормализации эрекции увеличивалась более чем вдвое, а продолжительность сексуальной реабилитации

уменьшалась с 12 до 6 мес [7]. Вместе с тем в исследовании G.N.Box [5] сохранение аксессуарных артерий не влияло на восстановление ЭФ.

Заключение

Нервосбережение с сохранением пубо-везикального комплекса (анатомо-сохраняющая техника) является предпочтительным у пациентов с низким риском экстрапростатической экстензии и сохранной эректильной функцией. Данная техника требовательна к хирургу и предполагает детальное понимание оперативной анатомии предстательной железы и строгое следование основным хирургическим принципам нервосбережения ради значительного улучшения качества жизни пациентов в послеоперационный период.

При использовании ультразвукового скальпеля ткани не подвергаются воздействию электрического тока, поэтому полностью отсутствует риск, обусловленный прямым воздействием электричества.

Литература

1. Биктимиров Р.Г. Нервосберегающая или нервоносящая простатэктомия? // Научно-практическая конференция «Технологии XXI века: Реализация инноваций в современной урологии». Владивосток. — 10.09.2015 г. [Электронный ресурс] <https://www.youtube.com/watch?v=90zf0ECAQEE> (дата обращения: 06.02.2018).
2. Глыбочко П.В., Матюхов И.П., Аляев Ю.Г., Ахведиани Н.Д., Инояттов Ж.Ш. Сексуальная функция пациентов, перенесших радикальную простатэктомию: современный взгляд на проблему // Урология. — 2015. — № 2. — С. 112–116.
3. Толкач Ю.В., Петров С.Б., Schelin S., Резванцев М.В. Новый способ реконструкции шейки мочевого пузыря во время радикальной простатэктомии у пациентов с локализованным раком предстательной железы (клиническое исследование) // Онкоурология. — 2011. — Т. 7, № 3. — С. 99–106.

4. Alemozaffar M., Regan M.M., Cooperberg M.R., Wei J.T., Michalski J.M., Sandler H.M. et al. Prediction of erectile function following treatment for prostate cancer // JAMA. — 2011. — N 306. — P. 1205–1214.
5. Box G.N., Kaplan A.G., Rodriguez Jr.E., Skarecky D.W., Osann K.E., Finley D.S., Ahlering T.E. Sacrifice of accessory pudendal arteries in normally potent men during robot-assisted radical prostatectomy does not impact potency // J. Sex Med. — 2010. — N 7. — P. 298–303.
6. Ficarra V., Novara G., Artibani W., Cestari A., Galfano A., Graefen M. et al. Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: a systematic review and cumulative analysis of comparative studies // Eur. Urol. — 2009. — N 55. — P. 1037–1063.
7. Rogers C.G., Trock B.P., Walsh P.C. Preservation of accessory pudendal arteries during radical retropubic prostatectomy: surgical technique and results // Urology. — 2004. — N 64. — P. 148–151.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК [616.34-007.43-031:611.957]-089.843.168.1-06

Аневризматическая трансформация ксенопротеза в инфраингвинальной позиции

ПИНЧУК О.В., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы
(oleg_pinchuk@mail.ru)

КОХАН Е.П., лауреат Государственной премии СССР, заслуженный врач РФ, профессор,
полковник медицинской службы в отставке

ОБРАЗЦОВ А.В., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,

полковник медицинской службы

ЯМЕНСКОВ В.В., лауреат Государственной премии РФ, доктор медицинских наук,

подполковник медицинской службы

КРЫЖОВ С.Н., кандидат медицинских наук

МИНИН К.Ю., подполковник медицинской службы

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Приведены литературные данные о частоте и возможных причинах аневризматической трансформации биологического протеза в бедренно-подколенно-тибиальной позиции. Обобщен собственный опыт 191 инфраингвинальной артериальной реконструкции с применением ксенопротезов. Значимые дегенеративные изменения трансплантата в сроки от 2 до 10 лет были отмечены в 6,8% от числа всех имплантаций. Рассматриваются особенности функционирования биологического протеза в артериальной позиции в отдаленный период.

К л ю ч е в ы е с л о в а: ксенопротез, инфраингвинальная артериальная реконструкция, аневризматическая трансформация.

Pinchuk O.V., Kokhan E.P., Obraztsov A.V., Yamenskov V.V., Kryzhov S.N., Minin K.Yu. — Aneurysmal transformation of the xenoprosthesis in the infrainguinal position. Literature data are given on the frequency and possible causes of aneurysmal transformation of the biological prosthesis in the femoral-popliteal-tibial position. Generalized his own experience of 191 infrainguinal arterial reconstruction with the use of xenoprostheses. Significant degenerative changes of the graft in the period from 2 to 10 years were noted in 6.8% of all implantations. Features of the functioning of the biological prosthesis in the arterial position in the remote period are considered.

К е у в о р д s: xenoprosthesis, infrainguinal arterial reconstruction, aneurysmal transformation.

При окклюзионно-стенотической патологии артерий нижних конечностей наиболее часто, в 65% всех случаев, поражается бедренно-подколенный сегмент [11]. В 2016 г. в России в 174 отделениях сосудистой хирургии было выполнено 20 965 артериальных реконструкций на инфраингвинальном сегменте [6]. Адекватный выбор трансплантата для замещения окклюзированной артерии при бедренно-подколенно-тибиальном поражении является ответственной задачей в сосудистой хирургии. Оптимальным кондуитом при реконструкциях дистальнее паховой складки признается аутовена [5]. Однако в ряде случаев использование собственной вены невозможно (имеет место рассыпной тип анатомического строения, вена использована ранее для сосудистых реконструкций

или аорто-коронарного шунтирования, ранее перенесенные флебиты и прочее).

Использование синтетических протезов сопряжено с большей частотой тромбозов в отдаленный период и повышенным риском инфекционных осложнений. Альтернативным выходом может быть применение биологических ксенопротезов. В настоящее время при реконструкциях магистральных артерий в качестве ксенопротеза наиболее часто используют обработанные специальным образом сосуды быка — сонную и внутреннюю грудную артерии, мезентериальную вену [7, 12, 13].

История применения биологических сосудистых протезов в нашей стране связана с именем А.И.Морозовой, которая в своей диссертационной работе «К вопросу о сосудистом шве и пересадке со-



Рис. 1. Больной С., 1947 г. р. Внешний вид конечности с АТКП, с максимальным поперечным размером 9 см (стрелка)

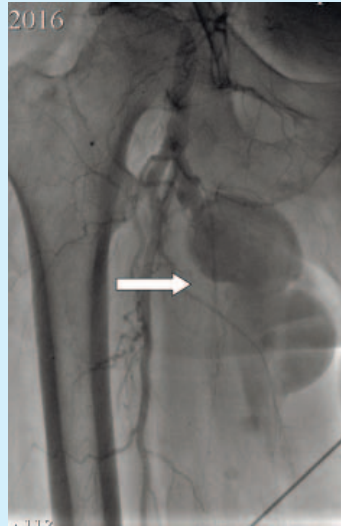


Рис. 2. Рентгенконтрастная ангиограмма. Тот же больной. АТКП (стрелка)



Рис. 3. Рентгенконтрастная ангиограмма. Больной Т., 1945 г. р. АТКП (стрелка), зона проксимального анастомоза «конец в бок» с общей бедренной артерией в процесс не вовлечена (стрелка со штрихами)



Рис. 4. Рентгенконтрастная ангиограмма. Тот же больной. АТКП (стрелка), зона дистального анастомоза с подколенной артерией «конец в бок» в процесс не вовлечена (стрелка со штрихами)

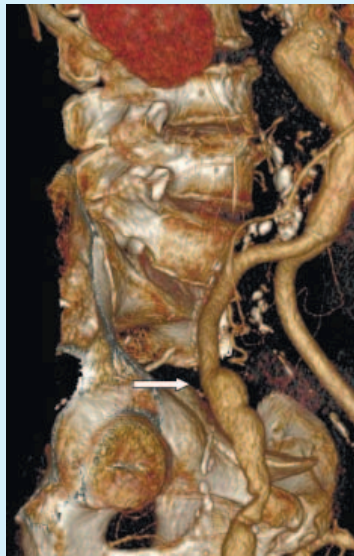


Рис. 5. КТ-ангиограмма, 3D-реконструкция. Больной К., 1949 г. р. Вовлечение в АТКП проксимального анастомоза с браншей аорто-бедренного протеза «конец в конец» (стрелка)

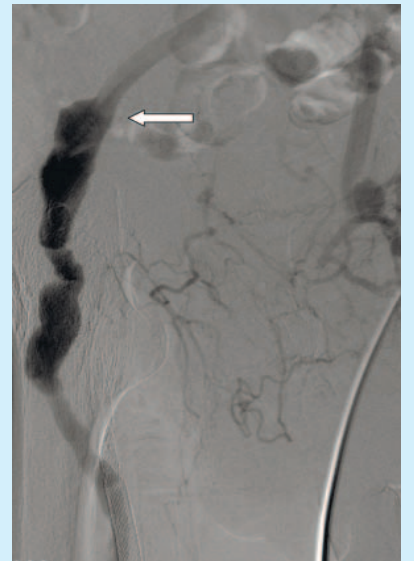


Рис. 6. Рентгенконтрастная ангиограмма. Тот же больной. Вовлечение в АТКП проксимального анастомоза с браншей аорто-бедренного протеза «конец в конец» (стрелка)

Рис. 7. Операционная фотография. Больной П., 1953 г. р. Выделен аневризматически измененный ксенопротез (стрелка)

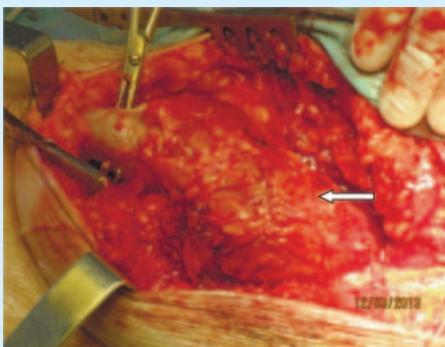


Рис. 8. Операционная фотография. Тот же больной. Трансформированный ксеношунт замещен новым трансплантатом (стрелка)



К статье: Пинчук О.В., Кохан Е.П., Образцов А.В., Яменсков В.В., Крыжов С.Н., Минин К.Ю. — Аневризматическая трансформация ксенопротеза в инфраингвинальной позиции



роятностью можно предположить, что именно гемодинамические аспекты кровотока играют существенное значение в формировании АТКП.

В ходе повторных операций нами неоднократно было обращено внимание на выраженный рубцовый процесс вокруг ксенопротеза, вследствие которого трансплантат практически «вмурован» в окружающие ткани. Очевидно, это связано с самой структурой стенки протеза. Видимо, по этим же причинам пристеночные тромботические массы внутри ксенопротеза при его аневризматической трансформации так же интимно, плотно фиксируются к его стенке (рис. 7, 8, с. 4 вклейки).

Нами не было отмечено ни одного случая дистальной эмболии при АТКП. Не наблюдали мы также разрывов и тромбозов шунтов, которые достоверно можно было бы связать с его аневризма-

тической трансформацией. Таким образом, такие грозные осложнения периферических артериальных аневризм, как разрыв и дистальная эмболия, не являлись характерными для дегенеративно измененного ксенопротеза.

Заключение

Биологический протез из внутренней грудной артерии крупного рогатого скота может с успехом использоваться для инфраингвинальной реваскуляризации. Частота такого специфического осложнения, как аневризматическая трансформация, относительно невелика и составляет в отдаленный период, по нашим наблюдениям, 6,8%. Накопленный опыт позволяет рекомендовать более широкое применение ксенопротезов для бедренно-подколенно-тибиальных артериальных реконструкций при отсутствии аутовенозного трансплантата.

Литература

1. Барбараиш Л.С., Иванов С.В., Журавлева И.Ю., Ануфриев А.И., Казачек Я.В., Кудрявцева Ю.А., Зинец М.Г. 12-летний опыт использования биопротезов для замещения инфраингвинальных артерий // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2006. – Т. 12, № 3. – С. 91–97.
2. Гавриленко А.В. Сосудистые трансплантаты. В кн: *Клиническая ангиология* / Под ред. А.В.Покровского. – М.: Медицина, 2004. – Т. 1. – С. 335–341.
3. Ивченко А.О., Шведов А.Н., Ивченко О.А. Сосудистые протезы, используемые при реконструктивных операциях на магистральных артериях нижних конечностей // *Бюлл. сибирской медицины*. – 2017. – Т. 16, № 1. – С. 132–139.
4. Кудрявцева Ю.А. Влияние различных консервантов и антикоагулянтов на гемосовместимость кардиоваскулярных биопротезов: Дис. ... д-ра биол. наук. – Кемерово, 2011. – 259 с.
5. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей. Российский согласительный документ. – М., 2013. – 67 с.
6. Покровский А.В., Ивандаев А.С. Состояние сосудистой хирургии в России в 2016 году. – М., 2017. – 76 с.
7. Суковатых Б.С., Беликов Л.Н., Родионов О.А., Родионов А.О. Применение биологического протеза при подмышечно-бедренном шунтировании у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2015. – Т. 21, № 3. – С. 140–146.

8. Тищенко И.С., Золкин В.Н., Максимов Н.В., Коротков И.Н., Демидов И.Ю., Барзаева М.А. Двухлетние результаты инфраингвинальных реконструкций с использованием аутовенозных шунтов и ксенопротезов // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2016. – Т. 22, № 4. – С. 130–134.
9. Хорев Н.Г., Конькова В.О. Структурные изменения биологического протеза в отдаленном периоде в бедренно-подколенном сегменте артериального русла // *Материалы XXXII Международ. конф. «Открытые и эндоваскулярные операции в сосудистой хирургии»*, Калининград, 2016. – С. 377–378.
10. Eefting D., Seghers L., Grimbergen J.M., de Vries M.R., de Boer H.C., Lardenoye J.W., Jukema J.W., van Bockel J.H., Quax P.H. A novel urokinase receptor-targeted inhibitor for plasmin and matrix metalloproteinases suppresses vein graft disease // *Cardiovasc. Res.* – 2010. – Vol. 88, N 2. – P. 367–375.
11. *Haimovici's Vascular Surgery* / Ed. E.Ascher. – Oxford, UK: Wiley-Blackwell. – 2012. – 1317 p.
12. Katzman H.E., Glickman M.H., Schild A.F., Fujitani R.M., Lawson J.H. Multicenter evaluation of the bovine mesenteric vein bioprostheses for hemodialysis access in patients with an earlier failed prosthetic graft // *J. Am. Coll. Surg.* – 2005. – Vol. 201, N 2. – P. 223–230.
13. Lindsey P., Echeverria A., Cheung M., Kfoury E., Bechara C.F., Lin P.H. Lower Extremity Bypass Using Bovine Carotid Artery Graft (Artegraft): An Analysis of 124 Cases with Long-Term Results // *World J. Surg.* – 2018. – Vol. 42, N 1. – P. 295–301.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.126.52-053.9-089.168.1-037

Улучшение результатов протезирования клапана аорты у пожилых пациентов посредством использования импланта «ON-X»

ЕСИОН Г.А. (esion@yandex.ru)
ЛИЩУК А.Н., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса
КОЛТУНОВ А.Н., кандидат медицинских наук
КАРПЕНКО И.Г.
ЛИ Г.А.

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

В статье рассматриваются проблемные вопросы протезирования аортального клапана сердца у пожилых пациентов (n=487, возраст 58–91 год, средний – 69,5±21,5 года). Всем выполнена имплантация искусственного клапана аорты по поводу его порока. Большинство оперированных имели другие заболевания сердечно-сосудистой системы, чаще всего порок митрального клапана, аортальный стеноз, артериальную гипертензию. Описаны методика имплантации, достигнутые в ходе лечения результаты. Пятилетняя выживаемость пациентов составила 98,7%. Она не достигнута только у пациентов, чей возраст к моменту проведения операции превышал 90 лет. Летальный исход у них возникал вследствие других причин и не был связан с работой импланта или последствиями его внедрения. Качество жизни пациентов после проведения операции не ухудшилось. Подчеркнута объективная механическая надежность импланта.

К л ю ч е в ы е с л о в а: пациенты пожилого возраста, протезирование аортального клапана, клапан «ON-X», механический аортальный клапан.

Esion G.A., Lishchuk A.N., Koltunov A.N., Karpenko I.G., Li G.A. – Improvement of aortic valve replacement results in elderly patients by using an ON-X implant. The article deals with the acute issues of aortic heart valve replacement in elderly patients (n=487, age – 58–91 year, average age – 69.5±21.5 years). The implantation of the artificial aortic valve for its defect is performed in all patients. The majority of those operated had other diseases of the cardiovascular system, most often the defect of the mitral valve, aortic stenosis, arterial hypertension. The technique of implantation, the results achieved during treatment are described. The five-year survival rate of patients was 98.7%. It was not achieved only in patients whose age at the time of the operation was more than 90 years. The lethal outcome was due to other causes and was not related to the implant operation or the consequences of its implantation. Quality of life of patients after the operation did not deteriorate. The objective mechanical reliability of the implant is underlined.

К е у в о р д s: patients of advanced age, prosthetics of the aortic valve, valve «ON-X», mechanical aortic valve.

Несмотря на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации и в мире в целом, она занимает лидирующее место в общей структуре смертности [2]. В связи с неуклонным ростом средней продолжительности жизни населения России [6] возраст пациентов, нуждающихся в процедуре протезирования клапана аорты, постоянно увеличивается. Ключевыми ориентирами в развитии хирургии клапана аорты были и остаются повышение надежности конструкции импланта и достижение предельной универсальности протезирования [4]. В случае с пожи-

лыми пациентами оба ориентира приобретают особую важность. Это обусловлено несколькими факторами.

В о - п е р в ы х, необходимо предельно снизить риск необходимости повторного хирургического вмешательства. В связи с этим особую актуальность для пожилых пациентов приобретает обеспечение надежности конструкции.

В о - в т о р ы х, существует необходимость обеспечения антикоагуляционного эффекта.

В - т р е т ь и х, необходимо учитывать особенности морфологии восходящей части аорты у каждого пациента.



Результаты и обсуждение

Пятилетняя выживаемость пациентов составила 98,7%. Она не была достигнута только у пациентов, чей возраст к моменту проведения операции превышал 90 лет. Летальный исход у этих пациентов возникал вследствие других причин и не был связан с работой импланта или последствиями его внедрения. Качество жизни самих пациентов после проведения операции не ухудшилось.

Сложность осуществления имплантации клапана аорты у пожилых пациентов обусловливается несколькими факторами. Помимо общих возрастных рисков хирургических вмешательств, связанных с возрастными изменениями организма, существует достаточное число рисков, касающихся непосредственно протезирования клапана аорты. Особую сложность представляют следующие факторы: необходимость приема антикоагулянтов после проведения имплантации, возрастное изменение диаметра аорты у пожилых пациентов и наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы у геронтологических больных. Особый риск представляет возможное разрушение конструкции. В силу того, что с возрастом нагрузка на аортальный клапан увеличивается, этот риск особенно возрастает [6]. В процессе изучения 487 имплантаций нами ни одного случая механического повреждения или разрушения клапана аорты зафиксировано не было. Другой важной проблемой является необходимость приема антикоагулянтов, обусловленная проведением имплантации. Прием варфарина и использование чистого пиролитического углерода в конструкции импланта [1] значительно снижают показатели коагуляции.

Универсальность импланта аортального клапана «ON-X» обеспечивается наличием гибкой, объемной пришивной манжеты, значительно упрощающей работу хирурга и позволяющей проведение операции протезирования аортального клапана как у молодых, так и у пожилых пациентов, аорта которых значительно кальцинирована. Кроме того, доработанная манжета современных имплантов клапанов повышает доступность кардиохирургического лечения пороков аортального клапана и упрощает работу кардиохирурга даже при относительно небольшом опыте работы по протезированию аортального клапана.

ВЫВОДЫ

1. Импланты типа «ON-X» в настоящее время оптимально решают проблему возникновения антикоагуляционного эффекта после внедрения механических клапанов сердца.

2. Импланты типа «ON-X» доказали свою достаточную механическую надежность. За время их использования не было зафиксировано ни одного случая механического разрушения конструкции. Данный фактор особенно важен для пациентов пожилого возраста.

3. Импланты «ON-X» обладают универсальностью конструкции, способной обеспечить достаточную надежность внедрения импланта с учетом возрастных особенностей структуры аорты и сопутствующих заболеваний пациента.

4. Применение импланта «ON-X» можно считать рациональным решением проблемы протезирования аортального клапана у пожилых пациентов.

Литература

1. Бокерия Л.А., Фадеев А.А., Махачев О.А. и др. Механические протезы клапанов сердца. Изд-е 2-е, перераб. и дополн. — М.: НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАН, 2013. — 248 с.
2. Информационный бюллетень ВОЗ. — 2015, январь. — № 317.
3. Константинов Б.А., Белов Ю.В., Кузнецовский Ф.В. Аневризмы восходящего отдела и дуги аорты. — М.: ООО «Издательство Астрель», 2006. — 335 с.
4. Лекции по сердечно-сосудистой хирур-

гии. Изд-е 3-е, перераб. и дополн. / Под ред. Л.А.Бокерия. — М.: НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАН, 2013. — 764 с.

5. Сердечно-сосудистые заболевания // Бюлл. НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАН. — 2017. — Т. 18, № 6. — 272 с.

6. [Электронный ресурс] http://www.statdata.ru/spg_reg_rf (дата обращения: 13.02.2018 г.).

7. Falk V., Baumgartner H., Bax J.J. et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease // Eur. J. Cardiothorac. Surg. — 2017. — Vol. 52, N 4. — P. 616–664.



© А.И.ПАВЛОВ, Ж.В.ФАДИНА, 2018
УДК 616.34-008.314.4-085

Тактика ведения больных с диареей неинфекционного генеза в стационаре

ПАВЛОВ А.И., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
полковник медицинской службы (doctor-pavlov@mail.ru)
ФАДИНА Ж.В.

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск,
Московская область

Проведена оценка эффективности и целесообразности применения энтеросорбента энтеросгель при лечении неинфекционных заболеваний, протекающих с диареей. Обследовано 169 пациентов с клинической картиной диареи различной степени тяжести. Из них 62 больным проводилась комплексная патогенетическая и симптоматическая терапия, в составе которой назначался энтеросгель. Исследование показало, что включение энтеросорбента в комплексную терапию неинфекционной диареи независимо от ее генеза позволяет сократить сроки лечения и способствует ускорению нормализации стула. Максимальный эффект получен при использовании энтеросгеля для лечения антибиотикоассоциированной диареи и синдрома раздраженного кишечника с диареей. Полученные результаты применения энтеросорбента энтеросгель при лечении диареи неинфекционного генеза различного происхождения доказывают эффективность его включения в комплексную терапию этих заболеваний.

К л ю ч е в ы е с л о в а: неинфекционная диарея, энтеросорбенты, лечение.

Pavlov A.I., Fadina Zh.V. – Tactics of management of diarrhea of noninfectious genesis in a hospital. The efficiency and expediency of enterosorbent enterosgel application in the treatment of non-infectious diseases with diarrhea was assessed. We examined 169 patients with a clinical picture of diarrhea of varying severity. Of these, 62 patients underwent complex pathogenetic and symptomatic therapy, in which enterosgel was administered. The study showed that the inclusion of enterosorbents in the complex therapy of non-infectious diarrhea, regardless of its genesis, allows to shorten the treatment time and helps to accelerate the normalization of the stool. The maximum effect was obtained using enterosgel for the treatment of antibiotic-associated diarrhea and irritable bowel syndrome with diarrhea. The results of enterosorbent enterosgel application in the treatment of diarrhea of non-infectious genesis of various origin prove the effectiveness of its inclusion in complex therapy of these diseases.

К е у о р д s: noninfectious diarrhea, enterosorbents, treatment.

Диарея (от греч. *diarrhea* – истекать) – клинический синдром различной этиологии и патогенеза, подразумевающий частое или однократное опорожнение кишечника с выделением жидких или водянистых каловых масс в объеме более 200–300 г в сутки (тип 6–7 по Бристольской шкале). При этом содержание воды в кале достигает 85–95% (в норме 60–70%) [2, 6]. Поскольку провести количественный анализ этого показателя в рутинной практике довольно трудно, обычно используют установление частоты и/или массы стула. Диагностические критерии диареи подразделяются на обязательные (увеличение каловых масс за счет жидкого компонента, изменение консистенции фекалий от неоформленной до водянистой) и подтверждающие

(увеличение суточного объема каловых масс и частоты актов дефекации более 3 раз в сутки, urgentный характер позывов к дефекации [2, 8].

Водянистый стул трудно удержать, позывы на дефекацию при диарее носят императивный характер, что существенно снижает качество жизни пациентов и заставляет их обратиться к врачу.

Острой называют диарею продолжительностью не более 2–3 нед. Сочетание диареи с лихорадкой, симптомами интоксикации, эксикозом требует прежде всего исключения ее инфекционной природы. Диарея длительностью более 3 нед считается хронической и чаще имеет неинфекционный генез [6].

Наиболее часто встречающиеся причины неинфекционной диареи [2, 8, 13]:



Литература

1. *Бондарев Е.В.* Применение энтеросорбентов в современной практике // Провизор. 2008. — № 13.
2. *Буторова Л.И., Токмулина Г.М.* Синдром хронической диареи в практике терапевта: Тактика обследования, основные принципы лечения / Учебное пособие. — М.: Прима Принт, 2014.
3. *Васильев Ю.В., Морозов И.А.* Избранные главы клинической гастроэнтерологии / Под ред. *Л.Б.Лазебника*. — М.: Анахарис, 2005.
4. *Гебеш В.В.* Влияние препарата энтеросгель на уровень провоспалительных цитокинов при лечении больных острыми кишечными инфекциями и корью // Клиническая иммунология. — 2007. — № 1 (6). — С. 76–78.
5. *Триценко Е.Н., Шевченко Ю.Н., Семенов В.Г.* Применение препарата «Энтеросгель», обладающего сорбционно-детоксикационным действием, в комплексном лечении заболеваний органов ЖКТ // Провизор. — 2001. — № 15. — С. 37.
6. *Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И.* Краткое руководство по гастроэнтерологии. — М.: Изд. дом «М-Вести», 2001.
7. *Ивашкин В.Т., Маев И.В., Охлобыстин А.В.* и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2014. — № 4. — С. 70–97.
8. *Ивашкин В.Т., Шептулин А.А.* Синдром диареи. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2000. — С. 135.
9. Лечение больных с синдромом раздраженного кишечника: Клинические рекомендации. — М.: Рос. гастроэнтерол. ассоциация, 2016.
10. *Маев И.В., Самсонов А.А., Голубев Н.Н.* Аспекты клинического применения энтеросорбента Неосмектин // Рус. мед. журн. 2008. — Приложение № 2. — С. 62.
11. *Нагорная Н.В., Дубовая А.В.* Детоксикационные свойства и клиническая эффективность энтеросорбента Энтеросгель в комплексном лечении различных заболеваний у детей // Здоровье ребенка. — 2010. — № 3 (24).
12. *Парфенов А.И.* Энтерология. — М.: Триада X, 2002.
13. *Симаненков В.И., Лутаенко В.А.* Лечение СРК с позиций доказательной медицины. — СПб, 2008.
14. *Щербаков П.Л., Цветков П.М., Нечаева Л.В.* Профилактика диареи, связанной с приемом антибиотиков у детей // Вопр. совр. педиатрии. — 2004. — Т. 3. — № 2. — С. 55–58.
15. *Caprili R., Latella Q., Viscido F.* Chronic diarrhea / Chronic gastrointestinal disorders. — Milano, 2000. — 584 p.
16. *Chang F.Y., Lu C.L., Chen C.Y., Luo J.C.* Efficacy of dioctahedral smectite in treating patients of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2007. — Vol. 22, N 12. — P. 2266–2272.
17. *Khediri F., Mrad A.I., Azzouz M., Doughi H.* et al. Efficacy of diosmectite (smecta) in the treatment of acute watery diarrhoea in adults: a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel group study // Gastroenterol. Res. Pract. — Vol. 2011 (2011), Article ID 783196. — P. 8.
18. *Martirosian G., Rouyan G., Zaiewski T., Meisel-Mikolajczyk F.* Dioctahedral smectite neutralization activity of Clostridium difficile and Bacteroides fragilis toxins in vitro // Act. Microbiol. Pol. — 1998. — Vol. 47, N 2. — P. 177–183.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 617.764.2-073.756.8

Диагностическая значимость конусно-лучевой компьютерной томографии в оценке состояния слезоотводящих путей

СЕРИК А.Н., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы (sealni@rambler.ru)
СВЕТИКОВА Л.А., кандидат медицинских наук
НАЗАРОВА Н.А.
НЕВЕРОВ М.Г., полковник медицинской службы запаса

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Целью исследования явилось совершенствование диагностики состояния слезоотводящих путей с помощью лучевых методов и оценка диагностической значимости конусно-лучевой компьютерной томографии. Проведен анализ результатов конусно-лучевой компьютерной томографии с контрастированием слезоотводящих путей у 32 пациентов с подозрением на их стеноз или непроходимость. Установлено, что этот метод исследования позволяет с высокой точностью визуализировать анатомо-топографические особенности слезоотводящих путей, определять состояние окружающих их костных структур черепа, уровень и степень выраженности сужения и обструкции слезоотводящих путей, их возможные причины — наличие дивертикулов, новообразований, конкрементов. Данные компьютерной томографии позволяют подобрать



максимально эффективный метод лечения. Относительно небольшая стоимость исследования и низкая доза облучения пациента являются важным преимуществом конусно-лучевой компьютерной томографии по сравнению с мультиспиральной компьютерной томографией.

К л ю ч е в ы е с л о в а: слезоотводящие пути, компьютерная томография, дакриоцисториностомия.

Serik A.N., Svetikova L.A., Nazarova N.A., Neverov M.G. – Diagnostic significance of cone beam computed tomography in assessing the condition of lacrimal passages. The aim of the study was to improve the diagnosis of the condition of the tear duct with the help of radial methods and to evaluate the diagnostic significance of cone-beam computed tomography. An analysis of the results of cone-beam computed tomography with contrasting of the tear ducts in 32 patients with suspected stenosis or obstruction was performed. It is established that this method of research allows to accurately visualize the anatomical and topographic features of the lacrimal pathways, to determine the state of the skull bone structures surrounding them, the level and severity of the narrowing and obstruction of the lacrimal ducts, their possible causes - diverticula, neoplasms, concretions. CT scan data allow you to select the most effective method of treatment. The relatively low cost of the study and the low radiation dose of the patient are an important advantage of cone-beam computed tomography in comparison with multispiral computed tomography.

К е у о r d s: lacrimal passages, computed tomography, dacryocystorhinostomy.

Слезотечение вследствие нарушения анатомической и функциональной проходимости слезных путей признано социально значимой проблемой, препятствующей нормальной жизнедеятельности, адаптации в социуме и ограничивающей работоспособность человека.

Нарушение слезоотведения в результате стенозов и непроходимости слезоотводящих путей, помимо дискомфорта пациента, снижения качества его зрения, социальной дизадаптации и психологических проблем, влечет за собой еще и развитие различных воспалительных заболеваний, включая флегмону слезного мешка и ее редкое, но крайне тяжелое осложнение в виде сепсиса.

Современные способы высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с нарушением слезоотведения требуют детальной визуализации особенностей слезоотводящих путей и окружающих их костных структур черепа. Определение их состояния с учетом уровня, степени выраженности и возможных причин обструкции необходимо для выбора предпочтительной тактики лечения нарушений функционирования слезоотводящей системы.

В настоящее время оценить работоспособность слезоотводящих путей, помимо осмотра и «цветных» проб, возможно с помощью лучевых методов диагностики, ультразвука, эндоскопии, магнитно-резонансной томографии [2]. Среди них наиболее информативны лучевые методы диагностики [5]. Одним из самых распространенных способов является

дакриоцисторентгенография с контрастированием. На смену ему приходят цифровые технологии с большой разрешающей способностью – компьютерная томография (КТ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с возможностью построения 3D-модели исследуемых областей. Применение КТ, а особенно МСКТ, с контрастированием слезных путей позволяет с высокой точностью произвести оценку состояния костных структур слезоотводящих путей, окружающих их анатомических образований, выявить сопутствующую ринопатию, диагностировать травматические повреждения средней зоны лица и системы слезоотведения, а также определить оптимальный операционный доступ при их хирургическом лечении [1]. 3D-модели слезоотводящих путей и окружающих их областей позволяют определить дальнейшие диагностические и лечебные мероприятия, при необходимости хирургических манипуляций выбрать метод вмешательства, сформировать четкий план операции и предусмотреть возможные интраоперационные особенности создания нового пути отведения слезы, а также наглядно объяснить пациенту сущность его патологии и обосновать выбранную тактику лечения, что немаловажно для налаживания психологического контакта врача и пациента.

Лучшим методом для исследования слезоотводящих путей с контрастированием является МСКТ [6]. В последнее время в литературе появилась информация о применении с этой целью конусно-лучевой ком-



Литература

1. *Архипова Е.Н.* Оптимизация методов исследования заболеваний слезоотводящих путей. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2014. — 25 с.

2. *Атькова Е.Л., Белоглазов В.Г., Эль-Саед С.А., Архипова Е.Н.* Современные возможности диагностики нарушений слезоотведения // Офтальмохирургия. — 2010. — № 1. — С. 57–60.

3. *Наумович С.С., Наумович С.А.* Конусно-лучевая компьютерная томография: современные возможности и перспективы применения в стоматологии // Совр. стоматология. — 2012. — № 2. — С. 31–37.

4. *Поляновская А.С., Зубарева А.А., Белдовская Н.Ю.* и др. Использование конусно-лучевой компьютерной томографии для определения оптимальной лечебной тактики у пациентов с патологией слезоотведения // Офтальмо-ведомости. — 2016. — № 1. — С. 14–18.

5. *Сомов Е.Е., Ободов В.А.* Синдром слезной дисфункции (анатомо-физиологические основы, диагностика, клиника и лечение. — СПб. — 2011. — 160 с.

6. *Udhay P., Noronha O.V., Mohan R.E.* Helical computed tomographic dacryocystography and its role in the diagnosis and management of lacrimal drainage system blocks and medial canthal masses // Indian J. Ophthalmol. — 2008. — N 56 (1). — P. 31–37.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В Москве, в филиале Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова состоялся конкурс профессионального мастерства медицинских сестер военно-медицинских организаций *Министерства обороны Российской Федерации* центрального подчинения «**Лучшая медицинская сестра-2018**».

Кроме филиала ВМА им.С.М.Кирова, организатором конкурса являлось *Главное военно-медицинское управление МО РФ*. Заместитель начальника ГВМУ МО РФ генерал-майор медицинской службы **Александр Власов** торжественно открыл конкурс.

Финалисты конкурса показали высокий профессионализм в организации компетентного подхода в области сестринской деятельности и качество оказания сестринской помощи.

Финальный этап конкурса состоял из выполнения манипуляций в соответствии с ситуационной задачей. Для конкурсных заданий были отобраны манипуляции в соответствии с отраслевыми стандартами.

Оценка выполнения манипуляции проводилась по оценочному алгоритму — чек-листу, в котором каждое действие, выполненное согласно стандарту, оценивалось в один балл. Если конкурсант не выполнил необходимое действие — балл не начислялся.

Время, отведенное для выполнения задания, составляло 10 мин. Во время выполнения манипуляции проводилась видеотрансляция с записью.

Победители конкурса и призеры были определены по итоговой сумме баллов, состоящей из результатов тестирования второго этапа, оценки портфолио и баллов за выполнение манипуляции.

Победителям конкурса и призерам вручены дипломы, памятные призы и ценные подарки.

Победителем конкурса стала **Анна Татарнинова**, медицинская сестра филиала № 3 ФГБУ «ГВКГ имени Н.Н.Бурденко» МО РФ. 2-е место у **Юлии Денисовой**, медицинской сестры ЦВКГ им. П.В.Мандрыка, 3-е место заняла **Наталья Киселева**, медицинская сестра ФГБУ «12 КДЦ» МО РФ.



Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 7 апреля 2018 г.
https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12170295@egNews



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК [616.12-008.318-092:159.938]-07

Влияние психоэмоционального напряжения на поструральную устойчивость по показателям спектра статокинезиограммы и вариабельности сердечного ритма

ЖИЛЬЦОВА И.И., профессор (i.i.zhiltsova@mail.ru)
АЛЬЖЕВ Н.В., майор медицинской службы
АННЕНКОВ О.А., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы
ЛАПШИНА Т.А.

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

Экспериментально определялась информационная значимость показателей компьютерной стабิโลграфии для оценки функциональных возможностей организма летчика при умственной нагрузке и психоэмоциональном напряжении. Выявлена корреляция показателей спектра стабילוграммы с данными вариабельности сердечного ритма, характеризующими активность вегетативной нервной системы после умственной нагрузки. Изменения показателей спектра стабילוграммы были в зоне низкой частоты как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскости в группе с ухудшением качества функции равновесия. В группе с ухудшением поструральной устойчивости после умственной нагрузки отмечается выраженное повышение уровня функционирования симпатического отдела вегетативной нервной системы, что подтверждается ростом вариабельности сердечного ритма. В группе испытуемых с улучшением поструральной функции наблюдалось снижение влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы на общую мощность спектра вариабельности сердечного ритма. Полученные данные применимы для оценки переносимости умственных нагрузок при обследовании летного состава и других лиц, профессиональная деятельность которых связана с воздействием на организм экстремальных факторов и неблагоприятными изменениями его функционального состояния.

К л ю ч е в ы е с л о в а: летный состав, психоэмоциональное напряжение, умственная нагрузка, спектр стабילוграммы, вариабельность ритма сердца, оценка устойчивости к неблагоприятным факторам летного труда.

Zhiltsova I.I., Alzhev N.V., Annenkov O.A., Lapshina T.A. – Influence of psychoemotional stress on postural stability on the parameters of the statokinesigram spectrum and heart rate variability. The informational significance of the indices of computer stabilography for the evaluation of the functional capabilities of the pilot's body under mental stress and psycho-emotional stress was determined experimentally. Correlation of the parameters of the spectrum of the stabilogram with the data of the heart rate variability, which characterize the activity of the autonomic nervous system after the mental load, is revealed. Changes in the parameters of the spectrum of the stabilogram were in the low-frequency zone both in the sagittal and frontal planes in the group with a deterioration in the quality of the equilibrium function. In the group with deterioration of postural stability after mental load, there is a marked increase in the functioning level of the sympathetic part of the autonomic nervous system, which is confirmed by the increase in heart rate variability. In the group of subjects with improvement of the postural function, the influence of the sympathetic part of the autonomic nervous system on the total power of the spectrum of heart rate variability was reduced. The data obtained are applicable for assessing the tolerability of mental loads in the survey of flight personnel and other persons whose professional activity is related to the impact on the body of extreme factors and adverse changes in its functional state.

K e y w o r d s: flight composition, psychoemotional tension, mental load, spectrum of the stabilogram, heart rate variability, assessment of resistance to unfavorable factors of flight work.

Внедрение сложной техники и оснащение летательных аппаратов современными системами управления существенно увеличивают у летного состава

интенсивность умственной нагрузки и психоэмоционального напряжения, связанных с необходимостью восприятия и переработки большого количества инфор-



свидетельствует о состоянии повышенного функционального напряжения механизмов адаптации, когда оптимальные адаптационные возможности организма обеспечиваются более высоким, чем в норме, напряжением регуляторных систем, что приводит к повышенному расходованию функциональных резервов организма.

При этом в 1-й группе напряжение механизмов адаптации менее выражено при психоэмоциональном напряжении в исходном состоянии и более выражено в период восстановления, что приводит к ухудшению поструральной устойчивости. Во 2-й группе наблюдается высокое напряжение механизмов адаптации в исходном состоянии, но дальнейшее снижение вклада симпатической активности на фоне незначительного увеличения мощности зоны низкой частоты спектра ВСП после умственной нагрузки в период восстановления приводит к улучшению поструральной устойчивости. Высокая активность надсегментарных вегетативных центров, вероятно, сопровождается незначительными изменениями поструральной устойчивости испытуемого.

Заключение

В результате проведенного исследования выявлено, что увеличение активности симпатического отдела вегетативной нервной системы сопровождается ухудшением поструральной устойчивости, выраженным в виде снижения КФР и увеличения частот преимущественно в зоне низкой частоты стабิโลграммы. Снижение вклада в общую мощность ВСП симпатического отдела ВНС и, возможно, увеличение активности автоном-

ного контура регуляции сопровождается противоположными изменениями поструральной устойчивости.

Обнаружено, что при увеличении общей мощности спектра ВСП после умственной нагрузки изменения поструральной устойчивости происходят в зависимости от относительного вклада симпатического отдела ВНС. Также, возможно, высокая активность надсегментарных вегетативных центров сопровождается незначительным влиянием на поструральную устойчивость испытуемого. Однако физиологическая сущность показателя VLF ВСП пока недостаточно изучена [9]. Таким образом, у испытуемых вегетативный тонус в основном формируется сегментарными симпатико-парасимпатическими механизмами саморегуляции [14], что, вероятно, является одним из факторов, влияющих на поструральную устойчивость.

Изменения показателей спектра компьютерной стабิโลграфии при умственной нагрузке в состоянии выраженного психоэмоционального напряжения имеют высокую информативность и чувствительность. Спектральный анализ стабิโลграммы, как и анализ спектра вариабельности сердечного ритма, дает возможность индивидуальной оценки функционального состояния организма при воздействии умственной нагрузки.

Полученные данные показывают перспективность дальнейших исследований возможностей компьютерной стабิโลграфии для ее использования при разработке объективных способов определения устойчивости авиационных специалистов к неблагоприятным факторам летного труда.

Литература

1. Аганянц Е.К., Покровский В.М., Коротко Г.Ф. Основы физиологии умственного и физического труда / Физиология человека: Учебник. — М.: Медицина, 1997. — Т. 2. — 368 с.
2. Баевский Р.М., Берсенёва А.П., Луцкая Е.С. и др. Оценка уровня здоровья при исследовании практически здоровых людей. — М.: Фирма «Слово», 2009. — 100 с.
3. Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин Л.В. и др. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электро-

кардиографических систем // Вестн. аритмологии. — 2002. — № 24. — С. 65–87.

4. Благинин А.А., Жильцова И.И., Анненков О.А. Оценка функционального состояния организма летчика с помощью компьютерной стабิโลграфии в условиях статокINETических нагрузок // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. — 2014. — № 2 (46). — С. 210–214.

5. Гаже Н.-М., Вебер Б. Постурология. Регуляция и нарушения равновесия тела человека. — СПб: СПбМАНО, 2008. — 314 с.

6. Жильцова И.И. Компьютерная стабิโลграфия как метод оценки функционального



состояния военнослужащих // Мор. мед. журн. — 2002. — № 3–4. — С. 26–29.

7. *Машин В.А.* Вариабельности сердечного ритма. Трехфакторная модель ВСР в исследованиях функциональных состояний человека. — LAMBERT Academic Publishing, 2012. — 580 с.

8. *Меницкий Д.Н., Зингерман А.М., Ваццлло Е.Г.* Некоторые аспекты и успехи применения математического анализа в кардиоритмологии // Успехи физиологич. наук. — 1978. — № 2 (9). — С 42–60.

9. *Михайлов В.М.* Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения. — Иваново: Иван. гос. мед. академия, 2002. — 290 с.

10. *Пономаренко В.А., Айвазян С.А.* «А тот, который во мне сидит» Пилоты перспективных самолетов испытывают нагрузки на грани человеческих возможностей // Независ. воен. обозрение. — 2016. — № 45 (928). — С. 9.

11. *Реброва О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. — М.: МедиаСфера, 2002. — 312 с.

12. *Скворцов Д.В.* Стабилометрическое исследование. — М.: Мера-ТСП, 2010. — 171 с.

13. *Ткаченко Б.И.* Основы физиологии человека: Учебник для ВУЗ. — СПб: Междунар. фонд истории науки, 1994. — Т. 2. — 413 с.

14. *Хаспекова Н.Б.* Диагностическая информативность мониторинга вариабельности сердечного ритма // Вестн. аритмологии. — 2003. — № 32. — С. 15–23.

15. *Хаспекова Н.Б., Алиева Х.К., Дюкова Г.М.* Оценка симпатических и парасимпатических механизмов регуляции при вегетативных пароксизмах // Сов. медицина. — 1989. — № 9. — С. 25–28.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

На кафедре авиационной и космической медицины *Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова* прошла межвузовская научно-практическая конференция, посвященная Дню космонавтики.

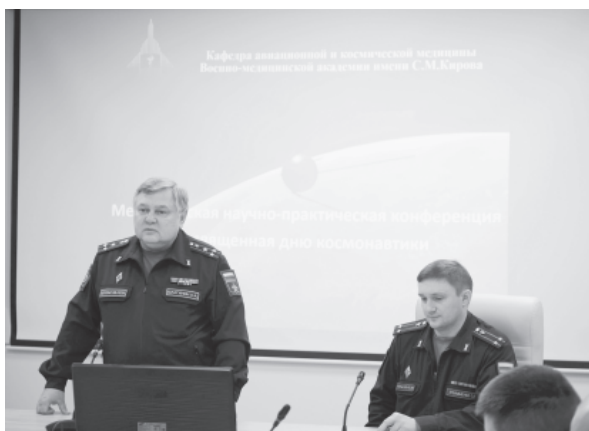
Открыл мероприятие заведующий кафедрой авиационной и космической медицины доктор медицинских и психологических наук профессор **Андрей Благинин**.

С основным докладом «Особенности подготовки и медицинского сопровождения космонавта В.В.Терешковой в космическом полете» выступил врач первого отряда космонавтов, преподаватель кафедры авиационной и космической медицины доцент **Иван Колосов**.

На конференции также выступили майор медицинской службы **Сабир Омаров**, курсант 4 курса 2 факультета **Дарья Лукина**, курсант 4 курса 3 факультета **Игорь Разводовский**, студентка **Анастасия Мещерякова** и магистр факультета психологии **Ольга Смирнова**.

На форуме обсуждались актуальные проблемы авиационной и космической медицины, медицинского обеспечения подготовки космических полетов, психологической совместимости экипажей космонавтов, особенности их тренажерной подготовки.

В работе конференции принял участие профессорско-преподавательский состав кафедры авиационной и космической медицины, НИЦ академии, специалисты лаборатории авиационной медицины и медицинской службы авиационных частей Западного военного округа, студенты факультета психологии Ленинградского государственного университета, курсанты и слушатели факультетов академии.



Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 13 апреля 2018 г.
https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12171186@egNews



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 355.0:355.41(520)

Медицинская служба сил самообороны Японии

АЛЕЙНИКОВ С.И., полковник в отставке¹

ГОЛОТА А.С., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы запаса²

КРАССИЙ А.Б., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской

службы в отставке¹

ПАРФЕНОВ В.Д., профессор, полковник медицинской службы в отставке¹

СОЛДАТОВ Е.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы¹

СОЛДАТОВ К.Е.³

ШАЛАХИН Р.А., кандидат педагогических наук, подполковник запаса¹

¹Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ²Городская больница № 40, Санкт-Петербург; ³Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского

В настоящей статье дается краткая характеристика современного состояния медицинской службы вооруженных сил Японии. Публикация подготовлена на основе изучения свободно доступных зарубежных источников. Вначале приводятся общие сведения о Японии, ее вооруженных силах и их медицинской службе. Далее более детально описываются отдельные направления деятельности медицинской службы, такие как организация стационарного и амбулаторного лечения, медицинское снабжение, научно-исследовательская работа, медицинское обеспечение театра военных действий и подготовка медицинских кадров.

К л ю ч е в ы е с л о в а: военная медицина, военно-медицинская служба, Япония.

Aleinikov S.I., Golota A.S., Krassii A.B., Parfenov V.D., Soldatov E.A., Soldatov K.E., Shalakhin R.A. — Medical Service of the Japan Self-Defense Forces. — The article is a brief description of the current state of the Japan Self-Defense Forces medical service and is based on the study of open access foreign sources. At the beginning, the general information about Japan, its Self-Defense Forces, and their medical service is presented. Then the medical service particular features are described with more detail, namely, the organization of the inpatient and outpatient treatment, medical supply, scientific research, combat medicine, medical staff education and training.

К е у о р д с: Japan, Japan Self-Defense Forces, medical service, military medicine.

Настоящая статья¹ представляет краткую характеристику современного состояния медицинской службы вооруженных сил (ВС) Японии, подготовленную на основе изучения свободно доступных зарубежных источников. Закрывающий публикацию список ис-

пользованных источников является существенным компонентом статьи. URL² каждого библиографического описания обеспечивает немедленный доступ к источнику, что дает возможность в случае необходимости расширить, уточнить и детализировать те или иные сведения по данному вопросу. Оригинальные английские названия, приводимые при первом употреблении термина, существенно облегчают самостоятельный информационный поиск по ключевому слову.

¹ Восьмая статья цикла «Атлас Военно-медицинского журнала». Научные редакторы проекта: член-корреспондент РАН А.Я.Фисун и секретарь комиссии медицинской географии Санкт-Петербургского отделения Русского географического общества доктор медицинских наук Е.А.Солдатов. Опубликованные статьи данного проекта: Воен.-мед. журн. — 2014. — Т. 335, № 9; 2015. — Т. 336, № 1, 6, 8; 2016. — Т. 337, № 1, 6, 8.

² URL — аббревиатура английских слов «универсальный ресурсный указатель» (universal/uniform resource locator).



4. Подготовка среднего медицинского персонала. С апреля 2014 г. в колледже функционирует *школа медицинских сестер (Nursing School)*, первый выпуск окончивших ее состоялся в марте 2018 г. [2, р. 2].

5. Ведение научных исследований в области военной медицины. Для этой цели колледж располагает специальным подразделением — исследовательским институтом (см. раздел «Научно-исследовательская работа»).

Последипломное обучение врачеванный и средний медицинский персонал проходят также и в обучающих учреждениях гражданского здравоохранения.

Тем не менее медицинская служба ССЯ испытывает 20% нехватку личного состава. Причиной является высокая текучесть кадров в связи с неудовлетворенностью перспективами службы, уровнем работы и возможностями усовершенствования [2, р. 2]. Военнослужащим медицинской службы ССЯ присвоен специальный цвет погон и петлиц — *зеленый* [6]. Средняя годовая зарплата военнослужащих ССЯ составляет 71 тыс. долларов, минимальная — 37 тыс. долларов (соответственно 4 млн 127 тыс. руб. и 2 млн 151 тыс. руб. по курсу валют на 8 апреля 2018 г.) [8].

Литература

1. Defense Programs and Budget of Japan. Overview of FY2018 Budget Bill // Ministry of Defense. URL: http://www.mod.go.jp/e/d_budget/pdf/300227.pdf (дата обращения: 08.04.2018).

2. Enhancement of Medical Functions. Section 3. // Defense of Japan 2017. 3 p. PDF. URL: http://www.mod.go.jp/e/publ/w_paper/pdf/2017/DOJ2017_3-3-3_web.pdf (дата обращения: 08.04.2018).

3. Fig. III-1-1-1 Organizational Chart of the Ministry of Defense // Defense of Japan 2017. Part III. 7 p. PDF. URL: http://www.mod.go.jp/e/publ/w_paper/pdf/2017/DOJ2017_3-1-1_web.pdf (дата обращения: 08.04.2018).

4. In Vivo Evaluation of Cerebral Hemodynamics and Tissue Morphology in Rats during Changing Fraction of Inspired Oxygen Based on Spectrocolorimetric Imaging Technique / Mustari A. et al. // Int J Mol Sci. 2018. Vol 19, No 2. Art 491. p. .PDF. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5855713/pdf/ijms-19-00491.pdf> (дата обращения: 08.04.2018).

5. International Contributions of Japan Self-Defense Forces. URL: https://www.japan.go.jp/tomodachi/2014/spring2014/international_contributions_of_apan.html (дата обращения: 08.04.2018).

6. Japan Self-Defense Forces / Wikipedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Japan_Self-Defense_Forces (дата обращения: 08.04.2018).

7. Japan. Wikipedia. URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Japan> (дата обращения: 08.04.2018).

8. Japanese Army Salaries // Simply Hired. URL: <https://www.simplyhired.com/salaries-k-japanese-army-jobs.html> (дата обращения: 08.04.2018).

9. Medical Activities. Reference 76. Activities in Civic Life // Defense of Japan 2012. P. 471. URL: http://www.mod.go.jp/e/publ/w_paper/e-book/2012/files/assets/basic-html/page492.html (дата обращения: 08.04.2018).

10. New Self-Defense Forces hospital planned near Iruma Air Base in Saitama // Japan Times. February 25, 2018. URL: <https://www.japantimes.co.jp/news/2018/02/25/national/new-self-defense-forces-hospital-planned-near-iruma-air-base-saitama/#.WrfNVyOB2nQ> (дата обращения: 08.04.2018).

11. Self-Defense Fukuoka Hospital // Ministry of Defense. URL: <http://www.mod.go.jp/gsd/wae/kasuga/en/> (дата обращения: 08.04.2018).

12. Simultaneous Evaluation of Cerebral Hemodynamics and Light Scattering Properties of the In Vivo Rat Brain Using Multispectral Diffuse Reflectance Imaging / Nishidate I. et al. // J Vis Exp. 2017. Art 123. Abstr. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28518117> (дата обращения: 08.04.2018).

13. The Constitution of Japan. URL: http://japan.kantei.go.jp/constitution_and_government_of_japan/constitution_e.html (дата обращения: 08.04.2018).

14. The JMOD and JSDF invited three members of the Republic of Uzbekistan // Japan Ministry of Defense. URL: http://www.mod.go.jp/e/d_act/exc/cap_b/uzbekistan/20170927.html (дата обращения: 08.04.2018).

15. Tokyo Saiseikai Central Hospital // URL: <http://www.japanhospitalsearch.org/hospital/037/> (дата обращения: 08.04.2018).

16. U.S., Japanese medics participate in bilateral medical training exercise. URL: <https://health.mil/News/Articles/2016/09/26/US-Japanese-medics-participate-in-bilateral-medical-training-exercise> (дата обращения: 08.04.2018).



Особенности расстройства слуха у личного состава военной полиции

Peculiarities of hearing loss in the military police personnel. Editorial review.

К е у w o r d s: audiology, audiometry, hearing loss, military medicine, military police, noise induced hearing loss.

М e S H t e r m s: Hearing Loss, Noise-Induced, Sensorineural, Military medicine.

В мартовском номере за 2018 г. *Международного журнала безопасности профессиональной деятельности и окружающей среды (International Journal of Occupational and Environmental Safety)* опубликована статья группы исследователей Федерального университета штата Параиба (Бразилия), посвященная изучению влияния службы на остроту слуха личного состава военной полиции. Предшествующие исследования показали, что работа данного контингента связана с воздействием дополнительных факторов риска профессиональной тугоухости, таких как высокий уровень уличного шума, повышенная громкость индивидуальных средств коммуникации, частое включение экстремальных сигналов типа сирен и пр.

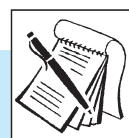
Материал и методы. Исследованы 46 офицеров, все мужчины, средний возраст 32,7 года, средняя продолжительность службы 10,5 года, минимальная — 3 года, воинские звания от рядового до капитана. Офицеры тестировались с помощью специального профессионально адаптированного опросника, проводился осмотр фоноаудиолога с аудиометрией, а также изучался уровень шума на обычных рабочих местах обследованных.

Результаты. Только 19% военнослужащих не имели жалоб на расстройства слуха. Нередко встречались симптомы,

прямо не связанные со слуховой функцией. Основными из них были частые головные боли — 47%, бессоница — 36%, зуд в наружном слуховом проходе — 36%, звон в ушах — 30% (Табл. 1.). При сравнении аудиометрических показателей обследованных с возрастной нормой Международной организации стандартизации (ISO) выявлено снижение звуковосприятия нейросенсорного типа у 30% обследованных. Тугоухость коррелировала с продолжительностью службы, а не с возрастом, как в норме. Наиболее четко эта закономерность прослеживается у военнослужащих в возрасте до 30 лет. Левое ухо страдает больше правого.

В обсуждении авторы указывают, что такие симптомы, как частые головные боли и шум в ушах, могут служить ранними неаудиологическими субъективными маркерами профессионального нарушения слуха у личного состава военной полиции.

Полный текст первоисточника в формате PDF свободно доступен по ссылке: Audiological analysis in military police officers with exposure to occupational noise in motorized patrol activity / de Lima K.C.S. et al. // Int J Occup Environ Safety. 2018. Vol 2, No 1. P. 38–45. PDF. URL: http://journalsojs3.fe.up.pt/index.php/ijooes/article/view/2184-0954_002.001_0005/56 (дата обращения: 08.04.2018).



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.341-005.1-07

Долгих Р.Н. (*ruslan-doc@mail.ru*), **Чалый С.Н.** (*admiral@mail.ru*), **Пархоменко С.А.** (*saparhomenko@mail.ru*), **Завалий И.П.** (*aqua4@yandex.ru*), **Тимонина Л.В.** (*timoninaludmila@mail.ru*) – О трудностях диагностики кровотечения из тонкой кишки.

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Рассмотрены трудности диагностики заболеваний тонкой кишки, клиническим проявлением которых зачастую являются так называемые кровотечения из не выявленного источника. Проведен анализ клинических случаев в условиях отделения неотложной хирургии военного госпиталя и сформулированы основные направления решения проблемы.

К л ю ч е в ы е с л о в а: кровотечение, опухоль тонкой кишки, энтерография, видеокапсульная энтероскопия, диагностическая лапароскопия.

Dolgikh R.N., Chalyi S.N., Parkhomenko S.A., Zavalii I.P., Timonina L.V. – About the difficulties of diagnosing bleeding from the small intestine. The difficulties of diagnostics of small intestine diseases are considered, the clinical manifestation of which is often the so-called bleeding from an unidentified source. The analysis of clinical cases in the conditions of the department of emergency surgery of a military hospital is made and the main directions for solving the problem are formulated.

К е у о r d s: hemorrhage, small intestinal tumor, enterography, video-vascular enteroscopy, diagnostic laparoscopy.

Кровотечения из тонкой кишки встречаются реже, чем из других отделов желудочно-кишечного тракта, однако являются более трудными для диагностики и требуют глубокого внимания в связи с тем, что клиническая картина кровотечения (анемия, мелена) есть, а визуализировать его источник достаточно сложно.

В отделении неотложной хирургии за последние 5 лет наблюдались 12 пациентов с кровотечением из тонкой кишки: в 3 случаях впервые возникшие кровотечения, в остальных – неоднократно рецидивирующие, разной степени тяжести.

Во всех случаях эндоскопически диагноз установить не удалось. Выполнялась компьютерная томография брюшной полости с контрастированием кишечника, энтерография, в трех случаях капсульная энтероскопия. Данные исследования оказались малоинформативными для определения источника кровотечения: их результаты при оперативном лечении не совпадали с интраоперационными находками. Проведение радиоизотопного исследования органов брюшной полости позволило диагностировать профузное кровотечение из тонкой кишки у двух пациентов. В дальнейшем на операции в одном случае источником кровотечения оказалась сосудистая мальформация, в другом – острая язва

тонкой кишки. В обоих случаях операция закончилась резекцией участка тонкой кишки. Двухбаллонная энтероскопия в условиях госпиталя не выполнялась.

Неинформативность инструментального обследования, неэффективность консервативной терапии и возникновение повторных кровотечений явились поводом для оперативного вмешательства.

В ходе *диагностической лапароскопии* у 2 пациентов выявлена опухоль тонкой кишки, при гистологическом исследовании в последующем – гастроинтестинальная стромальная опухоль. Во всех случаях выполнялась конверсия, проводилась дальнейшая ревизия и резекция участка тонкой кишки с уже диагностированным источником кровотечения, либо последний был выявлен уже после лапаротомии. В результате у 12 пациентов с клиникой кровотечения из тонкой кишки окончательный диагноз был установлен интраоперационно: в 3 случаях источником кровотечения явилась опухоль тонкой кишки, в 4 – изъязвленные дивертикулы тонкой кишки, в 2 – сосудистая мальформация, в 2 случаях – острая язва стенки тонкой кишки, в одном случае источник кровотечения выявлен не был.

У одного пациента оперативное вмешательство выполнялось дважды в связи с не выявленным во время первой операции ис-



точником кровотечения и рецидивом профузного кровотечения в послеоперационный период.

Таким образом, диагностика источника кровотечения из тонкой кишки остается трудной проблемой, помочь в решении которой может расширение инструментальных методов исследования и в случае профузных и рецидивирующих кровотечений на первом месте как в диагностическом, так и в лечебном плане остается оперативное лечение. Приводим клиническое наблюдение.

Больная Б., 65 лет, госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на черный жидкий стул, слабость. Указанные жалобы беспокоили эпизодически и впервые появились около 1,5 года назад, в связи с чем неоднократно обследовалась в стационарах, патологии со стороны желудка, толстой кишки не выявлено.

При поступлении у больной заподозрено состоявшееся кишечное кровотечение из неизвестного источника, постгеморрагическая анемия легкой степени, в экстренном оперативном лечении не нуждалась.

Пациентке выполнена гастроскопия, дуоденоскопия, диагностирован хронический гастродуоденит. При колоноскопии с осмотром терминальных отделов подвздошной кишки (около 10–15 см) выявлены два формирующиеся полипа толстой кишки, без признаков изъязвления и кровотечения. Больной также проведена энтерография — данных за органическую патологию, препятствий пассажу бария на всем протяжении тонкой кишки не получено. По результатам компьютерной томографии заподозрено утолщение стенки тонкой кишки на протяжении 6–7 см (предположительно в области связки Трейтца), требующее морфологической верификации.

Учитывая жалобы больной, анамнестические данные, свидетельствующие о рецидивах кровотечений из тонкой кишки, боль-



Участок резецированной тонкой кишки с изъязвленной опухолью (наиболее крупная из трех опухолей, отмечена лигатурой)

ной выполнена диагностическая лапароскопия.

На операции: в малом тазу скудное количество прозрачного выпота, на расстоянии 1 м от илеоцекального угла выявлено уплотнение стенки тонкой кишки диаметром до 1 см с васкуляризацией. Выполнена минилапаротомия, при пальпации на протяжении 10–12 см от выявленной опухоли диагностированы два полипообразных плотных образования, вероятно, аналогической структуры, диаметром до 0,5 см. Другой патологии брюшной полости не обнаружено. Выполнена резекция участка тонкой кишки длиной 30 см с опухолями (см. рисунок).

Послеоперационный период неосложненный. По результатам гистологического исследования установлен диагноз — нейроэндокринная карцинома тонкой кишки с мультицентрическим характером роста, в двух из трех участков опухоль прорастает стенку кишки на всю толщу (Т3N0M0).

Больная выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение онколога.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.12-008.46-089.819

Долгушин О.А. (dolgushin70@mail.ru), **Иванов А.В.**, **Шамес А.Б.**, **Гирель О.И.**, **Прохорчик А.А.** — Результат эндоваскулярной реваскуляризации миокарда при хронической сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса левого желудочка.

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

В статье приведены данные современного подхода к лечению сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса. Описан случай положительного результата многоэтапной эндоваскулярной реваскуляризации миокарда у пациента с рефрактерной к консервативному лечению сердечной недостаточностью, обусловленной ишемической кардиомиопатией и клапанным пороком сердца с высоким риском смерти для коронарного шунтирования и хирургической коррекции клапанного порока сердца. С целью снижения смертности и улучшения качества жизни коморбидных пациентов с ишемической кардиомиопатией и тяжелой ХСН



эндоваскулярная реваскуляризация миокарда может рассматриваться как альтернатива коронарному шунтированию.

К л ю ч е в ы е с л о в а: эндоваскулярная реваскуляризация, хроническая сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса.

Dolgushin O.A., Ivanov A.V., Shames A.B., Girel O.I., Prokhorchik A.A. – Result of endovascular myocardial revascularization in case of chronic heart failure with a low fraction of left ventricular ejection. The article presents data of a modern approach to the treatment of heart failure with a low ejection fraction. A case of a positive result of multi-stage endovascular myocardial revascularization in a patient with refractory to conservative treatment of heart failure due to ischemic cardiomyopathy and valvular heart disease with a high risk of death for coronary bypass surgery and surgical correction of valvular heart disease is described. In order to reduce mortality and improve the quality of life of comorbid patients with ischemic cardiomyopathy and severe CHF, endovascular myocardial revascularization can be considered an alternative to coronary bypass surgery.

К е у о р д s: endovascular revascularization, chronic heart failure with a low ejection fraction.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) определяется клинически как синдром, при котором пациенты имеют типичные симптомы (одышка, отеки лодыжек, усталость) и признаки (повышенное давление в яремной вене, хрипы в легких, периферические отеки), вызванные нарушением структуры и/или функции сердца, что приводит к уменьшению сердечного выброса и/или повышению внутрисердечного давления в покое или во время нагрузки. Самой частой причиной развития ХСН в Европе и России в последние годы стала ишемическая болезнь сердца (ИБС), которая встречается у 60–70% стационарных больных и ассоциируется прежде всего с нарушением систолической функции левого желудочка (Беленков Ю.Н. и др., 2010). Среди других причин развития ХСН следует отметить дилатационную кардиомиопатию, ревматические пороки сердца, а в старших возрастных группах, наряду с ИБС, и артериальную гипертензию. По данным исследования STICH, для снижения смертности и госпитализации больных ИБС с поражением *передней межжелудочковой артерии* (ПМЖА) или многососудистым поражением коронарных артерий и фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) $\leq 35\%$, наряду с медикаментозной терапией, рекомендуется выполнять коронарное шунтирование (Velazquez E.J. et al., 2011). В то же время у коморбидных пациентов выбор реваскуляризации (эндоваскулярное вмешательство или коронарное шунтирование) должен осуществляться кардиокомандой (кардиолог, терапевт, эндоваскулярный хирург, кардиохирург) после тщательной оценки клинического статуса пациента, коронарной анатомии и ожидаемой эффективности (Windecker S. et al., 2014).

Клинический пример. У пациента В., 58 лет, в 2013 г. появились и в последующие годы прогрессировали одышка инспираторного характера, приступы сердечной астмы, отеки нижних конечностей. В июле 2016 г. при эхокардиографическом исследовании выявлены ги-

покинезия верхушечного сегмента межжелудочковой перегородки, гипокинезия большинства сегментов задней стенки левого желудочка, верхушечных и части медиальных сегментов передней и переднебоковой стенок левого желудочка, гипертрофия и дилатация левого желудочка (*конечный диастолический размер* – КДР=7,2 см, *конечный систолический размер* – КСР=6 см), снижение *фракции выброса левого желудочка* (ФВЛС) до 28%. В течение 6 мес проводилась стандартная консервативная терапия ХСН без отчетливой положительной динамики. В декабре 2016 г. госпитализирован в 3 ЦВКГ, где установлен диагноз: «ИБС. Постинфарктный кардиосклероз неизвестной давности. Ишемическая кардиомиопатия. Приобретенный комбинированный митрально-трикуспидально-аортальный порок сердца (недостаточность митрального и трикуспидального клапанов 3 степени, недостаточность аортального клапана 2 степени), ХСН 2Б, ФК 4 по НУНА». Кроме того, выявлены сопутствующие заболевания бронхолегочной системы, почек, сосудов головного мозга. Для уточнения состояния коронарного русла выполнена коронароангиография – обнаружены множественные гемодинамически значимые поражения коронарных артерий сердца: субтотальные стенозы в проксимальной и дистальной третях *правой коронарной артерии* (ПКА); протяженный стеноз 85% в средней трети ПМЖА; окклюзия проксимальной трети *промежуточной ветви* (ПромВ).

Ввиду тяжести основного и сопутствующих заболеваний, несмотря на показания к коронарному шунтированию и хирургической коррекции клапанного аппарата сердца, кардиокомандой оперативное вмешательство в таком объеме признано непереносимым. Принято решение об этапной эндоваскулярной реваскуляризации миокарда. На первом этапе выполнена коронарная ангиопластика со стентированием ПКА, через 9 нед – ПМЖА, еще через 9 нед – механическая реканализация и стентирование ПромВ. При дальнейшем наблюдении признаки ХСН



регрессировали, увеличилась толерантность к физическим нагрузкам. По данным контрольной эхокардиографии, выполненной через 3 мес после последнего эндоваскулярного вмешательства, уменьшились размеры левого желудочка (КДР=6,1 см, КСР=4,8 см), ФВЛЖ увеличилась до 42%.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.34-008.64-02

Староконь П.М. (*oldhorse.pm@mail.ru*)¹, **Долгих Р.Н.**², **Галик Н.И.**¹ — Синдром энтеральной недостаточности при острой хирургической патологии.

¹Филиал Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Москва; ²3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Разработан для условий общехирургического стационара комплекс лечебных мероприятий, эффективно воздействующих на проявления у больных синдрома энтеральной недостаточности. Выполнено наблюдение и лечение 96 больных с острой кишечной непроходимостью. В лечебную программу послеоперационного периода включались дренирование тонкой кишки, энтеротропная терапия, введение инфузионных антигипоксантов. Проведенное лечение позволило значительно эффективнее корректировать проявления синдрома энтеральной недостаточности, в более короткие сроки восстанавливать функциональную состоятельность тонкой кишки.

К л ю ч е в ы е с л о в а: острая кишечная непроходимость, энтеральная недостаточность, лечебные мероприятия.

Starokon P.M., Dolgikh R.N., Galik N.I. — Syndrome of enteric insufficiency in acute surgical pathology. The complex of medical measures effective for manifestations in patients with enteric insufficiency syndrome was developed for the conditions of a general surgical hospital. 96 patients with acute intestinal obstruction were observed and treated. The curative program of the postoperative period included the draining of the small intestine, enterotrope therapy, the introduction of infusion antihypoxants. The treatment carried out made it possible to significantly improve the manifestations of enteric insufficiency syndrome, in a shorter time to restore the functional consistency of the small intestine.

К е у в о р д s: acute intestinal obstruction, enteral insufficiency, medical measures.

Синдром энтеральной недостаточности (СЭН) — грозное осложнение ряда острых хирургических заболеваний, часто определяющее исход основной нозологии. СЭН оказывает выраженное влияние на динамику эндогенной интоксикации и синдрома полиорганной недостаточности при распространенном перитоните, острой кишечной непроходимости, остром панкреатите, тяжелой политравме и т. д. В основе его патогенеза лежат сложные механизмы изменения морфофункционального состояния кишечника: нарушения микроциркуляции и перфузии тканей, активация процессов свободнорадикального окисления липидов и белков, тканевая гипоксия и нарушение клеточного энергообразования, неконтролируемый рост патогенной и условно патогенной микрофлоры в просвете кишки и др. Кишечник становится «главным резервуаром» организма, содержащим широкую гамму токсических веществ. Проведение комплекса лечебных мероприятий, предупреждающих развитие или снижающих степень проявления СЭН, является актуальной задачей хирургии и ре-

Таким образом, с целью снижения смертности, уменьшения сроков госпитализации и улучшения качества жизни у коморбидных пациентов с ишемической кардиомиопатией и тяжелой ХСН эндоваскулярная реваскуляризация миокарда может рассматриваться как альтернатива коронарному шунтированию.

аниматологии. В программе интенсивного лечения острой хирургической патологии вопросам коррекции синдрома энтеральной недостаточности должно уделяться особое внимание.

Цель исследования. Разработка комплекса лечебных мероприятий, эффективно влияющих на СЭН в условиях общехирургического стационара.

Материал и методы. В исследовательскую часть работы включены 96 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью, течение которой практически всегда осложняется СЭН. У большинства из них спаечная непроходимость протекала на фоне распространенного перитонита.

Больные проходили лечение в хирургических отделениях клинических баз филиала ВМедА им. С.М.Кирова. Всем пациентам выполнена лапаротомия в различных объемах с целью устранения кишечного препятствия, вызванного спаечным процессом, санация и дренирование брюшной полости.

Обязательной была предоперационная подготовка, включавшая эвакуацию желудоч-



Таблица 1

Показания к дренированию тонкой кишки

Показания	Количество больных, абс. число/%
Паретическое состояние тонкой кишки	36/87,8
Послеоперационный или прогрессирующий перитонит	12/29,2
Резекция кишки или ушивание ее стенки в условиях перитонита	10/24,4
Ранняя послеоперационная или спаечная кишечная непроходимость на фоне перитонита	27/65,9
Лапаростомическое ведение послеоперационной раны	8/19,5

ного содержимого, инфузионную терапию, коррекцию системных нарушений. В ходе предоперационной подготовки проводились мероприятия, направленные на консервативное разрешение непроходимости кишечника. Кроме перечисленных, они включали новокаиновые блокады и интенсивное сифонное промывание кишечника.

Во время операции всем пациентам выполнялась интубация тонкой кишки, преимущественно назогастроинтестинальным зондом. Интубация кишечника являлась главным звеном программы коррекции синдрома энтеральной недостаточности. Показаниями для ее выполнения являлись: распространенный перитонит, обширный спаечный процесс, травматичность выделения кишки из спаек, рецидив спаечной непроходимости, паретическое состояние тонкой кишки. В последние годы показания к интубации тонкой кишки значительно расширились. Ее рекомендуется применять для профилактики несостоятельности кишечных швов и анастомозов, предупреждения паралитической или ранней спаечной кишечной непроходимости, при проведении внутрикишечной терапии. Интубация тонкой кишки позволяет осуществлять декомпрессию тонкой кишки, эвакуацию токсичного кишечного содержимого, проведение детоксикационных методик (кишечный лаваж и энтеросорбция), обеспечивает восстановление моторной функции кишки и микроциркуляции кишечной стенки, восполнение водно-электролитных нарушений, раннее энтеральное питание.

Группу сравнения составили 45 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью, которым по тем или иным причинам интраоперационно интубация кишки не выполнялась. Им проводилось полноценное интенсивное лечение, направленное на детоксикацию, устранение водно-электролитных, органических и системных нарушений.

Результаты и обсуждение. Анализ клинического материала показал, что в дренировании тонкой кишки нуждаются 42,7% боль-

ных, оперированных по поводу спаечной кишечной непроходимости, и прежде всего пациенты, у которых патологический процесс осложнялся клиникой распространенного перитонита.

На основании многолетнего опыта и результатов исследований были выделены следующие показания к дренированию тонкой кишки: ее паретическое состояние, послеоперационный или прогрессирующий перитонит, ушивание стенки кишки в условиях перитонита, ранняя послеоперационная или спаечная кишечная непроходимость на фоне перитонита, послеоперационное лапаростомическое ведение лапаротомной раны. Таким образом, дренирование тонкой кишки может преследовать как декомпрессионно-детоксикационную, так и профилактическую цель.

Как видно из представленных в табл. 1 данных, чаще всего показаниями к дренированию тонкой кишки являлись паретическое состояние ее стенки, послеоперационный и прогрессирующий перитонит. Общее количество показаний оказалось значительно больше, чем число больных.

Основная причина отказа от дренирования тонкой кишки — тяжелое состояние больного с неустойчивыми показателями гемодинамики на момент операции и в ее процессе. По нашим наблюдениям, даже при относительно стабильной центральной гемодинамике на момент дренирования, почти у всех больных с тяжелыми формами непроходимости, осложненной перитонитом, отмечалось снижение артериального давления, увеличение частоты и нарушение ритма сердечных сокращений (табл. 2).

Основные принципы интенсивной терапии в ранний послеоперационный период у больных с кишечной непроходимостью и распространенным перитонитом, осложненными СЭН, включали наиболее раннее восстановление объема циркулирующей крови и устранение водно-электролитных нарушений, улучшение реологических свойств крови, микроциркуляции и перфузии, борьбу с



Таблица 2

Влияние дренирования тонкой кишки на показатели центральной гемодинамики у пациентов с тяжелыми формами кишечной непроходимости

Показатели гемодинамики	Количество больных			
	до предоперационной подготовки	перед дренированием кишки	во время дренирования кишки	после дренирования кишки
Без нарушения ритма и частоты сердечных сокращений	2	6	—	—
Нарушения сердечного ритма	12	10	15	18
Учащение сердечных сокращений	35	41	42	41
Урежение сердечных сокращений	7	3	3	1
Нормальные показатели АД	8	17	—	2
Сниженные показатели АД	31	33	42	41
Повышенные показатели АД	4	8	6	8

тканевой и циркуляторной гипоксией, проведение антибактериальной и противовоспалительной терапии, восполнение энергетических и пластических потребностей организма, коррекцию эндотоксикоза, улучшение метаболизма клетки и стабилизации цитоплазматических мембран, иммунотерапию, восстановление функциональной состоятельности основных жизнеобеспечивающих систем.

Комплексный подход к коррекции энтеральной недостаточности позволил достичь лучших результатов. Так, в среднем на 1,6 сут быстрее восстанавливалась перистальтика кишечника. В период восстановления моторной функции кишечника наблюдалось более выраженное, чем в группе сравнения, снижение интоксикации. Об этом свидетельствовало улучшение общего самочувствия пациентов с интубированной кишкой в ранний послеоперационный период, положительная динамика их психического статуса несмотря на раздражающее действие зонда, уменьшение одышки, улучшались гемодинамические показатели. Более отчетливо корректировались биохимические показатели, что свидетельствовало о снижении интоксикации. Особенно это заметно на фоне кишечного лаважа. Последний проводился 2–3 раза в сутки. Применялись различные растворы: 0,9% раствор NaCl, раствор Рингера, раствор мафусола, простая кипяченая вода. Однократный объем вводимой в зонд жидкости составлял от 400

до 600 мл. На 20 мин зонд перекрывался, и в дальнейшем путем самооттока лаважная жидкость эвакуировалась. Уже после 2–3 процедур отмечалась положительная динамика интоксикационного синдрома. Кроме того, интраинтестинальное введение инфузионных растворов позволяло более эффективно корректировать водно-электролитные нарушения и, как показали результаты экспериментов на модели перитонита у животных, способствовало повышению морфофункциональной состоятельности энтероцитов слизистой тонкой кишки.

Детоксикационная эффективность кишечного лаважа подтверждалась снижением уровня биохимических показателей крови, таких как среднемолекулярные пептиды, креатинин, мочевины, билирубин. Согласно мнению М.Д.Ханевича и соавт. (2004), само дренирование паретически измененной тонкой кишки с последующим опорожнением может быть достаточным для восстановления ее основных физиологических функций. Тем не менее применение в комплексном лечении методов внутрикишечной детоксикации улучшает результаты лечения синдрома энтеральной недостаточности.

Важной составляющей лечения являлась инфузионная терапия. Общий суточный объем инфузий составлял от 4500 до 9000 мл растворов. Программа инфузионной терапии включала введение кристаллоидов (до 75%), коллоидных растворов (10–15%), растворов



аминокислот, альбумина и др. Учитывая, что в патогенезе СЭН важным звеном является тканевая гипоксия, в основной группе обязательным для введения был антигипоксанта́ный раствор мафусола. Его суточный объем составлял от 800 до 1600 мл. Мафусол обладает полифункциональным действием, и его введение было направлено на коррекцию тканевой гипоксии, кислотно-щелочного равновесия (путем снижения образования недоокисленных продуктов в тканях), волюмокоррекции, детоксикации. После введения мафусола отмечено более быстрая коррекция кислотно-щелочного равновесия, что свидетельствовало об активации энергообразующих процессов в организме.

В группе сравнения вместо мафусола в программу инфузионной терапии включались аналогичные объемы лактасола, при этом

так же отмечена положительная динамика устранения СЭН, но показатели коррекции носили менее выраженный характер. Особенно это относится к динамике уменьшения интоксикации и показателям восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Заключение. Комплексный подход к коррекции СЭН при острой спаечной кишечной непроходимости позволяет эффективно в ранний послеоперационный период восстанавливать функциональную состоятельность кишечника. Лечебная программа должна содержать полноценную инфузионную терапию с включением антигипоксанта́нов и интраоперационную интубацию тонкой кишки, которая обеспечивает ее декомпрессию, эвакуацию токсического содержимого, улучшение микроциркуляции стенки и создает условия для проведения внутрикишечной детоксикации.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.517-085.3

Тарасенко Г.Н. (drtarasenko@yandex.ru), **Паценко М.Б.** (patsenko_mb@mail.ru), **Патронов И.В.** (patig64@yandex.ru), **Кузьмина Ю.В.** (jvk05@rambler.ru) – Биологическая терапия как перспектива лечения тяжелых форм псориаза.

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Представлен опыт применения биологических препаратов в каждом отделении военно-медицинской организации пациентам с тяжелыми формами псориаза и псориатического артрита. Появление новых препаратов для биологической терапии псориаза, таких как Козэнтикс (секукинумаб), Отелла (апремиласт), с другим механизмом действия на ключевые звенья иммунопатогенеза открывает новую страницу в лечении тяжелых форм этого заболевания.

К л ю ч е в ы е с л о в а: псориаз, биологическая терапия, моноклональные антитела, фактор некроза опухоли α , интерлейкины.

Tarasenko G.N., Patsenko M.B., Patronov I.V., Kuzmina Yu.V. – Biological therapy as a perspective treatment of severe forms of psoriasis. The experience of using biological preparations in the skin compartment of the military medical organization is presented to patients with severe forms of psoriasis and psoriatic arthritis. The emergence of new drugs for the biologic therapy of psoriasis, such as Coixintix (secaquinumab), Otisla (Aprilmilast), with a different mechanism of action on the key links of immunopathogenesis opens a new page in the treatment of severe forms of this disease.

К е у в о р д s: psoriasis, biological therapy, monoclonal antibodies, tumor necrosis factor alpha, interleukins.

В настоящее время важным направлением исследований патогенеза псориаза стало изучение иммунных механизмов. В основе нарушений иммунного статуса при этой патологии лежат интерлейкинзависимые иммунодефицитные состояния. Цитокины – интерлейкины ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-12, ИЛ-23, фактор некроза опухоли α (ФНО- α) и другие – вызывают активацию Т-лимфоцитов, воспалительную инфильтрацию и пролиферацию кератиноцитов в очагах поражения кожи псориазом (Бадюкин В.В., 2006).

Актуальным направлением при псориазе и псориатическом артрите стала антицитокиновая терапия биологическими агентами, которую по праву следует рассматривать

как терапию XXI в. Новые биологические подходы к лечению этого заболевания основаны на более глубоком понимании его патогенеза. Принятие тезиса аутоиммунной природы псориаза дало старт бурному развитию генно-инженерных биотехнологий, что позволило кардинальным образом пересмотреть отношение к лечению псориаза, и прежде всего его тяжелых форм. Причем количество новых биологических препаратов, изучаемых на разных стадиях клинических испытаний, с каждым годом увеличивается. В практике дерматолога и ревматолога наиболее распространены следующие генно-инженерные биологические препараты: Ремикейд (инфликсимаб), Хумира (адалимумаб),



Энбрел (этанерцепт), Стелара (устекинумаб), Симпони (голимумаб), Козэнтикс (секукинумаб), Отесла (апремиласт) и др.

По мнению отдельных авторов, патогенетическая терапия псориаза генно-инженерными биологическими препаратами снижает риск осложнений коморбидного фона, в частности метаболического синдрома (Channal J. et al., 2009). Следовательно, при выборе терапии конкретному пациенту целесообразно учитывать не только степень тяжести его псориаза, но и, в ряде случаев, коморбидный фон, в совокупности определяющие общее состояние и качество жизни больного.

Первым антицитокинным препаратом в медицинской практике лечения псориаза стал инфликсимаб. В Российской Федерации он официально разрешен к применению у больных псориатическим артритом с 2005 г., а псориазом средней и тяжелой степени — с 2006 г. Инфликсимаб представляет собой IgG1-химерные моноклональные антитела (АТ), которые состоят на 75% из человеческого и на 25% из мышиного белка. Инфликсимаб образует устойчивые соединения с ФНО- α , существенно снижая его функциональную активность.

В каждом отделении 3 ЦВКГ с 2012 г. мы применяем 5 генно-инженерных биологических препаратов. Основными критериями их назначения являются тяжелое течение заболевания, отсутствие эффекта от ранее проводимой терапии, поражение суставов, а также отсутствие противопоказаний. Перед началом терапии все пациенты проходят объективное клиническое обследование, обязательное обследование для исключения инфекций, туберкулезного процесса, онкозаболеваний, исследуем исходные лабораторные показатели (общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, исследование иммунного статуса), регистрируем показания электрокардиограммы.

Лечение проводим по общепринятым схемам. Инфликсимаб ($n=8$) вводили инфузионно из расчета 5 мг на 1 кг массы тела (исходно, через 2 и 6 нед). У всех больных отмечали положительный эффект в виде исчезновения чувства утренней скованности и восстановления безболезненных активных и пассивных движений в суставах. Кожные проявления после введения препарата стабилизировались, уменьшались гиперемия, инфильтрация и шелушение. У некоторых больных кожные изменения начали разрешаться после 2-й инфузии. Переносимость препарата в целом была хорошей, однако у 1 из пациентов на фоне 2-й инфузии развилась анафилактикоидная реакция (появились одышка, затрудненное дыхание, слезотечение, отечность в области лица), введение препарата прекратили, а реакцию купировали внутривенным введением преднизолона.

Устекинумаб — биологический препарат антицитокинного ряда, содержащий человеческие моноклональные АТ к ИЛ-12 и ИЛ-23, которые отличаются высокой специфичностью и аффинностью к вышеуказанному ИЛ, подавляя опосредованное ими воспаление. При псориазе устекинумаб ($n=17$) вводили подкожно в дозе 45 мг, если масса тела пациента не более 100 кг, и в дозе 90 мг, если она превышала 100 кг. Согласно режиму дозирования, мы применяли по схеме 0-я и 4-я неделя, затем 1 раз через каждые 12 нед. Среди всех антицитокинных препаратов он зарекомендовал себя как низкоиммуногенный препарат, наиболее удобный в применении. У всех больных уже после 1-й инъекции наблюдали клиническое улучшение в виде регресса высыпаний, на 10-е сутки уменьшались шелушение и экссудативные явления, исчезал венчик гиперемии вокруг папул и бляшек, появлялся псевдоатрофический ободок Воронова, уменьшалась инфильтрация элементов. Переносимость устекинумаба в целом была хорошей, побочных эффектов не зарегистрировали.

Голимумаб содержит человеческие моноклональные АТ, которые образуют высокоаффинные стабильные комплексы «антиген-антитело». Препарат вводили ($n=10$) подкожно в дозе 50 мг (0,5 мл). Клинические проявления псориаза начали разрешаться после первой инъекции, а суставные проблемы (уменьшение боли, чувства скованности и т. п.) исчезали после 2-й и последующих инъекций.

Этанерцепт — препарат с противовоспалительным действием. Ингибитор фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α). Препарат ($n=2$) мы вводили подкожно в дозе 50 мг 1 раз в неделю. Выраженных клинических изменений со стороны кожи мы не наблюдали, отмечен положительный эффект суставных проявлений у всех пациентов.

Секукинумаб представляет собой человеческие IgG1mAT, которые связываются с высокой аффинностью с ИЛ-17А человека и нейтрализуют активность этого цитокина. Под нашим наблюдением находится 1 пациент. Первые результаты показывают хорошую эффективность препарата.

Таким образом, терапия антицитокинными препаратами — перспективное направление в лечении тяжелых форм псориаза и псориатического артрита; длительные эффекты данных препаратов, их безопасность требуют дальнейшего изучения в ряде клинических исследований; появление новых препаратов для биологической терапии псориаза, таких как Козэнтикс (секукинумаб), Отесла (апремиласт) с другим механизмом действия на ключевые звенья иммунопатогенеза открывает новую страницу в лечении тяжелых форм этого заболевания.



© В.А.КРАЙНИЙ, Е.В.КРАЙНЯЯ, 2018
УДК [616-036.22:355](091)

Опыт противоэпидемического обеспечения Белорусской наступательной операции «Багратион»

КРАЙНИЙ В.А., полковник медицинской службы в отставке (krainiy1@yandex.ru)¹
КРАЙНЯЯ Е.В.²

¹Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии, г. Минск, Республика Беларусь; ²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Дана комплексная оценка санитарно-эпидемиологической обстановки на временно оккупированной территории Белорусской ССР в 1944 г. накануне и в ходе Белорусской наступательной операции «Багратион». Обсуждаются особенности системы противоэпидемической защиты, которые позволили минимизировать потери в войсках Красной армии и среди населения от инфекционных заболеваний, в сжатые сроки провести мероприятия по предотвращению массового распространения и ликвидации очагов эпидемически опасных заболеваний. Накопленный опыт использовался в период боевых действий в Афганистане.

К л ю ч е в ы е с л о в а: операция «Багратион», противоэпидемическое обеспечение, использование опыта в Афганистане.

Krainii V.A. Krainyaya E.V. — Experience of antiepidemic support of the Belarusian offensive operation «Bagration». Experience of antiepidemic support of the Belarusian offensive operation «Bagration». A comprehensive assessment of the sanitary and epidemiological situation in the temporarily occupied territory of the Byelorussian SSR in 1944 on the eve and during the Belarusian Offensive Operation «Bagration» was made. The peculiarities of the anti-epidemic protection system are discussed, which allowed minimizing losses in the Red Army troops and among the population from infectious diseases, and in the shortest time to carry out measures to prevent the mass spread and elimination of epidemic-dangerous diseases. The accumulated experience was used during the fighting in Afghanistan.

К е у в о р д s: operation «Bagration», anti-epidemic support, use of experience in Afghanistan.

Современная военно-политическая обстановка сопровождается возникновением кризисных ситуаций, развязыванием военных конфликтов, в т. ч. вблизи границ СНГ. На этом фоне изучение и использование опыта медицинского, в т. ч. противоэпидемического, обеспечения войск в ходе предыдущих войн, сохраняет свое значение и, безусловно, представляет интерес для широкой медицинской общественности, в первую очередь для специалистов профилактического профиля.

В ходе Белорусской наступательной операции «Багратион» войска 1-го, 2-го и 3-го Белорусских, 1-го Прибалтийского фронтов при поддержке партизанских отрядов летом 1944 г. разгромили мощную немецкую группировку армий «Центр» и освободили Советскую Белоруссию, часть Литовской и Латвийской ССР, восточные районы Польши.

Высокая вероятность роста инфекционной заболеваемости военнослужащих, особенности ее распространения во многом были обусловлены заболеваемостью местного населения, находившегося на территориях ведения боевых действий. Чрезвычайно сложная санитарно-эпидемиологическая обстановка на территории Белорусской ССР в период подготовки и в ходе наступательной операции носила черты чрезвычайной ситуации, особенно по сыпному тифу. Реальный риск заноса в действующую армию сохранялся по таким инфекциям, как брюшной тиф, дизентерия, малярия, туляремия. В отдельных районах, по данным бывшего начальника военно-санитарного отдела 65-й армии В.А.Колодкина [1], только в полосе наступления этой армии за первое полугодие 1944 г. среди местного населе-



Литература

1. Колодкин В.А. Мероприятия медицинской службы 65-й армии по ликвидации сыпного тифа, вызванного оккупацией Белоруссии // *Здравоохранение Белоруссии*. — 1974. — № 7. — С. 3–6.
2. Rogozin I.I., Bessmertnyy B.S. Эпидемическая обстановка в стране в предвоенный период и в начале войны // В кн.: *Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.* — М.: Медгиз, 1955. — Т. 32. — С. 21–31.
3. Болдырев Т.Е. Сыпной тиф // В кн.: *Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.* — М.: Медгиз, 1955. — Т. 32. — С. 60–65.
4. Смирнов Е.И. Война и военная медицина. 1939–1945 годы. — М.: Медицина, 1976. — 462 с.
5. Рашина М.Г. Малярия среди населения СССР в предвоенные и военные годы // В кн.: *Опыт советской медицины в Великой*

Отечественной войне 1941–1945 гг. — М.: Медгиз, 1955. — Т. 32. — С. 135–144.

6. Санжаров Б.Н. Деятельность главных эпидемиологов фронтов в 1941–1945 гг. // *Воен.-мед. журн.* — 1980. — № 12. — С. 13–14.

7. Крайний В.А. Особенности работы санитарно-эпидемиологического отряда в условиях войны в Афганистане // *Воен.-мед. журн.* — 1992. — № 4–5. — С. 35–37.

8. Тарарин Р.А. О противоэпидемическом обеспечении войск 1-го Белорусского фронта // *Воен.-мед. журн.* — 1975. — № 6. — С. 88–89.

9. Позывай Т.Т. Опыт противоэпидемического обеспечения войск Западного и 3-го Белорусского фронтов в Великой Отечественной войне // *Воен.-мед. журн.* — 1976. — № 5. — С. 80–82.

10. Беляцкий Д.П. Эпидемические особенности и противоэпидемическая защита в период Белорусской наступательной операции 1944 года // *Здравоохранение Белоруссии*. — 1983. — № 7. — С. 3–7.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В *Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова* проведена Всероссийская конференция «**Роль медицинской сестры в оказании медицинской помощи при различных чрезвычайных ситуациях**»

Конференция посвящена наиболее приоритетным направлениям развития системы оказания доврачебной помощи, а также вопросам применения инновационных методик и технологий в работе среднего медицинского персонала.

В конференции приняли участие старшие медицинские сестры клиник академии, руководители общероссийской общественной организации «**Ассоциация медицинских сестер России**», медицинские сестры медицинских организаций Санкт-Петербурга, учащиеся медицинских колледжей северной столицы.

Особенностью работы конференции явилась аккредитация участников в системе непрерывного медицинского образования.

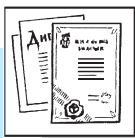
Конференцию открыл начальник ВМА им. С.М.Кирова член-корреспондент РАН **Александр Фисун**. В ходе пленарного заседания было заслушано 12 интересных докладов. Выступили старшие медицинские сестры клиник академии, президент «Ассоциации медицинских сестер России», председатель европейского форума сестринских и акушерских ассоциаций **В.А.Саркисова**, исполнительный директор ассоциации **В.В.Самойленко**.

Особое внимание было уделено внедрению профессиональных стандартов в работу медицинских сестер, актуализирована значимость среднего медицинского персонала в оказании всех видов медицинской помощи, в т. ч. в экстремальных ситуациях.

На конференции была представлена выставка современных образцов медицинского оборудования и лекарственных препаратов, используемых в практике среднего медицинского персонала.

По окончании начальник ВМА им. С.М.Кирова поблагодарил участников, определил сроки проведения очередной конференции, поздравил с наступающим Международным днем медицинской сестры.

Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 1 мая 2018 г.
https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12173697@egNews
Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 2 мая 2018 г.
https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12173753@egNews



ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

ЮБИЛЕИ

© Д.В.ТРИШКИН, 2018
УДК 616:355 (092 Калачёв О.В.)



9 июня 2018 г. исполняется 50 лет начальнику организационно-планового управления – заместителю начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, заслуженному работнику здравоохранения Российской Федерации генерал-майору медицинской службы **Олегу Владимировичу Калачёву**.

О.В.Калачёв родился в Читинской области в семье военнослужащего. После окончания 1-го курса лечебного факультета Читинского государственного медицинского института с 1986 по 1988 г. проходил срочную службу санитарным инструктором в Забайкальском военном округе.

В 1993 г. по окончании Военно-медицинского факультета при Сибирском медицинском институте был назначен начальником медицинской службы – начальником медицинского пункта учебного центра Рязанского высшего воздушно-десантного командного училища.

Более 20 лет профессиональной деятельности отдано Олегом Владимировичем медицинской службе *Воздушно-десантных войск* (ВДВ). Он занимал должность начальника медицинской службы парашютно-десантного полка, после окончания в 2004 г. с отличием факультета руководящего медицинского состава Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова был назначен начальником медицинской службы воздушно-десантной дивизии, затем проходил службу старшим офицером по лечебно-профилактическому обеспечению медицинской службы ВДВ, заместителем начальника медицинской службы – председателем ВВК ВДВ, начальником медицинской службы Воздушно-десантных войск. Под его руководством коллективом медицинской службы были достигнуты ощутимые результаты по снижению заболеваемости военнослужащих ВДВ.

В 2013 г. О.В.Калачёв назначен на должность начальника организационно-планового управления – заместителя начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ.

Олег Владимирович – участник боевых действий в Чеченской Республике и Южной Осетии. В 2013 и 2014 гг. участвовал в планировании и организации выполнения специальных заданий Правительства Российской Федерации, осуществлял руководство группировкой медицинской службы в составе оперативной группы Министерства обороны Российской Федерации, проявив при этом умение, стойкость и выдержанность.

Он принимал активное участие в организации медицинского обеспечения личного состава в период подготовки и проведения Олимпийских и Паралимпийских игр (2014), безопасного проведения мероприятий на территории Крыма, а также «Армия-2016» и «АРМИ-2016». Участвовал в подготовке и проведении ряда стратегических командно-штабных учений и специальных учений по материально-техническому обеспечению. Лично организовывал мероприятия по подготовке и проведению международных военно-медицинских учений «СМОА-плюс».

Под его непосредственным руководством организован и проведен в 2016–2017 гг. в рамках Армейских международных игр международный конкурс профессионального мастерства «Военно-медицинская эстафета».

О.В.Калачёв – врач высшей квалификационной категории по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», уделяет много внимания вопросам построения единого информационного пространства медицинской службы, совершенствования системы проведения удаленных телемедицинских консультаций, развития автоматизированных систем управления.

За высокие достижения в профессиональной деятельности, заслуги в укреплении обороноспособности страны О.В.Калачёв награжден двумя орденами Мужества, медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени с изображением мечей и другими наградами.

Руководство и коллектив Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», друзья и коллеги сердечно поздравляют Олега Владимировича Калачёва с юбилеем и желают ему крепкого здоровья, счастья, благополучия и дальнейших творческих успехов.



© С.В.ПАСКАРЬ, С.А.КОВАЛЕНКО, Н.А.СЕРГЕЕВ, 2018
УДК 616:355 (092 Лютов В.В.)



3 мая 2018 г. исполнилось 50 лет начальнику Федерального государственного казенного учреждения «442 Военный клинический госпиталь» Министерства обороны Российской Федерации, заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы **Владимиру Викторовичу Лютову**.

В.В.Лютов родился в г. Орджоникидзе (ныне Владикавказ) Северо-Осетинской АССР в семье военного врача. После окончания факультета подготовки врачей для Ракетных и Сухопутных войск ВМедА в 1991 г. проходил службу в Группе советских войск в Германии, Прибалтийском и Ленинградском военных округах в должностях ординатора, старшего ординатора и начальника терапевтического отделения. В 1997 г. окончил клиническую ординатуру при кафедре общей терапии № 1 ВМедА им. С.М.Кирова.

С 1999 г. — начальник Пушкинского гарнизонного военного госпиталя, а с 2004 г. — начальник «442 Окружного военного клинического госпиталя» ЛенВО.

Автор 114 трудов, в т. ч. 3 монографий и главы в учебнике для медицинских вузов «Клиническая патофизиология». Под руководством В.В.Лютова опубликовано более 20 методических рекомендаций и практических пособий для терапевтов, кардиологов и врачей других специальностей медицинской службы Западного военного округа, которые позволили существенно снизить заболеваемость и улучшить исходы лечения больных терапевтического и кардиологического профиля.

Мастер спорта СССР по военному троеборью. Вице-президент Западной любительской хоккейной лиги военнослужащих, капитан хоккейной команды «Армада-Питер» «442 ВКГ» и ВМедА. Награжден орденом Почета и многими медалями.

Руководство Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации и Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала», коллеги и коллектив «442 Военного клинического госпиталя» сердечно поздравляют Владимира Викторовича Лютова с юбилеем, желают ему здоровья, счастья и новых успехов.

© В.К.ШАМРЕЙ, А.Г.ЧУДИНОВСКИХ, 2018
УДК 616:355 (092 Иванов Е.С.)



12 июня 2018 г. исполняется 100 лет ветерану Великой Отечественной войны, доктору медицинских наук, профессору полковнику медицинской службы в отставке **Евгению Сергеевичу Иванову**.

Е.С.Иванов родился в г. Пскове в семье офицера. После окончания вечернего отделения рабфака в 1938 г. поступил в 3-й Ленинградский медицинский институт, на базе которого в 1940 г. была организована Военно-морская медицинская академия (ВММА). В июле 1941 г. в составе Отдельной курсантской морской бригады защищал ближайшие подступы к Ленинграду. В 1942 г. (после эвакуации ВММА в г. Киров) с отличием окончил академию и, как Ленинский стипендиат, получил при выпуске звание капитана. С февраля 1943 г. проходил службу в качестве врача дивизиона канонерских лодок Онежской военно-морской флотилии, а с июня 1944 г. — врача дивизиона эскадренных миноносцев (г. Кронштадт). За период войны был дважды контужен, во время боевых действий несколько раз тонул.

В 1945 г. Е.С.Иванов поступил в адъюнктуру при кафедре психиатрии ВММА. После расформирования ВММА проходил службу на разных должностях на кафедре психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. С 1959 г. являлся заместителем начальника кафедры, в 1960 г. исполнял обязанности начальника кафедры психиатрии академии.

После увольнения из Вооруженных Сил (в 1964 г.) организовал и до 1985 г. возглавлял кафедру психопатологии и логопедии Ленинградского педагогического института им. А.И.Герцена. Автор более 250 научных работ, в т. ч. 10 монографий. Подготовил 40 кандидатов и 2 докторов медицинских наук. Являясь членом ряда диссертационных советов высших учебных заведений Санкт-Петербурга, Евгений Сергеевич постоянно отстаивал наиболее новаторские, креативные точки зрения в области клинической психиатрии, коррекционной психологии и медицинской психологии.



Награжден тремя орденами и 29 медалями, в т. ч. орденом Отечественной войны I степени, орденом Отечественной войны II степени, орденом Красной Звезды, медалью Жукова, медалями «За боевые заслуги» и «За оборону Ленинграда».

Руководство Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, редакционная коллегия «Военно-медицинского журнала» сердечно поздравляют Евгения Сергеевича Иванова с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья, творческого долголетия.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В 3-м Центральном военном клиническом госпитале имени А.А.Вишневого прошла III межрегиональная конференция по урологии. В мероприятии приняли участие более 300 врачей, в числе которых – руководители учреждений здравоохранения и профильных подразделений из более чем десяти регионов. В стенах госпиталя конференция проводится уже в третий раз, превратившись в традиционную площадку для освещения и обсуждения передовых методов лечения урологических заболеваний.

В рамках конференции прошла выставка оборудования, инструментов и лекарственных препаратов, представленных медицинскими и фармацевтическими компаниями для лечения пациентов с конкрементами почек и мочеточников с помощью передовых эндовидеохирургических методов и новейших технологий.

Со вступительным словом к участникам конференции выступили начальник 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого, доктор медицинских наук генерал-майор медицинской службы **Александр Есипов** и заведующий кафедрой урологии факультета усовершенствования врачей ФМБА, председатель Российской ассоциации по эндоурологии профессор **Алексей Мартов**.

В своем видеобращении к участникам конференции с приветственным словом обратился генеральный директор ФГБУ НМИРЦ Минздрава РФ, академик РАН профессор **Андрей Каприн**.

Научная программа мероприятия была разделена на две сессии, на которых выступили как ведущие специалисты госпиталя (д.м.н. Кочетов А.Г., Пономарев В.К., к.м.н. Сидоров О.В., Дубровских С.А., к.м.н. Дубровских С.Н., Павлов Д.В., Рослик С.С., к.м.н. Карабач И.В.), так и другие участники мероприятия. Также были продемонстрированы видеоклады ведущих специалистов страны (доктора и кандидаты медицинских наук Сорокин Н.И., Биктимиров Р.Г., Акоюн Г.Н., Гаджиев Н.К., Дымов А.М., Сергеев В.П.) по лечению и диагностике. В рамках конференции проведены мастер-классы, посвященные современным методам лечения сложных форм мочекаменной болезни с применением ретроградной и перкутанной эндовидеохирургии, лапароскопической техники и использованием инновационных технологий.

В первой научной сессии выполнена операция профессором Алексеем Мартовым (ассистент к.м.н. Андронников А.В.) – ретроградная лазерная пиелолитотрипсия по поводу камня лоханки правой почки.

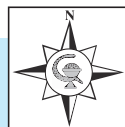
Операция транслировалась из операционной урологического центра госпиталя в актовый зал.

Во второй части программы в рамках «живой хирургии» была организована вторая прямая видеотрансляция операции миниперкутанной лазерной нефролитотрипсии в положении больного на спине (камень лоханки почки до 2 см) в исполнении начальника урологического центра 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого доктора медицинских наук полковника медицинской службы **Александра Кочетова** (ассистент – заслуженный врач РФ Пономарев В.К.).

Доклады и продемонстрированные операции вызвали большой интерес аудитории, показали высокий уровень и статус урологической конференции.

Департамент информации и массовых коммуникаций
Министерства обороны Российской Федерации, 6 мая 2018 г.

https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12174157@egNews



Начальник *Главного военно-медицинского управления МО РФ* **Дмитрий Тришкин** провел **19 апреля** в *Национальном центре управления обороной РФ* селекторное совещание с руководящим составом медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации.

В мероприятии участвовали начальники медицинских служб военных округов и флотов, руководители центральных военно-медицинских организаций.

После вступительного слова начальника ГВМУ МО РФ с докладом о результатах комплексной проверки медицинской службы Южного военного округа выступил начальник 3 отдела 1 управления ГВМУ МО РФ полковник медицинской службы **Владимир Алексеев**.

Доклад начальника организационно-планового управления – заместителя начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ генерал-майора медицинской службы **Олега Калачёва** был посвящен результатам комплексной проверки медицинской службы Западного военного округа.

В выступлении главного государственного санитарного врача Минобороны России полковника медицинской службы **Игоря Азарова** шла речь о проблемных вопросах вакцино-профилактики в осенне-зимний период 2017–2018 гг.

Результаты работы по профилактике болезней органов дыхания в осенне-зимний период 2017–2018 гг. обобщил в своем выступлении главный терапевт Минобороны полковник медицинской службы **Юрий Овчинников**.

Доклад заместителя начальника Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова по взаимодействию с органами государственной власти **Сергея Анденко** касался целей и задач «Военно-медицинского общества», порядка вступления в него и ведения реестра членов данного общества.

Результаты работы медицинской службы Восточного военного округа в I квартале текущего года доложил начальник медицинской службы округа полковник медицинской службы **Андрей Леонидов**.

Итоги совещания подвел в своем выступлении начальник Главного военно-медицинского управления МО РФ **Дмитрий Тришкин**.

Под руководством *Главного военно-медицинского управления МО РФ* **4 апреля** проведена научно-практическая конференция «Актуальные вопросы военно-врачебной экспертизы».

С приветственным словом к участникам конференции обратился заместитель начальника 1 управления ГВМУ МО РФ полковник медицинской службы **Сергей Сушильников**.

С докладом по актуальным проблемам организации и проведения военно-врачебной экспертизы в ВС РФ выступил начальник *Главного центра военно-врачебной экспертизы МО РФ* – главный военно-врачебный эксперт МО РФ полковник медицинской службы **Александр Чаплюк**.

О проблеме внезапной сердечной смерти при проведении военно-врачебной экспертизы граждан, подлежащих призыву на военную службу, доложил главный кардиолог МО РФ полковник медицинской службы **Вадим Тыренко**.

Доклад главного офтальмолога МО РФ полковника медицинской службы **Алексея Куликова** был посвящен современным подходам к медицинскому освидетельствованию военнослужащих после хирургической коррекции зрения с применением лазерных технологий.

О современном состоянии вопросов медицинского освидетельствования военнослужащих с заболеваниями ЛОР-органов рассказал заместитель начальника кафедры отоларингологии ВМедА им. С.М.Кирова полковник медицинской службы **Андрей Голованов**.

Начальник отдела медико-психологического сопровождения научно-исследовательского центра ВМедА им. С.М.Кирова полковник медицинской службы **Владислав Юсупов** рассказал о современных подходах к оценке склонности к девиантному поведению при проведении военно-врачебной экспертизы.

С докладом о подготовке специалистов военно-врачебных комиссий в системе МВД России выступил начальник Центральной военно-врачебной комиссии МВД России полковник внутренней службы **Андрей Ганишев**.

В рамках конференции состоялся круглый стол с представителями органов и учреждений военно-врачебной экспертизы федеральных органов исполнительной власти по актуальным вопросам военно-врачебной экспертизы.



В память о выдающихся военных медиках — участниках Великой Отечественной войны



На Новодевичьем мемориальном кладбище в Москве **8 мая** под руководством начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ **Дмитрия Тришкина** прошли памятные мероприятия, посвященные деятелям военной медицины — участникам Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Офицеры ГВМУ МО РФ, представители центральных военно-медицинских организаций возложили венки и цветы на могилу выдающегося организатора

военной медицины генерал-полковника медицинской службы **Ефима Ивановича Смирнова** (1904–1989). О вкладе военных медиков в Победу говорили в своих выступлениях генерал-майоры медицинской службы в отставке **Игорь Корнюшко** и **Юрий Немьтин**.

Офицеры и сотрудники центральных военных госпиталей возложили цветы и венки к надгробиям выдающихся военных врачей, чьи имена носят данные учреждения, — **Н.Н.Бурденко**, **А.А.Вишневого**, **П.В.Мандрыки**.





© А.К.СОБОЛЕНКО, Л.Л.ГАЛИН, 2018
УДК [61:355](063)

Внеочередная конференция Объединения ветеранов военно-медицинской службы

СОБОЛЕНКО А.К., профессор, полковник медицинской службы в отставке¹
ГАЛИН Л.Л., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке (galinred@mail.ru)²

¹Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины, Москва; ²Редакция «Военно-медицинского журнала», Москва

Представлена информация о внеочередной отчетно-выборной конференции межрегиональной общественной организации «Объединение ветеранов военно-медицинской службы», состоявшейся 1.02.2018 г. в Москве. В работе конференции приняли участие члены совета объединения, делегаты региональных объединений, а также ветераны – представители военно-медицинских организаций Москвы и Московской области (более 160 человек). Принято решение – провести организационную работу по созданию новых региональных отделений объединения в военных округах и на флотах, активизировать наставничество над молодыми военно-медицинскими специалистами, патриотическое воспитание подрастающего поколения, социальную защиту ветеранов. После перевыборов нового состава совета объединения его председателем избран генерал-майор медицинской службы И.Г.Корнюшко.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Объединение ветеранов военно-медицинской службы, военно-патриотическое воспитание молодежи, социальная защита ветеранов.

Sobolenko V.K., Galin L.L. – Extraordinary conference of the Association of Veterans of the Military Medical Service. The information on the extraordinary reporting and election conference of the interregional public organization «Association of Veterans of the Military Medical Service», held on 1.02.2018 in Moscow, is presented. The conference was attended by members of the council of the association, delegates of regional associations, as well as veterans - representatives of military medical organizations in Moscow and the Moscow region (more than 160 people). It was decided to conduct organizational work to create new regional branches of the association in military districts and fleets, to intensify mentoring over young military medical specialists, patriotic education of the younger generation, and social protection of veterans. After the election of the new board of the association, Major-General of the Medical Service I.G.Kornyushko was elected its chairman.

К e y w o r d s: combining veterans of the military medical service, military-patriotic education of youth, social protection of veterans.

В Филиале Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (Москва) **1 февраля 2018 г.** состоялась внеочередная отчетно-выборная конференция межрегиональной общественной организации «Объединение ветеранов военно-медицинской службы» (далее – Объединение). В работе конференции приняли участие члены совета Объединения, делегаты региональных объединений, а также ветераны – представители военно-медицинских организаций Москвы и Московской области (более 160 человек).

В качестве почетных гостей конференции присутствовали председатель Всероссийской общественной организации ветеранов ВС РФ генерал армии В.Ф.Ермаков, начальник Главного военно-медицинского управления МО РФ Д.В.Тришкин, полковник медицинской службы в отставке В.И.Ханьзов (национальная Ассоциация объединений офицеров запаса ВС РФ – МЕГАПИР), полковник

в отставке Г.М.Шорохов (Всероссийская общественная организация ветеранов «Боевое братство»).

Конференцию открыл член совета Объединения генерал-майор медицинской службы в отставке **И.Г.Корнюшко**. Он отметил, что причиной ее проведения послужил уход из жизни после продолжительной болезни председателя совета Объединения генерал-лейтенанта медицинской службы в отставке Ю.И.Погодина. Юрий Иванович в течение 7 лет активно и целеустремленно руководил деятельностью ветеранской организации и многое сделал для ее развития.

С приветственным словом и пожеланием успешной работы к участникам конференции обратился начальник Главного военно-медицинского управления МО РФ **Д.В.Тришкин**. Он высоко оценил деятельность общественной организации ветеранов, значительная часть которых занимались ранее орга-



удостоверение «Ветеран госпиталя» и специальный знак, что имеет мотивирующее и воспитательное значение.

Генерал-майор медицинской службы в отставке **В.В.Жеглов** отметил, что ветеранские организации должны быть связующим звеном в системе военной медицины, обращать внимание руководства на имеющиеся проблемы и возможные пути их решения.

В заключительном слове И.Г.Корнюшко выразил надежду на успешную совместную работу в составе общероссийской общественной организации при создании новых региональных структур Объединения. В ближайшее время предстоит выездная работа в Рязани, Ижевске, Горном Алтае.

Конференция постановила:

- работу совета Объединения за отчетный период признать удовлетворительной;
- в интересах дальнейшего развития Объединения провести организационную работу по созданию новых региональных отделений в военных округах и на флотах;
- активизировать наставничество над молодыми военно-медицинскими специалистами при овладении ими профессиональным опытом и в процессе становления в должности;
- продолжить работу по патриотическому воспитанию подрастающего поколения с использованием современных молодежных акций и движений;
- установить шефство над медицинским колледжем Филиала ВМедА им. С.М.Кирова с целью его участия в формировании книги памяти «Московский медсанбат»;
- для всестороннего освещения деятельности Объединения и популяризации его работы шире использовать современные средства информации (сайт, электронная почта, скайп и др.);



Председатель совета «Объединения ветеранов военно-медицинской службы» генерал-майор медицинской службы в отставке **И.Г.Корнюшко** вручает награду генерал-майору медицинской службы в отставке **В.В.Жеглову**

- продолжить взаимодействие Объединения с ветеранскими и общественными организациями страны (Комитет по координации совместной деятельности ветеранских объединений, Общероссийская общественная организация ветеранов ВС РФ и др.);
 - наращивать организационную работу по социальной защите ветеранов и улучшению их здоровья;
 - утвердить акт проверки финансово-хозяйственной деятельности Объединения.
- После избрания нового состава совета Объединения ветеранов военно-медицинской службы его председателем избран генерал-майор медицинской службы в отставке И.Г.Корнюшко. Состоялось также награждение ряда активных членов Объединения медалями «Смирнов Ефим Иванович» и «За заслуги в военной медицине».

*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 20.04.18. Формат 70×108 ¹ / ₁₆ Усл. печ. л. 8,4. Заказ № 0028-2018	Печать офсетная. Усл. кр.-отт. 9,8. Тираж экз.	Подписано к печати 21.05.18. Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 8,6. Каталожная цена 70 р. 00 к.
Отпечатано в АО «Красная Звезда» 123007, Москва, Хорошевское шоссе, д. 38, http://www.redstarph.ru Тел.: (495) 941-32-09, 941-34-72, 941-31-62, E-mail: kr_zvezda@mail.ru		