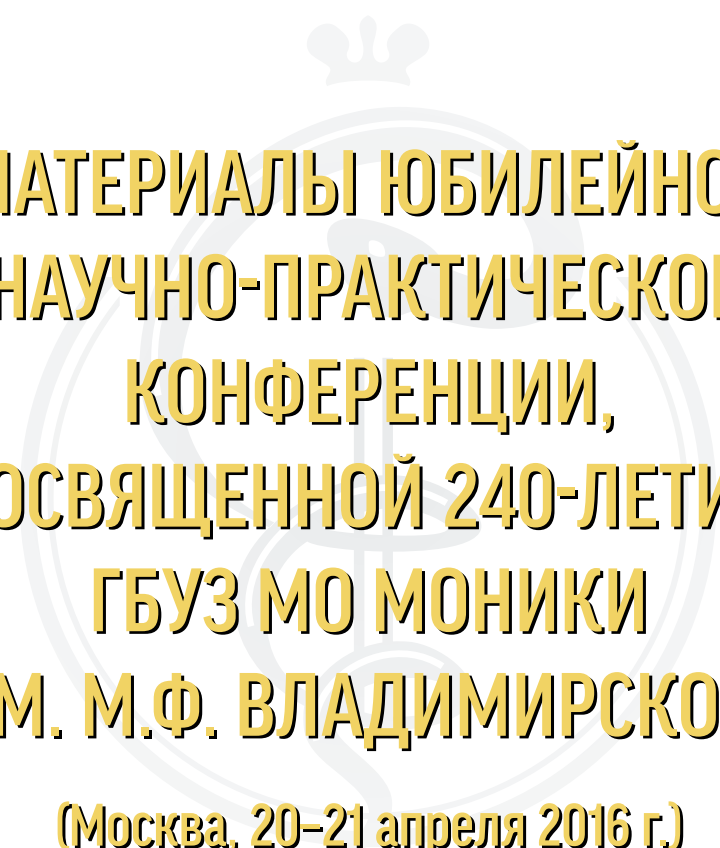


АЛЬМАНАХ

КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

————— 44 • Спецвыпуск 1 • Апрель 2016 —————

ISSN 2072-0505



**МАТЕРИАЛЫ ЮБИЛЕЙНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ,
ПОСВЯЩЕННОЙ 240-ЛЕТИЮ
ГБУЗ МО МОНИКИ
ИМ. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО**

(Москва, 20–21 апреля 2016 г.)

АЛЬМАНАХ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Научно-практический журнал
Издается с 1998 г.
Периодичность – 8 выпусков в год
Учредитель – ГБУЗ МО «Московский
областной научно-исследовательский
клинический институт
им. М.Ф. Владимирского» (МОНИКИ)

Том 44 • Спецвыпуск 1 • Апрель 2016

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Палеев Филипп Николаевич, д-р мед. наук, проф., проф. РАН
Москва, Российская Федерация

Заместитель главного редактора

Молочков Антон Владимирович, д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Ответственный редактор

Парпара Олеся Анатольевна
Москва, Российская Федерация

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Агафонов Борис Валентинович, канд. мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Де Херт Стефан, д-р, проф.
Гент, Бельгия

Калинин Ариан Павлович, чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Краснопольский Владислав Иванович, академик РАН,
д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Круглов Евгений Ефимович, д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Кушлинский Николай Евгеньевич, чл.-кор. РАН,
д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Онопrienко Геннадий Алексеевич, чл.-кор. РАН,
д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Палеев Николай Романович, академик РАН, д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Райниш Уолтер, д-р, проф.
Гамильтон, Канада

Шабалин Владимир Николаевич,
академик РАН, д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Шахова Наталия Михайловна, д-р мед. наук, проф.
Нижний Новгород, Российская Федерация

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Белоусова Елена Александровна, д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Ватазин Андрей Владимирович, д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Вишнякова Мария Валентиновна, д-р мед. наук
Москва, Российская Федерация

Волошин Виктор Парфентьевич, д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Герасименко Марина Юрьевна, д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Древаль Александр Васильевич, д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Егоров Виктор Иванович, д-р мед. наук
Москва, Российская Федерация

Котов Сергей Викторович, д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Куликов Дмитрий Александрович, канд. мед. наук
Москва, Российская Федерация

Мазурин Валентин Сергеевич, д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Овезов Алексей Мурадович, д-р мед. наук
Москва, Российская Федерация

Рогаткин Дмитрий Алексеевич, д-р техн. наук
Москва, Российская Федерация

Руденко Михаил Владимирович, канд. мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Рябцева Алла Алексеевна, д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Урсова Наталия Игоревна, д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Федорова Светлана Ивановна, канд. мед. наук
Москва, Российская Федерация

Шатохина Светлана Николаевна, д-р мед. наук, проф.
Москва, Российская Федерация

Подписной индекс 81988
Объединенный каталог «Пресса России»

Журнал индексируется в системе
Российского индекса научного цитирования
(РИНЦ): www.elibrary.ru

© 2016 ГБУЗ МО МОНИКИ
им. М.Ф. Владимирского
www.monikiweb.ru

ISSN 2072-0505

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе
по надзору в сфере связи, информационных тех-
нологий и массовых коммуникаций. Свидетель-
ство ПИ № ФС77-34730 от 23.12.2008.

«Альманах клинической медицины» с 2001 г. во-
дит в Перечень ведущих российских рецензируе-
мых научных журналов, в которых должны быть
опубликованы основные научные результаты
диссертаций на соискание ученых степеней док-
тора и кандидата наук, Высшей аттестационной
комиссии (ВАК)

Редакция не несет ответственности за содержа-
ние рекламных публикаций.

Полная или частичная перепечатка или размно-
жение каким-либо способом статей и иллюстра-
ций допускается только с письменного разреше-
ния редакции журнала «Альманах клинической
медицины».

Адрес редакции:
129110, Москва, ул. Щепкина, 61/2, корп. 8
Тел.: +7 (495) 688 32 41
E-mail: o_parpara@monikiweb.ru

Альманах клинической медицины. 2016 Апрель; 44 Спецвыпуск 1

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР ВЫПУСКА
Молочков Антон Владимирович, д-р мед. наук, проф.

Материалы Юбилейной научно-практической конференции, посвященной 240-летию ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского (Москва, 20–21 апреля 2016 г.)

Содержание

<i>Палеев Ф.Н., Оноприенко Г.А., Молочков А.В.</i> К 240-летию Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского (некоторые страницы истории)	6
<i>Палеев Н.Р., Палеев Ф.Н.</i> Дмитрий Дмитриевич Плетнев – великий российский терапевт	15
<i>Котов С.В., Исакова Е.В., Котов А.С.</i> Старейшее неврологическое отделение в России (к 145-летию неврологической клиники МОНИКИ)	21
<i>Вишнякова М.В., Палеев Ф.Н.</i> К 85-летию лучевой диагностики в МОНИКИ	26
<i>Молочков В.А.</i> Борис Аронович Беренбейн – основоположник отечественной школы дерматоонкологии	30
<i>Егоров В.И., Самбулов В.И., Мустафаев Д.М.</i> Оториноларингологическое отделение Старо-Екатерининской больницы (ныне – МОНИКИ) – первая отечественная ЛОР-клиника	34
<i>Мазурин В.С., Прищепо М.И., Аллахвердян А.С., Гукасян Э.А.</i> Торакальная хирургия в МОНИКИ: первопроходцы и инноваторы	39
<i>Дутов В.В.</i> Арам Яковлевич Абрамян – руководитель урологической клиники МОНИКИ (1951–1975)	42
<i>Никитин А.А., Стучилов В.А., Сипкин А.М.</i> Клиника челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ (1959–2016)	46
<i>Гуров А.Н., Катунцева Н.А.</i> Организационно-методическая роль МОНИКИ в развитии здравоохранения Московской области	49
Тезисы докладов	52
Авторский указатель	119

Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского
240 лет на благо и здоровье людей

Больница, организованная в 1775 году по Указу Императрицы Екатерины II, на рубеже XIX и XX веков стала самой крупной в Москве. Здесь работали многие великие врачи, чьи имена навечно остались в истории отечественной медицины: Ф.П. Гааз, Н.А. Семашко, Г.Н. Габричевский, В.Н. Розанов, П.А. Герцен, Д.Д. Плетнев, А.В. Вишневский, В.И. Францев, Н.Н. Блохин.

МОНИКИ – уникальный многопрофильный клинический институт, образовательное учреждение, организационно-методический центр системы здравоохранения одного из крупнейших регионов России.

Юбилейная научно-практическая конференция, посвященная 240-летию Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского

20 апреля 2016 года (1-й день)

- 9:00 Регистрация (корпус 15)
- 10:00 Открытие конференции, пленарное заседание (корпус 15, большой зал)
- 12:30 Фуршет (корпус 15)
- 13:30 Работа секций параллельно в трех залах:
 - лучевая и функциональная диагностика – секция 1 (корпус 15, большой зал)
 - неврология – секция 1 (корпус 9)
 - хирургия – секция 1 (корпус 15, малый зал)
- 15:00 Кофе-брейк
- 15:20 Работа секций параллельно в трех залах:
 - лучевая и функциональная диагностика – секция 2 (корпус 15, большой зал)
 - неврология – секция 2 (корпус 9)
 - хирургия – секция 2 (корпус 15, малый зал)

21 апреля 2016 года (2-й день)

- 10:00 Работа секций параллельно в трех залах:
 - анестезиология и реаниматология (корпус 15, большой зал)
 - гастроэнтерология (корпус 9)
 - онкология – секция 1 (корпус 15, малый зал)
- 11:30 Кофе-брейк
- 11:50 Работа секций параллельно в четырех залах:
 - кардиология (корпус 15, большой зал)
 - гепатология (корпус 9)
 - онкология – секция 2 (корпус 15, малый зал)
 - лекция д-ра С. Роджерс, медицинский факультет Университета Базеля, Швейцария (корпус 1 административный, 2-й этаж, конференц-зал)
- 13:20 Обед
- 14:00 Работа секций параллельно в четырех залах:
 - заболевания органов головы и шеи – секция 1 (корпус 15, большой зал)
 - современные иммуноклеточные технологии (корпус 9)
 - эндокринология (корпус 15, малый зал)
 - детская хирургия (корпус 1 административный, 2-й этаж, конференц-зал)
- 15:30 Кофе-брейк
- 15:50 Работа секций параллельно в трех залах:
 - заболевания органов головы и шеи – секция 2 (корпус 15, большой зал)
 - заболевания детского возраста (корпус 9)
 - пульмонология (корпус 15, малый зал)
- 17:20 Закрытие конференции (корпус 15, большой зал)

20–21 апреля 2016 г.
Москва, ул. Щепкина, д. 61/2

ALMANAC OF CLINICAL MEDICINE

The scientific and practical journal

Published since 1998

Founded and published by Moscow Regional
Research and Clinical Institute (MONIKI),
Moscow, Russian Federation

Publication frequency: 8 issues per year

Volume 44 • Supplement 1 • April 2016

EDITOR-IN-CHIEF

Paleev Filipp Nikolaevich, MD, PhD, Prof. of Russ. Acad. Sci.
Moscow, Russian Federation

Deputy Chief Editor

Molochkov Anton Vladimirovich, MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Managing Editor

Parpara Olesya Anatol'evna
Moscow, Russian Federation

EDITORIAL COUNCIL

Agafonov Boris Valentinovich, MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

De Hert Stefan, MD, PhD, Prof.
Ghent, Belgium

Kalinin Arian Pavlovich, Corr. member of Russ. Acad. Sci.,
MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Krasnopol'skiy Vladislav Ivanovich, Member of Russ. Acad. Sci.,
MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Kruglov Evgeniy Efimovich, MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Kushlinskii Nikolay Evgen'evich, Corr. member of Russ. Acad. Sci.,
MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Onoprienko Gennadiy Alekseevich, Corr. member of Russ. Acad. Sci.,
MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Paleev Nikolay Romanovich, Member of Russ. Acad. Sci.,
MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Reinisch Walter, MD, PhD, Prof.
Hamilton, Canada

Shabalyn Vladimir Nikolaevich, Member of Russ. Acad. Sci.,
MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Shakhova Nataliya Mikhaylovna, MD, PhD, Prof.
Nizhniy Novgorod, Russian Federation

EDITORIAL BOARD

Belousova Elena Aleksandrovna, MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Vatazin Andrey Vladimirovich, MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Vishnyakova Mariya Valentinovna, MD, PhD
Moscow, Russian Federation

Voloshin Viktor Parfent'evich, MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Gerasimenko Marina Yur'evna, MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Dreval' Aleksandr Vasil'evich, MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Egorov Viktor Ivanovich, MD, PhD
Moscow, Russian Federation

Kotov Sergey Viktorovich, MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Kulikov Dmitriy Aleksandrovich, MD, PhD
Moscow, Russian Federation

Mazurin Valentin Sergeevich, MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Ovezov Aleksey Muradovich, MD, PhD
Moscow, Russian Federation

Rogatkin Dmitriy Alekseevich, PhD
Moscow, Russian Federation

Rudenko Mikhail Vladimirovich, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Ryabtseva Alla Alekseevna, MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Ursova Nataliya Igorevna, MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Fedorova Svetlana Ivanovna, MD, PhD
Moscow, Russian Federation

Shatokhina Svetlana Nikolaevna, MD, PhD, Prof.
Moscow, Russian Federation

Subscription index 81988
in the united Pressa Rossii catalogue

The journal is indexed by Russian Index of Scientific
Citation (RISC): www.elibrary.ru

© 2016 MONIKI
www.monikiweb.ru

ISSN 2072-0505

The journal is registered by Federal Service for
Supervision in the Sphere of Telecom, Information
Technologies and Mass Communications. Registra-
tion certificate ПИИ № ФС77-34730 was issued on
December 23, 2008.

Since 2001 the Almanac of Clinical Medicine is
included in the List of leading referred journals, re-
commended by VAK (Higher Attestation Committee)
for publication of scientific results of dissertations for
the degrees of doctors and candidates of sciences.

Editorial board and the editors are not responsible
for claims made in the advertisements published in
the journal.

All articles published in this journal are protected by
copyright, which covers the exclusive rights to repro-
duce and distribute the article. No material published
in this journal may be reproduced photographically
or stored on microfilm, in electronic data base, on
video discs, etc., without first obtaining written
permission from the publisher (respective of the
copyright owner if other than MONIKI).

Editorial Office

Almanac of Clinical Medicine, MONIKI,
61/2-8 Shchepkina ul., Moscow, 129110,
Russian Federation. Tel.: +7 (495) 688 32 41
E-mail: o_parpara@monikiweb.ru

Materials of the Scientific and Practical Conference on the 240th Anniversary of Moscow Regional Research and Clinical Institute (Moscow, April 20–21, 2016)

Content

<i>Paleev F.N., Onoprienko G.A., Molochkov A.V.</i> On the 240th Anniversary of Moscow Regional Research and Clinical Institute (historical highlights)	6
<i>Paleev N.R., Paleev F.N.</i> Dmitriy Dmitrievich Pletnev, a great Russian internist	15
<i>Kotov S.V., Isakova E.V., Kotov A.S.</i> The oldest Department of Neurology in Russia (on the 145th Anniversary of the MONIKI Neurology Clinic)	21
<i>Vishnyakova M.V., Paleev F.N.</i> On the 85th Anniversary of radiation diagnostics in MONIKI	26
<i>Molochkov V.A.</i> Boris Aronovich Berenbeyn, a founder of the national school of dermato-oncology	30
<i>Egorov V.I., Sambulov V.I., Mustafaev D.M.</i> Department of Otorhinolaryngology of the Staro-Ekaterininskaya Hospital (now MONIKI) – the first national ENT clinic ..	34
<i>Mazurin V.S., Prishchepo M.I., Allakhverdyan A.S., Gukasyan E.A.</i> Thoracic surgery in MONIKI: pioneers and innovators	39
<i>Dutov V.V.</i> Aram Yakovlevich Abramyan, Head of the MONIKI Urology Clinic (1951–1975)	42
<i>Nikitin A.A., Stuchilov V.A., Sipkin A.M.</i> The Clinic for Maxillofacial Surgery of MONIKI (1959–2016)	46
<i>Gurov A.N., Katuntseva N.A.</i> The organizational and methodological role of MONIKI in the development of public healthcare in the Moscow Region	49
Abstracts	52
Authors' index	119



К 240-летию Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского (некоторые страницы истории)

Палеев Ф.Н.¹ • Оноприенко Г.А.¹ • Молочков А.В.¹

Палеев Филипп Николаевич – д-р мед. наук, профессор, профессор РАН, директор¹
✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–1, Российская Федерация.
Тел.: +7 (495) 681 55 85.
E-mail: filipp.paleev@monikiweb.ru

Оноприенко Геннадий Алексеевич – чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры травматологии и ортопедии факультета усовершенствования врачей¹

Молочков Антон Владимирович – д-р мед. наук, профессор, заместитель директора по науке и международным связям¹

Медицинская общественность отмечает 240-летие Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ) – уникального медицинского учреждения, внесшего крупнейший вклад в формирование и развитие отечественного здравоохранения и науки.

А все начиналось в период самой тяжелой за всю историю Москвы эпидемии чумы 1770–1772 гг., унесшей жизни половины населения столицы. В те времена лечить чуму еще не умели, не знали ни причин заболевания, ни путей его распространения. В Европе чуму называли «черной смертью», в России – «моровой язвой». Современники в подобных случаях писали: «Мор распространяется как пламя, гонимое ветром».

Эпидемия в Москве быстро и прогрессивно развивалась. Заболевшие размещались вначале в монастырях, а затем в многочисленных временных чумных больницах и бараках. Летальность достигала 80%. По архивным данным полиции, например, только в сентябре 1771 г. в городе погибли 21 400 человек.

В соответствии с Указом Екатерины II от 11 октября 1771 г. Правительствующий Сенат Москвы создал «Комиссию для охранения и врачевания

от моровой заразной язвы» под ведомством полицейского управления. С целью предотвращения распространения эпидемии за пределы Москвы, особенно в сторону Санкт-Петербурга, комиссия приобрела за Сухаревой башней на 3-й Мещанской улице (ныне ул. Щепкина, 61/2) у генерал-поручика А.П. Мельгунова дом с дворовыми постройками и 10 февраля 1772 г. организовала в нем специальный противочумный карантин с предписанием: «Режим и уход должны быть, как в больнице, и за казенный счет». В карантине «безотлучно» находился наряд из 20 человек, а также доктор К.О. Ягельский, подлекарь Данилевский, лекарша Анна Марграфовна.

Контролировал работу карантина штаб-лекарь *Данило Самойлович Самойлович* (Сущинский) (1742–1805). В конечном итоге небольшая группа московских медиков во главе с Д.С. Самойловичем внесла поистине исторический вклад в дело борьбы с чумой. До указанных событий Данило Самойлович в течение трех лет служил в действующей армии полковым лекарем, где получил большой опыт работы с больными моровой язвой. В Москве оказался 13 июня 1771 г. проездом в пункт своего нового назначения (Оренбургский гарнизон), но остался в столице и включился в работу по борьбе с эпидемией.

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация



Несмотря на молодой возраст (около 30 лет), Д.С. Самойлович проявил исключительные способности клинициста-исследователя. Он пришел к важному заключению, что заболевание вызывает «живое язвенное начало», которое погибает в ядовитой среде. Ученый пытался обнаружить его при микроскопическом исследовании содержимого бубона, взятого у больного язвой. Позднее (1792) Д.С. Самойлович опубликовал научную работу «Краткое описание микроскопических исследований о существе яда язвенного». Вместе с К.О. Ягельским он разработал систему обеззараживания одежды, утвари, помещений. Совместно с А.Ф. Шафонским (главным доктором Московского генерального госпиталя, который в период эпидемии был закрыт) изобрел специальный защитный костюм для работы в очаге эпидемии – аналог современного противочумного. Длительное и систематическое наблюдение за многочисленными больными позволило Д.С. Самойловичу четко выделить чуму в самостоятельную нозологическую форму, описать разнообразную клиническую картину течения болезни, более точно определить инкубационный период. После отъезда в Европу (1775) он издал свой четырехтомный классический труд по чуме. Д.С. Самойлович был избран членом 12 европейских академий, вошел в историю как выдающийся врач и ученый, признанный основатель отечественной эпидемиологии.

К концу 1774 г. эпидемия моровой язвы в Москве повсеместно прекратилась, но отдельные случаи заболевания наблюдались и в 1775 г. Учитывая беспокойную ситуацию в столице, 12 августа 1775 г. Екатерина II издает Указ, где пишет: поскольку «в числе скитающихся по миру и просящих милостыню в здешнем городе есть престарелые и увечные больные, которые своими трудами кормиться не в состоянии, заблагодарассудили Мы учредить под ведомством здешней полиции особую больницу и богадельню». Через год, 19 июня 1776 г., на 3-й Мещанской улице на месте противочумного карантин в шести деревянных строениях была торжественно открыта больница на 150 коек, названная в честь своей основательницы Екатерининской*.

Следует отметить, что до конца XVIII века не было медицины в привычном для нас понимании. При императорском дворе служили придворные лекари и аптекари, приглашенные из-за границы, которые определяли заболевание по отдельным симптомам, синдромам, например, таким, как «в голове обморок», «внутренняя лихорадка», «в грудях лом», «мокротная болезнь» и т.д.

В Кремле имелся аптекарский двор с «поварней», где стояли «перепускные» печи и бочки для квашения ягод. Для разведения лекарственных растений на берегу реки Неглинной, а затем в селе Измайлово были организованы Аптекарские сады. Низшие слои населения обращались к помощи «травников», народных целителей.

Екатерининская больница с самого начала своего существования была «всесловная, общая для всех родов болезней» и некоторое время находилась под пристальным наблюдением императрицы, которая обеспечивала ее финансированием, утверждала штатное расписание и пр.

В 1820 г. Екатерининская больница официально получила статус клинической базы для практического обучения студентов Императорского Московского университета, так как на кафедрах в основном преподавали теоретические курсы (кстати, это было характерно и для большинства европейских университетов). В этом же году старшим лекарем (главным доктором) больницы назначен *Андрей Иванович Поль*, который проработал здесь 15 лет. До этого он в течение двух лет стажировался в крупнейших клиниках Европы (Вена, Берлин, Париж, Лондон, Неаполь). А.И. Поль значительно развил хирургическую деятельность Екатерининской больницы – по количеству проведенных операций она получила преимущество перед другими больницами Москвы, вместе взятыми (по данным А.И. Оливера). Он был избран профессором Московской медико-хирургической академии, а затем стал первым профессором хирургической госпитальной клиники Императорского Московского университета.

В 1835 г. основную часть больных Екатерининской больницы переместили в отремонтированный корпус у Покровских ворот. Его стали называть Ново-Екатерининской больницей, а больницу на 3-й Мещанской улице – Старо-Екатерининской.

Последующие 10 лет (1835–1845) истории Старо-Екатерининской больницы неразрывно связаны с именем *Фридриха Йосифа Гааза* – *Friedrich Joseph Haas* (1780–1853), в России называемого Федором Петровичем. Он родился в Германии во врачебной семье (дед был врачом, доктором медицины, отец – аптекарем), окончил Венский университет, по профессии – глазной врач. Ф.П. Гааз деятельно принялся за реставрацию и модернизацию Старо-Екатерининской больницы, занялся устройством водопровода. Частично за счет личных средств произвел ремонт тех барачков, которые еще можно было



Данило Самойлович
Самойлович
(Сущинский)



Андрей Иванович
Поль



Федор Петрович Гааз

* По данным И.И. Сейдлера, Д.И. Журавлева, во всех старых книгах годом открытия больницы называется 1772.



Григорий Николаевич Минх

сохранить, осуществил снос ветхих строений. В бывших противочумных бараках появились ванны с подогретой водой, ретирады (отдельные туалеты). Перестроена кухня, сооружена часовня (1840), комната для анатомии. В итоге больница разместилась в 15 строениях, коечный фонд составил 400 кроватей. Ф.П. Гааз ввел в практику общие обходы больных, в которых вместе с ним участвовали все врачи, фельдшера и впервые введенные в штат больницы женщины-сиделки.

В соответствии с распоряжением генерал-губернатора Москвы князя Д.В. Голицына, Ф.П. Гааз одновременно был главным доктором всех тюремных больниц города. За счет своих личных средств он пытался благоустроить и тюремные больницы, выкупал у помещиков детей, разделенных с пересылаемыми на каторгу родителями, обращался в различные инстанции, а также к императору с просьбами о помиловании больных, обессиленных пожилых людей. Весь остаток своей жизни Ф.П. Гааз посвятил этой деятельности. В народе его хорошо знали, называли «святой доктор», «божий человек». В свою очередь, Ф.П. Гааз в письме к родным в Германию писал: «В русском народе есть перед всеми другими качествами блистательная добродетель, готовность и привычка с радостью помогать ближнему во всем». Проповедуя дух «просвещенной терпимости», особенно «к униженным и оскорбленным», в статье на французском языке он написал вечные слова: «Спешите делать добро! Умейте прощать, желайте примирения. Побеждайте зло добром. Старайтесь поднять упавшего, смягчить озлобленного, исправить нравственно разрушенное».

В конце жизни Ф.П. Гааза выяснилось, что все свое состояние он потратил на помощь больным и обездоленным, на улучшение условий существования в больницах и тюрьмах. Он умер нищим в 1853 г., полиции пришлось хоронить его за казенный счет. На похороны (немецкое кладбище) со всей Москвы собралось до 20 тысяч человек, и гроб несли на руках. На гранитной плите надгробья золотыми буквами написан главный призыв Ф.П. Гааза: «Спешите делать добро».

В 1846 г. Правительствующий Сенат преобразовал Старо-Екатерининскую больницу в «больницу для чернорабочих». За 4 года (1845–1848) количество коек увеличилось до 750. Кроме того, сверхштатное число больных ежедневно достигало 150. Нередко в больнице вместо 750 находилось от 1100 до 1860 человек.

На протяжении всего периода развития Екатерининская (Старо-Екатерининская)

больница среди населения Москвы называлась «народной». Сюда, в самую крупную больницу города, безотказно госпитализировали малообеспеченных людей с любыми заболеваниями. В небольшие частные больницы поступали пациенты лишь за значительную плату, а пациенты с тяжелыми и особенно инфекционными заболеваниями практически не принимались (тем более в период эпидемических вспышек). Лечебный профиль Старо-Екатерининской больницы всегда определялся практическими потребностями населения. Во время многочисленных эпидемий больница превращалась в инфекционную: например, при эпидемиях холеры (1830, 1847, 1853, 1871 и т.д.), брюшного тифа, дифтерии, скарлатины, оспы. Сильнейшая эпидемия тифа 1919–1920 гг. унесла 30% персонала больницы и практически всех терапевтов, а также друг за другом двух главных врачей.

Первые 100 лет существования Екатерининской больницы можно охарактеризовать как «младенческий» период формирования отечественной медицины. По мере накопления собственного клинического опыта, а также зарубежного за счет частых стажировок врачей в ведущих клиниках Европы эмпирический подход в медицине сменялся научным.

В значительной степени это зависело от развития прозектуры. К сожалению, архив прозектуры сохранился лишь с 1847 г., однако известно, что в 1830 г. А.В. Терновский первым в Москве произвел вскрытие умершего от холеры во время эпидемии. С 1867 по 1872 г. прозектором Старо-Екатерининской больницы работал Григорий Николаевич Минх – ученый с мировым именем, прошедший школу Р. Вирхова, Г.А. Захарьина. В это время он был единственным ученым патологоанатомом Москвы и его нередко приглашал к себе на секции Г.А. Захарьин в Ново-Екатерининскую больницу. В период с 1875 по 1892 г. прозектором больницы был В.Д. Шервинский, в последующем профессор Московского университета. После ухода В.Д. Шервинского его место занимали И.Ф. Клейн, М.Н. Никифоров – также профессора Московского университета. Профессор М.Н. Никифоров стал пионером прозекторства новой формации – патологоанатомом-гистологом. В Старо-Екатерининской больнице начинал свою деятельность и профессор, академик АН СССР, вице-президент АМН СССР А.И. Абрикосов.

В 1871 г. по инициативе Г.Н. Минха в больнице было организовано фельдшерское училище – одно из первых в стране и, по отзывам



современников, лучшее. Здесь охотно преподавали профессора Московского университета, крупные клиницисты больницы (нередко – бесплатно).

Клинический и секционный материалы больницы позволили изучить сибирскую язву, чуму, проказу (Г.Н. Минх), возвратный тиф, хорионэпителиому (М.Н. Никифоров). С именами Г.Н. Минха, В.Д. Шервинского, И.Ф. Клейна, М.Н. Никифорова связано развитие прозекторского дела не только в Старо-Екатерининской больнице, но и в других больницах Москвы, а также в целом по России.

Значительный вклад в изучение инфекционных заболеваний внес *Георгий Норбертович Габричевский* (1860–1907). В 1884 г. он приступил к работе в больнице экстерном, стажировался у И.И. Мечникова, Р. Коха, Э. Ру, П. Эрлиха. В 1893 г. в одном из корпусов Старо-Екатерининской больницы организовал первую в России бактериологическую лабораторию, преобразованную (1895) в Бактериологический институт при Московском университете (в последующем Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии, которому в 1979 г. присвоено имя его основателя). В 1894 г. Г.Н. Габричевский впервые в России получил противодифтерийную сыворотку. Основные его работы посвящены изучению дифтерии, скарлатины, возвратного тифа, чумы, малярии, туберкулеза. Г.Н. Габричевский считается основоположником отечественной микробиологии и основателем московской школы бактериологов и Русского бактериологического общества.

Специфические условия больницы (постоянная перегруженность сложными малообеспеченными пациентами, ветхость зданий, тяжелые бытовые условия) не привлекали врачей, склонных к получению высокого заработка. Сюда стремились врачи-энтузиасты, для которых главное – интересное дело, желание максимально проявить свои способности, потребность в оказании помощи страждущим. В результате с течением времени формировался особый микроклимат, традиции, которые передавались из поколения в поколение. Принципы товарищества и коллективизма, отсутствие интриг, корыстных интересов легли в основу творческой обстановки, способствовали увлеченности любимой работой. Студенчество получало здесь не только профессиональное, научное, но и этическое воспитание. Местные врачи активно вовлекались под контролем профессоров и приват-доцентов Московского университета в научную и преподавательскую работу.

Терапевтическая помощь больным в стационаре на протяжении первых 100 лет существования Екатерининской больницы была преобладающей. Значительно позже – по мере разработки и освоения оперативных методов лечения – из недр терапии «выросла» хирургия.

Последнее десятилетие XIX века терапевтическую службу больницы возглавляли А.Н. Хрусталева и В.Н. Шнауберт. Они обладали обширными познаниями, большим клиническим опытом. Были глубокими диагностами, несмотря на отсутствие в то время лабораторной службы. Нередко помогала интуиция – как результат огромного опыта. Тщательный клинический разбор каждого больного с использованием последних данных медицинской литературы служил постоянной школой мастерства для врачей, а также многочисленных госпитантов (бесплатно работающие волонтеры), земских врачей, приезжающих в больницу для пополнения клинических знаний.

Наиболее яркий период развития терапии наступил в 20-х гг. XX столетия с приходом нового поколения талантливых клиницистов-исследователей. Среди них – профессор *Дмитрий Дмитриевич Плетнев* (1872–1941), один из отечественных лидеров клиники внутренних болезней и основоположников кардиологии в СССР. Д.Д. Плетнев родился в семье небогатых помещиков в Полтавской губернии, окончил Императорский Московский университет (1895), неоднократно стажировался за рубежом (Германия, Франция, Швейцария, Австро-Венгрия). В 1911 г. возглавил кафедру пропедевтики Московских высших женских курсов. С 1917 г. – экстраординарный профессор факультетской терапевтической клиники Московского университета, а с 1924 г. – директор госпитальной терапевтической клиники 1-го Московского государственного университета, которая стала одной из ведущих в стране. В период существования Московского клинического института (1924–1925) также вел кафедру внутренних болезней на курсах усовершенствования врачей.

В последний период работы (1929–1937) Д.Д. Плетнев возглавлял терапевтическую службу областной Бабухинской больницы, а затем – Московского областного клинического института (МОКИ), которая с 1932 г. одновременно была базой 2-й кафедры внутренних болезней Центрального института усовершенствования врачей, где руководителем также был Д.Д. Плетнев. Оба коллектива были широко известны в стране как клиника профессора Д.Д. Плетнева. На кафедре Центрального



Георгий Норбертович Габричевский



Дмитрий Дмитриевич Плетнев

Евгений Михайлович
Тареев

института усовершенствования врачей он организовал курс ЭКГ-диагностики. Д.Д. Плетнев был штатным консультантом лечебно-санитарного управления Кремля, главного военного госпиталя и других крупных лечебных учреждений Москвы. Его пациентами в разные годы были В.И. Ленин, Н.К. Крупская, И.П. Павлов, почти все крупные партийные и государственные деятели страны.

Д.Д. Плетнев опубликовал серию работ, среди них четырехтомный труд (совместно с Г.Ф. Лангом) «Частная патология и терапия внутренних болезней» (1927–1931), выдержавший 10 изданий. В 1920 г. организовал журнал «Клиническая медицина» и был его ответственным редактором. В 1932 г. организовал и возглавил (на общественных началах) Институт функциональной диагностики и терапии. В 1933 г. избран председателем Московского терапевтического общества.

Современники были единодушны в восторженных оценках врачебного мастерства Д.Д. Плетнева. Он был признанным лидером страны в области терапии. Редкостная врачебная незаурядность Д.Д. Плетнева основана на сочетании огромного клинического опыта и высокой общей эрудиции. Он жил «врачуя и читая».

В 1932–1933 гг. широкая медицинская общественность отмечала 35-летие врачебной, научной и педагогической деятельности знаменитого профессора-терапевта, которому исполнилось 60 лет. Президиум Мособлисполкома принял решение о присвоении корпусу № 9 МОКИ имени Д.Д. Плетнева. Он получил почетное звание Заслуженного деятеля науки РСФСР. В 1936 г. вышел главный труд Д.Д. Плетнева – монография «Болезни сердца».

Трагедия обрушилась в 1937 г. Вначале Д.Д. Плетнева на основании анонимного письма обвинили в «садистском» отношении к больной, «история» сопровождалась широкой истерической кампанией в газетах. Приговор суда – 2 года лишения свободы условно. В марте 1938 г. Военная коллегия Верховного суда СССР обвинила Д.Д. Плетнева в причастности к смерти В.В. Куйбышева, Максима Горького, В.Р. Менжинского и осудила на 25 лет тюремного заключения. 11 сентября 1941 г., когда немецкие войска подходили к Орлу, Д.Д. Плетнев был расстрелян вместе со всеми заключенными в Орловском центре.

В последовавшие 44 года имя Д.Д. Плетнева, великого российского ученого-терапевта, тщательно замалчивалось. Но народная память,

память пациентов и медиков хранила светлый образ Врача. В конце 1970-х гг. начались попытки реабилитации Д.Д. Плетнева при участии его двоюродной сестры Елены Васильевны Щёкин-Кротовой, ее дочери Ангелины Васильевны – жены известного художника Р.Р. Фалька, профессоров Н.Р. Палева, В.И. Бородулина и ученика Д.Д. Плетнева В.Г. Попова. 5 апреля 1985 г. постановлением Пленума Верховного суда СССР Д.Д. Плетнев был реабилитирован.

После ареста Д.Д. Плетнева клинику терапии института возглавил *Николай Александрович Куршаков* (1886–1973), заслуженный деятель науки (1947), член-корреспондент АМН СССР (1953), лауреат Ленинской премии (1963). С 1935 г. Н.А. Куршаков заведовал кафедрой госпитальной терапии медвуза МОКИ. В период Великой Отечественной войны (1943–1945) он был главным терапевтом Второго Украинского фронта у маршала И.С. Конева, в 1946 г. – медицинский эксперт на Нюрнбергском процессе. После войны Н.А. Куршаков вновь возглавил терапевтическую клинику МОНИКИ, был профессором кафедры Московского государственного медицинского института Наркомздрава РСФСР (организованного ранее на базе МОНИКИ), в течение ряда лет – главным терапевтом Минздрава СССР, штатным консультантом 4-го Главного управления Минздрава СССР.

Н.А. Куршаков известен своими исследованиями физиологии и патологии системы кровообращения, узелкового периартериита, патогенетической терапии гипертонической болезни, коронарной болезни, гипоксических состояний в клинике внутренних болезней. Он ввел понятие «тканевой гипоксии», обусловленной как расстройством тканевого дыхания, так и гормональной недостаточностью. Изучал также алиментарную дистрофию (в военный период), а затем клинику лучевой болезни.

С 1936 по 1952 г. в МОКИ (затем МОНИКИ) работал *Евгений Михайлович Тареев* (1895–1986), академик АМН СССР (1948), Герой Социалистического Труда (1965), лауреат Сталинской (1946) и Ленинской (1974) премий, Заслуженный деятель науки (1948). Окончил Московский университет в 1917 г., ученик М.П. Кончаловского. В первые годы (1936–1943) Е.М. Тареев возглавлял кафедру факультетской терапии III Московского медицинского института, которая, по нашим данным, размещалась на базе отделений внутренних болезней МОКИ, а после ликвидации института (1943) стал руководителем (директором) 1-й терапевтической клиники



МОНИКИ (1943–1952). Вместе с ним начинала свою творческую деятельность В.А. Насонова – будущий академик РАМН и директор Научно-исследовательского института ревматологии. Одновременно в 1929–1951 гг. Е.М. Тареев работал в Институте медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И. Марциновского. На протяжении длительного срока Е.М. Тареев был депутатом Московского областного совета депутатов трудящихся, возглавлял постоянную комиссию по здравоохранению Мособлисполкома. Евгений Михайлович был высокообразованным человеком, знал 7 иностранных языков, постоянно вел активную жизнь.

Научный вклад Е.М. Тареева в развитие отечественной медицины огромен. Профессор Тареев был основоположником нефрологии в СССР, предложил классификацию заболеваний почек, разработал много вопросов иммунонефрологии. Первым в стране организовал центр хронического гемодиализа в своей клинике, первым описал вспышку сывороточного гепатита с экспериментальным воспроизводством. Изучал вирусный цирроз печени, ятрогенные болезни, ревматоидный артрит, системную красную волчанку, узелковый периартериит, склеродермию, системные заболевания соединительной ткани. Ввел в клиническую практику показатель скорости оседания эритроцитов (РОЭ, СОЭ). Издал работы, не теряющие своей актуальности и в настоящее время: «Анемия брайтиков» (1929), «Болезни почек» (1936), «Клиника малярии» (1943, 1946), «Нефриты» (1958), «Гипертоническая болезнь» (1948) и многие другие.

Среди других ученых-терапевтов этого времени нельзя не назвать также профессора *Александра Ивановича Яроцкого* (1866–1944), который работал в МОКИ, МОНИКИ с 1931 по 1944 г. Он организовал гастроэнтерологическое отделение на 14 коек в поликлиническом здании института в составе кафедры факультетской терапии профессора М.Б. Розенблюма. Основные направления исследований А.И. Яроцкого – гастроэнтерология, вопросы диетологии как лечебного фактора при желудочно-кишечных и эндокринных заболеваниях. В период с 1969 по 1994 г. терапевтическим (гастроэнтерологическим) отделением руководила заслуженный деятель науки, профессор *Анна Романовна Златкина*. В клинике изучались процессы пищеварения и всасывания в тонкой кишке у больных хроническими заболеваниями кишечника, патогенез мальабсорбции, была исследована роль опиоидных гормонов и циклических нуклеотидов в патогенезе язвенного колита и хронического панкреатита.

Вторую терапевтическую клинику МОНИКИ в 1944–1956 гг. возглавлял *Борис Александрович Черногубов*, профессор, Заслуженный деятель науки, известный своими исследованиями ревматизма, пороков сердца, эндокардита, хронического сепсиса, субфебрилитета. Некоторое время (1956–1958) руководителем клиники был *Николай Семенович Молчанов*, академик АМН СССР (1960), Заслуженный деятель науки (1968), Герой Социалистического Труда (1969), генерал-лейтенант медицинской службы, главный терапевт ряда фронтов в период войны, главный терапевт Министерства обороны СССР. Известны его работы по военно-полевой терапии, изучению острой и хронической пневмоний, гипотонических состояний. С 1959 по 1969 г. терапевтическое отделение возглавляла профессор *Мария Григорьевна Малкина*.

С 1969 по 2010 г. терапевтическим (кардиопульмонологическим) отделением руководил академик РАН, Заслуженный деятель науки, лауреат Государственной премии СССР, профессор *Николай Романович Палеев* (с 1990 г. по настоящее время – заведующий кафедрой терапии факультета усовершенствования врачей МОНИКИ). В этот период основными научными направлениями были некоронарогенные заболевания миокарда, хронические неспецифические заболевания легких, бронхиальная астма, легочная гипертензия, аритмии сердца, разработка новых методов диагностики и лечения, психосоматика и соматопсихиатрия.

В соответствии с европейскими тенденциями развития медицины, а также в связи с потребностями населения в более углубленном обследовании и лечении некоторых видов заболеваний в Старо-Екатерининской больнице начали открываться специализированные клинические отделения, учреждение становилось многопрофильным. В терапевтических и хирургических отделениях вначале выделялись специализированные койки (палаты), а затем «отпочковывались» самостоятельные подразделения.

Клиника неврологии – старейшая в России, ее история неразрывно связана с летописью отечественной неврологии, жизнью и творчеством плеяды всемирно известных невропатологов: А.Я. Кожевникова, В.К. Рота, П.А. Преображенского, М.С. Маргулиса, Л.О. Даркшевича и др. После открытия в 1869 г. в Императорском Московском университете кафедры нервных болезней на следующий год (1870) *Алексей Яковлевич Кожевников* (1836–1902) организовал неврологическое отделение на 40 коек



Анна Романовна
Златкина

Алексей Яковлевич
КожевниковСергей Иванович
Костарев

в Старо-Екатерининской больнице. Здесь же практикующие врачи стали более углубленно знакомиться с диагностикой и лечением неврологических заболеваний. В 1918 г. на базе больницы были официально открыты специальные «повторительные» курсы для врачей (аналог современного последиplomного образования). В 1894 г. А.Я. Кожевников описал новую форму эпилепсии – *epilepsia partialis continua*, которая известна во всем мире под названием «эпилепсия Кожевникова».

Владимир Карлович Рот (1848–1916) был ближайшим учеником А.Я. Кожевникова и преемником его на кафедре. Ему принадлежит приоритет в описании невралгической амиотрофии, бокового амиотрофического склероза, мышечной сухотки. Много внимания В.К. Рот уделял клинике и патологической анатомии синингомиелии, он по праву считается одним из создателей учения о спинальном глиозе. В 1895 г. описал особую форму невралгии (неврита) наружного кожного нерва бедра – *meralgia paraesthetica*, которая и поныне носит название «болезнь Рота». *Михаил Семенович Маргулис* (1879–1951) в течение 20 лет работал в Старо-Екатерининской больнице, одновременно был приват-доцентом, сверхштатным профессором университета.

Гинекологическая помощь женщинам в Старо-Екатерининской больнице оказывалась практически с начала ее основания, но носила в основном терапевтический характер. Тем не менее уже с 1868 г. встречались операции «малой» гинекологии: устранение пузырно-влагалищных фистул, ампутации шейки матки и др. В последней четверти XIX столетия после отработки методик антисептики, а затем асептики хирургические вмешательства начали стремительно расширяться. Гинекология также стала постепенно переходить на полостные хирургические вмешательства.

Гинекологическое отделение в Старо-Екатерининской больнице (на 40 коек, из них 8 коек для послеродовых больных) выделилось в 1873–1875 гг. и было постоянно переполнено ввиду отсутствия в Москве учреждений для послеродовых больных. Пациентки (иногда с грудными детьми) поступали с тяжелыми формами сепсиса, послеабортных заболеваний. Некоторые («фистульные»), требующие только хирургического вмешательства, помещались в женском хирургическом корпусе.

Значительный вклад в дальнейшее развитие данной службы внес *Владимир Васильевич Успенский* – блестящий хирург, и не только

в гинекологии. Он проработал в больнице около 40 лет (1880–1917), из них 20 лет одновременно был приват-доцентом Императорского Московского университета. В период с 1884 по 1894 г. отделение гинекологии расширилось до 67 коек, для послеродовых больных – до 23. Например, в 1895 г. всего в больнице было выполнено 726 операций, из них гинекологических – 346, то есть половина всех вмешательств. Проведена одна из первых операций при разрыве матки во время родов.

Отделение ушных, носовых и горловых болезней (первое в России для гражданского населения) было организовано в 1871 г. профессором университета *Николаем Яковлевичем Шкоттом* – консультантом больницы. Успешно работали его последователи. И.В. Зиновьев опубликовал статью «Трахеотомия как терапевтическое средство при поражении гортани» (1882). Е.М. Степанов в 1883 г. провел первую в России трепанацию сосцевидного отростка, затем радикальную операцию на височной кости; стал приват-доцентом университета. Болгарин Г.Н. Боев проработал в больнице 38 лет, из них 19 лет безвозмездно – до получения русского подданства; совместно с Н.Я. Шкоттом, Е.М. Степановым основал Московское общество оториноларингологов. Н.А. Шнайдер ввел в практическую деятельность больницы бронхоэзофагоскопию, зондирование лобных пазух через лобно-носовую канал. В итоге на рубеже XIX–XX веков ЛОР-отделение больницы почти полностью стало хирургическим. Например, в 1908 г. на 50 койках отделения проведено 346 операций, при этом штатных врачей было всего двое (Т.П. Соколов и Г.Н. Боев).

В 1870 г. главным доктором Старо-Екатерининской больницы назначен *Николай Николаевич Розанов*, обладавший хорошей оперативной техникой. Одновременно старшим врачом хирургического отделения стал выдающийся московский хирург *Сергей Иванович Костарев* (1837–1878), доктор медицины, приват-доцент Императорского Московского университета. До этого он стажировался в клиниках Берлина, Вены, Парижа, Лондона, Цюриха. С.И. Костарев ввел в практику больницы гипсовую повязку, наркоз эфиром, хлороформом. Проводил торакотомии при эмпиеме плевры, трахеотомии, мастэктомии с удалением подмышечных лимфатических узлов, лапаротомии при ущемленной грыже. С.И. Костарев значительно расширил диапазон хирургических вмешательств в больнице. Производил резекции крупных суставов – тазобедренного и коленного.



С.И. Костарев остался в истории отечественной хирургии как основатель (1873) Московского общества хирургов – первого в России и второго в мире (после Парижского). Он организовал в 1875 г. первое периодическое издание по хирургии «Летопись хирургического общества» (с 1878 г. – «Протоколы заседаний хирургического общества в Москве») и стал его главным редактором.

В 1897 г. главным доктором Старо-Екатерининской больницы и заведующим хирургическим отделением назначен приват-доцент Московского университета *Иона Дмитриевич Сарычев* (бывший старший врач хирургического отделения 1-й Градской больницы). Одновременно он был старшим ассистентом профессора Н.В. Склифосовского. «Необыкновенно гуманный человек и прекрасный хирург», – так отзывался о нем Н.К. Холин (1929). И.Д. Сарычев был членом старейшего в Европе хирургического общества, последние годы – его председателем и почти постоянно председателем Общества русских врачей. Два раза в месяц по вечерам проводил в больнице научные конференции. Период работы И.Д. Сарычева ознаменовался расцветом хирургической деятельности Старо-Екатерининской больницы. Хирургическое отделение на 200 коек размещалось в трех корпусах.

Среди большого числа новых экстернов, которые позже стали ординаторами больницы и выдающимися учеными, были В.Н. Розанов (1896), П.А. Герцен (1898), Н.К. Холин (1899), В.М. Минц (1897). «Мне пришлось за свою жизнь работать в различных учреждениях, как за границей, так и в России, – писал В.М. Минц. – Но своей школой, своим университетом я считаю свою добрую старенькую Старо-Екатерининскую больницу, где прошла молодость и часть моей жизни».

В 1899 г. проведено более 1000 операций, в 1907 г. – более 1500. Большая часть из них сделана Н.А. Соколовым, который затем ушел профессором в Харьковский университет. Его место занял П.А. Герцен. Этот период ознаменовался повышением и количества, и сложности хирургических вмешательств. Впервые сделана резекция пищевода, а также резекция гортани с пищеводом (В.Н. Розанов), спленэктомия по поводу разрыва селезенки, промежностная простатэктомия (П.А. Герцен).

Петр Александрович Герцен (1871–1947) проработал в больнице 22 года. Это была уникальная личность в масштабе не только Старо-Екатерининской больницы, но и всей отечественной хирургии. П.А. Герцена считали

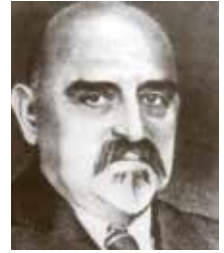
неподражаемым мастером атипических операций, требующих от хирурга большой творческой инициативы, тонкого знания анатомии, решительности и находчивости. Он предложил свой метод холецистостомии. Большую сенсацию произвела сделанная им резекция печени. Это была вторая операция, проведенная в России. Редкой операцией (14-й в мировой литературе) стала и лоханочно-мочеточниковая пластика по поводу интермиттирующего гидронефроза. П.А. Герцен создал первый искусственный пищевод в мире. Уже в 1901 г. он доказал возможность регионарной анестезии при больших операциях и применял ее. Его хирургическая техника опередила свое время на четверть века.

В 1910 г. П.А. Герцен становится приват-доцентом хирургической клиники Императорского Московского университета, где получил кафедру в 1919 г. С 1921 по 1934 г. он был одновременно директором Московского онкологического института, который в последующем получил его имя. И здесь он создал московскую школу онкологов, резко расширил возможности хирургии в лечении самых сложных онкологических больных. Стал Заслуженным деятелем науки (1934), членом-корреспондентом АН СССР (1939). Значительно позже академик Б.В. Петровский с гордостью называл П.А. Герцена своим учителем.

С 1924 по 1933 г. хирургическую службу возглавлял *Николай Константинович Холин* (1878–1952), который еще в 1899 г. поступил экстерном в Старо-Екатерининскую больницу. Он был широко известен как хирург-виртуоз, высоко эрудированный специалист, «мастер своего дела». Его учеником был, например, знаменитый С.С. Юдин. В 1933 г. по ложному обвинению в шпионаже Н.К. Холин был арестован. Полностью реабилитирован в 1960 г. (так же, как и большая группа врачей, обвиненных в «заговоре», «врачебном терроризме»).

В 1933 г. 1-ю хирургическую клинику МОКИ возглавил *Борис Эдмундович Линберг* (1885–1965), профессор, Заслуженный деятель науки (1943), лауреат Ленинской премии (1961), один из основателей отечественной хирургии легких. Б.Э. Линберг окончил Императорский Московский университет (1911), работал в Саратовском (1911–1922) и Смоленском (1922–1933) университетах. В 1927 г. стажировался в США (клиника Мейо).

В МОКИ Б.Э. Линберг организовал первое в стране отделение грудной хирургии (1933). Во время войны с белофиннами (1939) организовал



Петр Александрович Герцен

Яков Григорьевич
Готлиб

первый в истории военно-полевой хирургии специализированный армейский госпиталь для раненых в грудь. У этой категории пострадавших ему удалось снизить летальность с 30–40 до 2–3% за счет методики лечения гемопневмоторакса ранним закрытым дренажом плевральной полости с расправлением пораженного легкого. Впервые в стране с успехом провел резекцию пораженных отделов легкого (1935). Разработал лестничную торакопластику, мышечную тампонаду остаточных полостей плевры, лобэктомии при хронических бронхоэктазиях, плевроэктомию при хронической эмпиеме и др.

Вячеслав Иванович
Францев

Полное признание в отечественной и зарубежной медицине нашел предложенный Б.Э. Линбергом метод топической диагностики заболеваний легких (1933) – деление их на доли, зоны, сегменты применительно к внутрилегочному расположению бронхиального дерева. Б.Э. Линберг также разработал анатомическую классификацию зон и сегментов легких. К 1955 г. в клинике было выполнено около 400 радикальных операций при бронхоэктатической болезни. Совместно с ведущими учеными страны (А.Н. Бакулев, П.А. Куприянов, Б.В. Петровский, В.И. Стручков, А.А. Вишневский, Ф.Г. Углов) были изданы 7 томов сборника «Вопросы грудной хирургии» (1946–1959).

Яков Григорьевич
Диллон

Б.Э. Линберг был человеком исключительной эрудиции и культуры, прекрасным педагогом и лектором. Он формировал у учеников творческое отношение к работе, увлекал их интересными научными идеями, внушал студентам мысль о высоком общественном и гражданском долге врача, воспитывал чуткость и сострадание к больному.

В 1964 г. в МОНИКИ было организовано кардиохирургическое отделение. Возглавил его известный кардиохирург, лауреат Государственной премии СССР, Заслуженный деятель науки, один из основателей кардиохирургической помощи детям Вячеслав Иванович Францев (1929–1991). После его смерти отделением (до 2014 г.) руководил профессор В.Т. Селиваненко. Одновременно с кардиохирургическим было создано анестезиолого-реанимационное отделение во главе с профессором В.Ю. Островским.

По мере становления и развития хирургической службы разрабатывалась и совершенствовалась оперативная урология. Особенно большой вклад был внесен В.В. Успенским и П.А. Герценом. Однако превращение урологии в одну из ведущих хирургических специальностей связано с именем Якова Григорьевича Готлиба (1888–1951). Он

окончил Берлинский университет (1914), неоднократно стажировался за рубежом (Германия, Франция, Австрия, Венгрия).

В 1931 г. Я.Г. Готлиб организовал в МОКИ урологическое отделение, которое возглавлял 20 лет – до конца жизни. Исключительные организаторские способности и неугасимая энергия позволили Я.Г. Готлибу создать превосходную клинику, оснастить ее самым современным оборудованием, сформировать коллектив, увлеченный исследовательской, лечебной и педагогической деятельностью. Его научные интересы были связаны прежде всего с разработкой методов диагностики урологических заболеваний (пиелография, цистография, пневмопиелография, экскреторная урография), нозология которых также велика: новообразования почек, мочевого пузыря, аномалии почек и мочеточников, нефролитиаз, туберкулез почек, пионефроз и др. Для освоения практическими врачами данной специальности он издает монографию «Основные вопросы практической урологии» (1939), которая неоднократно переиздавалась, а также учебник урологии для медицинских институтов.

Дальнейшее развитие урологии связано с такими учеными, как Арам Яковлевич Абрамян (1898–1990), профессор, Заслуженный деятель науки, Герой Социалистического Труда, лауреат Государственной премии СССР, и Маргарита Федоровна Трапезникова (1929–2013), профессор, академик РАМН, Заслуженный деятель науки, лауреат премии Правительства РФ.

По некоторым данным, один из первых трех рентгеновских аппаратов, поступивших в Москву, был размещен в Старо-Екатерининской больнице в 1907 г. Единую рентгенодиагностическую службу создал профессор Яков Григорьевич Диллон (1873–1951), Заслуженный деятель науки (1940), лауреат Государственной премии СССР (1949). Он с 1931 г. до конца своей жизни работал в МОКИ, МОНИКИ, где организовал (1931) и возглавил рентгеновский отдел, соответствующую кафедру института. Одновременно с 1932 г. являлся заведующим кафедрой рентгенологии Центрального института усовершенствования врачей, которая располагалась также на базе МОКИ (МОНИКИ), где вместе с ним работали такие будущие корифеи рентгенологии, как С.А. Рейнберг, Л.С. Розенталь и др.

В этой журнальной статье мы представили лишь краткие сведения о 240-летней истории старейшего и крупнейшего многопрофильного научно-исследовательского и образовательного медицинского института страны. ☺



Дмитрий Дмитриевич Плетнев – великий российский терапевт

Палеев Н.Р.¹ • Палеев Ф.Н.¹

Палеев Николай Романович – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой терапии факультета усовершенствования врачей¹

Палеев Филипп Николаевич – д-р мед. наук, профессор, профессор РАН, директор¹

✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–1, Российская Федерация.
Тел.: +7 (495) 681 55 85. E-mail: filipp.paleev@tonikiweb.ru

Одна из наиболее ярких и печальных страниц в истории нашего института принадлежит великому российскому терапевту Дмитрию Дмитриевичу Плетневу.

Д.Д. Плетнев родился 25 ноября (7 декабря н. ст.) 1871 г. в селе Бобрик Лебединского уезда Харьковской губернии в семье небогатых помещиков. Дмитрий Дмитриевич получил прекрасное образование. В детстве он овладел немецким и французским языками. Окончив Харьковскую гимназию с золотой медалью, он поступил на медицинский факультет Харьковского университета, а с III курса перевелся в Московский университет. В 1895 г. Д.Д. Плетнев получил врачебный диплом с отличием и стал ординатором факультетской терапевтической клиники, которая располагалась на базе Ново-Екатерининской больницы (ныне Городская клиническая больница № 24). Наиболее важная роль в становлении молодого врача принадлежала профессорам



¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация



В.Д. Шервинскому и К.М. Павлинову. Уже в сентябре 1897 г. Д.Д. Плетнева избирают действительным членом Московского терапевтического общества. С 1899 по 1907 г. Дмитрий Дмитриевич – сверхштатный ассистент кафедры частной патологии и терапии. В начале 1902 г. медицинский факультет Московского университета присуждает Д.Д. Плетневу награду в размере 604 рублей, что позволяет ему совершить первую поездку по зарубежным клиникам.

В 1906 г. Д.Д. Плетнев успешно защитил диссертацию на тему, предложенную директором Института общей патологии Московского университета А.Б. Фохтом, – «Экспериментальное исследование по вопросу о происхождении аритмий». В 1907 г. Московский университет направляет приват-доцента Плетнева за границу для приготовления к профессорскому званию со стипендией 1500 рублей в год. Дмитрий Дмитриевич работал в лучших клиниках и лабораториях Германии, Франции, Швейцарии, Австро-Венгрии, установил научные и дружеские контакты со многими выдающимися европейскими врачами.

Авторитет Д.Д. Плетнева быстро растет. В 1911 г. он становится заведующим кафедрой пропедевтической клиники Высших женских курсов на базе Щербатовской (ныне Второй градской) больницы с четырьмя ассистентами: В.Н. Виноградовым, С.И. Ключаревым, А.П. Песковым, А.А. Предтеченским. Круг научных интересов Дмитрия Дмитриевича стремительно расширяется: невротические состояния, болезни органов пищеварения, щитовидной железы, системы крови, рентгенология, инфекционные болезни.

В 1917 г. по рекомендации А.Б. Фохта Плетнева избирают экстраординарным профессором факультетской терапевтической клиники Московского университета. В 1919 г. его выдвигают в состав Ученого совета Наркомздрава. Ярко проявляется характерная особенность творческой деятельности Дмитрия Дмитриевича – ее подчинение наиболее актуальным требованиям времени.

Пожар Гражданской войны не только унес тысячи человеческих жизней, он изменил заболеваемость населения, течение патологических процессов. Так, было обнаружено резкое увеличение заболеваемости язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, что Дмитрий Дмитриевич объясняет возросшей травматизацией нервной системы. Обусловленное голодом снижение иммунитета привело к вспышке туберкулеза, различным

пандемиям. Задачей государственной важности становится ликвидация эпидемии сыпного тифа. Д.Д. Плетнев обращается к возникшим острее проблемам, принимая активное участие в их решении. В 1921 г. выходит в свет его блестящая монография «Сыпной тиф», ставшая основой «Курса инфекционных заболеваний» (под ред. С.И. Златогорова и Д.Д. Плетнева, I том – 1932 г., II том – 1935 г.). Накопленный врачебный и педагогический опыт сделал возможным написание «Основ клинической диагностики» (1922), «Клинической диагностики внутренних и нервных болезней» (1923). Велико значение исследований Д.Д. Плетнева и в области рентгенологии. Он участвует в организации I Съезда российских рентгенологов и радиологов, пишет одно из первых в стране клинических руководств по рентгенологии – «Рентгенодиагностика органов дыхания, кровообращения и пищеварения» (1923).

Большое значение Дмитрий Дмитриевич придавал изучению истории российской медицинской науки. В 1923 г. выходит в свет его монография «Русские терапевтические школы», в 1924 г. – «Очерк из истории медицинских идей» и «Эволюция медицинских идей за последние 60 лет».

Огромной заслугой перед медицинской наукой и здравоохранением стал выход в свет в августе 1920 г. основанного Д.Д. Плетневым журнала «Клиническая медицина», ответственным редактором которого он оставался до мая 1937 г. Но этим редакционно-издательская деятельность Д.Д. Плетнева не ограничивалась: он был членом редколлегии журнала «Врачебное дело» (1920–1937), редактором «Архива клинической и экспериментальной медицины» (1922–1924), членом редколлегии журналов «Советская (русская) клиника» (1924–1934), «Русско-немецкий медицинский журнал» (1925–1928), «Терапевтический архив» (1926–1936), «Журнал для усовершенствования врачей» (1923–1928). Д.Д. Плетнев был редактором нескольких разделов первого издания Большой медицинской энциклопедии. В 1925–1927 гг. выходят в свет три тома руководства для врачей и студентов «Основы терапии» (под ред. С.А. Бруштейна и Д.Д. Плетнева), в 1927–1931 – «Частная патология и терапия внутренних болезней» в четырех томах (10 выпусков под ред. Г.Ф. Ланга и Д.Д. Плетнева) и многие другие важнейшие для медицинской науки и практики труды.

В июне 1924 г. Д.Д. Плетнев становится директором госпитальной терапевтической клиники, а возглавлявший ее профессор Д.А. Бурмин



назначается директором так называемой параллельной пропедевтической клиники в Ново-Екатерининской больнице. Для Д.А. Бурмина это был чувствительный удар по самолюбию. В числе сотрудников Дмитрия Дмитриевича оказывается немало ставших впоследствии известными врачей: Ф.Р. Бородулин, М.Б. Коган, П.Е. Лукомский, П.Л. Сухинин, Б.А. Черногубов и др. Клиника расширяется, переоборудуется и вновь становится одной из ведущих в стране. Появляются исследования о висцеральном сифилисе, клиническом (без использования электрокардиографического исследования) распознавании инфаркта миокарда и аневризмы сердца, лечении грудной жабы и сердечной недостаточности. Началось углубленное изучение вегетативной нервной системы и психосоматических заболеваний.

Эта клиническая, педагогическая и научная идиллия резко обрывается в июне 1929 г., когда Д.Д. Плетнев внезапно покидает университет (кафедру вновь занимает Д.А. Бурмин). Наиболее вероятная причина столь крутого поворота в судьбе Д.Д. Плетнева кроется в длительном конфликте с А.Я. Вышинским, назначенным в 1925 г. ректором Московского университета. Профессор Плетнев не скрывал ни своих нравственных убеждений, ни разногласий с ректором и позволял себе весьма колкие высказывания в его адрес.

В мае 1929 г. пресса объявила, что представители старой интеллигенции, в том числе некоторые врачи, засоряют государственный аппарат и тормозят социалистическое строительство. Начинается чистка советского аппарата. Плетнева предупреждают не только о предстоящих мероприятиях, но и о возможных последствиях в случае его отказа от участия в работе районных комиссий. И что делает Д.Д. Плетнев? Он уезжает читать лекции в Воронеж, где его восторженно встречают врачи и преподаватели медицинского института. Его отсутствие на «общественном смотре» в Москве рассматривают как «вызов всей общественности медицинского факультета».

В июне 1929 г. А.Я. Вышинский наконец-то расправился со строптивым профессором. Но нет худа без добра: в том же 1929 г. Д.Д. Плетнев стал руководителем терапевтической клиники Московского областного клинического института (МОКИ, ныне МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского), а вскоре возглавил 2-ю кафедру внутренних болезней Центрального института усовершенствования врачей. Лечебной базой кафедры была терапевтическая клиника МОКИ. В конце 1929 г. Д.Д. Плетнев становится

штатным консультантом лечебно-санитарного управления Кремля, Центральной больницы Северной железной дороги, Московского коммунистического красноармейского военного госпиталя (ныне Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко).

В 1932 г. Д.Д. Плетнев организует Научно-исследовательский институт функциональной диагностики и экспериментальной терапии. Он – член Ученого совета Наркомздрава РСФСР, УССР, БССР, почетный член объединенного общества терапевтов и педиатров Берлина, председатель Московского терапевтического общества (1933), почетный член Мюнхенского института усовершенствования врачей, выступает с лекциями в Германии, Швеции, Латвии, Литве.

Кульминация славы Д.Д. Плетнева приходится на конец 1932 – начало 1933 г., когда вся медицинская общественность страны празднует 35-летие врачебной, научной и педагогической деятельности знаменитого профессора-терапевта. Президиум Мособлисполкома принимает решение о расширении и преобразовании 9-го корпуса МОКИ, а также о присвоении этому корпусу имени юбиляра. ВЦИК РСФСР 5 января 1933 г. присваивает Д.Д. Плетневу звание Заслуженного деятеля науки.

Прогрессирует и творческая активность профессора. Еще в своей врачебной молодости Дмитрий Дмитриевич безоговорочно воспринял выдвинутый Г.А. Захарьиним тезис: «Смелая терапия может творить чудеса». В разные годы его увлекали фармацевтические новинки, курорты, минеральные воды и гидротерапия, гормональные препараты и сальварсан, многие другие лечебные идеи. Самой стойкой из его привязанностей были сердечные гликозиды. В своем классическом руководстве «Болезни сердца» (М. – Л., 1936, с. 313) он сделал окончательный вывод, что «не бояться кумуляции и давать лекарство можно долго, но только до появления первых признаков интоксикации: значительного замедления пульса, отдельных экстрасистол, головокружений; при лечении сердечными гликозидами следует руководствоваться не каким-то шаблонным сроком, но одной лишь клинической картиной. Своих учеников и слушателей курсов я постоянно убеждаю в справедливости высказывания А. Гольдшейдера: “Лечение не должно односторонне опираться на правила, установленные на основании того или другого симптома, – нет, оно не должно упускать из виду целокупную картину болезни и самого человека. По догматической терапии узнается как раз недостаток



врачебного таланта, безусловно, необходимого в нашем искусстве, по презрению к науке – шарлатанство. На науке и искусстве в их взаимном дополнении и жиждется врачебное дело лечения” (А. Гольдштейн. Болевые вопросы врачевания. Л., 1929, с. 12)».

Д.Д. Плетнев всегда требовал от врачей строго индивидуального подхода к больному. В конце 1920–30-х гг. для этого требовалось немалое мужество. Один из организаторов и теоретиков советского здравоохранения З.П. Соловьев считал, что Г.А. Захарьин «извращает прогрессивные начала в учении Боткина», рекомендуя строить врачебную деятельность «в расчете на индивидуальное воздействие на данного больного, на данные процессы, совершающиеся в данном организме».

С той поры прошли десятилетия, и никто не осуждает Г.А. Захарьина за «извращение» учения С.П. Боткина. Напротив, индивидуальный подход к диагностике и лечению рассматривается как важнейшее достоинство клинической медицины. Однако на пути к победе этой основополагающей врачебной идеи лежит препятствие, все труднее преодолеваемое с годами и намного более сложное, чем официальные взгляды, – узкая специализация врачей. В статье «Симптоматика злокачественного малокровия по данным клиники» (1929) Д.Д. Плетнев писал: «... мы в настоящее время присутствуем при стремлении самую внутреннюю медицину разбить на отдельные главы по органам. Благодаря сложности предмета, в смысле охвата патологии заболевшего человека, усиливается попытка антропатологию раздробить на мелкие отделы, на органопатологию». Понимая неизбежность узкой специализации, Д.Д. Плетнев видел выход в интеграции внутренней медицины на основе общей патологии. Он призывал терапевтов к овладению «смежными» диагностическими приемами. В условиях все более узкой специализации индивидуальный подход к больному человеку становится возможным только при наличии широкой общеклинической подготовки. Хочешь стать «узким специалистом» – прежде стань широко образованным врачом! Это единственно верный путь и для современной медицины – путь, позволяющий врачу при все углубляющемся проникновении в тончайшие механизмы патогенеза сохранить антропатологический подход в диагностике заболеваний и выборе эффективной терапии больного человека.

В 1936 г. Д.Д. Плетнев издает главный труд своей жизни – «Болезни сердца».

Трагедия обрушилась в 1937 г.: 8 июня в «Правде» появилась статья, в которой подробно описывалось зверское насилие, будто бы совершенное Д.Д. Плетневым над пациенткой. 17–18 июля 1937 г. дело профессора Плетнева разбиралось на закрытом заседании московского суда. Плетнева обвиняли в совершении уголовного преступления, предусмотренного статьей 151 УК РСФСР. Приговор оказался таким же неожиданным, как и обвинение: два года лишения свободы условно.

14 декабря 1937 г. директор Научно-исследовательского института функциональной диагностики и экспериментальной терапии Наркомата здравоохранения СССР профессор Дмитрий Дмитриевич Плетнев был арестован ГУГБ НКВД СССР по обвинению в том, что «втянут Ягодой и Левиным в антисоветский заговор и по их поручению проводил антисоветскую работу, выразившуюся в том, что вместе с Левиным умертвил В.В. Куйбышева и Максима Горького». Это был судебный процесс над антисоветским правотроцкистским блоком. Формальным основанием для приговора послужили данные медицинской экспертизы, подписанные профессорами Д.А. Бурминым, Н.А. Шерешевским, В.Н. Виноградовым, Д.М. Российским и доктором медицинских наук В.Д. Зипаловым. Обвинение поддерживал теперь уже прокурор СССР А.Я. Вышинский.

Д.Д. Плетнева поместили во Внутреннюю (Лубянский) тюрьму НКВД. В ней он содержался с 14 декабря 1937 г. по май 1938 г., а затем – с мая по июнь 1938 г. – в Бутырской тюрьме НКВД.

Находясь в заключении, Д.Д. Плетнев пытается работать, в этих целях просит разрешить передать ему книги по медицине и очки. В связи с болезнью (сахарный диабет) он просит организовать ему соответствующее питание, так как общая тюремная пища ему противопоказана, отчего он голодает. Плетнев подает прошения на имя В.М. Молотова с просьбой пересмотреть его дело, но ему отказывают.

В марте 1938 г. прошел процесс по антисоветскому «Правотроцкистскому блоку» – третий и последний показательный суд над группой бывших руководителей партии и правительства СССР. Дело слушалось в Военной коллегии Верховного Суда СССР 2–13 марта 1938 г. под председательством В.В. Ульриха и при государственном обвинителе А.Я. Вышинском.

В числе прочих обвиняемыми по делу проходили Н.И. Бухарин, А.И. Рыков, Г.Г. Ягода, Н.Н. Крестинский, А.П. Розенгольц, В.И. Иванов,



М.А. Чернов, Г.Ф. Гринько, И.А. Зеленский, А. Икрамов, Ф. Ходжаев, В.Ф. Шарангович, П.Т. Зубарев, П.П. Буланов, В.А. Максимов-Диковский, П.П. Крючков. Это были видные деятели партии, еще в конце 1920-х гг. обвиненные в правом уклоне и составлявшие тогда ту или иную оппозицию курсу Сталина. Важнейшими обвиняемыми были также бывший нарком внутренних дел и ряд подсудимых, которым преимущественно вменялось убийство Максима Горького и его сына, всего 21 обвиняемый.

Врачей Л.Г. Левина, Д.Д. Плетнева и И.Н. Казакова защищали члены Московской коллегии защитников И.Д. Брауде и Н.В. Коммодов, которые дали подписку «о строжайшей ответственности за разглашение данных судебного следствия». Остальные подсудимые от защитников отказались.

Брауде и Коммодов выступали 11 марта на вечернем заседании судебного процесса. В своей речи И.Д. Брауде разделил современную интеллигенцию на три группы и отнес своих подзащитных ко второй. Лица, отнесенные к этой группе, не саботажники, они честно работали как специалисты, «но, – подчеркивал он, – эти люди, оставаясь только специалистами, не слились органически ни с партией, ни с рабочим классом». Они аполитичны, трусливы, сомневающиеся и наивные. Н.В. Коммодов в своей речи, используя различные исторические сравнения, показал лицо хитрого и коварного Ягоды, с одной стороны, и страх перед ним со стороны подзащитных, с другой, что в конечном итоге заставило их пойти на предательство. Оба адвоката, упомянув о трудной роли защитника, выполнили, насколько это тогда было возможно сделать, функцию защиты – просили у судей «снисхождения для них... не ставить на один уровень в наказании с теми, кто по отношению к ним явился убийцей», и сохранить им жизнь.

13 марта 1938 г. суд счел вину всех обвиняемых доказанной и приговорил Бухарина Н.И., Рыкова А.И., Ягоду Г.Г., Крестинского Н.Н., Розенгольца А.П., Иванова В.И., Чернова М.А., Гринько Г.Ф., Зеленского И.А., Икрамова А., Ходжаева Ф., Шаранговича В.Ф., Зубарева П.Т., Буланова П.П., Левина Л.Г., Казакова И.Н., Максимова-Диковского В.А., Крючкова П.П. к высшей мере наказания – расстрелу. Остальных обвиняемых суд приговорил к различным срокам тюремного заключения с поражением в политических правах на пять лет по отбытии тюремного наказания. Д.Д. Плетнев был признан виновным в совершении преступлений,

предусмотренных ст. ст. 58-1 «а», 58-2, 58-7, 58-8, 58-9 и 58-1 УК РСФСР, и приговорен к 25 годам лишения свободы, Х.Г. Раковский – к 20, С.А. Бессонов – к 15.

14 марта 1938 г. Президиум Верховного Совета СССР отклонил все ходатайства о помиловании лиц, приговоренных к высшей мере наказания, а также ходатайство Д.Д. Плетнева о смягчении ему приговора. Для отбытия наказания в июне 1938 г. Д.Д. Плетнев был направлен в тюрьму г. Златоуста, где находился до июля 1939 г.

Осуждением Д.Д. Плетнева по делу «правотроцкистского блока» не закончились обвинения его в антисоветском террористическом заговоре врачей Лечсанупра Кремля. «В связи с поступившими новыми материалами о преступной деятельности Плетнева, 20 июля 1939 г. он был затребован в Москву в НКВД СССР и вновь привлечен к следствию в качестве обвиняемого». Начались новые допросы и очные ставки. С июля 1939 г. по 5 мая 1940 г. Д.Д. Плетнева содержали во Внутренней (Лубянской) тюрьме НКВД, с 5 по 23 мая 1940 г. – в Бутырской тюрьме НКВД.

В постановлении Следственной части НКВД СССР от 22 марта 1940 г. указано, что Д.Д. Плетнев являлся «руководящим участником антисоветской террористической организации врачей в Лечсанупре Кремля, ставившей своей задачей умерщвление руководителей ВКП(б) и Советской власти. Имел непосредственное сношение в контрреволюционных целях с представителями иностранных государств». С 24 мая по август 1940 г. Д.Д. Плетнев содержался во Владимирской тюрьме, а с 16 августа 1940 г. – в Орловской тюрьме.

12 июля 1940 г. из Владимирской тюрьмы Д.Д. Плетнев обращается к наркому внутренних дел СССР Л.П. Берии с просьбой пересмотреть его дело, но получает отказ. 15 января 1941 г. из Орловской тюрьмы Д.Д. Плетнев пишет маршалу К.Е. Ворошилову и 30 марта 1941 г. – председателю Совнаркома СССР В.М. Молотову. Он пытается доказать свою невиновность и описывает, какими методами от него были получены «признания». В письме к К.Е. Ворошилову Д.Д. Плетнев писал: «Ко мне применялась ужасающая ругань, угрозы смертной казнью, таскание за шиворот, душение за горло, пытка недосыпанием, в течение пяти недель по два часа в сутки, угрозы вырвать у меня глотку и с ней признание, угрозы избиением резиновой палкой. Всем этим я был доведен до паралича половины тела».

Для Д.Д. Плетнева, Х.Г. Раковского и С.А. Бессонова сохранение жизни на процессе в марте

1938 г. оказалось лишь временной мерой. В 1941 г. гитлеровская Германия напала на Советский Союз. В условиях приближения гитлеровских войск к Орлу Военная коллегия Верховного Суда СССР, выполняя постановление ГКО СССР от 6 сентября 1941 г., в закрытом судебном заседании 8 сентября 1941 г. без возбуждения уголовного дела и проведения судебного разбирательства обвинила осужденных, отбывавших наказание в Орловской тюрьме (в том числе Д.Д. Плетнева, Х.Г. Раковского и С.А. Бессонова), в «проведении антисоветской, злостной пораженческой и изменнической агитации, чем все они совершили преступление», и вынесла решение подвергнуть их высшей мере наказания – расстрелу.

11 сентября 1941 г. в Медведевском лесу под Орлом приговор был приведен в исполнение.

В последующие 45 лет имя Д.Д. Плетнева, великого российского ученого-терапевта, тщательно замалчивалось. Его книги исчезли из библиотек, историкам медицины приходилось проявлять невероятную находчивость, чтобы, говоря о выдающихся достижениях советской терапевтической науки, не упоминать о нем. Но народная память – пациентов и медиков – хранила светлый образ Великого Врача.

Так продолжалось до конца 1970-х гг., когда выяснилось, что мать вдовы художника Р.Р. Фалька, Елена Васильевна Щекин-Кротова, является двоюродной сестрой Д.Д. Плетнева. Согласно существовавшим тогда правилам, Елена Васильевна и Ангелина Васильевна (ее дочь) написали прошение о реабилитации Д.Д. Плетнева на имя Генерального прокурора СССР.

В 1984 г. судебно-медицинской лабораторией Министерства обороны СССР была проведена повторная комиссионная судебно-медицинская экспертиза по делу Левина, Плетнева, Казакова с исследованием медицинских документов о болезни и смерти В.В. Куйбышева, В.Р. Менжинского и М. Горького. Комиссия «не обнаружила каких-либо ошибок в лечении.., которые могли бы привести к ухудшению состояния здоровья или смерти». Здесь же нашлись копии объяснений В.Н. Виноградова и Н.А. Шерешевского, подписавших в качестве экспертов заключение о неправильном лечении М. Горького. Они писали, что никаких медицинских документов в распоряжении экспертов не было, а выводы в «Заключении» ими были сделаны на основании показаний обвиняемых и признании ими своей вины. Постановлением Пленума Верховного Суда СССР от 5 апреля 1985 г. Д.Д. Плетнев был реабилитирован посмертно.

Огромен вклад Дмитрия Дмитриевича Плетнева в медицинскую науку. Его разработки в области диалектики медицины, истории медицинских идей стали классическими; его исследования по висцеральному сифилису и эпидемическому сыпному тифу, психосоматическим расстройствам и клинической фармакологии снова цитируются современными авторами; его считают одним из основоположников отечественной кардиологии. Под руководством Д.Д. Плетнева начинали свою профессиональную деятельность многие известные клиницисты: М.С. Вовси, Б.Е. Вотчал, Б.А. Егоров, П.Е. Лукомский, В.Г. Попов, Л.П. Прессман, О.И. Сокольников, А.З. Чернов и др.

О Дмитрие Дмитриевиче Плетневе современники говорили, что он был ученым и педагогом, отмеченным ярким и разносторонним дарованием. Его лекции были полны впечатляющей экспрессии, он очень красиво и рельефно подавал аудитории те факты, в которых хотел убедить своих слушателей; научный язык, на котором он говорил и писал, отвечал лучшим традициям русского литературного языка. Его разборы больных восхищали как студентов, так и врачей; на обходах он всегда умел заметить у больного самое главное, и этому он учил своих учеников...

Дмитрий Дмитриевич хорошо знал греческую и римскую литературу, русских и немецких классиков, любил музыку и живопись, играл на рояле. Дружеские отношения связывали его с Ю. Балтрушайтисом, Н.Н. Баженовым, А. Белым, П.Б. Ганнушкиным, Н.К. Кольцовым, В.А. Серовым. Его манера общения и блестящее умение вести беседу невольно заставляли вспоминать слова выдающегося французского врача А. Юшара: «Всякий может быть ученым, то есть может иметь научные познания, но не каждый знающий врач может быть клиницистом, ибо клиника есть искусство. Не каждый может быть артистом...».

Одним из эпитафий к биографии великого российского врача Д.Д. Плетнева могли бы стать слова Карела Чапека: «Чем настойчивее в наше время посягают на человеческую душу односторонность, узкая специализация и строгий профессионализм, тем ярче сверкает почти мифический идеал универсального человека».

Река времени, как горный поток, стирает на своем пути, безвозвратно уносит из человеческой памяти многие события, образы, но бессильна лишить человечество веры, надежды, любви, дружбы, разума и способности прощать. ☺



Старейшее неврологическое отделение в России (к 145-летию неврологической клиники МОНИКИ)

Котов С.В.¹ • Исакова Е.В.¹ • Котов А.С.¹

Первый в России неврологический стационар был организован А.Я. Кожевниковым в 1870 г. на базе Старо-Екатерининской больницы (ныне Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского – МОНИКИ). История старейшей в России неврологической клиники неразрывно связана с летописью отечественной неврологии, жизнью и творчеством плеяды всемирно известных невропатологов: А.Я. Кожевникова, В.К. Рота, П.А. Преображенского, М.С. Маргулиса, Л.О. Даркшевича, Д.А. Шамбурова, Н.С. Четверикова, В.Я. Неретина.

Алексей Яковлевич Кожевников (1836–1902) после окончания медицинского факультета Императорского Московского университета работал ассистентом на кафедре госпитальной терапии у профессора И.В. Варвинского. Заинтересовавшись патологией нервной системы, докторскую диссертацию А.Я. Кожевников посвятил этиологии, клинике и патологической анатомии сухотки спинного мозга. Позже он организовал клинику и возглавил кафедру

нервных болезней Императорского Московского университета в качестве ее первого профессора.

Круг научных интересов А.Я. Кожевникова был весьма широким. Он оставил после себя около 40 научных работ – сравнительно немного, но каждая из них была ценным вкладом в науку, обогащая новую клиническую дисциплину фундаментальными данными. А.Я. Кожевников первый точно установил на гистологических препаратах, что осевоцилиндрические отростки гигантских пирамидных клеток коры непосредственно переходят в мякотные волокна пирамидного пути и что аксоны клеток Пуркинью коры мозжечка также дают начало миелиновым волокнам (до этой работы вопрос о том, куда направляются отростки нервных клеток и из чего состоят нервные проводники, не был решен). Трудно переоценить значение этого открытия для дальнейшего развития морфологии и физиологии нервной системы.

А.Я. Кожевников доказал наличие самостоятельного, обособленного ядра у лицевого нерва в противовес мнению некоторых исследователей своего времени о существовании общего ядра у лицевого и глазодвигательного нервов.

Котов Сергей

Викторович – д-р мед. наук, профессор, руководитель неврологического отделения, заведующий кафедрой неврологии факультета усовершенствования врачей¹
✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–10, Российская Федерация.
Тел.: +7 (495) 631 73 62.
E-mail: kotovsv@yandex.ru

Исакова Елена

Валентиновна – д-р мед. наук, профессор, гл. науч. сотр. неврологического отделения, профессор кафедры неврологии факультета усовершенствования врачей¹

Котов Алексей

Сергеевич – д-р мед. наук, и.о. заведующего детским неврологическим отделением по разделу «Наука», профессор кафедры неврологии факультета усовершенствования врачей¹

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

В 1883 г., когда острый эпидемический полиомиелит еще был мало изучен, А.Я. Кожевников заинтересовался его патоморфологией и впервые подробно описал характерные для данного заболевания воспалительные изменения в передних рогах спинного мозга. В 1894 г. А.Я. Кожевников описал новую форму эпилепсии – *epilepsia partialis continua*, которая ныне известна во всем мире под названием «кожевниковской эпилепсии».

Алексей Яковлевич Кожевников был не только крупным ученым, мыслителем, новатором, но и замечательным врачом. Когда в 1895 г. ему было сделано почетное предложение выступить с актовой речью в Императорском Московском университете, он посвятил ее психотерапии. «...психотерапия, то есть пользование душевными силами как лечащим средством, должна играть крупную роль в ряду тех средств, которыми пользуется врач для лечения своих пациентов», – так оценил А.Я. Кожевников целебное значение психического воздействия врача на больного. Профессор Кожевников уделял много внимания постановке учебного процесса на кафедре, написал учебник для студентов («Нервные болезни и психиатрия», 1883), воспитал ряд талантливых учеников, таких как В.К. Рот, С.С. Корсаков, Л.С. Минор, Г.И. Россолимо, А.А. Корнилов. Он был также прекрасным организатором: его клиника нерв-

ных болезней функционировала как база для лечения больных, обучения студентов и проведения научно-исследовательской работы. По его инициативе и по его плану была выстроена новая психиатрическая клиника Императорского Московского университета (на Девичьем поле), во главе которой стал С.С. Корсаков. В 1890 г. А.Я. Кожевников основал Московское научное общество невропатологов и психиатров, сыгравшее крупную роль в развитии научной невропатологии и психиатрии в России и организации психоневрологической помощи населению.

Медицинский факультет Императорского Московского университета лишь в конце XIX века, через 120 лет после основания, получил возможность создать собственные клиники на Девичьем поле. До этого основной клинической базой университета служили городские больницы, прежде всего, Старо-Екатерининская. После учреждения кафедры нервных болезней в университете А.Я. Кожевников организовал неврологическое отделение на 19 коек в Ново-Екатерининской больнице (1869), а уже год спустя открыл неврологическое отделение в Старо-Екатерининской больнице, в деревянном бараке № 8 Приказа общественного призрения. Работавший там ординатором Д.П. Скалзубов писал, что «нервное отделение состояло из 40 кроватей и было вполне благоустроено». Впоследствии Д.П. Скалзубов стал первым профессором невропатологии Казанского университета. С 1881 по 1890 г., до перехода в клинику А.Я. Кожевникова на Девичьем поле, ординатором отделения работал В.К. Рот.

С момента основания неврологического отделения в Старо-Екатерининской больнице студенты медицинского факультета Императорского Московского университета могли наблюдать здесь клинические проявления неврологических заболеваний у больных. Здесь же впервые в России, в 1870 г., А.Я. Кожевников начал читать лекции по неврологии для практикующих врачей, заложив, таким образом, основу для последипломного образования неврологов. Его начинание продолжили Д.П. Скалзубов, В.К. Рот, П.А. Преображенский, М.С. Маргулис. Именно в неврологическом отделении Старо-Екатерининской больницы в 1918 г. были открыты «повторительные курсы» для врачей, а в 1923 г. на их основе – Московский областной клинический институт для усовершенствования врачей (МОКИ). Что касается системы последипломного образования врачей, основными этапами ее становления в нашей стране стали открытие



Барак № 8 Приказа общественного призрения



в 1654 г. при Аптекарском приказе Школы для военных лекарей и костоправов, затем – Военно-сухопутного госпиталя в Лефортове в 1707 г. и, наконец, образование в 1775 г. медицинского факультета Императорского Московского университета. В 1865 г. император Александр подписал указ «О путях и способах усовершенствования врачей», а в 1885 г. был создан первый в мире институт усовершенствования врачей – Клинический институт Великой княгини Елены Павловны (Еленинский клинический институт).

Владимир Карлович Рот (1848–1916) был ближайшим учеником Кожевникова и его преемником на кафедре. В течение многих лет В.К. Рот работал над проблемой мышечных атрофий. Его исследования дали возможность лучше разобраться в огромном, но хаотичном материале по прогрессирующим мышечным атрофиям, накопленном клиникой. Он отделил неврогенные амиотрофии от миогенных, так называемых миопатий. Ему принадлежит приоритет в описании невралгической амиотрофии. В 1887 г. вышла работа «Носографический обзор прогрессивных мышечных атрофий», в 1889 г. – «Вопрос о боковом амиотрофическом склерозе и отношении его к прогрессивной атрофии мышц», а в 1895 г. была опубликована классическая монография «Мышечная сухотка», за которую автору была присуждена (без защиты диссертации) степень доктора медицины и присвоено звание экстраординарного профессора. Много внимания В.К. Рот уделил клинике и патологической анатомии сириногомиелии, он по праву считается одним из создателей учения о спинальном глиозе. В 1895 г. он описал особую форму невралгии (неврита) наружного кожного нерва бедра – *meralgia paraesthetica*, которую и поныне называют «болезнью Рота». В.К. Рот опубликовал всего около 30 работ, но каждого, кто знакомится с научным наследием Владимира Карловича, поражает глубина знаний автора по изучаемым им вопросам, тщательность произведенных исследований, безукоризненная четкость формулировок, предельная ясность мысли ученого.

В.К. Рот был талантливым клиницистом, чутким, внимательным врачом, любившим больных, зорким наблюдателем и активным терапевтом. Много времени и сил отдавал Рот организаторской и общественной деятельности. Ему удалось построить четырехэтажное здание для Неврологического музея Императорского Московского университета, который получил имя Кожевникова, основать Неврологический институт с хорошо



Занятие в училище для фельдшерниц при Старо-Екатерининской больнице

оборудованными лабораториями. Он значительно расширил клинику нервных болезней, созданную А.Я. Кожевниковым, и отделение для хронических больных при клинике, что способствовало улучшению учебной и научно-исследовательской работы кафедры.

Владимир Карлович Рот принимал активное участие в организации неврологической и психиатрической помощи населению Москвы. Он боролся за создание общедоступных санаториев для нервных больных. В.К. Рот пользовался огромным авторитетом среди московских врачей всех специальностей как ученый, врач и общественный деятель, всегда принципиальный, бескорыстный, кристально честный, нелицеприятный и мужественный человек, смело отстаивавший свои передовые взгляды. В 1911 г. В.К. Рот вместе с рядом других профессоров оставил кафедру и ушел из университета в знак протеста против реакционной деятельности царского министра просвещения Л.А. Кассо.

С 1893 по 1911 г. отделением неврологии руководил профессор *Петр Алексеевич Преображенский*. При нем в 1909 г. отделение перебазировалось из деревянного барака в каменный корпус, построенный по планам Преображенского и М.С. Маргулиса на деньги Ю.Т. Крестовниковой, С.Т. Морозова и М.Ф. Морозовой (сестры, брата и матери Саввы Тимофеевича Морозова) «в память об умершем». Профессор П.А. Преображенский преподавал в Императорском Московском университете и в училище для фельдшерниц, открытом в Старо-Екатерининской больнице.

Михаил Семенович Маргулис (1879–1951) с 1915 по 1923 г. руководил неврологическим отделением Старо-Екатерининской больницы,



Профессор М.С. Маргулис с коллективом неврологического отделения

Профессор
Л.О. Даркшевич

а позже в течение 20 лет (1931–1951) заведовал кафедрой нервных болезней Центрального института усовершенствования врачей в Москве (ныне – Российская медицинская академия последипломного образования). М.С. Маргулис написал свыше 130 научных работ. Он был крупным знатоком нейроинфекций, много времени и труда посвятил изучению острого энцефалита, острого диссеминированного энцефаломиелита, хронического полиомиелита, нейросифилиса. Особый интерес представляет капитальная монография Маргулиса об инфекционных заболеваниях нервной системы (1940). В последние годы жизни ученый много занимался проблемой рассеянного склероза. Совместно с М.Б. Кролем и Н.И. Проппер-Гращенковым М.С. Маргулис написал «Учебник нервных болезней», выдержавший три издания. Учениками Маргулиса были Д.А. Шамбуров, Д.С. Футер, З.Л. Лурье, Р.А. Шахнович, А.Б. Роговер, Г.Х. Быховская и другие. После перехода кафедры на другую клиническую базу вплоть до возобновления ее работы в 1990 г. последипломное обучение врачей в МОНИКИ продолжалось «на рабочем месте» всеми преемниками М.С. Маргулиса.

В 1923–1925 гг. история неврологического отделения Старо-Екатерининской больницы связана с именем профессора *Ливерия Осиповича Даркшевича* (1858–1925), вернувшегося в Москву в 1917 г. после 25-летнего пребывания в Казани. Последние восемь лет жизни Л.О. Даркшевич посвятил строительству новой советской высшей школы. В 1917 г. он возглавил кафедру нервных болезней Государственного

медицинского института (ГМИ) на базе Ново-Екатерининской больницы, где проработал до конца жизни. До 1923 г. Л.О. Даркшевич был ректором этого учебного заведения. Тогда же он организовал Диагностический институт (впоследствии – Московский клинический институт), был его директором. В 1923 г. Московский клинический институт перешел на базу Старо-Екатерининской больницы. Неврологическое отделение стало клиническим, им руководил профессор М.С. Маргулис. С момента избрания Маргулиса в 1931 г. заведующим кафедрой невропатологии Центрального института усовершенствования врачей и до перебазирования института в Городскую клиническую больницу им. С.П. Боткина отделение служило его клинической базой.

С 1923 по 1931 г. неврологическую клинику возглавлял *Дмитрий Афанасьевич Шамбуров* (1887–1963), много лет работавший вместе с Л.О. Даркшевичем. В сферу его научных интересов входило изучение спинномозговой жидкости и ликворной системы, морфологических и клинических аспектов сирингомиелии, диспластических синдромов. Результаты многолетних исследований Д.А. Шамбура обобщены в уникальных монографиях, до сих пор не утрачивших научной и практической значимости: «Цитология ликвора» и «Спинномозговая жидкость».

В 1931–1949 гг. во главе неврологической клиники Московского клинического института, преобразованного в МОКИ, стоял *Василий Константинович Хорошко* (1881–1949). Он впервые в Москве начал применять спинномозговую пункцию, разработал метод пневмоэнцефалографии. В годы Великой Отечественной войны на территории МОКИ располагался госпиталь для раненых бойцов Красной армии.

В 1949 г. клиникой руководил профессор *Николай Сергеевич Четвериков* (1895–1972) – организатор первого в стране отделения вегетативной патологии. Огромный опыт диагностики и лечения заболеваний вегетативной нервной системы был им обобщен в монографии «Лекции по клинике вегетативной нервной системы».

В связи с командировкой Н.С. Четверикова в Китай в 1951–1953 гг. отделением заведовал доцент *Гарун Ахметович Максудов* (1898–1981). В дальнейшем Г.А. Максудов работал в Научно-исследовательском институте неврологии РАМН, где совместно с Е.В. Шмидтом создал первую в нашей стране классификацию цереброваскулярных заболеваний. Именно эти



авторы предложили термины «дисциркуляторная энцефалопатия» и «начальные проявления неполноценности кровоснабжения мозга».

В 1953–1961 гг. клинику возглавляла профессор *Нина Алексеевна Попова* (1898–1970), а с 1962 по 1979 г. – профессор *Федор Арсеньевич Поемный* (1910–1987). В этот период коллектив отделения занимался разработкой различных проблем неврологии: диагностикой и лечением нарушений мозгового кровообращения, энцефалитов, гнойных менингитов, эпидемиологией и клиникой нервно-мышечных заболеваний, систематизацией головных болей. Сотрудниками клиники выполнен ряд крупных исследований по редким формам энцефалитов (доктор медицинских наук В.П. Буравцева), дифференциальной диагностике сосудистой патологии головного мозга и церебральных опухолей у лиц пожилого возраста (доктор медицинских наук В.Я. Неретин), неврологическим нарушениям при коллаgenoзах (доктор медицинских наук Л.Л. Гусева).

С 1980 по 2004 г. клиникой неврологии руководил *Вячеслав Яковлевич Неретин* (1927–2007). Его основные научные работы посвящены опухолям головного мозга, сосудистым поражениям нервной системы, нейродегенерациям. В.Я. Неретиным были созданы Московская областная ассоциация неврологов, клиника детской неврологии МОНИКИ (1997), где получают помощь дети с различными неврологическими заболеваниями, включая эпилепсию, энцефалиты и менингоэнцефалиты, рассеянный склероз. После почти 60-летнего перерыва им была воссоздана кафедра неврологии факультета усовершенствования врачей МОНИКИ.

В настоящее время клиника и кафедра неврологии МОНИКИ – ведущие неврологические учреждения Московской области. Руководителем неврологического отделения и заведующим кафедрой неврологии факультета усовершенствования врачей является доктор медицинских наук, профессор *Сергей Викторович Котов*. Единый коллектив кафедры неврологии и неврологического отделения совместно занимаются научной, учебно-педагогической и организационно-методической работой.

Научные интересы клиники весьма обширны, это обусловлено потребностями региона. Основные направления научной работы: совершенствование помощи больным инсультом, эпилепсия, хронические болевые синдромы, паркинсонизм, рассеянный склероз, нейроэндокринные расстройства, миастения, клинико-экономический анализ в неврологии и др.

При непосредственном участии сотрудников отделения и кафедры проходило открытие в Московской области всех 22 региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений, действующих в настоящее время. В отделении разработаны новые оригинальные программы стратификации риска инсульта, дифференцированные методы профилактики. Одним из важных направлений является нейрореабилитация: совместно с рядом научно-исследовательских институтов и вузов страны разрабатывается метод «интерфейс «мозг – компьютер + экзоскелет»», развиваются методы стабилметрических тренировок, когнитивная реабилитация, компьютерные и планшетные технологии нейрореабилитации.

В течение десятилетия в консультативно-диагностическом отделе МОНИКИ работает Московский областной центр рассеянного склероза. Ежегодно специалисты центра осматривают более 3000 пациентов, 2000 из них получают терапию препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза. Постоянно осуществляется эпилептологический прием, что позволяет оптимизировать противоэпилептическую терапию более 3000 больных в год. Большое внимание уделяется двигательным расстройствам, особенно ранним формам болезни Паркинсона, совершенствованию диагностики, дифференциальной диагностики и терапии больных. Совместно с Центром неврологии РАН разрабатывается инновационный метод диагностики, основанный на гистохимическом исследовании биоптатов слюнных желез, что позволяет с высокой точностью проводить дифференциальный диагноз паркинсонизма. Активно развивается метод ботулинотерапии, терапию получают сотни больных, обучены десятки специалистов в области.

Ежегодно более 300 неврологов Московской области проходят переподготовку на очных циклах тематического усовершенствования, обучаются два десятка интернов и клинических ординаторов. Сотрудники отделения активно участвуют в работе Московского областного общества неврологов, ежегодно проходит девять конференций общества.

Новое направление деятельности неврологического отделения и кафедры неврологии – организация общественных мероприятий в городах Московской области с целью повышения медицинской грамотности населения и обучения врачей разных специальностей, занимающихся профилактикой инсульта, – «Дни профилактики инсульта». ☺



Профессор
В.Я. Неретин



К 85-летию лучевой диагностики в МОНИКИ

Вишнякова М.В.¹ • Палеев Ф.Н.¹

Рентгенологический отдел Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ) ведет свою историю с 1931 г. Первым руководителем отдела стал известный ученый, всесторонне образованный клиницист-рентгенолог профессор *Яков Григорьевич Диллон* (1873–1951), удостоенный за свой вклад в развитие рентгенологии звания заслуженного деятеля науки РСФСР и лауреата Государственной премии. В 1931 г. он также возглавил кафедру рентгенологии в МОКИ Медвузе, в 1932 г. был избран профессором кафедры клинической рентгенологии в Центральном институте усовершенствования врачей (ЦИУВ, ныне Российская медицинская академия последипломного образования), а в 1937 г. организовал курсы по подготовке врачей-рентгенологов для Московской области. Профессор Я.Г. Диллон снискал широкую известность как крупный ученый и блестящий преподаватель.

Он воспитал плеяду талантливых специалистов. Среди них был *Владимир Иванович Петров* (1905–1967), который пришел учиться рентгенологии к Я.Г. Диллону в 1935 г. К этому времени диагностическое подразделение располагало уже 16 рентгеновскими установками и штатом сотрудников, включавшим 32 врачей-рентгенологов, выполнявших большой объем практической, научно-исследовательской и организационно-методической работы. Обобщение опыта рентгенологического отдела МОНИКИ для улучшения региональной службы легло в основу первой публикации В.И. Петрова – сборника «Формы и методы рентгеновского дела в Московской области» (1937). В 1953 г. он защитил кандидатскую диссертацию и стал руководителем отдела, в 1961 г. ему присуждена степень доктора медицинских наук за диссертационную работу по проблеме неотложных состояний брюшной полости, годом

Вишнякова Мария Валентиновна – д-р мед. наук, руководитель рентгенологического отделения¹
✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–15, Российская Федерация. Тел.: +7 (495) 684 44 33. E-mail: cherridra@list.ru

Палеев Филипп Николаевич – д-р мед. наук, профессор, профессор РАН, директор¹

позже – звание профессора. Владимир Иванович был поистине легендой отдела: фронтовик, возглавлявший рентгенологические отделения военных госпиталей, блестящий рентгенолог, ученый и наставник, увлеченный организатор рентгеновской службы. За 14 лет руководства В.И. Петрова рентгенологический отдел МОНИКИ приобрел статус одного из ведущих профильных подразделений страны. Значительным достижением этого периода стало объединение врачей-рентгенологов Московской области в научно-практическое общество (14 марта 1960 г.).

В отделе, являвшемся кафедрой ЦИУВ, проводилось развернутое обучение молодых специалистов. Именно здесь в 1954 г. проходил повышение квалификации молодой ростовский рентгенолог *Лев Маркович Портной* (1926–2007). Творческая атмосфера московских курсов и уже накопившийся опыт практической работы способствовали активизации его научной деятельности. В 1962 г. Л.М. Портной защищает кандидатскую диссертацию (на тему двигательной функции желчного пузыря при некоторых патологических состояниях органов пищеварения, оцененной с помощью холецистографии), которая в дальнейшем легла в основу исследования его учениками всей протоковой системы печени ультразвуковыми методами. В 1965 г. Лев Маркович переходит на работу в МОНИКИ на должность старшего научного сотрудника рентгенологического отдела. Деятельная творческая атмосфера и новаторские идеи, рождавшиеся в дискуссиях с коллегами-клиницистами, деликатная поддержка учителя – В.И. Петрова – и многолетние традиции школы рентгенологии МОНИКИ послужили стимулом для быстрого профессионального роста Льва Марковича. В 1969 г. он защитил докторскую диссертацию и возглавил рентгенологический отдел, в 1972 г. получил звание профессора.

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация



Почти 40 лет (с 1969 по 2007 г.) Л.М. Портной методично расширял рентгенологический отдел института, осваивал и внедрял новые передовые методы рентгенодиагностики и в результате сформировал мощное диагностическое подразделение, отвечающее требованиям крупной многопрофильной клиники. Будучи высочайшим профессионалом, блестящим ученым, талантливым организатором и педагогом, Лев Маркович создал школу классической рентгенологии, уроки которой будут востребованы еще многие годы, а на рубеже XXI века он встал у истоков применения высоких технологий. Отражением его разносторонней новаторской деятельности стало огромное количество научных и практических трудов, среди которых более 500 статей, 14 монографий, 9 изобретений, 20 научно-методических рекомендаций, а также руководство более чем 80 диссертациями. Начиная с 70–80-х гг. прошлого века деятельное участие в научных разработках рентгенотдела по проблемам диагностики в кардиопульмонологии, травматологии, кардиохирургии, урологии, оториноларингологии, абдоминальной и торакальной хирургии принимали Н.Р. Палеев, Г.А. Оноприенко, М.Ф. Трапезникова, В.И. Францев, М.А. Шустер и другие руководители клинических подразделений.

В течение многих десятилетий Л.М. Портной целеустремленно занимался проблемами улучшения лучевой диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта. Приоритеты отдавались как совершенствованию традиционных рентгенологических методик с углубленным поиском новой симптоматики, так и комплексным мультимодальным исследованиям. К первой группе относилась методика двойного контрастирования желудка, которая стала основой первых в стране скрининговых исследований на специализированном гастродуоденоскопе – селективного скрининга рака желудка и толстой кишки. Второе приоритетное направление – разработка диагностических алгоритмов лучевых исследований – развивалось по мере внедрения в медицинскую практику новых технологий: ультразвукового исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Пионерскими были решения по их применению в диагностике патологии органов брюшной полости – опухолей желудочно-кишечного тракта (рака желудка и новообразований тонкой кишки) и поражений протоковой системы печени и поджелудочной железы (технология магнитно-резонансной холангиопанкреатографии).

Одной из новейших технологий, внедренных в практику областного здравоохранения в 1988 г.,



Семинары и практические занятия с профессором Я.Г. Диллоном (конец 1940-х гг.)

стала мобильная рентгеновская компьютерная томография. Благодаря интенсивному использованию одной из первых в стране передвижной компьютерной томографической установки были основательно изучены возможности метода для диагностики заболеваний головного мозга, органов грудной и брюшной полости не только у стационарных больных института, но и у пациентов Московской области в условиях широкого охвата населения плановыми и экстренными исследованиями. Опыт применения этого аппарата оказался незаменимым для оказания помощи пострадавшим от землетрясения в Армении (1988), куда были направлены сотрудники отдела на время ликвидации последствий стихийного бедствия.

В последующие годы в отделе увеличился парк компьютерных томографов, значительно расширился спектр диагностических методик различной клинической направленности. Проведены исследования, уточнившие роль компьютерной томографии при абдоминальных лимфомах, раке легкого, аденомах гипофиза, аневризмах аорты, опухолях надпочечников и легочных диссеминациях. С 1998 г. в отделе началась работа по освоению цифровых технологий в рентгенологии – сначала на цифровом флюорографе, затем

Профессор В.И. Петров за работой – рентгенологическое исследование брюшной полости (начало 1950-х гг.)





Профессор Л.М. Портной с учениками – проверка функций нового рентгеновского аппарата (конец 1980-х гг.)



Изучение новой технологии – гастрофлюорографии (слева направо: Б.М. Туровский, Г.А. Романов – зав. отделением эндоскопии, А.А. Калужский, профессор Л.М. Портной и профессор А.М. Сазонов – директор МОНИКИ; 1985)



Обсуждение результатов ангиографического исследования в ординаторской 11-го корпуса МОНИКИ (слева – В.И. Шумский и профессор Л.М. Портной; 1982)

на аналоговых аппаратах с применением CR-системы. Преимущества получения и анализа цифровых изображений были изучены применительно практически ко всем видам исследований.

На период руководства профессора Л.М. Портного пришлось развитие службы ангиографии – в 1967 г. МОНИКИ получил одну из первых в стране ангиографических установок. В начале 1970-х гг. молодые активные врачи-рентгенологи Ю.Н. Федорович и В.И. Шумский разрабатывали разноплановые диагностические методики, востребованные в клиниках урологии, педиатрии, абдоминальной и сердечной

хирургии, эндокринологии и других отделений. Сотрудники, пришедшие в ангиографию позже, решали проблемы эндоваскулярных вмешательств – эмболизации почечных артерий (И.Н. Жаров) и оптимизации внутрисосудистых процедур с использованием ультразвукового наведения (И.Н. Демидов). Масштабным исследовательским трудом стала докторская диссертация В.И. Шумского «Ангиография при заболеваниях и пороках развития паренхиматозных органов у детей» (1986), востребованная до сих пор как специализированное учебное пособие для диагностов и педиатров.

Гигантский научный и практический потенциал, накопленный в рентгенологическом отделе за годы руководства Льва Марковича, реализовался в создании уникальной школы классической рентгенологии, которую отличает глубокий системный подход к использованию современных лучевых исследований, истинные знания клинических аспектов специальности, индивидуальное мастерство в овладении методическими приемами и построении диагностических концепций. В 1991 г. на факультете усовершенствования врачей МОНИКИ была организована кафедра лучевой диагностики, за первые 15 лет ее существования профессиональную подготовку получили более 2000 врачей-рентгенологов.

После ухода из жизни Л.М. Портного в 2007 г. рентгенологический отдел возглавила Мария Валентиновна Вишнякова. Ученица Льва Марковича, она вернулась в коллектив, где раньше училась, работала и преподавала (1978–1999), из Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, в котором она в течение 8 лет специализировалась в области кардиорентгенологии и защитила докторскую диссертацию (2005).

В 2008 г. была организована и проведена конференция «От традиционной рентгенологии к новым направлениям лучевой диагностики», посвященная памяти профессора Л.М. Портного, а в 2010 и 2012 гг. прошли вторая и третья мемориальные конференции. Каждая из них собрала более 400 участников – молодежи и зрелых врачей-рентгенологов, специалистов по компьютерной и магнитно-резонансной томографии, ультразвуковой диагностике, клиницистов различных направлений. Материалы конференций были представлены лекциями ведущих лучевых диагностов – руководителей мощных диагностических подразделений – и сериями актуальных клинических наблюдений. С 2013 г. в рамках ежегодных национальных форумов «Радиология»



Обсуждение сложного диагностического случая в отделении сосудистой хирургии МОНИКИ (2015)



Губернатор Московской области А.Ю. Воробьев награждает Е.А. Степанову – победителя конкурса «Лучший врач Московской области» (в номинации врач-рентгенолог) в Доме Правительства Московской области (2015)

и Конгресса Российской ассоциации радиологов проводятся школы имени профессора Л.М. Портного.

В последние годы в рентгенологическом отделе МОНИКИ была реализована программа модернизации, заключающаяся как в реконструкции большинства кабинетов, так и в обновлении парка тяжелого диагностического оборудования и установке системы архивирования и передачи цифровых изображений (PACS). Теперь в диагностических отделениях института (поликлиническом, стационарном, компьютерной и магнитно-резонансной томографии) работают пять новых рентгеновских аппаратов, цифровой маммограф, оснащенный новейшей технологией томосинтеза, а также уникальные по своим характеристикам и программному обеспечению магнитно-резонансный томограф (1,5 Тл) и мультиспиральный компьютерный томограф (МСКТ 256 срезов). Система PACS объединила в единую сеть все кабинеты отдела, позволяя проводить комплексную диагностику на рабочем месте

врача-рентгенолога и обеспечивая доступ к результатам любого лучевого исследования из цифрового архива в клинические подразделения.

В научной сфере определились новые перспективные задачи, нацеленные на решение актуальных проблем широкого спектра клинических направлений.

Преподавание лучевой диагностики ведется на кафедре по традиционным и целому ряду новых образовательных программ, включая ординатуру и интернатуру по рентгенологии, сертификационное и тематическое усовершенствование по рентгенологии, ультразвуковой диагностике, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. За последние годы обновлен теоретический материал всех курсов, собраны базы клинических случаев по профильному изучению органной патологии, организованы четыре лекционные аудитории с электронным доступом к цифровому архиву. Многолетний опыт преподавания с использованием современных интерактивных форм обучения, мультидисциплинарная клиническая база и высокотехнологическое оборудование, задействованное в учебном процессе, привлекают на кафедру все большее количество слушателей. Возрастающую роль в повышении профессионализма врачей-рентгенологов Московской области играет научно-практическое общество лучевых диагностов. В 2015 г. за достижения и инновации в преподавании лучевой диагностики коллектив кафедры удостоен награды Санкт-Петербургского радиологического общества – почетной медали им. М.И. Неменова.

Подтверждением успешной работы всего коллектива в реализации диагностических и научно-образовательных задач служат победы сотрудников рентгенологического отдела МОНИКИ не только на региональных, но и на общероссийских профессиональных конкурсах (2011, 2012 и 2015 гг.).

Современные тенденции развития специальности требуют дальнейшего углубления профессиональных знаний, совершенствования технологий информатизации и направлений мультидисциплинарной интеграции, использования объективных показателей работы и новых форм эффективного управления службой лучевой диагностики. Рентгенологический отдел МОНИКИ, имеющий мощный диагностический и научно-образовательный потенциал, сохраняет и преумножает славные традиции Школы лучевой диагностики, принципы которой создавались на протяжении 85 лет нашими знаменитыми учителями. ☺



Борис Аронович Беренбейн – основоположник отечественной школы дерматоонкологии

Молочков В.А.¹

Молочков Владимир Алексеевич – д-р мед. наук, профессор, Заслуженный деятель науки, руководитель отделения дерматовенерологии и дерматоонкологии¹
✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–2, Российская Федерация.
Тел.: +7 (495) 681 43 63.
E-mail: vlmolochkov@yandex.ru

Современная отечественная дерматоонкология берет начало с работ о сущности воспалительной и раковой гиперплазии В.Г. Гаршина (1939), М.Ф. Глазунова (1947, 1971), Н.Н. Петрова (1947), Л.М. Шабада (1967) и ряда других представителей советской школы патологоанатомов и онкологов, внесших существенный вклад в изучение так называемой псевдокарциноматозной гиперплазии эпидермиса. По их мнению, гиперплазия эпидермиса в краевых зонах плоскоклеточного рака не является ложной, псевдораковой, а может быть источником дальнейших превращений в плоскоклеточный рак. Именно эти представления были положены в основу цитогенетических методов исследования профессора *Георгия Борисовича Беленького* (1922–1970), руководившего дерматовенерологическим отделением Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского (МОНКИ) с 1965 по 1970 г., и его ученика *Бориса Ароновича Беренбейна*. Их исследования сыграли важную роль в расшифровке механизмов развития псевдокарциноматозной гиперплазии эпидермиса и легли в основу классификации псевдодоканцерозов кожи (1968) с выделением в ней группы заболеваний, при которых псевдокарциноматозная гиперплазия развивается облигатно

и факультативно (облигатные и факультативные псевдодоканцерозы).

В группу заболеваний с облигатным (100%) развитием псевдокарциноматозной гиперплазии были включены нозологические формы дерматозов и опухоли кожи, на фоне которых гиперплазия развивается наиболее часто, а нередко выступает морфологической и биологической сущностью заболевания. Это кератоакантома, карциноидный папилломатоз кожи Готтрона и гигантская остроконечная кондилома Бушке – Левенштейна. К заболеваниям с факультативным развитием псевдокарциноматозной гиперплазии были отнесены те нозологические формы и опухоли кожи, на фоне которых при определенных условиях (но не обязательно) может возникнуть псевдокарциноматозная гиперплазия. В эту группу вошли дискоидная красная волчанка, экзема, псориаз, хроническая язвенная пиодермия, трофические язвы нижних конечностей, бородавчатый красный плоский лишай, туберкулезная волчанка, бородавчатый туберкулез, дерматофиброма, глубокие микозы и ряд других – всего около 30 нозологических форм, при которых псевдокарциноматозная гиперплазия выявлялась исследователями в 35,8% случаев.

В 1975 г. старший научный сотрудник дерматовенерологического отделения МОНКИ

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация



Наставник Б.А. Беренбейн (слева) работает с клиническим ординатором

Б.А. Беренбейн защищает докторскую диссертацию «Псевдоканцерозы кожи», расширенные данные которой, свидетельствующие об основных клинико-гистологических закономерностях и механизмах развития псевдокарциноматозной гиперплазии эпидермиса, были систематизированы в фундаментальной монографии «Псевдорак кожи» (1980), впоследствии изданной в США. Выделение в ней дерматозов, на фоне которых псевдокарциноматозная гиперплазия развивается облигатно и факультативно, имело важное практическое значение, так как способствовало повышению качества дифференциальной диагностики между псевдокарциноматозной гиперплазией эпидермиса и плоскоклеточным раком кожи. В книге большое внимание было уделено функционально-морфологическим, цитологическим и цитогенетическим исследованиям, позволившим найти общие закономерности и механизмы развития псевдокарциноматозной гиперплазии при различных кожных заболеваниях и в эксперименте, отличающие их от плоскоклеточного рака кожи. Были приведены данные собственных исследований о взаимосвязи клинико-морфологических изменений в очагах псевдокарциноматозной гиперплазии эпидермиса и плоскоклеточного рака кожи с особенностями нарушений митотического режима эпидермиса,

количественного изменения ДНК в ядрах клеток эпидермиса, цитофизиологической и цитогенетической характеристикой клеток первичных плазменных культур кожи. Именно благодаря этим исследованиям, а также большой педагогической деятельности по подготовке врачей-дерматоонкологов профессор Б.А. Беренбейн по праву считается основателем школы дерматоонкологии нашей страны.

По его инициативе в 1982 г. Министерство здравоохранения РСФСР утвердило первое республиканское программно-целевое исследование «Совершенствование методов ранней диагностики, патогенетической терапии и профилактики новообразований кожи», в котором предусматривалось углубленное изучение механизмов патогенеза, методов диагностики, профилактики и лечения эпителиальных новообразований кожи. Учитывая важность этого направления, в декабре 1984 г. на базе отделения впервые в стране была создана лаборатория дерматоонкологии.

Как известно, опухоли кожи занимают особое положение в общей структуре новообразований человека. С одной стороны, они исключительно многообразны по своей клинико-морфологической картине, что в значительной степени связано с гистогенетическими особенностями их



На Втором Всероссийском съезде дерматовенерологов (г. Казань, 1966).
Первый ряд слева направо: В.Я. Арутюнов, Г.Б. Беленький, В.П. Меморский

происхождения (опухоль из эпидермиса и его придатков, пигментные, соединительнотканые опухоли и т.д.), а с другой – легко доступны для клинического и лабораторного исследований.

К настоящему времени детально изучены клинические и патоморфологические особенности большинства злокачественных и предраковых новообразований кожи. К наиболее перспективным направлениям научных исследований Борис Аронович Беренбейн относил те, с помощью которых можно оценить биологическую сущность пролиферативного процесса, особо выделяя иммунологические, молекулярно-биохимические и цитогенетические методы. При этом, по его мнению, знание биологического поведения опухоли или предопухолевого образования должно способствовать улучшению качества диагностики и выбору адекватного патогенетического метода терапии.

Б.А. Беренбейн систематизировал участвующие в канцерогенезе иммунологические механизмы, предложив их разделение на две

основные группы. К первой он отнес иммунологические механизмы, подавляющие опухолевую пролиферацию (цитотоксическая активность Т-лимфоцитов; макрофаги, активирующие цитотоксическую активность; моноклеарные антителозависимые клетки; антитела с комплементо-опосредованным цитотоксическим действием; естественные клетки-киллеры и др.). Вторую группу составили иммунологические механизмы, способствующие опухолевому росту (антитела, не связанные с комплементом, стимулирующие антиген и подавляющие выброс Т-лимфоцитов; комплексы «антиген – антитело», блокирующие цитотоксическую активность, не фиксирующие комплемент антитела, маскирующие антигены, что приводит к торможению активности Т-лимфоцитов, и др.).

Борис Аронович считал изучение антигенных изменений при опухолях кожи исключительно перспективным. Он установил, что в клетках базального слоя эпидермиса имеется антиген, перекрестно реагирующий с полисахаридом стрептококка группы А и обладающий тканевой специфичностью. При базальноклеточном раке этот антиген был обнаружен во всех опухолевых клетках. Таким образом, базальноклеточный антиген, перекрестно реагирующий с полисахаридом стрептококка группы А, оказался маркером опухолевых клеток при всех клинико-морфологических формах базальноклеточного рака кожи. В более поздних работах был уточнен гистогенез некоторых эпителиальных опухолей кожи, выявлены истинные гистоморфологические границы опухоли, что позволило разработать новые методы лечения и профилактики рецидива предраковых и ряда злокачественных опухолей кожи.

Для понимания сущности иммунного ответа организма в процессе канцерогенеза большое внимание уделялось исследованиям по определению соотношения Т- и В-лимфоцитов, особенно субпопуляций Т-лимфоцитов с использованием моноклональных антител. Было положено начало применению иммуноморфологических методов исследования базальной мембраны эпидермиса на отдельных этапах его злокачественной трансформации. Изменение антигенной структуры базальной мембраны играет важную роль в механизмах микроинвазии и в прогрессии опухоли.

Иммунологические нарушения тесно взаимосвязаны с молекулярно-биохимическими изменениями, возникающими в клетках в процессе канцерогенеза. Под руководством профессора Б.А. Беренбейна проводилось изучение процессов опухолевой трансформации клетки, нарушения



в каскаде реакций циклазной системы, приводящих к дальнейшему нарушению клеточного деления. Дальнейшие исследования в этом направлении при эпителиальных новообразованиях и лимфопролиферативных заболеваниях кожи оказались весьма перспективными. Так, на основании изучения особенностей изменения зависимых от циклического аденозинмонофосфата протеинкиназ в очагах поражения на отдельных этапах канцерогенеза была показана взаимосвязь этих изменений с митотическим циклом и цитогенетическими нарушениями.

Представителями школы Б.А. Беренбейна также изучался характер цитогенетических изменений при плоскоклеточном и базальноклеточном раке кожи. Исследования, проводимые с использованием микроспектрофотометрии, способствовали детальному изучению хромосомных изменений в метафазных клетках на отдельных этапах малигнизации эпидермиса, а также в клетках, полученных из различных участков одной и той же опухоли и очагов облигатных предраковых дерматозов. Результаты этих работ помогли лучше понять роль цитогенетических нарушений в механизмах злокачественного роста.

Серьезная исследовательская работа велась в области организации дерматоонкологической службы Московской области: истинная заболеваемость предраковыми дерматозами и злокачественными новообразованиями кожи оценивалась по данным не только обращаемости, но и лабораторных исследований (в первую очередь гистологических), что во многом способствовало улучшению диагностической и лечебной помощи населению региона.

В 1990 г. по инициативе Б.А. Беренбейна на базе факультета усовершенствования врачей МОНИКИ при кафедре терапии был открыт курс дерматологии и дерматоонкологии. Под руководством Бориса Ароновича разработан первый в нашей стране аппарат для экстракорпоральной фотохимиотерапии (фотофереза) «Приз», нашедший применение вначале при Т-клеточной лимфоме кожи, а позже при идиопатической и иммуносупрессивной саркоме Капоши; разработаны методы проспидиотерапии множественного базальноклеточного и метатипического рака кожи; защищено 13 докторских и кандидатских диссертаций. Среди учеников Б.А. Беренбейна – Заслуженный деятель науки РФ, профессор В.А. Молочков, профессора А.Н. Хлебникова, Е.С. Снарская, Н.П. Малишевская, кандидаты медицинских наук С.С. Кряжева, М.Г. Коган, В.В. Кусов, М.Е. Рябина и др.

Профессор Б.А. Беренбейн возглавлял клинику дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ с 1987 по 1992 г. Начаты при нем комплексные исследования по изучению пролиферативных процессов эпидермиса успешно продолжают и сегодня.

С 1993 г. отделением дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ и одноименной кафедрой руководит Заслуженный деятель науки РФ, профессор *Владимир Алексеевич Молочков*. Помимо дерматоонкологии приоритетными направлениями работы клиники стали малая урология и косметология. Под руководством профессора В.А. Молочкова защищено около 40 докторских и кандидатских диссертаций, таким образом произошло начатое профессором Б.А. Беренбейном формирование российской школы дерматоонкологии. Отделение стало ведущим центром по изучению проблем кожного рака, разработке методов иммунотерапии лимфом кожи и саркомы Капоши. Признанием высокого уровня научной и практической подготовки сотрудников клиники послужило размещение в 2001 г. на ее базе кафедры кожных и венерических болезней факультета последипломного обучения врачей Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, а также создание совместно с этой кафедрой «Российского журнала кожных и венерических болезней», который снискал популярность среди дерматологов и венерологов.

За последние 25 лет в клинике завершено более 50 диссертационных исследований. Сегодня на двух размещенных на базе отделения кафедрах работают 9 докторов и 11 кандидатов медицинских наук. Интенсивно ведется научно-исследовательская, лечебная, консультативная и педагогическая работа, оказывается помощь органам здравоохранения Московской области. Итогом этой работы стало не только совершенствование подходов к диагностике и лечению кожных и венерических болезней, но и подготовка кадров для смены поколений ученых-дерматовенерологов, косметологов и организаторов здравоохранения страны (профессора А.В. Молочков и Н.В. Махнева, доктор медицинских наук Т.Е. Сухова и др.).

Таким образом, ученики и последователи Б.А. Беренбейна сохраняют и развивают заложенные учителем лучшие традиции отечественной дерматоонкологии, внося свой вклад в подготовку дерматовенерологов, дерматоонкологов и косметологов нашей страны. ☺



Оториноларингологическое отделение Старо-Екатерининской больницы (ныне – МОНИКИ) – первая отечественная ЛОР-клиника

Егоров В.И.¹ • Самбулов В.И.¹ • Мустафаев Д.М.¹

Егоров Виктор Иванович – д-р мед. наук, руководитель оториноларингологического отделения¹

Самбулов Вячеслав Иванович – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. оториноларингологического отделения¹
✉ 127642, г. Москва, проезд Шокальского, 20–10, Российская Федерация.
Тел.: +7 (495) 631 74 77.
E-mail: sambulov1@rambler.ru

Мустафаев Джаваншир Мамед оглы – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отделения оториноларингологии¹

С тарейшее в России отделение ушных, носовых и горловых болезней для гражданского населения было открыто на базе Старо-Екатерининской больницы (ныне Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского – МОНИКИ) в 1874 г. и занимало 12 коек. Его основателем следует считать *Николая Яковлевича Шкотта* (1837–1904). В 1865 г. после возвращения в Москву со стажировки в Германии, Австрии и Швейцарии он стал первым специалистом-оториноларингологом в городе, консультировал в ряде клиник и временных военных госпиталях. В этом же году он произвел первую в Москве операцию по удалению папилломы гортани. В 1871 г. по ходатайству попечителя Б.А. Нейгарта в Старо-Екатерининской больнице была введена должность консультанта по горловым и ушным болезням, которую занял Н.Я. Шкотт вместе с окулистом *Иваном Васильевичем Зиновьевым* (1847–1889). Под влиянием Н.Я. Шкотта этот талантливый врач

настолько увлекся оториноларингологией, что бросил заниматься глазными болезнями. Он опубликовал значимую статью «Трахеостомия как терапевтическое средство при поражениях гортани» (1882), в которой провел анализ заболеваний (ларингит, туберкулез, сифилис, хондроперихондрит), приводящих к стенозам гортани. Еще одна его большая работа была посвящена зловонному насморку (озена). В этой монографии рассмотрены этиологические факторы заболевания, а также пути распространения на отделы верхних дыхательных путей и трахею; отмечено, что при тубарном пути распространения инфекции можно «легко захворать ушным страданием».

Постепенно хирургические методы лечения ЛОР-органов в больнице стали превалировать над терапевтическими – во многом благодаря усилиям преемника И.В. Зиновьева, доктора *Евгения Михайловича Степанова* (1855–1923). В 1883 г. впервые в России он произвел трепанацию сосцевидного отростка, а затем и радикальную операцию на височной кости. В этом же

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация



году защитил диссертацию на тему «Материалы к патологической анатомии и этиологии склеромы». Е.М. Степанов много оперировал, сам производил секции умерших, а при необходимости и гистологические исследования. По свидетельству одного из крупнейших хирургов Москвы А.В. Мартынова, он «оперировал медленно, замечательно отчетливо и чисто». В Старо-Екатерининскую больницу «смотреть операции Е.М. Степанова» приезжали врачи со всей России, в их числе профессор Н.П. Симановский из Санкт-Петербурга, которого считают основоположником отечественной оториноларингологии. Близким другом Е.М. Степанова и Н.Я. Шкотта был *Гавриил Николаевич Боев*, проработавший в больнице 38 лет. Совместно с А.Ф. Беляевым они организовали Московское общество оториноларингологов.

В 70–80-х гг. XIX века все дифтерийные больные госпитализировались в палаты ЛОР-отделения. Вероятно, вследствие этого хирургическая работа в ЛОР-отделении развивалась достаточно медленно. Так, в 1875–76 гг. И.В. Зиновьев и Н.Я. Шкотт делали не более трех операций в год. Наряду с ними оториноларингологические операции продолжали производить общие хирурги. Лишь в 1898 г. было организовано специальное отделение для дифтерийных больных, заведовать которым стал В.И. Соколов (проработал в больнице 30 лет). В.И. Соколова сменил *Николай Александрович Шнайдер*. Он внес большой вклад в развитие хирургической оториноларингологии. В начале XX века Н.А. Шнайдер ввел в практику бронхоэзофагоскопию, которая в России до того почти не применялась, зондирование лобной пазухи через лобно-носовую канал. Им же впервые введены подслизистая резекция перегородки носа по Киллиану, вмешательство на верхней челюсти по Денкеру по поводу рака, «упрощенный способ» радикальной операции на лобной пазухе при гнойных фронтитах.

Хирургическая активность резко возросла уже в 1890-е гг. и начале XX века. По отчетам Старо-Екатерининской больницы, которые на протяжении ряда лет публиковались в печати, делалось более 100 трахеостомий в год; если в 1889 г. произведено 4 трепанации сосцевидного отростка, то в 1901 г. – 73 операции. В 1908 г. в ЛОР-отделении, которое занимало 50 коек, было произведено 346 операций, из них радикальных операций уха – 106, мастоидотомий – 40, операций резекций перегородки носа – 17, гайморотомий – 4, конхотомий – 47, тонзиллотомий – 8, трахеотомий – 7, трахеобронхоскопий – 15.

В дифтерийном отделении в это время лечились 605 человек, преимущественно дети, из которых диагноз дифтерии был подтвержден у 443.

В 1915 г. врач *Давид Борисович Бяло* (1881–1922) опубликовал в «Ежемесячнике ушных, носовых и горловых болезней» статью «К вопросу о раннем распознавании и лечении рака гортани» – наиболее крупную работу в области онкологии того времени, выполненную на базе Старо-Екатерининской больницы. Д.Б. Бяло был человеком незаурядных способностей и обладал прекрасной оперативной техникой. В последние годы своей жизни он руководил фтизиоларингологическим отделением Московского туберкулезного института (впоследствии – Московский областной туберкулезный институт), одновременно (1919–1922) исполнял обязанности заведующего отделением уха, горла и носа Старо-Екатерининской больницы.

В 1923 г. Старо-Екатерининская больница (с 1919 г. – им. А.И. Бабухина) была преобразована в Московский клинический институт для врачей им. А.И. Бабухина. В 1931 г. был создан Московский областной клинический институт (МОКИ), а в 1932 г. – медвуз МОКИ (с 1951 г. – МОНИКИ), который стал обслуживать только Московскую область. С этого года общее руководство всей оториноларингологической работой в Московской области осуществлялось специалистами ЛОР-отделения медвуза МОКИ. Районным оториноларингологам оказывалась помощь в организационной работе, а также в диагностике и лечении тяжелых и сложных больных посредством систематических плановых выездов. Только за 10 лет таких выездов было выполнено 1523, проконсультировано 7875 больных и сделано 736 операций, в основном нетранспортабельным больным с внутричерепными осложнениями. В результате реорганизации в 1958 г. ЛОР-кафедра Центрального института усовершенствования врачей, находившаяся в МОНИКИ около 30 лет, была перемещена на другую базу.

С 1921 по 1952 г. отделение оториноларингологии Старо-Екатерининской больницы возглавлял Заслуженный деятель науки РСФСР, профессор *Александр Исидорович Фельдман* (1881–1960). Он окончил медицинский факультет в Лозанне (Швейцария), в 1910 г. поступил врачом-интерном в Старо-Екатерининскую больницу, затем работал в Морозовской больнице. С его приходом ЛОР-клиника расширилась с 40 до 100 коек и стала самым большим стационаром в СССР. В 30-е годы прошлого столетия после того, как в районах Московской области стали работать



Николай Яковлевич Шкотт



Иван Васильевич Зиновьев



Евгений Михайлович Степанов



Николай
Александрович
Шнайдер

ЛОР-врачи, он организовал секцию Московского отделения Всесоюзного общества оториноларингологов. Ученая степень доктора медицинских наук А.И. Фельдману была присвоена после защиты в 1934 г. диссертации по анатомии и физиологии крылонебного узла. Он опубликовал более 120 научных работ, в том числе первый в СССР учебник по детской оториноларингологии (1934), неоднократно переиздававшийся до 1957 г., четыре монографии: «Отогенный сепсис» (1946), «Острое воспаление среднего уха» (1948), «Мастоидит» (1949), «Болезни пищевода» (1949).

Под руководством А.И. Фельдмана в ЛОР-клинике института проводился широкий спектр разноплановых научных исследований. В частности, они результировались в докторскую диссертацию А.А. Бекрицкого «Менингиты ушного происхождения», докторскую диссертацию Т.И. Гордышевского на тему о петрозитах, выполненную на большом материале (примечательно, что ни до, ни после защиты в 1946 г. в отечественной литературе значимых работ на эту тему не было). *Товий Исаакович Гордышевский* (1891–1985), который еще в 1931 г. перешел на кафедру болезней уха, горла и носа Центрального института усовершенствования врачей (МОКИ) в качестве доцента, возглавил в октябре 1941 г. развернутый на базе МОКИ эвакуогоспиталь (№ 5020) на 500 коек, в составе которого было 7 отделений, в том числе отделение для ранений ЛОР-органов на 50 коек. Т.И. Гордышевским разработаны новые методы лечения ранений и посттравматических стенозов гортани и пищевода.

Докторская диссертация Г.Э. Нейбурга «Экспериментально-клиническое исследование в патогенезе фистульного симптома» (1945) и сегодня считается одним из фундаментальных исследований в лабиринтологии. Значительный вклад в эту проблему внесла дочь А.И. Фельдмана – Валентина Александровна, защитившая в 1937 г. кандидатскую диссертацию на тему «Вестибулярный аппарат у лиц балетного искусства», материалом для которой послужили наблюдения над артистами балета Большого театра. Работая с вокалистами Большого театра, В.А. Фельдман собрала уникальный материал, обобщенный ею в докторской диссертации «Этиология и патогенез узелков и полипов голосовых складок» (1949), а опубликованная ею в 1939 г. брошюра «Уход и лечение при болезнях уха, горла и носа (в помощь сельскому врачу)» до сих пор остается единственной в своем роде. Монография С.Я. Гольдмана «Отоневрологические симптомы и синдромы» (1951) стала настольной для многих поколений врачей.

Работа ЛОР-отделения МОКИ в довоенное десятилетие (1932–1940) была направлена на расширение хирургической активности. За этот период было прооперировано 14725 больных – около 80% всех поступивших. С 1932 г. в ЛОР-отделении стали осуществляться эндоназальные гайморотомии, с 1933 – эндоназальные трепанации лобной пазухи, а также операции по поводу мукоцеле околоносовых пазух. Этот раздел ринологии оказался перспективным. В частности, удаление ангиофибром носоглотки (ранее выполнялось по Муру с предварительной перевязкой наружной сонной артерии) было усовершенствовано И.Т. Батюниным, который доказал преимущество трансназального доступа к носоглотке с мобилизацией перегородки и резекцией свободного края сошника. С 1934 г. начали делать эндауральные операции на среднем ухе по Тиссу и Геерману. Широко проводились операции по поводу стеноза гортани, а больным с опухолями гортани за 10 лет выполнено 23 полных или частичных ларингоэктомий.

В 1952 г. заведующим отделением оториноларингологии МОНИКИ стал профессор *Иван Яковлевич Сендульский* (1881–1969), Заслуженный деятель науки РСФСР. Уже в то время он был известнейшим оториноларингологом, основателем отечественной ЛОР-онкологии. Его монография «Хирургическая анатомия канала лицевого нерва» (1926), переведенная на немецкий язык, и в наше время считается настольной книгой отохирургов. С его приходом в МОНИКИ деятельность ЛОР-отделения приобрела новую, онкологическую, направленность. Громадный опыт И.Я. Сендульского как известнейшего отечественного ЛОР-онколога, его признанный авторитет способствовали тому, что сюда стали поступать пациенты с онкологическими заболеваниями ЛОР-органов не только из Московской области, но также из Москвы и из других регионов. Клиника постепенно стала ведущей ЛОР-онкологической инстанцией страны. И.Я. Сендульский был одним из основателей, а затем и руководителем Московского онкологического института им. П.А. Герцена. При этом отделение оставалось областным центром по оказанию высококвалифицированной неотложной и плановой ЛОР-помощи населению региона.

И.Я. Сендульский ввел операции резекции верхней челюсти, эктомии гортани в сочетании с одно- и двусторонними операциями типа Крайля, резекции гортаноглотки и шейного отдела пищевода, различные модификации резекции гортани, а также пластические



восстановительные операции после онкологических операций. Он широко оперировал гломусные опухоли височной кости, шеи.

Благодаря личной инициативе профессора И.Я. Сендульского в 1957–59 гг. у трехэтажного здания хирургического корпуса МОНИКИ был надстроен 4-й этаж специально для ЛОР-отделения на 100 коек.

В конце 1950-х гг. у И.Я. Сендульского стало ухудшаться зрение, и административные функции начали постепенно переходить к его ученику профессору *Михаилу Ивановичу Светлакову* (1907–1965), полковнику медицинской службы в отставке, который во время Великой Отечественной войны был главным оториноларингологом 2-го Украинского и Забайкальского фронтов. Один из наиболее успешных ЛОР-онкологов страны, М.И. Светлаков возглавлял клинику в течение 3 лет (1962–1965). Его монография «Раковые опухоли гортани» (1964) – одна из немногих, сохранивших свою актуальность до сих пор. Аналогичное значение имеет и докторская диссертация Т.А. Рогачиковой «Раковые опухоли голосовой связки» (1966).

В 1966 г. ЛОР-клинику МОНИКИ возглавил ученик академика Б.С. Преображенского *Александр Викторович Фотин* (1913–1995), который до этого заведовал ЛОР-кафедрой Калининского медицинского института. По его инициативе в 1967 г. в ЛОР-отделении МОНИКИ была учреждена аспирантура. Тематика его научных исследований (автор более 120 научных работ) охватывала все основные разделы оториноларингологии. Под его редакцией опубликовано четыре сборника научных работ клиники, большое число методических материалов, под его руководством защищено 7 докторских и 11 кандидатских диссертаций. А.В. Фотин был организатором Московского областного научного общества оториноларингологов (1972) и его первым председателем. Работа клиники во многом была направлена на профилактическую деятельность. В 1971 г. под редакцией А.В. Фотина и М.А. Шустера вышел сборник «Диспансеризация и снижение ЛОР-заболеваемости рабочих промышленных предприятий», разработаны методики профилактики ангины и острой респираторной вирусной инфекции с помощью внутриносовых инсуффляций сухих комбинированных аэрозолей.

В 1960–70-е гг. в ЛОР-отделении МОНИКИ работало много замечательных, высококлассных специалистов: блестящий специалист по слухоулучшающим операциям (тимпанопластике)

Н.В. Зберовская, доктор медицинских наук Ф.И. Чумаков, с приходом которого в ЛОР-отделении стали выполняться поднаркозные и диагностические оптические бронхоскопии и эзофагоскопии, один из ведущих детских оториноларингологов СССР Б.В. Шеврыгин, известный ЛОР-онколог, ратовавший за органосохраняющие операции при онкологических заболеваниях гортани, В.С. Погосов и др.

В 1981 г. должность руководителя ЛОР-отделения занял доктор медицинских наук, профессор *Марк Аронович Шустер* (1929–1990). В 1970 г. совместно с В.О. Калиной он издал книгу «Периферические параличи лицевого нерва», до сих пор остающуюся единственной отечественной монографией на данную тему. В те годы были внедрены криохирургия, а также прямая микроларингоскопия и микрохирургия с использованием интубационного, инсуффляционного, а позднее и инъекционного наркоза. Этому способствовало оснащение клиники операционными микроскопами с теле-, фото- и киноприставками, аппаратурой для ультразвуковой хирургии, лазерной терапии и хирургии. Совместно с сотрудниками Института физических проблем и физики твердого тела АН СССР был разработан набор аппаратов для криохирургии у больных с различными оториноларингологическими заболеваниями. Творческое сотрудничество с радиотехническими институтами АН СССР привело к созданию комплекта инструментов для лечения с помощью облучения гелий-неоновым лазером при различных патологиях: гнойных и негнойных заболеваниях уха, химических ожогах глотки и пищевода, вазомоторном рините, ганглионевритах крылоносового узла и др.

С приходом в клинику А.Н. Чканникова (1982) значительно активизировалась научная, практическая, педагогическая и областная работа по диагностике и методам лечения больных с заболеваниями органа слуха и вестибулярного аппарата. Были образованы два областных центра по микрохирургии уха и лечению острой сенсоневральной тугоухости в городах Королев и Дзержинский. Он организовал слухопротезную помощь в МОНИКИ посредством развертывания двух кабинетов слухопротезирования, внедрил в практику отделения ряд современных методов слухосохраняющей и слухоулучшающей хирургии и методов консервативного лечения.

С 1991 по 2008 г. ЛОР-клинику и курс оториноларингологии на факультете усовершенствования врачей МОНИКИ возглавлял доктор медицинских наук, профессор *Владимир Георгиевич*



Товий Исаакович
Гордышевский



Иван Яковлевич
Сендульский



Михаил Иванович
Светлаков

Александр Викторович
ФотинМарк Аронович
ШустерВладимир Георгиевич
Зенгер

Зенгер (1938–2008). В 2006 г. курс оториноларингологии при кафедре хирургии был преобразован в кафедру оториноларингологии факультета усовершенствования врачей МОНИКИ. В период руководства В.Г. Зенгера было получено 26 авторских свидетельств, патентов на изобретения и полезную модель, защищено 7 докторских и 14 кандидатских диссертаций.

Материалы докторской диссертации В.Г. Зенгера на тему «Восстановительная хирургия гортани, глотки и шейного отдела трахеи и пищевода» легли в основу монографии «Повреждения гортани и трахеи», которую он в соавторстве с А.Н. Наседкиным опубликовал в 1991 г. Ведущим направлением его деятельности было развитие реконструктивно-восстановительной хирургии ЛОР-органов, в первую очередь полых органов шеи.

Многие исследования, проводимые в ЛОР-клинике МОНИКИ, осуществлялись с привлечением сотрудников других клиник и лабораторий института. Так, совместно с отделением анестезиологии и патофизиологии впервые в российской оториноларингологии был применен созданный в МОНИКИ аппарат «Бриз-3» и с его помощью чрескатетерная искусственная вентиляция легких, нашедшая широкое применение в эндоларингеальной микрохирургии, а также при удалении инородных тел трахеи и бронхов.

В тесном сотрудничестве с сектором новых технологий в оториноларингологии Научно-исследовательского центра Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, размещенного на базе ЛОР-отделения МОНИКИ, под руководством доктора медицинских наук А.Н. Наседкина выполнялись исследования по совершенствованию традиционных и разработке оригинальных методов лечения больных с заболеваниями ЛОР-органов. Совместно с Российским научно-исследовательским институтом геронтологии (директор – академик РАН В.Н. Шабалин) и отделением клинико-диагностической лаборатории МОНИКИ (руководитель – профессор С.Н. Шатохина) на основании исследования биологических жидкостей в ЛОР-отделении были разработаны оригинальные методы: диагностики холестеатомы среднего уха у детей при исследовании ротовой жидкости, прогнозирования послеоперационного воспаления при исследовании раневого отделяемого, определения тактики лечения пациентов с хроническим тонзиллитом при исследовании содержимого лакун миндалин. С помощью сотрудников академических институтов были разработаны и внедрены новые отечественные хирургические

лазерные установки; радиочастотные, ультразвуковые и плазменные аппараты, позволившие упростить некоторые вмешательства на ЛОР-органах. Проведены исследования эффективности фотодинамической терапии при воспалительных и онкологических заболеваниях верхних дыхательных путей.

В 2008–2013 гг. ЛОР-кликой МОНИКИ руководил доктор медицинских наук, профессор Валерий Михайлович Свистушкин. Его докторская диссертация (2001) посвящена восстановлению носового дыхания при деформации хрящевого отдела перегородки носа путем принципиально нового метода пластической хирургии с использованием высокоэнергетических лазеров. Большое внимание профессор В.М. Свистушкин уделял преподавательскому процессу на кафедре оториноларингологии факультета усовершенствования врачей МОНИКИ, участию сотрудников отделения в научных международных конференциях и съездах, образовательных курсах, в том числе за рубежом. Дальнейшее развитие получили метод лечения при помощи оксида азота после слухоулучшающих операций, молекулярно-резонансная и радиоволновая хирургия в лечении пациентов с заболеваниями верхнего отдела дыхательных путей, морфологическое исследование сыворотки крови при диагностике рака гортани и методы рационального лечения полипозного риносинусита, гастроэзофагеального рефлюкса при заболеваниях верхних дыхательных путей.

С 2013 г. оториноларингологическое отделение и одноименную кафедру возглавляет доктор медицинских наук, Заслуженный врач РФ, президент ассоциации Заслуженных врачей России Виктор Иванович Егоров. Сегодня ЛОР-клиника МОНИКИ, занимая одно из ведущих мест среди оториноларингологических учреждений страны, делает акцент на разработке и совершенствовании высокотехнологичных методов диагностики, лечения, профилактики заболеваний уха и верхних дыхательных путей и внедрении их в практику здравоохранения. Среди них – новые медицинские технологии при помощи лазерного излучения различных длин волн и уровней энергий, оксида азота и интерферонотерапии, низкочастотного ультразвука и фототерапии, иммунологического типирования различных форм полипозной ткани, а также реконструктивные операции на ЛОР-органах при помощи новых ткане-инженерных конструкций. ©



Торакальная хирургия в МОНИКИ: первопроходцы и инноваторы

Мазурин В.С.¹ • Прищепо М.И.¹ • Аллахвердян А.С.¹ • Гукасян Э.А.¹

Одна из славных страниц истории отечественной хирургии написана в нашем, Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ), где было создано первое в СССР специализированное отделение торакальной хирургии. Организованное 83 года назад (1933) на базе Московского областного клинического института (МОКИ-медвуз, ныне – МОНИКИ), оно имело 30 коек и в то время называлось клиникой. Основал его Заслуженный деятель науки РСФСР, лауреат Ленинской премии, профессор *Борис Эдмундович Линберг* (1885–1965).

Б.Э. Линберг – выдающийся деятель отечественной медицины. Он был в числе пионеров, которые вместе с С.И. Спасокукоцким разрабатывали и внедряли хирургические операции при гнойных заболеваниях легких. Совместная работа Б.Э. Линберга и С.И. Спасокукоцкого началась в 1918 г. в Саратове в хирургическом отделении железнодорожной больницы. В те годы отделением руководил известный профессор С.Р. Миротворцев, заведующий кафедрой факультетской хирургии медицинского факультета Саратовского университета. В 1921 г. после защиты докторской диссертации на тему



Основатель клиники торакальной хирургии МОНИКИ, профессор Б.Э. Линберг



Профессор Ю.А. Муромский

«О поражении реберных хрящей после тифов» Борис Эдмундович стал доцентом этой кафедры.

В 1927 г. Б.Э. Линберг прошел пятимесячную стажировку в клинике профессора Э. Мейо (США), о чем написал книгу (1929). Затем он возглавил кафедру факультетской хирургии на базе МОКИ-медвуза. В 1935 г. им была разработана и выполнена в клинике торакальной хирургии МОКИ резекция легкого (лобэктомия) при бронхоэктатической болезни. Операция, проведенная под местной анестезией, прошла успешно.

В 1941 г. медвуз МОКИ переименовали в 4-й Московский медицинский институт, а в 1943 – в Московский государственный медицинский институт Наркомздрава (с 1946 г. – Минздрава) РСФСР. В этом институте Б.Э. Линберг организовал первое детское отделение по лечению гнойных процессов в легких. В 1950 г. Московский государственный медицинский институт Минздрава РСФСР был переведен в г. Рязань (Рязанский медицинский институт им. академика И.П. Павлова). А профессор Б.Э. Линберг возглавил (1950–1962) кафедру общей хирургии Московского медицинского стоматологического института.

В 1939 г., во время Советско-финской войны, Борис Эдмундович создает на базе МОКИ первый



в истории военно-полевой хирургии специализированный армейский госпиталь для раненых в область грудной клетки. Б.Э. Линберг внедрил новую методику лечения гемопневмоторакса ранним закрытым дренажем плевральной полости с расправлением пораженного легкого, что позволило снизить летальность у этой категории пострадавших с 30–40 до 2–3%. В этом же году им разработана операция по поводу рака легких (лобэктомия), одобренная Международным съездом хирургов в Брюсселе. Во время Великой Отечественной войны ученый работал в эвакуационных госпиталях Уфы и Москвы (№ 5020 на базе МОНИКИ).

Борис Эдмундович Линберг в качестве почетного члена активно участвовал в работе Московского, Саратовского и Куйбышевского (Самарского) хирургических обществ. Будучи главным редактором сборников «Вопросы грудной хирургии», он стоял у истоков журнала «Грудная хирургия», в редколлегию которого вошел с момента его основания (1959). Профессор Б.Э. Линберг – автор более 120 научных работ по вопросам общей и частной хирургии.

Созданная Б.Э. Линбергом клиника была своеобразной Меккой – здесь часто бывали ведущие хирурги нашей страны: А.Н. Бакулев, В.И. Стручков, Н.М. Амосов, А.А. Вишневский, Ф.Г. Углов и др. В 1953 г. Б.Э. Линберг был награжден высшими наградами СССР: орденами Ленина и Трудового Красного Знамени, а в 1961 г. он был удостоен звания лауреата Ленинской премии.

В 1965 г. клинику торакальной хирургии МОНИКИ возглавил Заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор Юрий Алексеевич Муромский (1928–2008). Под его руководством клиника в течение многих лет занималась проблемами легочной хирургии. Широко известны работы Ю.А. Муромского и его сотрудников по изучению патогенеза стафилококковой деструкции легких, рентгенологической архитектоники легких после различных вариантов резекции легких; влияния квантовой терапии на организм, культуру клеток и регенерацию легочной паренхимы; по хирургическому органосохраняющему лечению острой и хронической эмпиемы плевры, нисходящего гнойного медиастинита; лечению бронхиальных свищей, в том числе после пневмонэктомии; о принципах прогнозирования течения острого воспаления плевральной полости на основе компьютерных программ.

Мазурин Валентин Сергеевич – д-р мед. наук, профессор, заведующий хирургическим торакальным отделением, заведующий кафедрой онкологии и торакальной хирургии факультета усовершенствования врачей¹

Прищепо Маргарита Ивановна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр., хирургическое торакальное отделение¹

Аллахвердян Александр Сергеевич – д-р мед. наук, профессор, гл. науч. сотр., руководитель НПЦ «Видеоэндоскопическая и малоинвазивная хирургия», профессор кафедры онкологии и торакальной хирургии факультета усовершенствования врачей¹
✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–15, Российская Федерация. Тел.: +7 (495) 631 73 24. E-mail: allakhverdyan@yandex.ru

Гукасян Эдуард Амаякович – канд. мед. наук, вед. науч. сотр., заведующий хирургическим торакальным отделением по разделу «Наука»¹

Длительное время отделение торакальной хирургии МОНИКИ было головным учреждением Минздрава Российской Федерации, а сотрудники клиники Э.С. Бинецкий, Л.Ф. Зубкова, И.Д. Соловьева, В.И. Семиволков, В.И. Лященко, Э.А. Гукасян, М.И. Прищепо – ведущими специалистами Московской области, СССР, Российской Федерации по проблемам неспецифических гнойно-деструктивных заболеваний легких, плевры и средостения.

Ю.А. Муромский – автор уникальных монографий, посвященных лечению бронхиальных свищей, пострезекционных легочных синдромов, дифференциальной диагностике заболеваний легких на основе бронхографии и ангиопульмонографии, методик торакопластических операций при хронической эмпиеме плевры, способов лечения ахалазии кардии. Эти исследования всегда имели прикладное значение и сохранили свою актуальность и значимость до настоящего времени.

В 1994 г. отделение возглавил доктор медицинских наук, профессор Валентин Сергеевич Мазурин – яркий представитель школы торакальной онкохирургии Онкологического научного центра РАН (ныне – РОНЦ им. Н.Н. Блохина). Проработав там 17 лет (1977–1994), он прошел путь от ординатора до одного из ведущих онкоторакальных хирургов России. Среди его учителей светила отечественной медицинской науки – академики Н.Н. Блохин, Н.Н. Трапезников, профессор А.И. Пирогов. Этот период его деятельности ознаменован теснейшим сотрудничеством с академиком М.И. Давыдовым, под чьим руководством в 1993 г. В.С. Мазурин защитил докторскую диссертацию.

С 1994 г. профиль работы хирургического торакального отделения МОНИКИ значительно расширился. Благодаря личным, профессиональным качествам и организаторским способностям профессора В.С. Мазурина отделение стало одной из наиболее авторитетных в России клиник торакальной хирургии. Сегодня здесь выполняется широкий спектр хирургических вмешательств при доброкачественных и злокачественных заболеваниях органов грудной клетки, верхних отделов пищеварительного тракта, молочной железы и грудной стенки. На базе отделения создана региональная система экстренной торакальной хирургии для Московской области.

В 2004 г. на факультете усовершенствования врачей МОНИКИ профессор В.С. Мазурин основал кафедру онкологии и торакальной хирургии,

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация



Профессор В.С. Мазурин

которая в кратчайшие сроки стала авторитетным центром подготовки врачей онкологов, онкохирургов и торакальных хирургов не только для Московской области, но и других регионов России.

В отделении бережно сохранены традиции и продолжена многолетняя работа по совершенствованию диагностики и хирургического лечения неспецифических заболеваний легких и плевры, средостения. В последние два десятилетия были разработаны и внедрены десятки новых видов операций при лечении доброкачественных заболеваний и рака легких, средостения, пищевода, желудка, диафрагмы, молочных желез, грудной клетки. Разработаны 9 новых методик пластических операций при сочетанных стриктурах пищевода и желудка. Изучены особенности онкогенеза при ожоговых и пептических стриктурах пищевода. По итогам этой работы в 2004 г. А.С. Аллахвердян защитил докторскую диссертацию «Лечение рубцовых стриктур пищевода». В начале 2000-х гг. кандидат медицинских наук В.А. Кузьмичев успешно внедрил в работу отделения операцию по Нассу и другие методики мининвазивной коррекции деформаций груди у взрослых.

В 1996 г. в отделении выполнены первые видеоторакоскопические операции. В то время торакоскопические вмешательства стали стандартом при лечении осложненных форм буллезной эмфиземы легких. В 2003 г. проведены первые лапароскопические операции при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы и ахалазии кардии. А в начале 2015 г. на базе отделения создан Московский областной научно-практический и учебный центр «Видеоэндоскопическая и малоинвазивная хирургия» (руководитель – доктор медицинских наук, профессор Александр Сергеевич Аллахвердян). На базе этого центра в 2015 г. состоялись две школы хирургии Российского общества хирургов, где прошли обучение 35 хирургов из г. Москвы, Московской области и других регионов России. В течение 2015 г. в центре было выполнено 452 операции, в том числе по авторским методикам: эзофагэктомия с одномоментной эзофагопластикой комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим доступом при раке и доброкачественных заболеваниях пищевода; проксимальная резекция желудка и нижнегрудного отдела пищевода комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим доступом при кардиоэзофагеальном раке; торакоскопические пневмонэктомии при раке легкого; лапароскопические расширенные комбинированные гастрэктомии при раке желудка; лапароскопические операции при диафрагмальных грыжах и ахалазии кардии и др.

За последние 20 лет было получено 26 патентов Российской Федерации на новые методики хирургического лечения, защищено 15 кандидатских и 2 докторские диссертации. Профессора В.С. Мазурин и А.С. Аллахвердян являются членами Президиума Правления Российского общества хирургов-гастроэнтерологов.

Клиника торакальной хирургии МОНИКИ под руководством профессора В.С. Мазурина достойно продолжает традиции основоположников отечественной грудной хирургии. Сегодня можно говорить об уникальной современной школе универсальной торакоабдоминальной хирургии, способной решать широкий круг задач регионального здравоохранения. В планах – большой спектр хирургических инноваций, в первую очередь малоинвазивных торакоабдоминальных операций. Планируется также расширить обучение малоинвазивной, в первую очередь онкологической, хирургии на базе кафедры онкологии и торакальной хирургии факультета усовершенствования врачей МОНИКИ. ©



Арам Яковлевич Абрамян – руководитель урологической клиники МОНИКИ (1951–1975)

Дутов В.В.¹

Писать о выдающихся людях всегда не просто. «Лицом к лицу лица не увидать. Большое видится на расстоянии», – говорил поэт. Вот почему юбилейная дата – основание для того, чтобы рассказать нынешнему поколению врачей о замечательном человеке, которого современники называли «мудрый Арам».

С позиций сегодняшнего дня трудно представить то время, когда не было ни ультразвукового аппарата, ни компьютерного томографа, ни современных технологий оперативного и медикаментозного лечения пациентов. Но были великие учителя. Не будь их – неизвестно, была бы урология самостоятельной врачебной специальностью. Они заложили основы здания современной урологии, реализовали главное дело своей жизни – создали школы. Одним из таких столпов отечественной урологии, вне всяких сомнений, был *Арам Яковлевич Абрамян*.

Арам Яковлевич (Акопович) Абрамян родился 31 декабря 1898 г. в Тифлисе. Отец владел магазином скобяных товаров и строительных инструментов, мама была домохозяйкой и рано умерла. В 1918 г. выпускник гимназии Арам Абрамян оказался перед жизненно важным выбором: речь шла не о будущей профессии – решение стать врачом было принято давно, но о защите своей Родины – Армении. Враг вторгся в Араратскую долину, возникла угроза захвата Еревана. Девятнадцатилетний юноша досрочно сдал выпускные экзамены и, не раздумывая, ушел добровольцем в народную дружину. А.Я. Абрамян участвовал в освободительных боях под Карсом, Сарыкамышем, в легендарной, решающей для армянского народа Сардарapatской битве (22 мая 1918 г.). Рядом с воинами, готовыми ценой жизни победить врага, встали старики, дети, женщины. 26 мая враг был полностью разгромлен.

Дутов Валерий Викторович – д-р мед. наук, профессор, гл. науч. сотр.; заведующий кафедрой урологии факультета усовершенствования врачей¹
✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–15, Российская Федерация.
Тел.: +7 (495) 681 27 78.
E-mail: hammerwise@gmail.com

Арам Яковлевич не очень любил говорить на эту тему, полагая, что так обязан был поступить каждый честный и воспитанный армянин. Высокие моральные принципы, любовь к людям и Родине, заложенные в детстве и юности, предопределили выбор профессии. А.Я. Абрамян поступил на медицинский факультет Московского университета, который окончил в 1924 г. С этого времени и до 1929 г. он работал в хирургической клинике 2-го Московского университета. Надо отметить, что в то время врачи во время стажировки в клиниках нередко не получали зарплаты. Высшим желанием было приобретение специальности. Учителем А.Я. Абрамяна стал блестящий хирург, ученый и педагог Николай Федорович Лежнев (1873–1932), соратник одного из основоположников российской урологии С.П. Федорова (1869–1936). Сергей Петрович Федоров – крупнейший русский хирург первой трети XX века – в 1923–1925 гг. был профессором, а затем почетным консультантом Московского областного клинического института (МОКИ). В 1929 г. А.Я. Абрамян перешел на работу в Московскую областную больницу им. А.И. Бабухина (с 1931 г. – МОКИ, ныне – Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, МОНИКИ) и по совмещению работал ассистентом в клинике урологии Московского медицинского института Министерства здравоохранения РСФСР. В 1932 г. на базе МОКИ был организован Медвуз, который затем (1941) был преобразован в 4-й Московский медицинский институт.

В марте 1931 г. в МОКИ (медвуз) было открыто урологическое отделение на 25 коек. Заведовать им был приглашен один из основоположников московской урологической школы доцент Яков Григорьевич Готтлиб (1888–1951). Активное участие в организации работы отделения принял врач Арам Яковлевич Абрамян. К концу 1931 г. на базе

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация



А.Я. Абрамян (1974) –
руководитель
урологической
клиники
МОНИКИ, Герой
Социалистического
труда

урологического отделения была создана урологическая клиника Центрального института усовершенствования врачей.

В 1935 г. по окончании строительства хирургического корпуса (ныне – корпус 11) урологическая клиника была расширена до 50 коек. В этот период в клинике работали доктора А.Я. Абрамян, Э.И. Гимпельсон, Н.В. Дунашев, С.Т. Захарьян, П.Д. Лев. Первого сентября 1945 г. на базе клиники была организована кафедра урологии Московского государственного медицинского института Наркомздрава РСФСР (ранее – 4-й Московский медицинский институт).

Располагая достаточным штатом опытных научных сотрудников, урологическая клиника развила весьма интенсивную научную, педагогическую и лечебную работу. Большинство сотрудников клиники до начала Великой Отечественной войны защитили кандидатские и докторские диссертации (Я.Г. Готлиб, А.И. Маянц). В 1935 г. А.Я. Абрамян защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Клиника и диагностика гидронефроз».

Особое внимание было уделено организации урологической помощи в Московской области. В то время в состав Московской области входили также Калининская, Рязанская, Калужская и Тульская области. В этих районах, как и в городах Орехово-Зуево, Серпухов, Коломна, Подольск, были организованы выездные курсы по урологии. Кроме того, врачи из Московской области стали получать подготовку на рабочих местах непосредственно в урологической клинике МОНИКИ.

В эти годы в МОКИ работал хирург-новатор Д.Н. Атабеков (1875–1964). Именно он заложил основы урогинекологии в СССР. В 1952 г. его работа «Очерки урогинекологии» была удостоена Государственной премии.

В период советско-финской кампании А.Я. Абрамян заведовал урологическим отделением одного из госпиталей Ленинграда, в годы Великой Отечественной войны работал ведущим урологом эвакуационных госпиталей в Армянской ССР. Во время Великой Отечественной войны все сотрудники клиники перешли на работу во фронтовые и тыловые госпитали, на базе института был развернут эвакуогоспиталь № 5020.

В 1949 г. А.Я. Абрамян стал главным урологом Лечебно-санитарного управления Кремля (в дальнейшем – 4-го Главного управления Министерства здравоохранения СССР). В 1950 г. он защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

В 1951 г. профессор А.Я. Абрамян возглавил урологическую клинику МОНИКИ и руководил ею на протяжении 25 лет, вплоть до 1975 г.

Одним из приоритетных научных направлений, разрабатываемых в урологической клинике МОНИКИ с момента ее основания, была проблема мочекаменной болезни. Сборник научных трудов «Нефролитиаз» (1937), программный доклад профессора А.Я. Абрамяна на X Международном конгрессе урологов (Афины, 1955), монография Э.И. Гимпельсона «Камни почек и мочеточников» (1956) отразили основные достижения клиники в диагностике и лечении уролитиаза в первые годы ее существования и послужили основой для проведения дальнейших исследований. В последующие два десятилетия в сфере научных интересов сотрудников были вопросы патогенеза и географической эпидемиологии заболевания, позволившие составить карту эндемических очагов мочекаменной болезни в Московской области (1973), а также разработку, клиническое испытание и внедрение в отечественную и зарубежную урологическую практику высокотехнологичных и эффективных методов контактной литотрипсии. Отечественные комплексы «Урат-1» и «Урат-М» для цистолитотрипсии, а также «Байкал» для лечения больных с камнями терминального отдела мочеточника стали предтечей современных малоинвазивных методов лечения уролитиаза. Одновременно здесь одними из первых в стране начали применять методы функциональной диагностики верхних и нижних мочевыводящих путей, рентгенокинема-тографии и радиоизотопной диагностики.

Большой заслугой А.Я. Абрамяна было создание и оснащение эндоскопического кабинета современным набором инструментария (1975). Это во многом предопределило дальнейший прогресс клиники и позволило ее сотрудникам одними из первых применить и широко внедрить такие



А.Я. Абрамян (верхний ряд, первый слева), Я.Г. Готлиб (нижний ряд, в центре), Э.И. Гимпельсон, Н.В. Дунашев, С.Т. Захарьян, П.Д. Лев



Выезд бригады специалистов в район Московской области (1952). Третий справа А.Я. Абрамян

методы, как трансуретральная резекция при заболеваниях предстательной железы, мочевого пузыря, врожденных клапанах мочеиспускательного канала.

На протяжении всего периода существования урологической клиники МОНИКИ велась разработка различных аспектов онкоурологии, что нашло отражение в монографиях А.И. Маянца «Опухоли почек» (1948), Е.М. Устименко «Опухоли полового члена» (1956), М.Ф. Трапезниковой «Опухоли яичка» (1962) и «Опухоли почек» (1972), докторских диссертациях Я.Г. Готлиба «Рентгенодиагностика хирургических заболеваний опухолей почек» (1935) и А.И. Маянца «Новообразования почек и верхних мочевых путей» (1940), кандидатских диссертациях Г.Ф. Дроздовского «Длительная внутриартериальная химиотерапия злокачественных опухолей мочевого пузыря» (1967) и Ю.Б. Аваша «Клиника и современные подходы к диагностике эпителиальных опухолей мочевого пузыря» (1975). Велика заслуга профессора Абрамяна в открытии в институте одного из первых в стране кабинетов ангиографии, оснащенного первоклассным по тем временам комплексом компании Elema-Schönander (Швеция). После разработки

академиком Н.А. Лопаткиным и внедрения в клиническую практику сосудистых методов диагностики в урологической клинике МОНИКИ также широко проводились ангиографические исследования, как с диагностической, так и с лечебной (эмболизация почечных артерий) целью.

Детская урология относится к молодым дисциплинам – ее зарождение и оформление в самостоятельное направление урологии приходится на конец 50-х гг. XX века. В урологической клинике МОНИКИ эта дисциплина получила развитие с середины 1970-х гг. У ее истоков стояли А.Я. Абрамян, М.Ф. Трапезникова, И.А. Королькова. Основные методологические и организационные вопросы организации детской урологической помощи, подготовки кадров, особенности выбора методов лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса были изложены в программных докладах на урологических конгрессах в стране и за рубежом. В клинике одними из первых стали решать проблему лечения детей, страдающих энурезом (Н.В. Дунашев, 1953).

По мере накопления сведений о морфологическом и функциональном состоянии аномалийных почек (докторская диссертация Э.И. Гимпельсона «Аномалии почек: клиника, диагностика и лечение», 1940), их ангиоархитектонике (кандидатская диссертация А.Я. Абрамяна «Клиника и диагностика гидронефроз», 1935), изучения уродинамики верхних мочевых путей Э.И. Гимпельсоном была предложена классификация аномалий почек и верхних мочевых путей (1949).

Учитывая исследования крупных отечественных и зарубежных ученых и суммируя личный опыт сотрудников урологической клиники МОНИКИ, в 1978 г. ими был предложен ряд изменений в классификацию аномалий почек 1949 г., которые были приняты и утверждены II Всесоюзным съездом урологов (Киев). Принципиальным нововведением было внесение в классификацию группы «Сочетанные формы аномалий», что очень важно с точки зрения определения хирургической тактики, решения вопроса о последовательности хирургической коррекции и выборе метода лечения. Этому предшествовал большой научно-практический труд клиники, обобщенный в диссертационных работах: докторской А.Я. Абрамяна «Гидронефрозы (этиология, клиника и лечение)» (1949) и кандидатских В.Г. Казимирова «Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей» (1968), В.П. Алпатовой «Отдаленные результаты лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса и инфравезикальной обструкции у детей» (1976), Б.В. Бухаркина «Аномалии почек (клиника и диагностика)» (1978). Много внимания



в клинике уделялось проблеме единственной почки у детей.

С 1984 г. А.Я. Абрамян – научный консультант Министерства здравоохранения СССР. Блестящий клиницист, хирург, ученый, педагог, заслуженный деятель науки Армении, лауреат Государственной премии СССР, Герой Социалистического Труда, А.Я. Абрамян заложил основы уникальной школы отечественной урологии. Он был членом президиума Международной ассоциации урологов, председателем Всесоюзного общества урологов (1955–1975), членом Высшей аттестационной комиссии при Совете Министров СССР, членом редакционных коллегий журналов «Урология» и «Хирургия», членом комитета по присуждению Ленинских и Государственных премий СССР, почетным членом ряда зарубежных научных обществ. А.Я. Абрамян награжден орденами В.И. Ленина, Трудового Красного Знамени, Октябрьской Революции и многими медалями СССР и других стран. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 17 февраля 1969 г. Араму Яковлевичу Абрамяну присвоено звание Героя Социалистического Труда, первому из двух отечественных урологов, удостоенных этой высшей награды.

Профессор Абрамян – автор более 130 научных работ. В их числе – монографии по вопросам этиологии, диагностики и лечения мочекаменной болезни, гидронефрозов, новообразований почек, аномалий развития мочевой системы, травматических стриктур уретры, детской урологии. Некоторые из них – «Гидронефрозы (этиология, клиника, лечение)» (1950), «Гематурия и опухоли мочевой системы» (1949), «Руководство по клинической урологии» (1970) – до сих пор остаются востребованными, хотя и перешли в разряд библиографических раритетов.

Более 25 лет профессор Абрамян был главным консультантом кремлевских небожителей. Высокий профессионализм, виртуозное владение тонкими приемами дипломатии, врожденное чувство такта снискали ему непререкаемый авторитет среди высшего партийного и государственного руководства Советского Союза и глав ряда зарубежных государств. Но были и трудные дни, когда в начале 1950-х гг., в разгар «дела врачей», наготове был «тревожный чемоданчик».

Нельзя не упомянуть и об Абрамяне – меценате, коллекционере, благотворителе. Арам Яковлевич Абрамян был взращен на двух великих культурах. В 1980 г. он осуществил давний замысел и подарил народу Армении большую часть своей коллекции картин (свыше 350 работ) известных



Коллектив урологической клиники МНИКИ (1981). Нижний ряд (слева направо): д-р мед. наук А.П. Морозов, врач Т.А. Сикачева, профессора М.Ф. Трапезникова и А.Я. Абрамян, канд. мед. наук Н.Ц. Цыренжапова и канд. мед. наук И.А. Королькова, врачи И.И. Бровян и Е.Д. Дергачев; верхний ряд (справа налево): канд. мед. наук А.Г. Анкудинов, сестра-хозяйка Т.Д. Семенов, канд. мед. наук В.П. Алпатов, профессор В.В. Дутов, старшая медсестра С.А. Мазунова, детский уролог В.М. Киселев, канд. мед. наук, главный врач института Ю.Б. Аваш, перевязочная медсестра Т.А. Скаткова, канд. мед. наук Н.С. Абрамян, клинический ординатор, медицинские сестры

русских художников. «Я хочу, чтобы как можно больше людей все это видело, ко всей этой красоте приобщалось. Я знаю, как в Армении любят, как понимают и ценят великую русскую культуру. Знаю, и именно поэтому завещал свое собрание Еревану», – говорил Арам Яковлевич. Он был страстно влюблен в свою коллекцию. Когда говорил о ней или показывал работы, преображался прямо на глазах, молодец. 19 ноября 1984 г. в Ереване был открыт Музей русского искусства (коллекция А. Абрамяна). Знатоков поражало художественное чутье А.Я. Абрамяна. Он начал собирать картины тогда, когда немало нового, свежего скрывалось от глаз в подвалах, а порой и уничтожалось. Он отбирал, организовывал экспертизу, реставрацию, порой спасал эти работы, поскольку само понятие «спасать» было его жизненным credo. Он был и коллекционер, и врач от Бога.

Герой Социалистического Труда, кавалер ордена Ленина, Октябрьской Революции, Трудового Красного Знамени, лауреат государственных премий, всесторонне образованный человек, патриот, руководитель знаменитой московской урологической клиники, великолепный хирург, доктор медицинских наук, профессор, А.Я. Абрамян был человеком необычным. Он любил жизнь и людей и был ответно щедро вознагражден их любовью. Большую часть своей долгой и насыщенной событиями жизни он жил и работал в Москве.

Умер Арам Яковлевич Абрамян 13 января 1990 г. Его прах упокоился в Ереване в Пантеоне Республики Армения. ☺



Клиника челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ (1959–2016)

Никитин А.А.¹ • Стучилов В.А.¹ • Сипкин А.М.¹

После Великой Отечественной войны возникла необходимость в организации медицинской помощи населению по многим направлениям, включая стоматологию. Отсутствие профилактики стоматологических заболеваний, недостаток кадров привели к увеличению числа грозных осложнений – абсцессов и флегмон, калечащих и уродующих операций в челюстно-лицевой области, повышению смертности. В середине 1950-х гг. были предприняты шаги по созданию в Московской области системы оказания стоматологической помощи населению не только на амбулаторном приеме, но и в специализированном отделении с возможностью проведения оперативных вмешательств.

На основании приказа № 44 от 30 января 1959 г. по Московскому областному отделу здравоохранения в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ) было открыто отделение хирургической стоматологии на 30 коек. Своим основанием клиника хирургической стоматологии, а затем челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ обязана выдающемуся хирургу и ученому – *Николаю Алексеевичу Плотникову* (1922–1998). В том же – 1959 – году Н.А. Плотников организовал и возглавил Московское областное научное медицинское общество стоматологов – одно из самых крупных в стране. В 1961 г. при непосредственном участии Н.А. Плотникова созданы Московская областная стоматологическая поликлиника, главным врачом которой он был до 1964 г., и зубоучилище, ныне Московский областной медицинский колледж.

Никитин Александр Александрович – д-р мед. наук, профессор, руководитель отделения челюстно-лицевой хирургии, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии факультета усовершенствования врачей¹

Стучилов Владимир Александрович – д-р мед. наук, профессор, гл. науч. сотр. отделения челюстно-лицевой хирургии¹

✉ 121119, г. Москва, ул. Плющиха, 42–214, Российская Федерация. Тел.: +7 (916) 631 72 59. E-mail: va-stuchilov@yandex.ru

Сипкин Александр Михайлович – д-р мед. наук, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии факультета усовершенствования врачей¹

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

Коллективом врачей и ученых под руководством Н.А. Плотникова проводились операции по удалению опухолей, лечению врожденной патологии челюстно-лицевой области, оказанию экстренной хирургической помощи больным с травматическими повреждениями и воспалительными процессами. Наряду с ежедневными рутинными вмешательствами разрабатывались новые методы лечения патологий, таких как дефекты и деформации костей лицевого черепа различной этиологии, врожденные пороки развития (расщелины верхней губы, нёба, гемифациальная микросомия), патология височно-нижнечелюстного сустава, сосудистые мальформации.

Одной из актуальных проблем как отечественной, так и зарубежной восстановительной челюстно-лицевой хирургии 1940–50-х гг. была разработка методов костнопластических операций при различных дефектах, повреждениях и заболеваниях нижней челюсти и височно-нижнечелюстного сустава. Большинство хирургов использовали костный аутооттрансплантат. Однако применение этого метода ограничивалось рядом местных и системных противопоказаний, а артропластика височно-нижнечелюстного сустава с помощью аутооттрансплантата практически невозможна. Нужен был материал, который помимо необходимых механических свойств обладал бы определенными биологическими качествами. Таким материалом была признана костная ткань, взятая от свежего трупа. Преимущество аллотрансплантатов в том, что можно создать запасы костнопластического материала любой анатомической формы и размера. В этой связи начали активно разрабатываться методы консервирования костной ткани. Наибольшее



распространение получила лиофилизация взятой ткани – метод высушивания из замороженного состояния. Развитие антибиотикотерапии сделало возможным использование консервированных аллотрансплантатов даже в условиях кратковременного сообщения операционной раны с полостью рта. В 1950-х гг. лиофилизированные костные аллотрансплантаты широко применялись в ортопедии, травматологии, сосудистой хирургии, нейрохирургии, но не в восстановительной хирургии челюстно-лицевой области.

Уже с момента основания в отделении хирургической стоматологии МОНИКИ начали применять метод замещения дефектов нижней челюсти лиофилизированным костным аллотрансплантатом, проводили изучение перестройки трансплантатов. Именно здесь впервые предложен метод забора трансплантата в стерильных условиях в клинике и его использования для остеопластики нижней челюсти. В 1961 г. опубликованы данные о первых успешных операциях костной пластики нижней челюсти лиофилизированным аллотрансплантатом. С 1959 по 1976 г. в клинике было произведено 749 аллопластических операций у 709 больных по поводу различных заболеваний и повреждений нижней челюсти с применением лиофилизированных костных аллотрансплантатов. Экспериментальные исследования и клинические наблюдения, обобщенные в монографии Н.А. Плотникова «Костная пластика нижней челюсти» (1979), показали, что трансплантат из нижней челюсти обладает наилучшими пластическими свойствами, так как, будучи ортотопическим материалом, он хорошо



Профессор
Н.А. Плотников

ассимилируется. Кроме того, это незаменимый пластический материал, особенно для замещения обширных дефектов нижней челюсти и артропластики височно-нижнечелюстного сустава.

В 1979 г. впервые в мире профессором Н.А. Плотниковым была осуществлена трансплантация консервированного блока височно-нижнечелюстного сустава в клинике от донора к реципиенту.

В 1981 г. Н.А. Плотников и творческий коллектив (А.А. Никитин, Н.Н. Бажанов, П.З. Аржанцев, Г.И. Лаврищева, Г.П. Тер-Асатуров, П.Г. Сысолятин) за разработку методов реконструктивной хирургии нижней челюсти и височно-нижнечелюстного сустава с целью восстановления анатомической целостности и функции жевательного аппарата удостоены звания лауреатов Государственной премии СССР. За выдающиеся заслуги в области науки, практического здравоохранения и общественной деятельности, участие в Великой Отечественной войне Н.А. Плотников удостоен многих почетных званий и правительственных наград. Он был членом Президиума и Правления Всероссийского и Всесоюзного научных обществ стоматологов, членом редколлегии журнала «Стоматология», вице-президентом Международной ассоциации челюстно-лицевых хирургов, почетным членом Болгарского научного общества стоматологов, почетным доктором Ростокского университета (Германия), кавалером ордена Д'Артаньяна (Франция).

В 1991 г. отделение хирургической стоматологии МОНИКИ переименовано в челюстно-лицевое, его возглавил профессор *Александр Александрович Никитин*. Свою трудовую деятельность в области стоматологии он начинал в должности хирурга-стоматолога Московской областной стоматологической поликлиники, в 1971 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Аутопластика суставного отростка нижней челюсти косто-хрящевым реберным имплантатом».

В 1984 г. Н.А. Плотниковым и А.А. Никитиным впервые в мире был предложен метод хирургического лечения гемифациальной микросомии с использованием комплексного ортотопического аллотрансплантата, включающего несколько анатомических образований: нижнюю челюсть или ее часть, полный височно-нижнечелюстной сустав, скуловую дугу, скуловую кость с наружным и нижним краем орбиты. По этой методике было прооперировано свыше 300 больных гемифациальной микросомией, получен хороший



Профессор
А.А. Никитин

функциональный и эстетический результат. А.А. Никитин разработал метод забора и консервации аллотрансплантатов, не имеющий аналогов в мировой хирургической практике. Проведено большое количество операций ортотопической аллотрансплантации нижней челюсти при ее сегментарной резекции.

От реконструкции нижней челюсти коллектив клиники перешел к восстановлению сложных анатомических структур, целых комплексов тканей.

А.А. Никитин – высокопрофессиональный специалист, ведущий челюстно-лицевой хирург страны. В различных регионах России и за рубежом им выполнено огромное количество сложнейших, а порой уникальных операций больным с врожденной и приобретенной патологией челюстно-лицевой области. Под его руководством разработаны и внедрены в клиническую практику новые органосохраняющие методы лечения и реабилитации больных с использованием современных малоинвазивных технологий дистракционного остеогенеза, эндопротезирования, биоактивных остеопластических материалов нового поколения для устранения дефектов и деформаций лицевого черепа на основе компьютерного моделирования и лазерной стереолитографии.

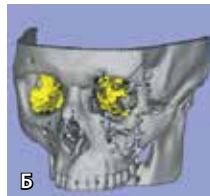
В 1994 г. по инициативе профессора А.А. Никитина на факультете усовершенствования врачей МОНИКИ организована кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. В 2002 г. из нее выделились еще две стоматологические кафедры: ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики. А кафедра челюстно-лицевой хирургии с этого момента получила название кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Ежегодно здесь проходят обучение, специализацию и профессиональную переподготовку по специальностям «челюстно-лицевая хирургия» и «стоматология хирургическая» врачи стоматологи-хирурги, челюстно-лицевые хирурги, врачи-хирурги общего профиля, клинические ординаторы и аспиранты из различных районов Московской области, других регионов России и стран СНГ.

С середины 1990-х гг. в клинике начинают развиваться новые направления, такие как применение стеклопатитной керамики в костно-реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области, хирургическое лечение и реабилитация больных с последствиями и осложнениями травм средней зоны лица.

Впервые в практике челюстно-лицевой хирургии разработан стереотаксический аппарат,



Аллотрансплантат из нижней челюсти



Технология компьютерного биомоделирования костных и мягкотканых структур лицевого черепа: **А** – биомоделирование мягкотканых структур средней зоны лица больного после травмы, **Б** – репозиция мягкотканых структур средней зоны лица больного с использованием компьютерной программы до оперативного вмешательства

позволяющий совместить лицо больного с его истинным трехмерным рентгеновским изображением для составления программы оперативного лечения и использования стереорентгенограмметрического анализа для определения в трехмерном измерении степени деформации, смещения фрагментов, точной локализации инородных тел. Предложенный комплексный анализ дефектов и деформаций челюстно-лицевой области, индивидуальное моделирование с применением современных биокомпозиционных материалов и метод лазерной стереолитографии позволили внедрить новые реконструктивные методы хирургического лечения и реабилитации больных.

На основании анализа отдельных результатов хирургического лечения больных с деформацией носа разработана классификация деформаций в зависимости от степени сложности. Предложены новые способы оперативных вмешательств, позволяющие получить высокие функциональные и косметические результаты.

Широкое применение в клинической практике нашло новое научное направление – малоинвазивная и эндоскопическая хирургия. Молодыми специалистами отделения под руководством профессора А.А. Никитина разработаны эндоскопические методы диагностики и лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, придаточных пазух носа, слюнных желез.

Сотрудники клиники и кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии факультета усовершенствования врачей МОНИКИ на протяжении многих лет занимаются реабилитацией пациентов с дефектами и деформациями челюстей в условиях дефицита костной ткани. При этом используются прогрессивные, современные методики дентальной имплантации.

Клиника челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ – одна из ведущих в стране. Сотрудникам клиники принадлежит приоритет разработки новых методов остео-, арто- и миопластики с использованием лиофилизированных тканей для замещения обширных дефектов нижней челюсти и височно-нижнечелюстного сустава, техники устранения различных деформаций лица и методов щадящих оперативных вмешательств при врожденных расщелинах верхней губы и неба у детей. Разрабатываются методы реконструктивных и костно-пластических операций с использованием современных компьютерных и лазерных технологий, остеопластических биокомпозиционных материалов. ©



Организационно-методическая роль МОНИКИ в развитии здравоохранения Московской области

Гуров А.Н.¹ • Катунцева Н.А.¹

Планомерная организационно-методическая работа с органами и учреждениями здравоохранения Московской области началась в 1930 г., когда был образован Московский областной клинический институт (МОКИ) и ему были делегированы функции областной больницы. В 1932 г. был создан организационно-методический кабинет. В 1946 г. он был преобразован в организационно-методический отдел, которым в разные годы руководили Н.Е. Фосс, С.А. Подольный, К.Н. Холод. В 1969 г. в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ) был создан научно-организационный отдел. Его возглавил заместитель директора по научно-организационной работе Лев Андреевич Коржинский (1927–2005).

В течение 25-летнего периода своей деятельности в этой должности Л.А. Коржинский большое внимание уделял развитию здравоохранения области. Под его руководством в 80-е годы прошлого века сотрудниками научно-организационного отдела и других подразделений института проведено исследование по изучению состояния и перспективному развитию специализированной медицинской помощи на территории Московской области. Была обоснована целесообразность дальнейшего развития здравоохранения области на основе медицинского районирования. Предложено выделение 6 медицинских зон (западной, северо-западной, северной, восточной, юго-восточной и южной) с созданием в каждой из них зональных многопрофильных областных больниц, обеспечивающих население основными видами специализированной медицинской помощи. Идея медицинского зонирования была реализована в начале XXI века – в области было создано 12 медицинских округов.

В 1983 г. Л.А. Коржинским впервые в стране были разработаны целевые научно-практические

программы, основанные на методе программно-целевого планирования. В их создании и реализации активное участие принимали руководители структурных подразделений института: Л.М. Портной, Л.А. Эндер, О.Ш. Буачидзе и др. Программы предусматривали достижение конкретных конечных результатов при лечении наиболее распространенных болезней системы кровообращения, органов дыхания, острой хирургической патологии у взрослых и детей, повышение эффективности массовых рентгено-флюорографических обследований населения по раннему выявлению туберкулеза, рака и других заболеваний легких, опухолей желудка и пр. Был определен круг задач, решение которых способствовало достижению запланированных результатов, в частности, укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений области, повышение квалификации медицинских кадров, улучшение организации и качества оказания медицинской помощи, совершенствование профилактики заболеваний и диспансеризации населения. Реализация программ в Московской области оказалась успешной: больничная летальность при остром инфаркте миокарда была снижена на 8,7%, при неспецифических деструктивных процессах в легких – на 27,4%, послеоперационная летальность при непроходимости кишечника – на 23,7%, при прободной язве желудка – на 11,7%. Приоритет разработки целевых научно-практических программ был признан и одобрен Министерством здравоохранения СССР. Работа по созданию целевых научно-практических программ продолжалась в институте на протяжении 15 лет. С введением обязательного медицинского страхования в стране повсеместно начали разрабатываться областные целевые программы, а затем – долгосрочные целевые программы под эгидой территориальных министерств здравоохранения.

Гуров Андрей Николаевич – д-р мед. наук, профессор, начальник научно-организационного отдела¹
✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–3, Российская Федерация. Тел.: +7 (495) 684 45 87. E-mail: kafedraoz@mail.ru

Катунцева Нина Александровна – канд. мед. наук, доцент, заведующая отделением проблем здоровья населения и региональных программ здравоохранения¹

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

Лев Андреевич
Коржинский

Большое внимание Л.А. Коржинский уделял вопросам совершенствования областной выездной работы. Сотрудники клинических, диагностических и консультативных подразделений института были «закреплены» за районами области, осуществляя курацию деятельности лечебно-профилактических учреждений по своему профилю. Это выражалось в оказании организационно-методической помощи в открытии специализированных кабинетов и отделений, подготовке кадров, проведении научно-практических конференций, внедрении научных достижений в практику здравоохранения, анализе показателей деятельности амбулаторно-поликлинических и стационарных служб, изучении причин больничной летальности, высокой заболеваемости, инвалидности и смертности населения. Ежегодно каждый сотрудник института делал до 10 плановых выездов в курируемые лечебно-профилактические учреждения Московской области. Широко практиковались мероприятия по типу выездных врачебных бригад, особенно для оказания консультативной помощи жителям отдаленных сельскохозяйственных районов (Луховицкий, Зарайский, Озерский, Серебряно-Прудский, Шаховской, Лотошинский, Волоколамский), проведения профилактических медицинских осмотров тружеников села.

Каждый год проводились комплексные проверки здравоохранения четырех районов с целью оценки состояния, выявления недостатков и разработки путей совершенствования оказания медицинской помощи их населению. Результаты обсуждались на расширенных заседаниях методических комиссий с участием представителей Главного управления здравоохранения Московской области, врачей и руководителей здравоохранения районов, специалистов МОНИКИ.

В период внедрения всеобщей диспансеризации населения (1980-е гг.) сотрудники научно-организационного отдела оказывали постоянную методическую помощь учреждениям области в организации и проведении необходимых мероприятий по охвату населения профилактическими медицинскими осмотрами и дальнейшему диспансерному наблюдению за состоянием здоровья. Под руководством Л.А. Коржинского активно функционировал областной совет по профилактике, на ежемесячных заседаниях которого заслушивался ход осуществления всеобщей диспансеризации населения территорий и выполнение плановых заданий по охвату различных категорий населения профилактическими медицинскими осмотрами.

Новый этап взаимодействия МОНИКИ и лечебно-профилактических учреждений Мос-

ковской области был положен организацией на базе института в 1990 г. факультета усовершенствования врачей. Л.А. Коржинский стал первым заведующим кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья этого факультета. Последипломная подготовка организаторов здравоохранения области на базе института способствовала реализации общих принципов организации медицинской помощи населению области на всех этапах ее оказания, своевременному использованию новых методов и современных технологий лечения и диагностики в практике областного здравоохранения.

Возглавляя кафедру организации здравоохранения и общественного здоровья, Л.А. Коржинский продолжил лучшие традиции подготовки врачей-организаторов здравоохранения, заложенные первым наркомом здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко, который руководил кафедрой социальной гигиены МОКИ с 1933 по 1938 г. Тематика лекционного материала Л.А. Коржинского охватывала различные разделы организации здравоохранения. Но по-особому он читал курс по истории медицины, приводя взгляды великих врачей-исследователей прошлого на предназначение врача. В период работы на кафедре организации здравоохранения в полной мере раскрылся талант преподавателя, дар Учителя. Этому способствовали и черты характера Льва Андреевича: мудрость, высокая порядочность, эрудиция, дальновидность, трудолюбие, ответственность за дело, которому посвятил большую часть жизни.

После ухода Л.А. Коржинского кафедрой руководила Н.А. Катунцева (1997–2003), затем профессор А.Н. Гуров, он же в 2001 г. возглавил научно-организационный отдел МОНИКИ. Особенности научно-организационной и методической работы в этот период можно охарактеризовать следующим образом:

- участие в разработке и реализации долгосрочных целевых программ Московской области и соответствующих разделов федеральных отраслевых программ, таких как приоритетный национальный проект «Здоровье», Программа модернизации здравоохранения, Программа развития здравоохранения Московской области на 2013–2020 годы, план мероприятий («дорожная карта») «Изменения, направленные на повышение эффективности в сфере здравоохранения Московской области на 2014–2018 годы»;
- сбор необходимой исходной информации о состоянии здоровья населения и работе медицинских организаций и органов управления здравоохранения в Московской области;



- всесторонний анализ полученной информации (медико-социальный маркетинг) о состоянии профильной службы и видах медицинской деятельности;
- организация работы по разработке и регистрации современных научно обоснованных медицинских технологий, обеспечивающих высокое качество лечебно-диагностической работы;
- продвижение (логистика) и внедрение новых доказанных медицинских технологий в работу муниципальных медицинских организаций и оценка эффективности полученных результатов;
- обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи на всех уровнях в ходе формирования межмуниципальных консультативно-диагностических центров;
- организация и управление внутренним контролем качества медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, на основе федеральных протоколов, клинических рекомендаций, стандартов и клинико-статистических групп заболеваний;
- совершенствование системы доступности и оказания высокотехнологичной медицинской помощи для жителей Московской области, организация дистанционной записи через интернет для получения высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных клиниках;
- руководство работой научно-практических обществ и выполнение научно-исследовательских работ по проблемам общественного здоровья и здравоохранения;
- углубленный всесторонний анализ эффективности результатов клинической и организационно-методической работы специалистов МОНИКИ в медицинских организациях и органах управления здравоохранением Московской области на основе ведения универсальной базы данных «Клинико-экономическая информационная система мониторинга выездной работы специалистов ведущих медицинских центров и оценки эффективности внедрения современных медицинских технологий в практику здравоохранения».

Для проведения мониторинга и анализа результатов научно-организационной выездной работы специалистов МОНИКИ в последние годы была создана специальная комплексная программа, которая позволяет оценивать эффективность внедрения современных медицинских технологий в практику здравоохранения (исключить нулевую гипотезу и подтвердить альтернативную гипотезу об эффективности внедрения).

На основе информационной системы создана база данных с возможностью оперативно генерировать 14 форм отчетов по актуальным вопросам, в том числе о результатах работы бригад специалистов МОНИКИ в Московской области, о проведенных занятиях и школах по профилактике заболеваний, хирургической активности специалистов клиник в медицинских организациях области, работе по внедрению в практику областного здравоохранения современных медицинских технологий и результатов научно-исследовательской работы.

Сегодня научно-организационная работа осуществляется в соответствии с государственной программой «Здравоохранение Подмосковья до 2020 года». С учетом основных направлений программы была перестроена организационно-методическая работа в области и значительно усилена роль главных специалистов, подавляющее большинство которых составляют сотрудники МОНИКИ (руководители подразделений, заведующие кафедрами факультета усовершенствования врачей). Главными задачами областного специалиста признаны определение стратегии развития службы по своему профилю и тактических решений по ее реализации, повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи, включая высокотехнологичную. В последние годы в число приоритетных задач вошла организационно-методическая работа с медицинскими организациями муниципальных образований по реализации мероприятий, способствующих достижению плановых показателей, определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». Работу главных специалистов возглавляет координационный совет под руководством заместителя директора МОНИКИ профессора Н.П. Саниной.

Продолжая традиции, заложенные 240-летней историей нашего учреждения, основной акцент делается на оказание доступной медицинской помощи с широким охватом всех слоев населения. Так, объем областной выездной работы остается стабильно высоким: в 2015 г. в медицинские организации Московской области специалистами института сделано 7548 выездов, из них по отделению экстренной плановой и консультативной медицинской помощи – 6340 и 1208 выездов в плановом порядке с организационно-методической целью. Неоднократно проводились «Дни МОНИКИ в Московской области» с участием главных специалистов и высококвалифицированных сотрудников, которыми в составе выездных врачебных бригад была оказана медицинская помощь труженикам и жителям села. ☺



ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

Методы лапароскопической фундопликации и пластики пищевода отверстия диафрагмы при грыжах

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Воленко И.А., Анипченко Н.Н., Фролов А.В., Анипченко С.Н.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Актуальность обусловлена необходимостью совершенствования тактики и технических аспектов лапароскопических операций при грыжах пищевода отверстия диафрагмы.

Материал и методы. В 2005–2015 гг. лапароскопически были оперированы 305 больных со скользкими грыжами пищевода отверстия диафрагмы (133 мужчины и 172 женщины; средний возраст 59,5 года). У 166 (54,4%) пациентов наблюдались кардиальные грыжи, у 139 (45,6%) – кардиофундальные. Вторичное укорочение пищевода было выявлено у 76 (24,9%) больных (I степени – у 45 (14,8%), II степени – у 31 (10,2%)). Лапароскопические антирефлюксные операции выполнялись в 43 (14,1%) случаях после предшествовавших вмешательств на органах брюшной полости. В 15 (4,9%) случаях причиной релапароскопической операции послужили рецидивы грыжи пищевода отверстия диафрагмы или рефлюкс-эзофагита. В 171 (56,1%) случае была выполнена задняя крурорафия, в 4 (1,3%) – передняя, в 8 (2,6%) – сочетание задней и передней крурорафии, в 80 (26,2%) случаях – задняя аллопластика пищевода отверстия диафрагмы. Отметим, что 42 (13,8%) больным при укорочении пищевода крурорафия не выполнялась. При укорочении пищевода II степени фундопликационная манжета не фиксировалась к диафрагме. Циркулярная фундопликация выполнена 279 (91,5%) больным (по Ниссену – 109, симметричная протяженная – 170), фундопликация по Тупе – 8 (2,6%), по Дору – 4 (1,3%), неполная косая заднебоковая фундопликация – 14 (4,6%).

В 42 (13,1%) случаях была проведена симультанная холецистэктомия.

Результаты. Летальных исходов не было. Дисфагия после операции выявлена только у 5 (4,6%) из 109 больных после фундопликации по Ниссену. В 1 случае потребовалась реоперация с реконструкцией фундопликационной манжеты по Тупе.

Повторно были оперированы 17 (5,6%) больных. В 12 (3,9%) случаях причиной релапароскопии стал рецидив рефлюкс-эзофагита, была повторно сформирована циркулярная фундопликационная манжета. У 5 (1,6%) больных, оперированных по поводу параэзофагеальных грыж пищевода отверстия диафрагмы, необходимость повторной операции вызвал рецидив грыжи. Были выполнены релапароскопия, повторная фиксация фундопликационной манжеты. Во всех случаях повторные лапароскопические антирефлюксные операции связаны с хорошими результатами: в сроки наблюдения более 1 года рецидивов не отмечено.

Заключение. Лапароскопическая циркулярная фундопликация – полноценный метод лечения грыж пищевода отверстия диафрагмы, в том числе при укорочении пищевода и рецидивах заболевания. Методика пластики пищевода отверстия диафрагмы зависит от степени его расширения и выраженности укорочения пищевода. Аллопластика пищевода отверстия диафрагмы современными материалами уменьшает болевой синдром после операции, а также число рецидивов грыж.



Результаты видеоторакоскопической тимомтимэктомии

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Фролов А.В.

Цель – оценка непосредственных и отдаленных результатов видеоторакоскопических тимомтимэктомий.

Материал и методы. В 1996–2015 гг. проведено лечение 152 больным с опухолями и кистами вилочковой железы. Мужчин было 86 (56,6%), женщин – 66 (43,4%); средний возраст составил 44,6 года. Во всех случаях была выполнена тимомтимэктомия: торакотомным доступом – в 77 (50,7%) случаях, стернотомным – в 28 (18,4%), видеоторакоскопическим – в 47 (30,9%). По нозологии больные распределились следующим образом: тимома – 117, лимфома тимуса – 11, киста вилочковой железы – 12, тимолипома – 8, тератома тимуса – 4. В отношении классификации тимом А. Масаока наблюдалась следующая картина: I стадия (неинвазивная тимома) – 47, II стадия (инвазия клетчатки средостения или медиастинальной плевры) – 58, III стадия (инвазия соседних органов) – 12.

Результаты. Интраоперационные кровотечения наблюдались в 5 (3,3%) случаях. В 2 случаях они привели к конверсии в миниторакотомный доступ, в 2 – к реторакотомии. Умерли 2 (2,6%) больных из 77, оперированных торакотомным

доступом. Причиной смерти в обоих случаях был некомпенсированный миастенический криз.

Средняя продолжительность операций составила 115 ± 5 , 149 ± 10 и 119 ± 9 минут торакотомным, стернотомным и видеоторакоскопическим доступом соответственно. Длительность нахождения в реанимации составила 0–3 суток и зависела от выраженности миастении. После видеоторакоскопических операций только в одном случае возникла необходимость нахождения больной в отделении реанимации (2 суток) при явлениях выраженной миастении. Послеоперационный койко-день составил $12 \pm 1,2$, $14 \pm 1,6$ и 7 ± 1 сутки соответственно. Отдаленные результаты не различались в зависимости от доступа. Признаки миастении сохранялись у 3 (5,2%) из 58 больных.

Заключение. Сравнение результатов тимомтимэктомий, выполненных торакоскопическим и «открытым» доступом, демонстрирует существенные преимущества видеоторакоскопии. Они заключаются в легком течении послеоперационного периода, хорошей переносимости операции пациентами, минимальном риске интраоперационных осложнений. Радикальность операций идентична.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Видеоэндоскопическая хирургия при ахалазии кардии

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Фролов А.В., Анипченко Н.Н.

Актуальность обусловлена необходимостью оценки эффективности видеоэндоскопических операций при лечении ахалазии кардии.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 445 больных ахалазией кардии в 1996–2015 гг. У 208 (46,7%) пациентов лечение было начато с курсовой кардиодилатации. Эзофагокардиомиотомия была выполнена 274 (61,6%) больным, причем в качестве первого метода лечения – 194 (43,6%). Лапароскопически эта операция проводилась в 212 из 274 случаев (77,4%), в том числе лапароскопическая задняя миотомия была выполнена 44 из 212 больных (20,8%). Неполная косая заднебоковая протяженная фундопликация по оригинальной методике (на $270\text{--}320^\circ$) проведена у 172 из 274 больных

(62,8%), по Дору – у 75 (27,4%), по Ниссену – у 4 (1,5%), лапароскопическая циркулярная ненапряжная фундопликация по оригинальной методике – у 23 (8,4%). В 21,2% случаев (у 58 из 274 пациентов) были выполнены симультанные операции: 1 гастродуоденопластика, 55 холецистэктомий, 2 парциальные резекции желудка по поводу лейомиомы.

Сорока трем (9,7%) больным выполнялось удаление пищевода с одномоментной пластикой, из них в 18 случаях – видеоэндоскопически: 9 – лапароскопическим трансхиатальным доступом, 9 – комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим доступом справа. В 2 случаях данная операция была выполнена при подозрении на злокачественную трансформацию, в 25 –

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



при рецидивах ахалазии кардии после кардиодилатации (12) или эзофагокардиомиотомии (13), в 16 – в связи с бесперспективностью органосохраняющего лечения.

Результаты. Из 208 больных, которым изначально проводилась курсовая кардиодилатация, рецидивы заболевания были выявлены у 118 (56,7%). Большинству – 73 (61,9%) пациентам этой группы – была выполнена эзофагокардиомиотомия. У 33 (28%) лечение продолжено путем кардиодилатации. В 12 (11,9%) случаях была выполнена пластика пищевода.

У всех больных отмечено сокращение просвета пищевода после выполнения эзофагокардиомиотомии. Рецидив дисфагии в отдаленном периоде был выявлен у 29 (10,6%) из 274 пациентов, перенесших данную операцию, причем у всех этих больных была выполнена фундопликация по Дору. Симптомы рефлюкс-эзофагита через 6–12 месяцев после операции отмечались у 9 (2,6%) из 274 больных, явления дисфагии I степени наблюдались у 3 больных и не требовали специальных мероприятий. Пяти больным было проведено эффективное бужирование/кардиодилатация. Всего по поводу рецидива дисфагии после эзофагокардиомиотомии опери-

рован 21 пациент. Тринадцати больным, ранее оперированным по различным методикам, была выполнена экстирпация пищевода. В 8 случаях проводились релапароскопия, повторная эзофагокардиомиотомия с фундопликацией.

После пластики пищевода у больных ахалазией кардии случаев летального исхода не отмечено. Несостоятельность швов пищеводного анастомоза на шее была зафиксирована у 2 больных. В 1 случае после лапароскопической трансхиальной эзофагэктомии был отмечен точечный некроз желудочного трансплантата, выявленный на 6-е сутки после операции и излеченный дренированием левой плевральной полости; еще в 1 случае был выявлен стеноз эзофагогастроанастомоза, в связи с чем проводилось бужирование.

Заключение. После выполнения эзофагокардиомиотомии отмечено незначительное количество рецидивов ахалазии кардии. Это вмешательство также высокоэффективно при лечении рецидивов после кардиодилатации. При лечении запущенных форм ахалазии кардии и ее рецидивов, связанных с осложнениями и опасностью аспирационной пневмонии, методом выбора является видеоэндоскопическая экстирпация пищевода с его одномоментной пластикой.

Радикальные операции при раке пищевода и кардии комбинированным лапароторакоскопическим доступом

Аллахвердян А.С., Фролов А.В., Анипченко С.Н.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Был проведен сравнительный анализ возможностей и целесообразности выполнения радикальных операций при раке пищевода и кардии с одномоментной гастропластикой комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим доступом справа.

Материал и методы. В 2015 г. при раке пищевода и кардии было выполнено 11 эзофагэктомий и 18 резекций проксимального отдела желудка и нижнегрудного отдела пищевода с одномоментной внутриплевральной эзофагогастропластикой комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим доступом справа.

Лапароскопический этап включал мобилизацию желудка и кардии (в 2 случаях с резекцией ножек диафрагмы), удаление обоих сальников, лимфодиссекцию (в том числе нижнего средосте-

ния), мобилизацию нижнегрудного отдела пищевода, резекцию проксимального отдела желудка (при раке пищевода – выкраивание желудочного трансплантата). При кардиоэзофагеальном раке на данном этапе пищевод резецировался непосредственно над опухолью в нижнегрудном отделе, препарат удалялся через расширенный разрез.

Второй этап операции – видеоторакоскопия справа в положении больного на левом боку. Выполнялась мобилизация пищевода: при кардиоэзофагеальном раке, как правило, до уровня дуги непарной вены, при раке пищевода – до шейного отдела. Проводилась медиастинальная лимфодиссекция. При раке пищевода выполнялась резекция пищевода в апертуре плевральной полости, препарат удалялся через точку лапаропорта, установленного в VIII межреберье по за-



днеаксиллярной линии, расширенной до 3 см. При кардиоэзофагеальном раке выполнялись резекция пищевода в «радикальных границах» и формирование двухрядного «ручного» пищеводно-желудочного анастомоза на уровне бифуркации трахеи и выше. Мобилизация больного выполнялась в первые сутки после операции, энтеральное питание было начато на 4-е сутки.

Результаты. Послеоперационные осложнения были отмечены всего у одного больного: на 3-и сутки развилась тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, что потребовало проведения искусственной вентиляции легких в течение 20 часов, а также послеоперационная правосторонняя пневмония и токсический гепатит. Энтеральное питание было начато на 4-е сутки, больной выписан на 13-е сутки после операции. Послеоперационная летальность в обеих группах пациентов не отмечена.

Средняя продолжительность операции при эзофагэктомии составила 7 часов 12 минут, при кардиоэзофагеальном раке – 6 часов 21 минуту. В 100% случаев проводилась экстубация в операционной. Средняя продолжительность нахождения в реанимации составила 17 часов. Энтеральное питание после операции в обоих случаях начинали на 4-е сутки, средний послеоперационный койко-день составил 8,7 и 7 суток соответственно.

Заключение. Выполнение радикальных операций при раке пищевода и кардии с одномоментной гастропластикой комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим доступом справа имеет следующие очевидные преимущества: четкость визуализации, хороший контроль гемостаза, удобство мобилизации желудка и пищевода, ранняя активизация больных в послеоперационном периоде, сокращение сроков стационарного лечения.

Рентгенэндоскопические операции в лечении пациентов с коралловидными камнями

Амосов Н.А., Уренков С.Б., Подойницын А.А., Морозов А.А.

С появлением в арсенале врача-уролога малоинвазивных технологий, таких как дистанционная ударно-волновая литотрипсия, уретероскопия и чрескожная литотрипсия, доля открытых оперативных пособий, выполненных по поводу коралловидного нефролитиаза, сводится к минимуму. Однако выбор оптимального метода избавления пациента от коралловидного камня далеко не всегда является простой задачей.

Цель – проведение анализа результатов обследования и рентгенэндоскопического лечения (чрескожная нефролитотрипсия и ретроградная нефролитотрипсия) пациентов, страдающих коралловидным нефролитиазом.

Материал и методы. Был проведен сравнительный анализ результатов эндоскопического лечения 322 пациентов с коралловидными камнями почек, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского с 2008 по 2015 г. В ходе исследования было выделено 3 группы больных с коралловидным нефролитиазом. В первую группу вошли пациенты, которым выполнялась чрескожная нефролитотрипсия (235 больных).

Во вторую группу включены больные, у которых основным методом лечения была избрана ретроградная нефролитотрипсия (51 пациент). Третью группу составили 36 пациентов с комбинированным (чрескожным и трансуретральным) лечением коралловидного нефролитиаза.

Результаты. Полного освобождения почки от камня или наличия резидуальных конкрементов до 4 мм, способных к самостоятельному отхождению, удалось достичь у 186 (79,1%) больных первой группы. Количество интра- и послеоперационных осложнений в данной группе составило 74 (31,5%). У 31 (60,8%) пациента второй группы камни удалены полностью за одно оперативное вмешательство. Интраоперационных осложнений отмечено не было. У 12 (23,5%) больных имели место послеоперационные осложнения, которые были купированы консервативно. Полного освобождения чашечно-лоханочной системы от конкремента в третьей группе удалось добиться у 32 (88,8%) пациентов. Большинство осложнений представлены обострением пиелонефрита, которое было купировано назначением антибактериальной терапии.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Выводы. Чрескожная нефролитотрипсия в большинстве случаев (79,1%) является эффективным методом лечения пациентов с коралловидным нефролитиазом различных степеней, однако не лишена недостатков в виде потребности в дополнительных чрескожных манипуляциях (20,4%) и риска развития интра- и послеоперационных осложнений. Применение комбиниро-

ванного (трансуретрального и чрескожного) лечения больных с коралловидным нефролитиазом К3–К4 позволяет увеличить степень освобождения почки от конкремента (86,1%) за одно оперативное вмешательство. Комбинация доступов позволяет повысить эффективность операций и снизить риск развития интраоперационных осложнений.

Комплексный подход в лечении злокачественных и доброкачественных новообразований кожи челюстно-лицевой области и шеи

Андрюхина В.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

По статистике среднегодовой темп прироста злокачественных новообразований кожи – 2,5%, а в случае меланомы – 2,9%, поэтому разработка комплексного подхода в лечении злокачественных и доброкачественных новообразований кожи челюстно-лицевой области и шеи является своевременной.

За период с 2005 по 2015 г. в клинике челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского было проведено обследование и лечение 1200 пациентов с доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи. Из них 800 больных обратились с доброкачественными новообразованиями кожи (различные типы невусов, фибромы, кератомы, папилломы), 300 – с гистологически верифицированным базальноклеточным раком кожи, 80 – с плоскоклеточным раком кожи, 20 – с меланомой. Размеры новообразований составляли от 1 до 15 см². Мужчин было 550, женщин 650, возраст больных – от 3 до 98 лет.

Были разработаны критерии подхода к комплексному лечению больных со злокачественными и доброкачественными новообразованиями кожи челюстно-лицевой области и шеи, основанные на определении локализации, распространенности, степени инвазии и деструкции, темпов роста новообразования, возраста больного, а также

клинической и гистологической дифференцировки опухолевого процесса. Кроме того, была сформирована тест-система мониторинга пациентов с базальноклеточным раком для профилактики рецидивов и контроля лечения, включающая паспорт кожи с системой фотодокументации, лазерную доплеровскую флоуметрию, лазерную флуоресцентную диагностику, ультразвуковое исследование кожи, патоморфологические исследования и общее обследование пациента.

Основываясь на многолетнем опыте клиники челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского, мы использовали криохирургическое, криолазерное и хирургическое лечение как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами при комплексном лечении злокачественных и доброкачественных новообразований кожи челюстно-лицевой области и шеи. Во время лечения пациенты были занесены в компьютерную систему для последующей оценки лечения и профилактики рецидивов в случае злокачественных новообразований кожи.

Результаты наблюдения всех представленных больных в отдаленные сроки до 10 лет показали, что положительные результаты лечения получены в 98,2% случаев, что свидетельствует о перспективности и целесообразности разработанного нами комплексного метода лечения.



Особенности анестезиологического обеспечения лапароторакоскопической резекции проксимального отдела желудка и грудного отдела пищевода по поводу кардиоэзофагеального рака в рамках концепции ERAS

Анипченко Н.Н., Аллахвердян А.С., Овезов А.М.

Основополагающим пунктом концепции ERAS является применение методов малоинвазивной хирургии. В Московском областном центре «Видеоэндоскопическая и малоинвазивная хирургия» разработана методика резекций проксимального отдела желудка и нижнегрудного отдела пищевода с одномоментной внутривидеотрахеальной эзофагогастропластикой комбинированным лапароскопическим и правосторонним торако-скопическим доступом. Анестезиологическое обеспечение данной операции имеет ряд особенностей.

Цель – анализ особенностей анестезиологического обеспечения лапароторакоскопической резекции проксимального отдела желудка и нижнегрудного отдела пищевода с одномоментной внутривидеотрахеальной эзофагогастропластикой.

Материал и методы. В течение 2015 г. было выполнено 18 лапароторакоскопических резекций проксимального отдела желудка и нижнегрудного отдела пищевода с одномоментной внутривидеотрахеальной эзофагогастропластикой. Средний возраст пациентов составил 64,4 года. В зависимости от стадии заболевания 18 больных распределились следующим образом: I стадия – 2 (11,1%), II стадия – 4 (22,2%), III стадия – 9 (50%), IV стадия – 3 (16,7%).

Накануне операции все пациенты были тщательно осмотрены, изучены анамнез, данные лабораторных и инструментальных методов исследования. Больным были детально разъяснены особенности предстоящей операции и анестезиологического пособия, обозначены цель и задачи «работы» самого пациента на этапе послеоперационной реабилитации («психологическая» премедикация). Всем больным проводилась комбинированная общая анестезия с искусственной вентиляцией легких (с применением пропофола, севофлурана, фентанила, рокурония бромида). Предполагая «полный желудок», выполняли быструю последовательную индукцию анестезии с последующей

интубацией трахеи двухпросветной трубкой Rüschi (37–39 F). На лапароскопическом этапе (положение больного на спине) в связи с протяженной мобилизацией пищевода карбоксиперитонеум сочетается с карбоксимедиастинумом, что сопровождается гиперкапнией, требующей соответствующей коррекции параметров искусственной вентиляции легких: гипервентиляции за счет увеличения частоты дыхания в сочетании со снижением дыхательного объема с целью оптимизации пикового давления на вдохе (P_{peak}), использования РЕЕР, изменения соотношения «вдох – выдох» с удлинением длительности вдоха. На видеоторакоскопическом этапе (положение больного на левом боку) проводилась протективная однологичная вентиляция (нормовентиляция с дыхательным объемом 4–6 мл/кг, $FiO_2 \leq 50$ мм рт. ст., РЕЕР 6 см вод. ст.). Интраоперационно придерживались рестриктивного режима инфузионной терапии, гемотрансфузии не проводили. Периоперационной нормотермии больного добивались соблюдением оптимальной температуры в операционной, применением согревающего операционного матраца и подогревом инфузионных растворов. Соблюдали принцип мультимодального обезбоживания: кеторолак 1 мл внутримышечно за 30 минут до разреза, парацетамол 100 мг внутривенно, инфильтрация мест введения лапаро- и торакопортов 0,2% раствором ропивакаина, инстилляцией 20–40 мл 0,2% ропивакаина в брюшную и правую плевральную полость. Профилактику послеоперационных тошноты и рвоты проводили введением 8 мг дексаметазона до разреза и 8 мг ондансетрона в конце операции.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 6 часов 21 минуту. Соблюдение обозначенной анестезиологической тактики позволило в 100% случаев экстубировать больных на столе и перевезти для наблюдения в отделение интенсивной терапии при состоянии 9–10 баллов по шкале Aldrete. Начало энтерального питания

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



осуществлялось на 4-е сутки. Средний послеоперационный койко-день составил 7,3 суток.

Заключение. Лапароторакоскопическая резекция проксимального отдела желудка и нижнегрудного отдела пищевода с одномоментной внутриплевральной эзофагогастропластикой – сложнейшая высокотехнологичная

операция по поводу кардиоэзофагеального рака. Предложенная нами анестезиологическая тактика, своевременное решение интраоперационных анестезиологических задач и критических инцидентов позволяют экстубировать больного в операционной и начать его мобилизацию в первые сутки после операции.

Распространенность полиморфизмов генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы среди рабочих гипертоников и нормотоников

Атаманчук А.А.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – изучить распространенность и влияние полиморфизмов генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы на риск развития гипертонической болезни у рабочих, контактирующих с вредными производственными факторами.

Материал и методы. Обследованы 214 мужчин – рабочих Коломенского завода во время прохождения профосмотра. По данным амбулаторных карт устанавливалось наличие гипертонической болезни (ГБ) и время начала ее развития. Методом полимеразной цепной реакции исследовались локусы хромосом ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Полиморфизм A1u-повтора заключается во вставке (инсерции, I) его или потере (делеции, D) и вариативности гена ангиотензиногена (AGT). Полиморфизм AGT M235T заключается в замещении аминокислоты метионина триптофаном (Met 235 Thr). Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере посредством прикладной программы Statistica 10.0.

Результаты. Распределение частот аллелей в целом соответствовало закону Харди – Вайнберга. Распространенность ГБ составила 57,4%, средний возраст пациентов –

51,8±9,8 года, что соответствует средней распространенности артериальной гипертонии среди мужчин эквивалентной возрастной группы в России. Распространенность носительства полиморфизмов гена АПФ составила DD 32,5%; II 18,9%; ID 48,7%; гена AGT – TT 20,2%; CT 50,9%; CC 20,89%. Достоверной взаимосвязи между полиморфизмами гена АПФ и наличием ГБ не выявлено, отсутствует также статистически значимая разница между группами нормотоников и гипертоников по распространенности различных комбинаций аллелей АПФ. При изучении полиморфизмов гена AGT выявлена достоверная слабая корреляция между его вариантами и наличием ГБ ($\gamma=0,35$; $p=0,001$). Обнаружена значимо большая распространенность гомозиготной комбинации CC в группе страдающих артериальной гипертонией по отношению к варианту TT ($\chi^2=6,18$; $p=0,013$) и всех носителей (CC+CT) аллели T по отношению к M ($\chi^2=6,0$; $p=0,014$).

Вывод. Из изученных генетических факторов наиболее значимым в формировании ГБ является гомозиготный полиморфизм CC гена ангиотензиногена.



Хирургическое лечение больных с постинфарктной аневризмой сердца и приступами желудочковой тахикардии

Бабокин В.Е.

Цель – оценить эффективность проведения реконструктивных вмешательств на сердце у больных с постинфарктным ремоделированием левого желудочка (ЛЖ) сердца.

Материал и методы. В исследование включены 163 пациента с ишемической болезнью сердца в возрасте $53 \pm 2,8$ года. Все больные ранее перенесли инфаркт миокарда давностью $3,9 \pm 2,2$ года. Преимущественно диагностировался II–III функциональный класс недостаточности кровообращения по NYHA. По данным эхокардиографии (ЭхоКГ), фракция выброса ЛЖ была $38,4 \pm 3,9\%$, конечный диастолический индекс – 104 ± 18 мл/м², конечный систолический индекс – 64 ± 17 мл/м²; митральная регургитация более II степени, ассоциированная с увеличенным фиброзным кольцом (≥ 36 мм), – у 31 пациента. Пароксизмальная желудочковая тахикардия отмечена у 39, наджелудочковая тахикардия – у 33, желудочковая экстрасистолия (от 288 до 11 208) – у 82, наджелудочковая экстрасистолия (от 288 до 11 208) – у 98. Фибрилляция предсердий диагностирована у 32 пациентов. По данным внутрисердечного электрофизиологического исследования у 24 пациентов зафиксированы зоны двойного потенциала и замедленного проведения. Эти зоны характеризовались сниженной амплитудой электрического потенциала менее 0,5 мВ, что по данным ЭхоКГ соответствовало akinетичным сегментам, по данным перфузионной сцинтиграфии миокарда – дефекту перфузии от 35 до 44%. Левожелудочковая реконструкция по Дору выполнялась у 88, по Мениканти – у 43, линейная пластика ЛЖ – у 32 больных, эндокардэктомия

выполнена в 89 случаях, тромбэктомия – в 57. Аортокоронарное шунтирование выполнено у 152 пациентов, пластика митрального клапана – у 31, из них пластика трикуспидального клапана – у 9, протезирование митрального клапана – у 6.

Результаты. Осложнения послеоперационного периода в виде сердечной слабости были у 16 пациентов, внутриаортальная баллонная контрпульсация применялась в 11 случаях, экстракорпоральная мембранная оксигенация в 6. Через 2 недели после выполненного вмешательства по результатам ЭхоКГ отмечена положительная динамика показателей сократимости ЛЖ. Произошло достоверное ($p < 0,05$) увеличение фракции выброса ЛЖ до $49,4 \pm 4,2\%$ (в В-режиме), уменьшение конечного диастолического индекса ($141,95 \pm 19$ мл/м²) и конечного систолического индекса ($73 \pm 16,9$ мл/м²). У пациентов без эндокардэктомии спонтанные приступы желудочковой тахикардии по данным холтеровского мониторирования были зафиксированы в 5 случаях, а в 7 случаях желудочковая тахикардия была индуцирована во время внутрисердечного электрофизиологического исследования. Одиннадцати из них были имплантированы кардиовертеры-дефибрилляторы с целью вторичной профилактики внезапной смерти.

Заключение. Выполняемая методика хирургического лечения позволяет улучшить состояние насосной функции сердца у больных с постинфарктными аневризмами ЛЖ. Проведение эндокардэктомии ликвидирует зоны замедленного проведения и препятствует возникновению приступов желудочковой тахикардии.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Эффективность короткого курса «тройной» противовирусной терапии хронического гепатита С 1-го генотипа у пациентов с различными вариантами полиморфизма гена IL28B

Богомолов П.О.¹, Кокина К.Ю.¹, Мациевич М.В.¹, Кузьмина О.С.¹, Коблов С.В.¹, Воронкова Н.В.¹, Петраченкова М.Ю.¹, Федосова Е.В.¹, Трофимова М.Н.¹, Безносенко В.Д.¹, Кудрявцева Е.Н.¹, Буеверов А.О.^{1,2}

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

²ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Появление новых высокоэффективных схем противовирусной терапии без использования интерферонов оказалось существенным шагом вперед в эволюции этиотропной терапии хронического гепатита С. Однако данное обстоятельство в силу социально-экономических факторов на сегодняшний момент не может служить поводом для кардинального изменения концепции назначения противовирусной терапии. Таким образом, важным аспектом терапевтической эффективности лечения является его доступность. Более детальный подход к оценке предикторов эффективности противовирусной терапии в «тройном» режиме как до ее назначения, так и в процессе терапии может обеспечить максимальную эффективность при минимальных сроках лечения.

Цель – изучить частоту устойчивого вирусологического ответа у пациентов с хроническим гепатитом С 1-го генотипа (ХГС-1) с различными вариантами полиморфизма гена IL28B, получивших короткий курс «тройной» противовирусной терапии.

Материал и методы. Проведено ретроспективное мультицентровое исследование эффективности короткого курса комбинированной противовирусной терапии с теллапревиром у больных ХГС-1, которым лечение было отменено через 11–14 недель по причине развития тяжелых нежелательных явлений, категорического отказа пациента от продолжения терапии, обострения сопутствующей патологии или медицинских состояний, повлекших прерывание лечения. В анализ включены данные 158 пациентов, получивших «тройную» противовирусную терапию: пэгинтерферон альфа-2а 180 мкг/нед подкожно, рибавирин 1000–1200 мг/сут и теллапревир 2250 мг/сут. У всех пациентов на этапе предварительного обследования была выявлена начальная стадия заболевания печени (F0–F2 по шкале METAVIR) при морфоло-

гическом исследовании гепатобиоптата и/или методом эластографии печени. В исследование были включены данные пациентов, ранее не получавших лечения. Кроме того, необходимыми условиями являлись: наличие данных исследования вирусной нагрузки через 4 недели противовирусной терапии, на момент отмены терапии и через 24 недели после лечения с использованием полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (аналитическая чувствительность 12 МЕ/мл), а также результатов исследования полиморфизма гена IL28B.

Результаты. По данным медицинской документации включенных в исследование пациентов, быстрый вирусологический ответ был зарегистрирован в 100% случаев (n = 158). Несмотря на существенное сокращение сроков терапии, устойчивый вирусологический ответ был достигнут в 81% случаев (n = 128). При оценке эффективности терапии в зависимости от различных вариантов полиморфизма гена IL28B в доминантном локусе rs12979860 было обнаружено, что устойчивый вирусологический ответ у пациентов с СС-генотипом наблюдался в 100% случаев (n = 45), с генотипом СТ – в 73% (n = 67), ТТ – в 72% (n = 16).

Выводы. Определение полиморфизма IL28B позволяет прогнозировать успех короткого курса «тройной» противовирусной терапии у пациентов с ХГС-1. Таким образом, полученные результаты указывают на то, что короткий курс «тройной» комбинированной терапии оптимален для достижения 100% устойчивого вирусологического ответа у ранее нелеченых пациентов с ХГС-1, являющихся носителями генотипа СС IL28b, на начальных стадиях заболевания печени при условии достижения быстрого вирусологического ответа, зарегистрированного высокочувствительным методом полимеразной цепной реакции.



Оценка эффективности 3D-терапии у пациентов с субкомпенсированным циррозом печени HCV-этиологии (генотип 1b)

Богомолов П.О.¹, Мациевич М.В.¹, Безносенко В.Д.¹, Федосова Е.В.¹, Кузьмина О.С.¹, Воронкова Н.В.¹, Коблов С.В.¹, Кокина К.Ю.¹, Петраченкова М.Ю.¹, Трофимова М.Н.¹, Кудрявцева Е.Н.¹, Буеверов А.О.^{1,2}

Появление первого безынтерферонового режима противовирусной терапии на территории Российской Федерации дало надежду на излечение пациентов с циррозом печени HCV-этиологии (генотип 1), для которых использование интерферонсодержащих схем оказалось неэффективным или противопоказанным. В подобных случаях 3D-терапия остается единственным доступным вмешательством. Появление новых данных по безопасности существенно ограничило применение этой схемы у лиц с субкомпенсированным циррозом печени. Тем не менее инициация лечения в 2015 г. подобной категории больных в рамках программы обязательного медицинского страхования до получения новых сведений являлась единственно возможной.

Цель – оценить эффективность безынтерфероновой терапии в режиме 3D у больных субкомпенсированным циррозом печени HCV-этиологии (генотип 1b).

Материал и методы. В анализ включены данные 67 пациентов (26 мужчин и 41 женщины) с субкомпенсированным циррозом печени HCV-этиологии (генотип 1b), которым была назначена безынтерфероновая терапия омбитасвиром/паритапревиром/ритонавиром и дасабувиром на 12 недель. Средний возраст больных составил $56,6 \pm 10,1$ года. На момент начала противовирусной терапии у 22 пациентов степень компенсации функции печени соответствовала классу А по шкале Child-Pugh. Отнести эту подгруппу больных к лицам с субкомпенсированным циррозом печени позволял факт наличия у них в анамнезе эпизода печеночной энцефалопатии ($n=7$), асцит ($n=6$) или госпитализации за последние полгода по поводу осложнений цирроза ($n=9$). Класс В по шкале Child-Pugh на момент начала лечения был зарегистрирован у остальных 45 пациентов

(у 22 – 7 баллов, у 16 – 8 баллов, у 7 – 9 баллов). При этом 23,9% пациентов ранее не ответили на стандартную противовирусную терапию, 3% – на терапию в «тройном» режиме с использованием теллапревира; 32,8% в силу противопоказаний к полнодозовой противовирусной терапии получали лечение в режиме LADR, остальные 40,3% ранее не лечились. Основным методом оценки эффективности лечения был анализ *per protocol*, дополнительно проводился анализ по принципу “*intention-to-treat*”.

Результаты. В процессе лечения у 2 пациентов дебютировала желтуха в первые 4 недели терапии, что послужило поводом для ее отмены. У 4 больных в сроки от 3 до 8 недель лечение также было прекращено из-за развития или усиления печеночной энцефалопатии. Таким образом, 61 пациент получил полноценный 12-недельный курс противовирусной терапии. При анализе в зависимости от фактически полученного лечения (*per protocol*) частота быстрого вирусологического ответа составила 80,3%, авиремия на момент окончания лечения была достигнута у 100%. Кроме того, у 1 из выбывших пациентов, завершившего 8-недельный курс противовирусной терапии, через 12 недель от момента начала лечения авиремия сохранялась.

Выводы. Противовирусная терапия в режиме 3D у пациентов с субкомпенсированным циррозом печени позволяет констатировать 100% ответ в конце лечения при условии завершения полного курса терапии, а в некоторых случаях – при получении $\frac{2}{3}$ от необходимого количества препаратов. Ограничивающим фактором у данной категории больных может выступать ухудшение функции печени в процессе противовирусной терапии. Частота достижения стойкого ответа подлежит уточнению.

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

² ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва



Эффективность сокращенного курса «тройной» противовирусной терапии с симепревиrom хронического гепатита С (генотип 1b) у пациентов с наиболее благоприятным генотипом IL28B

Богомолов П.О.¹, Мациевич М.В.¹, Коблов С.В.¹, Кокина К.Ю.¹, Кузьмина О.С.¹, Воронкова Н.В.¹, Безносенко В.Д.¹, Федосова Е.В.¹, Петраченко М.Ю.¹, Трофимова М.Н.¹, Кудрявцева Е.Н.¹, Кудря О.А.², Гумерова Ю.Ю.³, Черенкова Е.Н.⁴, Королева Г.В.⁵, Лебедева О.Н.⁶, Купцова Е.С.⁷, Долгова М.Б.⁸, Буеверов А.О.^{1,9}

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

² Медицинский центр «Новые медтехнологии», г. Раменское

³ ГБУЗ МО «Коломенская центральная районная больница», г. Коломна

⁴ ГБУЗ МО «Мытищинская городская клиническая больница», г. Мытищи

⁵ ГБУЗ МО «Егорьевская центральная районная больница», г. Егорьевск

⁶ ГБУЗ МО «Пушкинская районная больница им. проф. Розанова В.Н.», г. Пушкино

⁷ ГБУЗ МО «Серпуховская центральная районная больница», г. Серпухов

⁸ ГБУЗ МО «Подольская городская клиническая больница № 3», г. Подольск

⁹ ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Несмотря на появление высокоэффективных схем безинтерфероновой терапии для лечения хронического гепатита С 1-го генотипа, до сих пор остается актуальным применение интерферонсодержащих режимов в сочетании с ингибиторами протеазы второй генерации. Выровнять шансы на излечение аналогично безинтерфероновым схемам, а также сократить длительность терапии позволит персонализированный подход к их назначению с учетом благоприятных факторов, влияющих на исход лечения.

Цель – изучить эффективность противовирусной терапии в «тройном» режиме с длительностью курса 12 недель у пациентов с хроническим гепатитом С (генотип 1b) при наличии наиболее благоприятного генотипа CC IL28b в доминантном аллеле rs12979860.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 70 пациентов (40 мужчин и 30 женщин, средний возраст $38,4 \pm 6,7$ года) с хроническим гепатитом С (генотип 1b) на начальных стадиях заболевания печени (F0–F2 по шкале METAVIR), ранее не получавших лечение или с рецидивом после предшествующего курса стандартной противовирусной терапии. У всех больных по результатам предварительного генетического исследования был выявлен генотип CC IL28b в доминантном аллеле rs12979860. Все пациенты на протяжении 12 недель получали «тройную» противовирусную терапию: цепагинтерферон альфа-2b в дозе 1,5 мкг/кг/нед, рибавирин 1000–1200 мг/сут и симепревиr 150 мкг/сут. В процессе лечения проводилось изучение вирусной кинетики ультрачувствительным методом полимеразной цепной реакции с аналитической чувствительностью 12 МЕ/мл. Отмена терапии была предусмотрена в случае отсутствия достижения

быстрого вирусологического ответа, а также развития нежелательных явлений, риски от появления и прогрессирования которых превышали бы пользу от проводимого лечения.

Результаты. Шестьдесят восемь пациентов успешно завершили 12-недельный курс противовирусной терапии. У 2 женщин лечение было отменено: в одном случае из-за развития генерализованной сыпи к 4-й неделе лечения, в другом – из-за появления анемии и неврологической патологии в виде частых коллапсов через 7 недель терапии, что потребовало госпитализации. Через 28 суток противовирусной терапии у всех 68 пациентов был зарегистрирован быстрый вирусологический ответ. На момент окончания лечения у всех пациентов также была зафиксирована авиремия. Через 1 месяц после окончания противовирусной терапии ни у кого из пациентов, успешно закончивших лечение, не было выявлено рецидива инфекции. В настоящий момент 36 пациентов достигли срока 3 месяцев после окончания противовирусной терапии, при этом у всех авиремия продолжала сохраняться.

Выводы. Сокращение продолжительности «тройной» противовирусной терапии хронического гепатита С (генотип 1b) у пациентов с благоприятным генотипом CC IL28b в доминантном аллеле rs12979860 на начальных стадиях заболевания печени, ранее не получавших лечение или с рецидивом после предшествующего курса стандартной противовирусной терапии, по предварительным наблюдениям, не приводит к ухудшению результатов лечения. Напротив, подобный подход к назначению противовирусной терапии с учетом генетических особенностей пациента позволяет достичь быстрого вирусологического ответа в 100% случаев и избежать ранних рецидивов инфекции.



Влияние гендерных и возрастных особенностей на распространенность генотипов вируса гепатита С среди взрослых пациентов на территории Московской области

Богомоллов П.О.¹, Мацеевич М.В.¹, Кудрявцева Е.Н.¹, Корабельникова М.И.¹, Семенов Т.А.², Кузин С.Н.^{1,2,3}, Дубоделов Д.В.³, Лавров В.Ф.³, Воронкова Н.В.¹, Петраченкова М.Ю.¹, Коблов С.В.¹, Буеверов А.О.^{1,4}, Гумерова Ю.Ю.⁵, Азарова И.Н.⁶

Молекулярно-генетическая характеристика вируса гепатита С (ВГС) в настоящее время имеет как клиническое, так и важное эпидемиологическое значение. Необходимость в получении информации о частоте выявления отдельных генотипов на определенных территориях Российской Федерации обоснована дальнейшим исследованием динамики генотипического разнообразия ВГС, прогнозированием изменений эпидемиологической ситуации, предотвращением дальнейшего распространения инфекции, планированием бюджета государственных программ по лечению хронического гепатита С (ХГС).

Цель – изучение структуры генотипов/подтипов ВГС у взрослых пациентов с хроническим гепатитом С на территории Московской области за период с 2008 по 2015 г.

Материал и методы. Работа была выполнена в головной лаборатории диагностики СПИД и вирусных гепатитов ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского по данным лабораторных исследований за период с 2008 по 2015 г. Формирование исследуемой когорты пациентов осуществляли по итогам скрининговых исследований на наличие анти-ВГС, выполненных в районных лабораториях лечебно-профилактических учреждений Московской области, последующей верификации результатов скрининга, а также определения рибонуклеиновой кислоты ВГС в крови и генотипа/подтипа ВГС в головной лаборатории. В общей сложности в исследование были включены данные 17229 больных ХГС в Московской области. Анкетные данные пациентов получены из медицинской информационной системы МОНИКИ «Эверест», ЗАО «АИТ-холдинг» с последующим импортом в специально созданную базу данных MS Access для исключения из исследования случаев повторных обращений пациентов с целью определения генети-

ческой принадлежности ВГС в течение всего периода наблюдения. Определение генотипов/подтипов ВГС осуществляли методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с помощью тест-систем «ОТ-Гепатоген-С Генотип», ООО «НПО ДНК-Технология» с использованием системы для детекции ПЦР-продуктов в режиме реального времени iQ5 (ООО «Био-Рад Лаборатории»).

Результаты. Исследуемая когорта включала 9444 (54,8%) мужчин и 7785 (45,2%) женщин. С наибольшей частотой определены подтипы ВГС 1b и 3a, средний удельный вес которых составлял 47,5% (95% доверительный интервал (ДИ) 46,8–48,3%) и 39,4% (95% ДИ 38,7–40,2%) соответственно. Подтип ВГС 1a и генотип 2 определяли значительно реже – у 5,4% (95% ДИ 5,1–5,8%) и 7,2% (95% ДИ 6,8–7,6%) пациентов соответственно. Не удалось определить типовую принадлежность ВГС у 0,5% (95% ДИ 0,4–0,6%) пациентов.

Подтип ВГС 1b в течение всего периода наблюдения определялся чаще у женщин, подтип 3a – у мужчин. Среди взрослых больных ХГС доминировали пациенты старше 30 лет; их удельный вес среди мужчин составил 77,2%, среди женщин – 80,4%. Кроме того, выделение двух возрастных групп (до 30 и старше 30 лет) пациентов с ХГС позволило выявить ряд особенностей в структуре генотипов/подтипов ВГС. Так, на долю генотипа 3a среди лиц моложе 30 лет приходилось от 42,9 до 57% мужчин и от 41,3 до 50% женщин. Среди женщин старше 30 лет существенно доминировал генотип 1b (от 56,8 до 68,1%), тогда как среди мужчин аналогичной возрастной группы этот показатель практически выравнивался в соотношении с генотипом 1b.

Выводы. Общая структура генотипов/подтипов ВГС, выявленная у взрослых пациентов Московской области за весь период наблюдения,

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

² ФГБУ «Федеральный научно-исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России, г. Москва

³ ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова», г. Москва

⁴ ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

⁵ ГБУЗ МО «Коломенская центральная районная больница», г. Коломна

⁶ ГБУЗ МО «Красногорская городская больница № 1», г. Красногорск

соответствует хорошо известным закономерностям, аналогично другим субъектам Российской Федерации. В результате проведенного исследования в Московской области за 8-летний период отмечено: преобладание лиц старше 30 лет ($4/5$ всех обследованных лиц); доминирование подтипа ВГС 1b, удельный вес которого стабильно превышал показатели подтипа ВГС 3a; ста-

бильное преобладание ВГС 1b у женщин с ХГС; более частое инфицирование генотипом 3a лиц моложе 30 лет, независимо от гендерной принадлежности. Подобные показатели свидетельствуют в пользу внутривенной наркомании как основного пути передачи инфекции среди лиц моложе 30 лет, а также мужчин более старшей возрастной категории.

Регресс врожденных патологических извитостей внутренних сонных артерий у детей в процессе развития

Борисова М.Н., Лобов М.А., Пантелеева М.В., Котов А.С., Шаталин А.В., Токарева Ю.В., Мухина Е.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – изучить возрастную эволюцию патологических извитостей внутренних сонных артерий у детей и подростков.

Материал и методы. Обследовано в динамике 46 детей с патологическими извитостями внутренних сонных артерий. Исследование прецеребральных сосудов проводилось методом дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий 1–2 раза в год в В-режиме, цветовом доплеровском и спектральном режимах. Гемодинамическая значимость выявленной деформации внутренних сонных артерий определялась по изменению качественных и количественных характеристик кровотока, соответствующих «эффекту стенозирования», диапазону прироста пиковой систолической скорости кровотока на «выходе из стеноза». Сроки катamnестического наблюдения составили от 1 до 5 лет. Оценка возрастных изменений конфигурации сосудов проводилась с учетом антропометрических показателей.

Результаты. Первую группу составили 22 ребенка с патологическими извитостями внутренних сонных артерий, сопровождающимися умеренными и выраженными нарушениями гемодинамики; вторую – 24 пациента с деформациями внутренних сонных артерий без гемоди-

намических нарушений. В 70,8% (n=17) случаев наблюдения траектория хода сосуда приобрела прямолинейный ход, в 8,3% (n=2) уменьшилось углообразование сосуда. У 5 (20,8%) детей эхографические показатели не изменились. В группе детей с гемодинамически значимыми патологическими извитостями внутренних сонных артерий траектория сосуда имела более выраженное нарушение (кинкинг, койлинг), динамика «расправления» сосуда встречалась значительно реже. У 2 детей (9,1%) траектория внутренних сонных артерий стала прямолинейной. В 31,8% (n=7) случаев отмечалась положительная динамика в виде уменьшения углообразования, расправления петель с улучшением гемодинамических показателей («эффекта стенозирования»). В 59,1% случаев (n=13) положительной динамики выявлено не было. Достоверное улучшение эхографических показателей наблюдалось в случаях увеличения роста на 10 см и более ($p < 0,027$). Статистический анализ, проведенный с использованием критерия Манна – Уитни, показал, что нивелирование патологических извитостей внутренних сонных артерий с улучшением кровотока у детей с деформациями внутренних сонных артерий без нарушений гемодинамики наблюдается достоверно чаще ($p < 0,0052$).



Современные принципы диагностики и лечения дифференцированного рака щитовидной железы

Бритвин Т.А., Нечаева О.А.

Дифференцированный рак щитовидной железы является преобладающей формой тиреоидного рака (90–95%) и составляет около 1% всех злокачественных опухолей. Заболеваемость колеблется от 0,5 до 10 на 100 тыс. населения в мире, в США – 8 на 100 тыс.; в Московской области специальных эпидемиологических исследований не проводилось (наблюдательная программа, одной из задач которой является выяснение эпидемиологической ситуации по заболеваемости дифференцированного рака щитовидной железы, начата в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в январе 2016 г. после утверждения плана научно-исследовательских работ на 2016–2020 гг.). Проблема дифференцированного рака щитовидной железы неразрывно связана с дифференциальной диагностикой узловых образований в щитовидной железе и базируется на проведении тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем ультразвукового исследования с последующим цитологическим исследованием, достоверность результатов которой определяется экспертным уровнем ультразву-

кового исследования и заключения цитолога, что возможно только в специализированных лечебных учреждениях.

В докладе представлены результаты диагностики, лечения, маршрутизации и мониторинга больных с дифференцированным раком щитовидной железы, основанные на данных консультативно-диагностического отдела, отделений хирургической и терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского и окружных эндокринологов Московской области. Предложены к обсуждению также пути улучшения результатов диагностики, лечения дифференцированного рака щитовидной железы в соответствии с международными и российскими консенсусными соглашениями. Особое внимание уделено молекулярно-биологическим исследованиям, направленным на объективизацию дооперационной дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы и прогнозирования течения дифференцированного рака щитовидной железы после операции.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Лечение хронических стенозов трахеи с хондромалацией

Быстренин А.В.

Для восстановления просвета трахеи с хондромалацией необходимо не только иссечь рубцовую ткань, но и восстановить ее каркас. Для лучшей фиксации и жесткости восстанавливаемого участка трахеи нами разработан способ восстановления шейного отдела трахеи при его рубцовом заращении с лизированием хрящевого каркаса. Хирургическое лечение проводили в два этапа. На первом этапе формировали полукольцо из двух пластинок реберного аутохряща, фиксируя их на тефлоновой катушке и помещая подкожно на срок до 1 месяца на передней брюшной стенке. На втором этапе извлекали катушки с хрящами, которые, фиксируясь между собой,

приобретали кольцевидную форму. Хрящи кольцевидной формы имплантировали к стенозированному участку трахеи.

Под нашим наблюдением находились 19 больных с рубцовым стенозом трахеи, сочетающимся с хондромалацией. У 15 (79%) пациентов цель проводимого лечения была достигнута – больные были деканулированы. У 4 (21%) произошло рестенозирование трахеи.

Предложенный нами способ восстановления просвета трахеи является в достаточной степени надежным: в 79% случаев цель проводимого лечения была достигнута при сроках наблюдения более 5 лет.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Вторичный гиперпаратиреоз после трансплантации ПОЧКИ

Ветчинникова О.Н., Кантария Р.О., Шестеро Е.В., Курчатова А.Н.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Актуальность. Вторичный гиперпаратиреоз у реципиентов почечного трансплантата изучен недостаточно.

Цель – оценить функцию околощитовидных желез у пациентов с хронической болезнью почек, перенесших трансплантацию трупной почки.

Материал и методы. Исследование выполнено в рамках одномоментного поперечного дизайна у 57 реципиентов, перенесших трансплантацию почки в последние 5 лет: 28 мужчин и 29 женщин, средний возраст 45 ± 12 лет. Длительность посттрансплантационного периода составила 1–58 месяцев (медиана – 20 месяцев). Паратиреоидный гормон и витамин D (25ОНD) (39 больных) в плазме крови определяли иммуноферментным методом (референсные значения 35–73 пг/мл и более 30 нг/мл соответственно), сывороточные концентрации электролитов, альбумина, параметров азотистого метаболизма и активность общей щелочной фосфатазы – по стандартным методикам. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле Кокрофта – Голта.

Результаты. Уровень паратиреоидного гормона в плазме крови колебался в пределах 85–524 пг/мл, составив 117, 177 и 360 пг/мл соответственно при СКФ более 60 мл/мин, 30–60 мл/мин и менее 30 мл/мин ($p = 0,004$). Дефицит витамина D (7–23 нг/мл) определялся у всех па-

циентов, независимо от СКФ, лишь у четверти он был умеренный (20–30 нг/мл). Нарушение кальций-фосфорного обмена регистрировалось у 25 больных: гиперкальциемия (8), гипофосфатемия (16), гиперфосфатемия (2), сочетанное нарушение – гиперкальциемия и гипофосфатемия (3). Гиперкальциемия имела место у 6 больных в первый год после трансплантации почки и у 2 – в отдаленные сроки, гипофосфатемия – у 4 и 12 соответственно. Активность общей щелочной фосфатазы (медиана 72 ед/л) у всех больных находилась в пределах референсных значений (26–115 ед/л). Установлена обратная корреляционная зависимость между уровнем паратиреоидного гормона и СКФ ($r = -0,354$, $p = 0,007$) и прямая – с сывороточной концентрацией креатинина ($r = 0,480$, $p < 0,001$). Другие ассоциации плазменного уровня паратиреоидного гормона – с содержанием в крови витамина D, фосфора, кальция, магния, активностью щелочной фосфатазы, а также возрастом, длительностью посттрансплантационного периода – отсутствовали.

Заключение. Вторичный гиперпаратиреоз у реципиентов почечного трансплантата имеет сложное происхождение. Исследования в этом направлении позволяют установить его патогенетические механизмы, роль дефицита витамина D и определить целевое значение паратиреоидного гормона в крови.



Посттравматические когнитивные нарушения у беременных

Волынкин А.А.

Актуальность. Черепно-мозговая травма является одной из главных причин смерти и инвалидизации молодого населения в мире, достигая 40% от всего травматизма. У большей части пациентов сохраняются различные последствия перенесенной черепно-мозговой травмы: от функциональных расстройств до грубой неврологической симптоматики. Отмечено, что спустя 6 месяцев после легкой черепно-мозговой травмы около 39% пациентов предъявляют жалобы когнитивного спектра. Высокая распространенность последствий черепно-мозговой травмы и их коморбидность с акушерской патологией при беременности делают данную проблему актуальной.

Цель – оценить когнитивные функции у беременных с последствиями черепно-мозговой травмы, проходивших родоразрешение в акушерском физиологическом отделении ГБУЗ МО «МОНИИАГ» с 2013 по 2015 г.

Материал и методы. Выполнено неврологическое обследование 47 беременных в возрасте от 19 до 42 лет с черепно-мозговой травмой в анамнезе с проведением нейропсихологического тестирования по краткой шкале оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination – MMSE). По данной шкале 28–30 баллов расценивались как отсутствие когнитивных нарушений, 24–27 – как умеренные когнитив-

ные нарушения, ниже 23 баллов – как деменция. Все беременные были разделены на 2 группы в зависимости от вида ранее полученной черепно-мозговой травмы: 1-я группа – с последствиями сотрясения головного мозга (n=21; 44,7%); 2-я группа – с последствиями ушиба головного мозга (n=26; 55,4%). В 2 (4,3%) случаях черепно-мозговая травма (сотрясение головного мозга) получена на ранних сроках данной беременности, у всех остальных (n=45; 95,9%) – до нее.

Результаты. В 1-й группе жалобы когнитивного характера предъявляли 6 (28,7%) пациенток. Средние показатели по шкале MMSE составили $28,57 \pm 1,22$. На основании жалоб и данных шкалы MMSE умеренные когнитивные нарушения выявлены у 2 (9,5%) беременных (средний балл MMSE – $25,5 \pm 0,5$). Во 2-й группе жалобы когнитивного спектра предъявляли 11 (42,4%) беременных. Средние показатели по шкале MMSE составили $28,15 \pm 1,68$. Умеренные когнитивные нарушения верифицированы у 6 (23,1%) беременных (средний балл по шкале MMSE – $25,67 \pm 0,47$).

Вывод. Таким образом, в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы у беременных когнитивный дефицит выявляется в подавляющем числе случаев после ушиба головного мозга (n=6; 23,1%), достигая уровня умеренных когнитивных нарушений.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», г. Москва

Эффективность ингибитора тирозинкиназ 2-й линии нилотиниба в терапии рецидивного/резистентного хронического миелолейкоза

Высоцкая Л.Л., Голенков А.К., Трифонова Е.В., Черных Ю.Б., Митина Т.А., Катаева Е.В.

Актуальность. Смена ингибитора тирозинкиназ 1-й линии (иматиниб) на ингибитор 2-й линии (нилотиниб) является эффективным методом терапии у пациентов с рецидивным/резистентным хроническим миелолейкозом.

Цель – оценка эффективности лечения ингибитором тирозинкиназ 2-й линии нилотинибом пациентов с рецидивным/резистентным хроническим миелолейкозом по непосредственным и отдаленным результатам.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Материал и методы. В проспективное исследование включены 44 больных хроническим миелолейкозом, получающих нилотиниб 800 мг/сут, из них в хронической фазе – 33 (75%) пациента, в фазе акселерации – 11 (25%), из них 17 мужчин и 27 женщин. Возраст пациентов колебался от 26 до 73 лет (медиана – 50 лет). Медиана длительности заболевания до начала лечения ингибитором тирозинкиназ 1-й линии иматинибом составила 13,8 месяца (от 1,5 до 61 месяца), медиана предшествующего лечения иматинибом – 44,3 месяца (от 6 до 103 месяцев). У основной части пациентов были отмечены гематологический рецидив (69,2%) и цитогенетическая резистентность к иматинибу (58,3%). С цитогенетическим рецидивом на фоне лечения иматинибом было 30,8%, с отсутствием молекулярного ответа при полном цитогенетическом ответе в течение 84 месяцев лечения иматинибом – 3,8%, с отсутствием полного гематологического ответа в течение первых 3 месяцев лечения иматинибом – 11,5% пациентов. Медиана длительности лечения нилотинибом составила 40,4 месяца (от 3 до 90,6 месяца). Нами проанализированы непосредственные и отдаленные результаты лечения нилотинибом – полный гематологический ответ, полный цитогенетический ответ, частичный цитогенетический ответ, молекулярный ответ и общая выживаемость.

Результаты. Через 3 месяца от начала лечения нилотинибом 800 мг/сут полный гемато-

логический ответ достигнут у 83% пациентов с рецидивным/резистентным хроническим миелолейкозом. К 6-му месяцу лечения у 31 (70,5%) больного достигнут большой цитогенетический ответ: полный цитогенетический ответ – у 9 (20,5%), частичный цитогенетический ответ – у 22 (50%). К 12-му месяцу полный цитогенетический ответ достигнут у 28 (64%) пациентов, к 18-му месяцу – у 39 (90%), к 24-му месяцу – у 43 (97%). Большой молекулярный ответ к 12-му месяцу терапии достигнут у 3 (6,8%) больных, к 18-му месяцу – у 33 (75%), к 24-му месяцу – у 43 (97%). Полный молекулярный ответ получен к 24-му месяцу у 11 (25%) больных. На фоне лечения нилотинибом прогрессии заболевания до фазы акселерации, бластного криза не было. Все пациенты живы, общая выживаемость составила 100%. Лечение нилотинибом отменено у 2 пациенток: у одной в хронической фазе отмечалась первичная цитогенетическая и молекулярная резистентность к этому веществу, у второй – негематологическая токсичность III степени в виде развития диффузного узлового зоба.

Выводы. Наше исследование показало высокую эффективность ингибитора тирозинкиназ 2-й линии нилотиниба в терапии рецидивного/резистентного хронического миелолейкоза. После 18 месяцев лечения уровень полного цитогенетического ответа варьирует от 90 до 97%, большого молекулярного ответа – от 75 до 97%. Общая выживаемость составила 100%.

Новые технологии в лечении аденом гипофиза

Григорьев А.Ю.

ФГБУ
«Эндокринологический
научный центр»
Минздрава России,
г. Москва

В ФГБУ ЭНЦ за период с 2004 по 2016 г. было оперировано около 1500 пациентов с аденомами гипофиза. Из них кортикотропиномы составили 650 наблюдений, соматотропиномы – порядка 630, остальные опухоли распределились по следующим нозологиям: пролактиномы, тиреотропиномы, гормонально неактивные, краниофарингиомы, менингиомы бугорка турецкого седла, дермоидные и эпидермоидные кисты.

Часть пациентов с акромегалией проходили предварительное консервативное и/или лучевое лечение, однако большинство были оперированы первично, в том числе практически все больные

с кортикотропиномами. Подавляющее большинство пролактином были оперированы после проведения длительного курса консервативной терапии с развитием или наличием резистентности опухоли к агонистам дофамина. Все пациенты были оперированы трансфеноидальным эндоскопическим доступом.

Эффективность хирургического лечения микрокортотропином – 86%, макроаденом – 87%, кортикотропином без визуализации при помощи магнитно-резонансной томографии – 76%, микросоматотропином – 78%, макросоматотропином – 59%.



Дифференциальная диагностика и иммунофенотипические критерии прогноза нейроэндокринных опухолей легкого

Гуревич Л.Е., Корсакова Н.А., Казанцева И.А., Титов А.Г., Мазурин В.С., Шабаров В.Л.

Актуальность. Среди всех новообразований легких нейроэндокринные опухоли составляют до 20–25%. Несмотря на распространенность нейроэндокринных опухолей легкого, существует большое количество морфологических аспектов, позволяющих на операционном материале и диагностических биопсиях дифференцировать разные варианты этих опухолей легкого от опухолей других типов и метастазы в легкие опухолей других органов, а также прогнозировать клиническое течение.

Материал и методы. Материалом исследования послужили образцы тканей опухолей легкого (биопсийный и операционный материал) от 159 пациентов: 69 женщин и 90 мужчин в возрасте от 14 до 80 лет. Проводилось гистологическое и иммуногистохимическое исследование тканей опухоли.

Результаты. Иммуногистохимический метод с использованием спектра молекулярно-биологических маркеров – TTF-1, напсина А, р63, Ki-67, а также спектра цитокератинов – широкого спектра и высоких молекулярных весов, № 5/6, 7 и 19 позволил поставить диагноз нейроэндокринных опухолей легкого в 159 случаях. В 49 (30,8%) случаях были выявлены типичные карциномы, в 32 (20,1%) – атипичные карциномы, в 64 (40,2%) – мелкоклеточные нейроэндокринные карциномы, в 14 (8,8%) – крупноклеточные нейроэндокринные карциномы. Было показано, что все эти типы нейроэндокринных опухолей легкого существенно различались по иммунофенотипу опухолевых клеток. TTF-1 экспрессировали 6,9% типичных карцином, 61,5% атипичных карцином, 82,7% мелкоклеточных нейроэндокринных карцином и 77,8% крупноклеточных нейроэндокринных

карцином; цитокератин 7 – 6,1% типичных карцином, 50% атипичных карцином, 41,7% мелкоклеточных нейроэндокринных карцином и 72,7% крупноклеточных нейроэндокринных карцином; цитокератин 19 – 16,3% типичных карцином, 53,3% атипичных карцином, 64,6% мелкоклеточных нейроэндокринных карцином и 90,9% крупноклеточных нейроэндокринных карцином. Средний индекс Ki-67 в типичных карциномах составлял 2,1%, в атипичных карциномах – 11,2%, в мелкоклеточных нейроэндокринных карциномах – 58,1%, в крупноклеточных нейроэндокринных карциномах – 40,2%. В 73 случаях для определения чувствительности к использованию аналогов соматостатину при лечении пациентов с нейроэндокринными опухолями легкого определяли экспрессию рецепторов к соматостатину типов 2А и 5. Рецепторы типа 2А экспрессировали 54,5% типичных карцином, 55% атипичных карцином, 20% мелкоклеточных нейроэндокринных карцином, 0 крупноклеточных нейроэндокринных карцином; рецепторы типа 5 – 23,3% типичных карцином, 13,3% атипичных карцином, 0 мелкоклеточных нейроэндокринных карцином, 20% крупноклеточных нейроэндокринных карцином.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что экспрессия таких маркеров, как TTF-1, цитокератины 7 и 19, является фактором менее благоприятного прогноза нейроэндокринных опухолей легкого и очень редко характерна для типичных карцином. Экспрессия этих маркеров в типичных и атипичных карциномах позволяет выделить их в группу риска возникновения рецидивов и/или появления метастазов.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Применение антиоксидантного препарата Визомитин в профилактике эрозии роговицы при выполнении оперативных вмешательств в условиях общей анестезии

Гусев А.Е.¹, Чемоданов Д.В.¹, Лихванцев В.В.²

¹ Военно-медицинская организация, г. Голицыно

² ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Одним из осложнений общей анестезии является синдром сухого глаза, характеризующийся изменениями как качественными, так и количественными показателями слезной пленки, приводящими к повреждению эпителия конъюнктивы и роговицы.

Целью исследования было улучшение результатов лечения при хирургических вмешательствах путем снижения частоты развития эрозии роговицы у больных в послеоперационном периоде за счет профилактического применения митохондрий-адресованного антиоксиданта – препарата Визомитин (глазные капли).

Сто восемнадцать пациентов, которым предполагалось выполнение операций средней продолжительности в условиях общей анестезии,

были рандомизированы на 3 группы в зависимости от метода профилактики эрозий роговицы: 1-я – с применением препарата Слеза натуральная, 2-я – с применением препарата Визомитин, 3-я – контрольная (профилактика не проводилась).

При оперативных вмешательствах в условиях общей анестезии глазные капли Визомитин эффективно предупреждают развитие эрозии роговицы на 3-и сутки послеоперационного периода. Количество больных с данным осложнением снизилось до 0 против 9 пациентов в контрольной группе ($p=0,0007$).

Вывод. При оперативных вмешательствах в условиях общей анестезии глазные капли Визомитин эффективно предупреждают развитие эрозии роговицы.

Применение липофилинга при лечении пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области

Дзампаева И.Р., Дробышев А.Ю., Глушко А.В.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва

Актуальность. По мнению многих авторов, жировая ткань обладает большинством свойств идеального наполнителя. Помимо эффекта длительного восстановления объема отмечены ее регенеративные свойства. Трансплантированный жир улучшает трофику и качество окружающих тканей. На сегодняшний день жировая ткань является наиболее часто используемым аутогенным материалом.

Цель – анализ эффективности применения липофилинга при лечении пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.

Материал и методы. Проведено комплексное лечение 30 пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области различного генеза, включавшее в себя реконструктивные операции на костных и мягкотканых структурах, а также ли-



пофиллинг мягких тканей. Результаты оценивались на сроках 3, 6 и 9 месяцев по данным клинического обследования и анализа фотографий, ультразвукового исследования и компьютерной томографии.

Результаты. В результате проведенного лечения у всех пациентов отмечено восстановление формы, объемов и контуров мягких тканей челюстно-лицевой области. По данным ультразвуково-

вого исследования и компьютерной томографии, жировые аутотрансплантаты сохранены в достаточных объемах.

Заключение. Липофиллинг повышает эффективность и улучшает эстетические результаты хирургического лечения пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.

Применение метода неинвазивной спектрофотометрии с дыхательной пробой при пылевых заболеваниях легких

Дмитрук Л.И., Рогаткин Д.А.

Состояние микрогемодинамики при диффузных профессиональных заболеваниях легких изучено недостаточно. Разрастание фиброзной ткани и эмфизема, возникающие от воздействия промышленных аэрозолей, приводят к изменению показателей объемного кровенаполнения и сатурации крови.

Цель – оценить диагностическое значение неинвазивной спектрофотометрии с дыхательной пробой при пылевой патологии легких.

Материал и методы. Обследованы 20 больных с силикозом и пылевым бронхитом, контрольную группу составили 15 сопоставимых по возрасту практически здоровых лиц. Средний возраст был равен $57,9 \pm 8,1$ года. В работе использован прибор «Спектротест», позволяющий количественно оценить кровоток в ткани ($V_{кр}$, объем крови в единице ткани) и насыщение крови кислородом (SO_2 , сатурацию).

Результаты. У пациентов с пылевой патологией легких исходная средняя SO_2 соста-

вила $0,87 \pm 0,07$ отн. ед.; в контрольной группе – $0,89 \pm 0,08$ отн. ед. Исходный средний $V_{кр}$ в основной группе был равен $0,12 \pm 0,06$ отн. ед.; в контрольной – $0,16 \pm 0,03$ отн. ед. После дыхательной пробы в основной группе глубина изменений SO_2 была $-1,46 \pm 1,35\%$; в контрольной – $-5,2 \pm 3,5\%$. Глубина изменений $V_{кр}$ в основной группе – $-11,5 \pm 8,6\%$; в контрольной группе – $-26,3 \pm 8,6\%$.

Заключение. При выполнении дыхательного теста (глубокий вдох с задержкой дыхания на 15 секунд на высоте вдоха без напряжения) у больных с пылевой патологией легких происходит снижение оттока крови с периферии и менее выраженное снижение сатурации, чем в контрольной группе. После выполнения дыхательной пробы у больных отмечалось замедленное восстановление микроциркуляции и сатурации (уменьшение глубины венозного оттока крови в фазе вдоха). Эти изменения могут явиться первыми симптомами формирования легочной гипертензии.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Альтернативы переливания донорской крови в плановой травматологии и ортопедии

Дорожко И.Г., Волошин В.П., Литвинов В.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Риск возникновения инфекций, значительное число осложнений иммунного генеза заставили хирургов смотреть на трансфузию донорской крови как на дорогой и небезопасный метод лечения.

Целью исследования являются разработка и внедрение в клиническую практику оптимальной стратегии восполнения операционной кровопотери собственной кровью пациента при плановых хирургических вмешательствах. В основу работы положен анализ клинических наблюдений, лабораторных исследований и результатов функционального контроля у 1140 аутодоноров и 350 пациентов, которые не дали перед операцией согласия стать аутодонорами. Всего обследованы 1490 человек.

Проведен сравнительный анализ гемодинамики, водно-солевого баланса, системы гемостаза и клеточного состава крови у аутодоноров эритроцитной массы при нормо- и гиперволемической гемодилюции, при эксфузии крови, во время операции и в послеоперационном периоде. Изучено влияние предоперационной эксфузии крови на течение хирургического вмешательства и послеоперационного периода. Выявлены факторы риска, возникающие при управляемой гемодилюции, при интраоперационном сборе крови с последующей ее реинфузией. Обоснована эффективность

использования дренажной крови в первые 6 часов после оперативного вмешательства с применением системы HandyVac ATS.

Проанализирована операционная кровопотеря у аутодоноров крови и эритроцитной массы, у пациентов, оперированных при нормо- и гиперволемической гемодилюции, и у больных, которым переливали только гомологичную кровь. Определены перспективы сокращения объемов и частоты переливания компонентов донорской крови в плановой хирургии. Результаты исследований показывают, что пациенты, у которых нет противопоказаний к проведению плановой ортопедической операции, не имеют противопоказаний и к аутодонорству.

Таким образом, разработана и научно обоснована оптимальная стратегия аутодонорства для возмещения кровопотери при плановых реконструктивно-восстановительных хирургических вмешательствах в ортопедии и травматологии, позволяющая на 90% сократить обычную потребность в донорской крови. Выявленные и реализованные в клинике оптимальные технологии применения аутогемотрансфузии при выполнении плановых операций обеспечили максимальную эффективность оказания специализированной помощи больным с повреждениями опорно-двигательного аппарата.

Новые технологии в лечении и контроле сахарного диабета

Древаль А.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

В настоящее время отмечают две отчетливые тенденции в развитии новых методов лечения и контроля сахарного диабета, которые в определенной степени являются антагонистическими, так как полный успех одной из них неминуемо ведет к гибели другой: создание искусственной

поджелудочной железы и восстановление разрушенных бета-клеток поджелудочной железы.

Прогресс в создании искусственной железы заключается в том, что уже внедрены в клиническую практику достаточно совершенные инсулиновые помпы, режим работы которых гибко



программируется. Разработаны также устройства непрерывного мониторинга гликемии. Более того, разработан специализированный компьютер, который может управлять режимом работы помпы в зависимости от показателей непрерывного «замера» гликемии. Осталось объединить эти три технических средства (помпа, аппарат непрерывного исследования гликемии и управляющий помпой компьютер) в единое достаточно миниатюрное и очень надежное устройство, над чем интенсивно работают биоинженеры.

Восстановление функции бета-клеток реализуется разными способами – от пересадки поджелудочной железы до генетической трансформации пула печеночных клеток больного диабетом в продуцирующие инсулин «гепатоциты», которые подсаживаются в печень больного («автодонора»). При последнем подходе решается проблема не только инсулиновой недостаточности, но и иммунологической несовместимости. Очевидно, больному с пересаженными бета-клетками искусственная железа не нужна, и наоборот.

Первый опыт регистра опухолей гипофиза в Московской области

Древалъ А.В., Иловайская И.А., Кривошеева Ю.Г., Комердус И.В., Покрамович Ю.Г., Чеканова А.В., Сташук Г.А.

Цель – анализ оценки распространенности (по обращаемости) опухолей гипофиза различной гормональной активности в Московской области.

Материал и методы. На январь 2016 г. имеются данные о 573 пациентах с опухолями гипофиза: гормонально-неактивными опухолями ($n=218$), пролактиномами ($n=119$), соматотропиномами ($n=192$), кортикотропиномами ($n=44$). Проанализированы соотношения микро- и макроаденом в каждой группе, возрастные и гендерные особенности больных с использованием методов вариационной статистики для непараметрических данных, результаты выражены в виде медианы [25%, 75%].

Результаты. Среди гормонально-неактивных опухолей соотношение микро- и макроаденом гипофиза было 74/144 (1/2; 33,9 и 66,1% соответственно). Медиана возраста в целом по группе гормонально-неактивных опухолей составила 49 [31,8; 60] лет, у пациентов с микро- и макроаденомами – 34 [24; 45] и 53,5 [43; 63,5] года соответственно ($p<0,001$). Соотношение мужчин и женщин было 58:160 (1:2,8). Среди пролактином соотношение микро- и макроаденом составило 52/67 (1/1,3; 43,7 и 56,3%). Медиана возраста пациентов в целом по группе с пролактиномами составила 34 [25; 44] года, из них у пациентов с микро- и макроаденомами – 27,5 [23,3; 35] и 47 [34; 47] лет соответственно ($p<0,001$). Соотношение мужчин и женщин в данном случае было 26:93 (1:3,6).

Среди соматотропином соотношение микро- и макроаденом было 50/142 (1/2,8; 26 и 74%). Медиана возраста пациентов с соматотропиномами – 57 [48; 66] лет, из них у пациентов с микро- и макроаденомами – 57 [50,8; 64,5] и 55 [43; 64] лет соответственно ($p>0,05$); соотношение мужчин и женщин – 39:153 (1:3,9). Среди кортикотропином соотношение микро- и макроаденом составило 35/9 (3,9:1; 79,5 и 20,5%). Медиана возраста пациентов в этой группе была 39,5 [31,8; 45,8] года, из них у больных с микро- и макроаденомами – 39 [30; 42] и 36,4 [31; 39] года соответственно ($p>0,05$); соотношение мужчин и женщин – 4:40 (1:10).

Заключение. Соотношение микро- и макроаденом в группах гормонально-неактивных опухолей и пролактином отличается от данных других эпидемиологических исследований, что, видимо, связано с ограничениями данной работы, регистрируемой по обращаемости. Пролактиномы и кортикотропиномы чаще встречались у больных молодого возраста (до 45 лет), в то время как гормонально-неактивные опухоли и соматотропиномы чаще фиксировались у лиц средней возрастной группы (45–60 лет). При этом в группах гормонально-неактивных опухолей и пролактином пациенты с макроаденомами гипофиза были моложе лиц с макроаденомами, в группах соматотропином и кортикотропином различий отмечено не было. Среди всех групп пациентов преимущественно встречались лица женского пола.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Создание правильной проекции концевой отдела носа с использованием хрящевого трансплантата

Дробышев А.Ю., Глушко А.В., Гордина Г.С., Дзампаева И.Р.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва

Для создания правильной методики, которая включает в себя проекции концевой отдела носа, используются различные шовные техники, хрящевые трансплантаты, а также укрепление колумеллы.

Цель – оценить возможность использования хрящевого ауто трансплантата для создания адекватной проекции концевой отдела носа при проведении ринопластики закрытой методикой, оценить долгосрочный результат проведенного лечения.

Материал и методы. За 2015 г. было проведено лечение 20 пациентов с врожденной деформацией носа по типу «горбатого». Всем пациентам была выполнена первичная ринопластика закрытой техникой с использованием аутохрящевого материала из перегородки носа для создания проекции концевой отдела носа.

Результаты. По результатам исследования было выявлено, что у 17 пациентов спустя 1, 3 и 6 месяцев после операции проекция концевой отдела носа была достаточной. У 2 пациентов было отмечено опущение проекции концевой отдела носа на сроках 1 и 2,5 месяца после операции до уровня спинки носа. У 1 пациента было зафиксировано постепенное опущение концевой отдела носа ниже желаемого уровня спустя 37 дней после операции, что может свидетельствовать о недостаточном уровне поднятия проекции концевой отдела носа во время операции.

Заключение. Ауто трансплантация хрящевого материала в концевой отдел носа для создания необходимой проекции является прекрасной техникой, позволяющей достичь долгосрочного и стабильного результата.

Общие принципы и подходы к лечению пациентов с венозными мальформациями лица, шеи и органов полости рта с использованием 3% раствора лауромакрогола в виде микропены

Дробышев А.Ю., Гришин А.А., Дурдыев О.С.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва

Актуальность. Сосудистые мальформации могут встречаться в любой анатомической части человеческого организма. Частота встречаемости сосудистых мальформаций в области головы и шеи составляет от 5 до 14% от общего количества. Следствием недостаточной изученности венозных мальформаций является необоснованный подход к выбору метода лечения больного в зависимости от их размера, объема и локализации. Основные задачи лечения венозных мальформаций – уменьшение размера, остановка их роста с последующим восстановле-

нием эстетики и функции окружающих органов и тканей.

Цель – определить общие принципы и подходы к выполнению склерозирования 3% раствором лауромакрогола в виде микропены у пациентов с венозными мальформациями в области лица, шеи и органов полости рта в зависимости от размера, объема и локализации венозной мальформации.

Материал и методы. В клинике кафедры челюстно-лицевой и пластической хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова под нашим на-



блюдением находились 30 пациентов в возрасте от 18 до 74 лет с венозными мальформациями лица, шеи и органов полости рта. Лечение проводилось с применением 3% раствора лауромакрогола (Этоксисклерола) в виде микропены.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют, что во всех случаях достигнуто значительное уменьшение размера и объема венозной мальформации. Данные подтверждены

результатами клинического осмотра и ультразвукового исследования, проведенного на 3-, 5-, 14- и 21-е сутки после склерозирования.

Заключение. На основании полученных данных, подтвержденных ультразвуковым исследованием и клиническими наблюдениями, применение методики склерозирования в виде микропены эффективно в лечении венозных мальформаций лица, шеи и органов полости рта.

Особенности клиники, диагностики и комбинированного лечения пациентов с аномалиями челюстей и заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава

Дробышев А.Ю., Свиридов Е.Г., Заборовский В.В., Сорвин В.А.

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и зубочелюстные аномалии широко распространены. Они создают эстетические нарушения, вызывают функциональные расстройства, нарушения височно-нижнечелюстного сустава, прикуса, функции дыхания, речи и синдром обструктивного апноэ сна. Недоразвитие нижней челюсти, II скелетный класс являются предрасполагающими факторами возникновения этих заболеваний. По данным литературы, около 34% пациентов со II скелетным классом предъявляют жалобы на функциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава, при этом у 3,8% аномалии обусловлены идиопатической резорбцией головки мышечно-отростка височно-нижнечелюстного сустава. Данные исследований различных авторов доказывают, что при II скелетном классе синдром обструктивного апноэ сна встречается гораздо чаще, чем у пациентов с I и III классами. По частоте встречаемости дыхательных расстройств синдром обструктивного апноэ сна занимает второе место, уступая лишь астме.

Цель – определить частоту встречаемости заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с зубочелюстными аномалиями; определить распространенность синдрома обструктивного апноэ сна у больных со II скелетным классом развития челюстей; разработать, обосновать

и внедрить в клиническую практику алгоритм диагностики и лечения пациентов с данным заболеванием.

Материал и методы. В исследуемую группу вошли 35 пациентов, которым проведено комплексное обследование и комбинированное лечение зубочелюстных аномалий, сопровождающихся внутренними нарушениями височно-нижнечелюстного сустава (28 – со II скелетным классом, 7 – с III классом). Лечение проводилось с целью устранения функциональных и эстетических нарушений (нормализации функции дыхания, устранения функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава, устранения деформации лица и коррекции окклюзии).

Результаты. У пациентов со II скелетным классом аномалии развития челюстей часто сопровождаются функциональными нарушениями височно-нижнечелюстного сустава и синдромом обструктивного апноэ сна. Применение современных методов диагностики позволяет с высокой точностью диагностировать данную патологию, разработать план лечения с минимальным риском развития осложнений и рецидива патологии, получить стабильный результат.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о положительном результате предложенного алгоритма лечения.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва



Опыт пластического закрытия перфорации перегородки носа

Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Гирилов В.И.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Нами разработана оригинальная методика хирургического лечения перфорации перегородки носа, которую применили у 11 больных.

Методика операции. Под наркозом с инфильтрацией слизистой оболочки перегородки носа и нижней носовой раковины раствором артикаина с адреналином (Ультракаин Д-С форте) производили разрез в области прикрепления переднего конца нижней носовой раковины слева и далее на всем протяжении до задних отделов. Тупым и острым путем поднадкостнично производили препаровку слизистой оболочки нижней носовой раковины по направлению к хоану, подготавливая таким образом мукопериостальный лоскут с основанием у переднего конца нижней носовой раковины. При этом передний конец нижней носовой раковины не отсекали. Размеры мукопериостального лоскута зависели от размеров перфорации перегородки носа. После окаймляющего разреза по краям перфорации перегородки носа на максимальном протяжении отсепаивали с обеих сторон мукопериостальной и мукопериост от сохраненных отделов остова перегородки носа, освежая при этом края перфорации. Остатки хрящевого остова и искривленные костные отделы резецировали с помощью ножниц и щипцов Блексли. Сформированный мукопериостальный лоскут с нижней носовой раковины перемещали и ротировали к перфорации. Перемещение лоскута дополняли реимплантацией в область дефекта выпрямленных остатков четы-

рехугольного хряща. При недостатке пластического материала в самой перегородке носа использовали хрящ ушной раковины. С противоположной стороны тупым и острым путем поднадкостнично формировали свободный лоскут со слизистой оболочки нижней носовой раковины, размеры лоскута также зависели от размеров перфорации перегородки носа. Данный лоскут укладывался на перфорацию с противоположной стороны. Затем лоскуты укладывали на дефект перегородки носа и подшивали к слизистой оболочке краев перфорации, восполняя таким образом сохраняющийся дефект и стараясь при этом не увеличивать натяжение лоскутов. В результате перфорация закрывалась полностью без натяжения краев с обеих сторон. На края перфорации накладывали швы (Викрил 4.0), на перегородку носа устанавливали силиконовые сплинты и фиксировали их транс-септальными швами (Викрил 2.0). В полость носа устанавливали эластичные тампоны, которые удаляли через сутки.

При контрольных осмотрах через 1, 3, 6 месяцев и 1 год мы проводили повторное эндоскопическое исследование полости носа с фото- и/или видеодокументацией. Удовлетворительным результатом мы считали полное закрытие перфораций перегородки носа. Во всех случаях хирургического лечения перфораций перегородки носа с применением нашей методики отмечалось полное их закрытие.



Исследование эффективности местной противорецидивной терапии интерфероном альфа-2b в комбинированном лечении папилломатоза гортани

Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Кочнева А.О.

В настоящее время наряду с хирургическими методами лечения папилломатоза гортани целесообразно проводить противовирусное лечение с иммунокоррекцией расстройств, на фоне которых развивается поражение гортани.

Целью данной работы является изучение терапевтической эффективности интерферона альфа-2b при местном применении.

В исследование планируется включить 75 больных (мужчин и женщин) в возрасте от 18 до 65 лет с папилломатозом гортани. Первую группу составят 25 пациентов, которым интраоперационно после удаления папиллом с помощью аппарата Coblator II в пораженную зону будет выполнено подслизистое введение интерферона альфа-2b в дозе 3 млн МЕ. После этого 7 дней ежедневно проводятся ингаляции интерфероном альфа-2b, растворенным в 5 мл физиологического раствора с помощью небулайзера. Во 2-ю группу также планируется включить

25 больных со следующим планом терапии: хирургическое лечение – эндоларингеальная микрохирургия с применением холодной плазмы, противовирусная терапия – препарат Аллокин-альфа, 3 инъекции до операции и 3 инъекции в послеоперационном периоде через 2 суток подкожно в дозе 1 мг. В 3-й (контрольной) группе (25 человек) планируется только хирургическое лечение с помощью аппарата Coblator II. Период наблюдения за больными: примерно 1 неделя пребывания больных в стационаре и амбулаторное наблюдение в течение 2 лет.

Результаты лечения оцениваются по изменению количества и тяжести рецидивов, длительности ремиссий. По предварительным результатам можно сделать следующие выводы: местное применение рекомбинантного интерферона альфа-2b приводит к статистически значимому снижению продолжительности и тяжести рецидивов папилломатоза гортани.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Эпидемиологические аспекты папилломатоза гортани в Московской области

Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Марченко А.С.

Эпидемиологические данные о распространенности папилломатоза гортани в Российской Федерации отсутствуют. В то же время данная информация представляет научный интерес и имеет практическое значение в связи с наблюдающимся в последнее время ростом заболеваемости папилломатозом гортани как у детей, так и у взрослых.

Цель – оценить распространенность папилломатоза гортани у взрослых и детей, проанализировать структуру заболеваемости и обобщить динамику течения заболевания в Московской области.

С 2005 по 2014 г. в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского было пролечено 199 пациентов с диагнозом «папилломатоз гортани». Из них было 68 (34,17%) взрослых (от 18 до 71 года, средний возраст – 37,4 года) и 131 (65,82%) ребенок (от 1 года до 18 лет). Ретроспективный анализ заболевания проведен с 2005 по 2014 г. по всем округам Московской области. Распространенность папилломатоза гортани в области составила 1,95 на 100 тыс. взрослого населения и 2,3 на 100 тыс. детей.

Наш анализ заболевания в Московской области показал всю сложность, неоднозначность

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



проблемы папилломатоза гортани. Проблема имеет комплексный характер, что требует дальнейшего накопления и осмысления данных по этиологии и патогенезу заболевания, разработки

новых и совершенствования имеющихся подходов к лечению, основанных в первую очередь на современных достижениях иммунологии, химиотерапии, генной инженерии.

Профилактика развития остеонекроза челюстей после удаления зубов у больных, получающих антирезорбтивную терапию

Жукова Н.А., Дробышев А.Ю., Якименко И.И., Трофимов С.А.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва

Остеонекроз челюстей – осложнение, которое развивается у больных, получающих антирезорбтивную терапию по поводу злокачественных новообразований с наличием метастатических очагов в костях скелета. Одним из ведущих факторов в развитии остеонекроза является хирургическая травма.

На базе нашей кафедры проведено лечение 30 пациентов: 20 больных, имеющих в анамнезе терапию бисфосфонатами (Зомета, Золерикс) и 10 пациентов, получавших деносуидаб (препарат Эксджива) в связи с наличием костных метастазов злокачественных новообразований (50% – рак молочной железы, 27% – рак предстательной железы, 17% – рак почки, 6% – множественная миелома). Проведено удаление 45 зубов. Удаления проводили под местной анестезией, максимально атравматично, в лунку зуба вводили плазму

крови пациента, обогащенную факторами роста (PRGF), полученную в результате центрифугирования крови пациента по технологии ВТИ. На устья лунок накладывали направляющие швы.

Назначали курс антибактериальной терапии на 7 дней. С первых суток после удаления проводили курс местной озонотерапии (10 ежедневных процедур). Применяли озоногенератор производительностью 2 л/мин озono-воздушной смеси с концентрацией озона 0,261 мг/м³. Швы снимали на 14-е сутки. Контрольное рентгенологическое обследование проводили через 6 месяцев после удаления.

Выводы. Ни в одном из случаев не было выявлено признаков развития остеонекроза. Показана эффективность предложенного протокола проведения удаления зубов у пациентов, получающих антирезорбтивную терапию.

Новый подход к терапии реперфузионных повреждений мозга (экспериментальное исследование)

Забелина Т.С.¹, Скулачев М.В.², Силачев Д.Н.², Зоров Д.Б.², Лихванцев В.В.¹

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

В эксперименте изучалась возможность фармакологической коррекции нарушений, вызванных ишемией головного мозга, с помощью раствора антиоксиданта SkQR1, вводимого внутривенно в дозе 1 мкмоль/кг сразу после начала реперфузии. Ишемию головного мозга крысы вызвали введением покрытой си-

ликоном нейлоновой нити в правую среднюю мозговую артерию. Объем инфаркта головного мозга определяли на 7-е сутки после моделирования инсульта морфометрическим анализом цифровых изображений, полученных методом магнитно-резонансной томографии, или сканированием срезов мозга, окрашенных



2,3,5-трифенилтетразолия хлоридом (ТТС-метод).

Морфометрический анализ ТТС-изображений показал, что размер ишемического очага у животных, которым инъецировали физиологический раствор, на 1-е сутки после операции был равен $286 \pm 29,5 \text{ мм}^3$ ($n=5$). При лечении митохондриально-адресованным антиоксидантом SkQR1 наблюдалось достоверное уменьшение очага повреждения, в этом случае его объем был $183 \pm 18,5 \text{ мм}^3$ ($n=6$). По усредненным данным,

объем очага уменьшался на 36% ($p < 0,01$). У крыс, получавших SkQR1, неврологический дефицит был в 3 раза ниже по сравнению с группой, которой инъецировали только физиологический раствор, и составлял 5 баллов ($p < 0,01$) на 1-е сутки после операции.

Полученные нами данные указывают на возможность коррекции последствий ишемии и реперфузии головного мозга с помощью введения раствора митохондриально-адресованного антиоксиданта SkQR1.

² Научно-исследовательский институт физико-химической биологии имени А.Н. Белозерского МГУ, г. Москва

Инновационные технологии в репродуктивной эндокринологии

Иловайская И.А.

Важным разделом репродуктивной медицины является репродуктивная эндокринология, направленная на решение проблем здоровья, ассоциированных с нарушениями в репродуктивной сфере.

В последние годы проблемы репродукции стали особенно актуальными в связи с угрожающим ростом частоты бесплодного брака. Среди факторов бесплодного брака доля эндокринных нарушений у женщин составляет 20–30%, у мужчин – 15–20%, сочетание этих факторов – до 20–25% у бесплодных супружеских пар.

Достижения современной эндокринологии позволили расшифровать структуру гормонов и механизмы гормональной регуляции гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы, что способствовало синтезу и внедрению в широкую клиническую практику гормональных препаратов – от аналогов гипоталамического гонадотропин-рилизинг-гормона и рекомбинантных гонадотропинов до периферических половых стероидов. Внедрение вспомогательных репродуктивных технологий – таких как экстракорпоральное оплодотворение, интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида,

преимплантационная генетическая диагностика – открыло новые перспективы в изучении гормональных механизмов оогенеза, оплодотворения и имплантации и способствовало созданию новых схем лечения с применением различных гормональных препаратов.

Репродуктивная эндокринология не только охватывает проблемы здоровья в течение репродуктивного возраста, но и изучает медицинские аспекты старения, возникающего на фоне угасания активности репродуктивной системы. Важными целями репродуктивной эндокринологии являются поддержание здоровья женщины в постменопаузе и расширение возможностей менопаузальной гормональной терапии. Долгие годы исследования женских половых стероидов в постменопаузе показали, что менопаузальная гормональная терапия, назначенная женщинам в возрасте до 60 лет и не позже, чем через 10 лет после менопаузы, – не только лучший способ лечения вазомоторных и психоэмоциональных нарушений, ассоциированных с постменопаузой, но и эффективное средство профилактики сердечно-сосудистых событий в более позднем возрасте.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Наследственные опухолевые синдромы

Имянитов Е.Н.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Наследственные опухолевые синдромы являются разновидностью медико-генетической патологии. Они вносят заметный вклад в онкологическую заболеваемость, будучи причастными к возникновению около 10% случаев рака молочной железы, 20% карцином яичника, 3% опухолей толстой кишки и т.д. Диагностика генетической предрасположенности к раку сопряжена с необходимостью дорогостоящего и трудоемкого ДНК-анализа, однако в некоторых случаях она может ограничиваться тестированием всего лишь нескольких повторяющихся мутаций.

Проблема наследственных опухолевых синдромов длительное время ассоциировалась исключительно с выявлением повышенного онкологического риска у отдельных индивидуумов и, соответственно, организацией мероприятий по персонализированному мониторингу и профилактике злокачественной патологии. Несколько лет назад стали появляться сведения о том, что семейные формы рака характеризуются особыми

биологическими свойствами и, как следствие, необычным спектром лекарственной чувствительности. В частности, BRCA1/2-ассоциированные карциномы демонстрируют соматическую утрату оставшегося аллеля вовлеченного гена, приводящую к опухоли-специфическим дефектам репарации двунитовых разрывов ДНК. Именно поэтому новообразования, возникающие у носителей наследственных мутаций в генах BRCA1 и BRCA2, характеризуются высокой чувствительностью к цисплатину, митомицину, ингибиторам PARP.

Семейные формы рака, ассоциированные с синдромом Линча, могут эффективно лечиться при помощи модуляторов иммунитета. Опухоли у пациентов с туберозным склерозом зачастую регрессируют в ответ на назначение ингибиторов киназы mTOR. В настоящее время в распоряжении врачей находится около десятка лекарственных препаратов, проявляющих специфическую активность по отношению к отдельным разновидностям наследственных форм рака.

Микробный пейзаж слизистой оболочки дыхательных путей у больных рубцовыми стенозами гортани и трахеи

Инкина А.В., Русанова Е.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Целью работы было микробиологическое исследование посевов со слизистой оболочки носа, зева и трахеи у 42 пациентов с хроническими рубцовыми стенозами гортани и трахеи различной этиологии. Проведенное исследование обсемененности показало, что рост микроорганизмов наблюдался в 95–99% случаев, был преимущественно в монокультуре и составлял 81% для слизистой носа, 63% для слизистой зева и 70% для слизистой трахеи. Среди ассоциаций, составивших 14, 28 и 25% соответственно, преобладали двухкомпонентные.

На слизистой оболочке носа в 27,5% выявлено присутствие микроорганизмов, определяющих дисбиоз, представленный в 17% случаев *S. aureus*. На долю других микроорганизмов приходится 17,5%, из них 4,5% – синегнойная палочка. Среди

представителей нормофлоры ведущим является гемолитический стафилококк, составляющий 64%. На слизистой оболочке зева частота встречаемости представителей нормофлоры составляла 5,2–8,8%, при этом в 7,3% встречались лактобактерии, отсутствующие на других изучаемых слизистых.

Среди микроорганизмов, определяющих дисбиоз, ведущими являются стрептококки группы D, на долю которых приходится 33,5%, далее следуют энтерококки (14,2%), представленные в 8,8% *E. faecium* и в 5,2% *E. faecalis*. Грибы рода *Candida* были выделены в 7,2%, из которых *C. albicans* составили 5,4%, *C. glabrata* – 1,8%. Анализ обсемененности трахеи показал, что 45% составили стафилококки, 17% стрептококки, 8% энтерококки, 22% грамотрицательные палочки и 8% грибы.



Антимикробная фотодинамическая терапия в лечении хронического верхнечелюстного синусита

Исаев В.М., Егоров В.И., Наседкин А.Н., Мустафаев Д.М., Исаев Э.В.

Разработанный нами способ лечения хронического верхнечелюстного синусита основан на антибактериальном воздействии на гнойный процесс с помощью фотодинамической терапии (ФДТ), широко применяемой для лечения онкологических заболеваний.

Проведено лечение хронического верхнечелюстного синусита у 166 пациентов трудоспособного возраста с длительностью заболевания от 1 года и выше. Для выполнения ФДТ в качестве фотосенсибилизатора применяли отечественный препарат – 0,35% водный раствор Радахлорин. Для активации препарата, введенного в верхнечелюстную пазуху, использовался лазерный диодный модуль «Лахта-Милон» мощностью 2,5 Вт, длина волны излучения 662 ± 3 нм. Перед сеансом ФДТ эвакуировали содержимое из пазухи и определяли чувствительность к антибиотикам. Бактериологический контроль проводили перед сеансом ФДТ, через 5 суток и через месяц после сеанса, который всем больным был выполнен однократно. Лазерное излучение транслировали в пазуху по кварцполимерному моноволокну, пропущенному через пункционную иглу. Для

удобства перманентной эвакуации патологического содержимого из пазухи в нее устанавливали подключичный катетер (ирригатор), а также назначали сосудосуживающие препараты в нос в течение 2–3 дней.

Анализ результатов лечения гнойного гайморита ФДТ показал, что у 156 из 166 больных наступило полное излечение (отсутствие жалоб, клинических признаков заболевания на фоне отрицательных результатов двукратного бактериологического контроля). Неэффективной ФДТ оказалась у 7 мужчин с одонтогенным верхнечелюстным синуситом и 3 женщин с полипозно-гнойной формой этого заболевания. Они отмечали значительное улучшение состояния после сеанса ФДТ, однако бактериологический контроль обнаруживал у них рост исходно выявленного возбудителя гнойного процесса в пазухе, а позже у одного из этих больных возобновились все клинические проявления заболевания.

Отдаленные результаты наблюдения ФДТ гнойных верхнечелюстных синуситов (от 1 года до 3 лет) подтверждают высокую эффективность (свыше 90%) данного способа.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Эндоскопическая дакриоцисторинотомия с применением радиочастотной хирургии

Исаев Э.В.¹, Свистушкин В.М.², Егоров В.И.¹, Исаев В.М.¹, Мустафаев Д.М.¹

Цель нашего исследования – оптимизация хирургического лечения больных хронической дистальной обструкцией слезоотводящих путей при помощи аппарата для радиочастотной хирургии с частотой волны 4 МГц.

За период с 2011 по 2015 г. были прооперированы 19 пациентов (20 глаз) в возрасте от 25 до 68 лет (2 мужчин и 17 женщин) с дистальной обструкцией носослезных путей. Пациенты были разделены на 2 группы методом случайных чисел в зависимости от способа рассечения стен-

ки слезного мешка. В первой (основной) группе у 10 человек стенку слезного мешка рассекали при помощи радиохирургического аппарата Curis с частотой волны 4 МГц, во второй (контрольной) группе у 9 человек (10 глаз) стенку слезного мешка рассекали инструментально при помощи серповидного ножа и микроножниц. В основной группе 9 пациентам выполнена первичная дакриоцисторинотомия, 1 больному проведена повторная операция с установкой силиконового стента (FCI, Франция). В контрольной группе

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

²ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва



всем пациентам выполнена первичная дакриоцисториностомия.

В основной группе у всех больных через год проба с красителем была положительная. В контрольной группе зафиксирован 1 рецидив.

Способ формирования дакриоцистостомы при эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии с применением радиочастотного хирургического аппарата Curis позволяет значительно улучшить результаты лечения.

Особенности современного инфекционного эндокардита

Кабанова Т.Г.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – изучить особенности современного инфекционного эндокардита.

Материал и методы. Обследованы 47 больных инфекционным эндокардитом, находившихся в отделении терапии № 2 ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с 2013 по 2015 г.

Результаты. Наиболее постоянным симптомом инфекционного эндокардита является лихорадка, которая диагностирована у 90% больных, – достоверно чаще, чем в 2000-х гг. ($p < 0,01$). Отмечено достоверное снижение частоты бледной или бледно-желтушной окраски кожных покровов ($p < 0,0001$), геморрагической и петехиальной сыпи ($p < 0,01$), симптома Лукина ($p < 0,05$), утолщения концевых фаланг в виде «баранных палочек» ($p < 0,0001$), артритов ($p < 0,05$). Одним из постоянных симптомов заболевания остается увеличение селезенки. Отмечено уменьшение частоты почечной патологии ($p < 0,001$), эмболии и инфарктов ($p < 0,001$). Современный инфекционный эндокардит характеризуется преимущественно моноклапанным поражением: возросла частота изолированного поражения аортального (60,2%, $p < 0,05$), митрального (19,8%, $p < 0,05$), трикуспидального (3,1%, $p < 0,05$) клапанов. Отмечено достоверно более частое развитие инфекционного эндокардита на неизменных клапанах сердца –

у 51,1% пациентов ($p < 0,01$). Многолетний опыт нашей клиники свидетельствует о нередком тяжелом поражении миокарда при инфекционном эндокардите. У больных с выраженным поражением миокарда достоверно чаще наблюдались перегрузка предсердий ($p < 0,05$) и желудочков ($p < 0,001$), желудочковая экстрасистолия ($p < 0,05$), предсердная парасистолия ($p < 0,05$), суправентрикулярная тахикардия ($p < 0,01$), атриовентрикулярная блокада I степени ($p < 0,001$), очаговые изменения миокарда ($p < 0,001$). Отмечалось значительное увеличение конечно-систолического объема ($123,4 \pm 10,4$), конечно-диастолического объема ($268,9 \pm 13,3$), конечно-систолического размера ($4,7 \pm 0,2$), конечно-диастолического размера ($7,1 \pm 0,2$), размеров левого предсердия ($4,8 \pm 0,2$).

Выводы. Современный инфекционный эндокардит характеризуется частым формированием на неизменных клапанах, моноклапанным поражением, нередко протекает с высокой лихорадкой, спленомегалией, патологией сердечной мышцы. Клинико-инструментальными критериями поражения миокарда при инфекционном эндокардите являются: изменение структуры и геометрии левого желудочка, очаговые повреждения, тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости.



Биомеханические аспекты реабилитации больных с эпикондилитом

Кель А.А., Секирин А.Б., Кель Н.В.

Цель – анализ причин, затрудняющих реабилитацию больных с эпикондилитом.

Материал и методы. Проведен клинический анализ более 300 пациентов с эпикондилитом, наблюдавшихся в период с 1982 по 2014 г.

Результаты. Анализ сложных силовых сгибательно-разгибательных движений в локтевом суставе с обязательной ротацией при боковой девиации оси конечности показывает необходимость постоянной динамической центрирующей фиксации головки лучевой кости и ее менискоида по отношению к латеральному надмыщелку плечевой кости. Если постуральная фиксация не предваряет начинающееся движение конечности, то происходящее при этом люфтовое смещение головки по отношению к надмыщелку вызывает болевое блокирование этого движения. Расположение зоны рабочего контакта на дистальном конце рычага, который представляет предплечье, даже при небольших усилиях приводит к серьезной амортизации в зоне короткого плеча этого рычага в локтевом суставе, если элементы его дисконгруэнтны. Задача их динамической фиксации в правильном положении лежит на глубоких слоях мышц с превалирующим соотношением постуральных волокон. В норме их напряжение, немного опережая развитие главно-

го движения, подтягивает фасциально-капсулярные структуры и фиксирует головку в правильном положении во все время движения сустава. Если это действие запаздывает, идет постоянная амортизация с формированием очага посттравматического воспаления в области надмыщелка плечевой кости. Причины такого запаздывания различны: профессиональные перегрузки, дефицит метаболизма миоглобина и дыхательных ферментов в постуральной системе, изменение вегетативного управления перераспределением кровотока в мышцах руки, извращение эфферентного управления движениями центрального или проводникового генеза. Принцип лечения сводится к задаче торможения начала рабочего движения посредством фасциотомии или субфасциальной блокады поверхностного слоя мускулатуры. Эффективность этого принципа согласуется с описанной концепцией патогенеза.

Выводы. Трудности лечения эпикондилита связаны с особенностями его патогенеза. На примере эпикондилита эти особенности, присущие большинству нейроортопедических синдромов, проявляются наиболее отчетливо. Принцип лечения состоит в дифференцированном воздействии на разные слои мышц, управляющих функциями сустава.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Трансдермальные терапевтические системы в лечении хронического болевого синдрома

Когония Л.М.

Онкологическая боль – один из актуальных и нерешенных вопросов современной клинической онкологии. В последние 20 лет, несмотря на возросшее внимание к проблеме терапии хронического болевого синдрома, каждый третий онкологический больной не получает адекватного обезболивания даже в экономически развитых странах, и Россия не является исключением. По

данным статистики, в 2015 г. на онкологическом учете в Российской Федерации состояло 3 млн пациентов; с первично выявленным диагнозом зарегистрировано 500 тыс. больных, из которых 38% имели IV стадию заболевания и нуждались в обезболивающей терапии. Традиционно в нашей стране для лечения хронического болевого синдрома применяется аналгезия с использова-

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



нием опиоидов в виде таблетированных и/или инъекционных форм, которая связана с развитием выраженных побочных явлений и все чаще в медицинской литературе определяется как «негуманный» вид терапии. Совершенствование лекарственных форм и методов применения опиоидных анальгетиков позволило разработать новые пути введения (буккальные, назальные, трансдермальные). Несомненным достижением обезболивающей терапии последних 15 лет является активное использование трансдермальных терапевтических систем (ТТС), которые обладают рядом значимых преимуществ перед таблетированными и инъекционными формами опиоидов.

Цель – оценка эффективности и спектра побочных явлений при применении ТТС на основе фентанила и бупренорфина у 185 больных с дис-

семированными формами солидных опухолей.

Результаты. У 85% пациентов, ранее получавших короткодействующие опиоиды, зарегистрирован выраженный обезболивающий эффект. ТТС-форма использования опиоидов продемонстрировала значительные преимущества (неинвазивный путь введения, снижение риска присоединения вторичной инфекции, эффективность при невозможности осуществлять акт глотания, отсутствие потребности в специальном медицинском инвентаре, снижение нагрузки на медицинский персонал).

Выводы. Оценка эффективности ТТС на собственном материале позволила разработать тактику индивидуальной терапии хронического болевого синдрома у онкологических больных с солидными опухолями.

Лазерная терапия в лечении больных с рубцовыми стенозами гортани и трахеи

Комарова Ж.Е., Наседкин А.Н., Селин В.Н., Тюкин В.Ю.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Доказано, что под действием низкоинтенсивной лазерной терапии улучшается микроциркуляция тканей.

Для проведения низкоинтенсивной лазерной терапии у 44 больных с рубцовыми стенозами гортани и трахеи мы использовали лазерный терапевтический аппарат «Мустанг-2000» (длина волны 0,63–0,65 мкм, импульсно-периодический режим). Больные были разделены на 4 группы. В 1-й группе (n=10) пациенты получали низкоинтенсивную лазерную терапию до операции на кожу в области проекции гортани и трахеи, во 2-й (n=14) до и после хирургического вмешательства, в 3-й (n=10) только после хирургического вмешательства, в 4-й (n=10) терапии не проводили. Курс низкоинтенсивной лазерной терапии состоял из 8–10 сеансов, время экспозиции составило 5 минут, мощность лазерного излучения 15–20 мВт, частота 80 Гц.

Среди пациентов 1-й и 3-й групп рестенозирование в отдаленном послеоперационном периоде отмечено у 3 больных (у 2 из 1-й группы

и 1 из 3-й). У всех пациентов 2-й группы раны зажили первичным натяжением, явлений рестенозирования не наблюдалось. У 4 больных 4-й группы раны зажили вторичным натяжением, рестенозирование наблюдалось у 3 пациентов. На 10-е сутки после хирургического вмешательства проводилась лазерная доплеровская флоуметрия. Использование именно красного импульсного терапевтического лазера у пациентов 2-й группы позволило ускорить процесс заживления послеоперационной раны благодаря усилению микроциркуляции, что подтверждено данными лазерной доплеровской флоуметрии.

Применение низкоинтенсивной лазерной терапии красного диапазона спектра в импульсном режиме у больных после реконструктивно-восстановительных операций на гортани и трахее является важным фактором активации регенеративных процессов, что способствует улучшению качества заживления операционных ран и предотвращению рестенозирования.



Оптимизация методики лекарственной терапии больных гастроинтестинальными стромальными опухолями

Корнилова А.Г., Когония Л.М., Мазурин В.С.

Цель – установить влияние концентрации активных метаболитов иматиниба в плазме крови пациентов с гастроинтестинальными стромальными опухолями на эффективность таргетной терапии в адъювантном и лечебном режимах.

Материал и методы. Таргетная терапия проводилась пациентам с морфологически верифицированными гастроинтестинальными стромальными опухолями, которым назначали иматиниб в дозе 400 мг в сутки перорально ежедневно. Исследование концентрации метаболитов иматиниба проводилось методом жидкостной хроматографии. Пациентам, в крови которых уровень концентрации был ниже терапевтического, выполнялась эскалация суточной дозы иматиниба до 600 или 800 мг с последующей оценкой эффективности оптимизации методики лекарственной терапии.

Результаты. С сентября 2010 по январь 2015 г. исследование было проведено 50 пациентам. Медиана общей выживаемости у больных с локализованными формами заболевания составила 48 месяцев при медиане прослеженности 13 месяцев; в этой группе средняя продолжительность жизни была равна 19,5 месяца. Медиана общей

выживаемости у больных с генерализованными формами заболевания составила 83,3 месяца при медиане прослеженности 30,7 месяца; средняя продолжительность жизни в этой группе – 43,6 месяца. Медиана безрецидивной выживаемости у больных с локализованными формами заболевания составила 42 месяца при медиане прослеженности 13 месяцев; средний безрецидивный период в этой группе – 15,4 месяца. Медиана безрецидивной выживаемости больных с генерализованными формами заболевания составила 79,9 месяца при медиане прослеженности 24 месяца. Такое различие в показателях продолжительности жизни может объясняться тем, что время наблюдения за пациентами с генерализованными формами гастроинтестинальных стромальных опухолей составляет 8 лет, а за пациентами с локализованными формами заболевания – 5 лет.

Вывод. Индивидуализация методики лекарственного лечения на основе мониторинга концентрации активных метаболитов иматиниба позволяет оптимизировать и повысить эффективность терапии гастроинтестинальных стромальных опухолей, тем самым увеличивая продолжительность жизни пациентов.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Патоморфоз «детских» форм идиопатических генерализованных эпилепсий

Котов А.С., Борисова М.Н., Пантелеева М.В., Токарева Ю.В., Шаталин А.В., Мухина Е.В.

Цель – изучение патоморфоза идиопатических генерализованных эпилепсий у большой популяции взрослых пациентов с отслеженным многолетним катамнезом.

Материал и методы. Были обследованы 1480 пациентов, обратившихся за специализированной помощью к эпилептологу с 2003 по 2015 г. Обследование включало клинический и неврологический осмотр, рутинную электроэнцефалографию (ЭЭГ) и/или ЭЭГ-видеомониторинг,

магнитно-резонансную томографию головного мозга, лабораторные анализы. Катамнез сроком от 1 года до 12 лет был отслежен у 201 пациента.

Результаты. Был выявлен 281 пациент с идиопатическими генерализованными эпилепсиями (118 мужчин и 163 женщины в возрасте от 18 до 74 лет). У 26 пациентов с детской абсансной эпилепсией возрастные изменения клиники заболевания оказались особенно выраженными. Ни один из 26 больных на момент

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



обследования не имел частых типичных абсансов (пикнолепсия); у 16 из них преобладали редкие генерализованные тонико-клонические приступы в сочетании с редкими абсансами или миоклониями, при этом у 2 больных произошла эволюция из детской абсансной эпилепсии в ювенильную миоклоническую. На ЭЭГ, записанных во взрослом возрасте, разряды эпилептиформной активности выявлялись лишь у 12 пациентов из 26, при этом у 2 – толь-

ко во время ночного ЭЭГ-видеомониторинга. Изменения на ЭЭГ напоминали «ювенильные» формы эпилепсии. На момент завершения исследования свободными от приступов были 13, а не нуждались в терапии антиэпилептическими препаратами лишь 5 из 26 пациентов с детской абсансной эпилепсией. У больных с синдромами Дживонса (n=14) и Тассинари (n=1) течение заболевания в меньшей степени изменялось со временем.

Патоморфоз «ювенильных» форм идиопатических генерализованных эпилепсий

Котов А.С., Борисова М.Н., Пантелеева М.В., Токарева Ю.В., Шаталин А.В., Мухина Е.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – изучение патоморфоза «ювенильных» форм идиопатических генерализованных эпилепсий у большой популяции взрослых пациентов с отслеженным многолетним катамнезом.

Материал и методы. Были обследованы 1480 пациентов, обратившихся за специализированной помощью к эпилептологу с 2003 по 2015 г. Среди них был выявлен 281 пациент с идиопатическими генерализованными эпилепсиями (118 мужчин и 163 женщины в возрасте от 18 до 74 лет). Обследование включало клинический и неврологический осмотр, рутинную электроэнцефалографию (ЭЭГ) и/или ЭЭГ-видеомониторинг, магнитно-резонансную томографию головного мозга, лабораторные анализы. Катамнез сроком от 1 года до 12 лет был отслежен у 201 пациента.

Результаты. «Ювенильные» формы были диагностированы у 228 больных. Из 105 больных юношеской миоклонической эпилепсией рецидивы приступов в анамнезе отмечались у 19%. Из 76 пациентов с долговременным катамнезом ремиссия была достигнута у 59,2%. Из 35 больных юношеской абсансной эпилепсией рецидивы приступов в анамнезе отмечались у 25,7%. Из 24 пациентов с долговременным катамнезом ремиссия была достигнута у 70,8%. Из 88 больных идиопатическими генерализованными эпилепсиями с генерализованными судорожными приступами рецидивы приступов в анамнезе отмечались у 15%. Из 60 пациентов с долговременным катамнезом ремиссия была достигнута у 86,7%.

Влияние разнообразных факторов на течение ремиссии эпилепсии

Котов А.С., Борисова М.Н., Пантелеева М.В., Шаталин А.В., Токарева Ю.В., Мухина Е.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – установить особенности течения ремиссии и ее продолжительность у пациентов с эпилепсией, а также возможные причины последующего возврата приступов.

Материал и методы. Были обследованы 1384 пациента с диагнозом «эпилепсия»: 662 мужчины

и 722 женщины в возрасте от 18 до 89 лет. Изучался анамнез, проводились рутинная электроэнцефалография (ЭЭГ) и/или ЭЭГ-видеомониторинг и магнитно-резонансная томография головного мозга. У 974 пациентов отслеживался катамнез продолжительностью от 1 года до 10 лет.



Результаты. Из 1384 пациентов выявлено 249 с одной или несколькими ремиссиями в анамнезе, закончившимися рецидивом. Больные были разделены на 6 групп. Первую группу составили пациенты с рецидивом «после нарушения равновесия»; средняя длительность ремиссии у больных с идиопатической генерализованной эпилепсией (ИГЭ) – 36 месяцев, другие формы в среднем 17 месяцев. Причина рецидива в этой группе – отмена или снижение дозы препарата: у 17 из 26 пациентов с идиопатической генерализованной эпилепсией и 27 из 37 с другими формами эпилепсии. На больных с идиопатической генерализованной эпилепсией воздействовали провоцирующие факторы (7 из 26), на больных с другими формами – замена препарата на дженерик (7 из 37). Во вторую группу вошли пациенты с рецидивом после «медового месяца», ремиссия отмечалась в 5% случаев. Третью группу образовали больные с рецидивом после спонтанной ремиссии. У 20 пациентов с фебрильными приступами средняя длительность ремиссии составила 161 месяц, ремиссия наблюдалась в 29% случаев; без фебрильных приступов – 130 месяцев,

ремиссия была у 40%. В четвертую группу вошли пациенты с неожиданной ремиссией на фоне ранее неэффективной терапии с последующим рецидивом. Ремиссия наблюдалась у 26% больных, средняя длительность – 37 месяцев. Пятую группу составили пациенты со следующими данными анамнеза: «назначение лечения – ремиссия – отмена лечения – продолжение ремиссии – рецидив». Ремиссия отмечалась у 75% больных идиопатической генерализованной эпилепсией и 22% с другими формами эпилепсии, средняя длительность ремиссии – 102 месяца. Шестую группу характеризовало наличие ремиссий и рецидивов в анамнезе.

Выводы. Попытка возвращения к изначальной схеме терапии после замены или отмены препарата не гарантирует повторной ремиссии. Предиктор низкой вероятности ремиссии – один или несколько «медовых месяцев» в анамнезе. Следует учитывать, что симптоматические и криптогенные фокальные эпилепсии могут отличаться длительной ремиссией, не связанной с приемом антиэпилептических препаратов. После рецидива приступов может формироваться резистентная форма эпилепсии.

Воздействие антиэпилептических препаратов на аггравацию приступов эпилепсии

Котов А.С., Борисова М.Н., Пантелеева М.В., Шаталин А.В., Токарева Ю.В., Мухина Е.В.

Цель – установить механизмы влияния антиэпилептических препаратов на усиление приступов эпилепсии.

Материал и методы. Были обследованы 1407 пациентов в возрасте от 18 до 89 лет. У 1305 подтвержден диагноз эпилепсии, у 983 отслежен катамнез от 6 месяцев до 10 лет. Собирали анамнез, проводили клинический и неврологический осмотр, электроэнцефалографию (ЭЭГ) и/или ночной ЭЭГ-видеомониторинг, магнитно-резонансную томографию головного мозга. Было рекомендовано ведение дневника приступов.

Результаты. Аггравация приступов при приеме антиэпилептических препаратов выявлена у 103 больных. У больных наблюдались следующие формы эпилепсии: идиопатические генерализованные (n=31), криптогенные фокальные

(n=35), симптоматические фокальные (n=19), неуточненная (n=18). Аггравация из-за замены аналогом выявлена при приеме топирамата (n=12), вальпроатов (n=8), карбамазепина (n=5), ламотриджина (n=1) и леветирацетама (n=1). У пациентов с идиопатическими генерализованными эпилепсиями выявлено 17 случаев аггравации при приеме карбамазепина, по 6 – вальпроатов и топирамата, и по 1 случаю – ламотриджина и леветирацетама. При ювенильной абсансной эпилепсии учащение абсансов как реакция на карбамазепин наблюдалось у 5 (29,4%) из 17 больных, при детской абсансной эпилепсии – у 1 (4,2%) из 24. Среди пациентов с ювенильной миоклонической эпилепсией учащение абсансов и миоклоний при приеме карбамазепина отмечено у 9 (19,1%) из 47, при синдроме Дживонса учащение миоклоний с абсансами – у 2 (18,2%) из 11. Учащение

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



приступов в ответ на увеличение дозы антиэпилептических препаратов выше средней терапевтической отмечалось в 10 случаях и было связано с неблагоприятным прогнозом. «Истинная» аггравация в 34 случаях (в том числе у 16 пациентов с идиопатическими генерализованными эпилепсиями) была связана с карбамазепином, в 13 – с топираматом, в 5 – с вальпроатами, еще в 5 – с ламотриджином, в 2 – с леветирацетамом и в 1 – с клоназепамом. Отмечено учащение приступов с применением карбамазепина у пациентов с идиопатическими генерализованными эпилепсиями (8,3%); ламотрижина, топирамата и карбамазепина у лиц с другими формами эпилепсии (4,9, 4 и 3,7% соответственно).

Выводы. Аггравация приступов может наблюдаться при применении различных антиэпилептических препаратов. Неблагоприятный прогноз учащения приступов часто связан с последовательным назначением двух и более антиэпилептических препаратов, а также с увеличением дозы препаратов. Максимальные показатели усиления приступов отмечены при приеме ламотрижина (4,7%), карбамазепина (3,7%) и топирамата (3,3%). Учащение приступов при замене на аналог характерно для топирамата. Ведение дневника приступов и медленный подбор дозировок антиэпилептических препаратов снижают риск аггравации приступов эпилепсии.

Блокада иммунных контрольных точек в лечении диссеминированного немелкоклеточного рака легкого

Лактионов К.К.

ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина», г. Москва

Традиционные подходы к лекарственному лечению больных немелкоклеточным раком легкого, в первую очередь химиотерапия, демонстрируют низкие результаты. Таргетная терапия на современном этапе весьма эффективна у ограниченной популяции больных, имеющих молекулярно-генетические нарушения в опухоли (мутации EGFR, ALK и ROS1). Иммуноterapia давно признана перспективным направлением в лечении онкологических пациентов. Недавнее ее возрождение в значительной степени связано с многочисленными исследованиями последних лет, которые позволили разработать новые иммунотерапевтические подходы, нацеленные на специфические регуляторные контрольные точки. В отличие от химио- и лучевой терапии иммунотерапевтические препараты стимулируют собственные иммунные механизмы организма, усиливая его способность бороться с опухолями.

Блокирование иммунного ингибирования. Иммунные контрольные точки – это ингибиторные механизмы, предотвращающие чрезмерную стимуляцию иммунной системы. Метод блокады иммунных контрольных точек (checkpoint blockade) состоит в предотвращении подавления иммунного ответа. Этот терапевтический подход осуществляется с помощью молекул, связывающихся с поверхностными рецепторами Т-лимфоцитов, такими как цитотоксический

Т-лимфоцитарный антиген (CTLA-4) или рецептор запрограммированной клеточной гибели-1 (PD-1).

В 2015 г. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration – FDA) одобрило ниволумаб для лечения метастатического немелкоклеточного рака легкого с прогрессированием после химиотерапии на основе платины. Основанием стали результаты двух клинических исследований III фазы (CA209-017 и CA209-057).

Пембролизумаб (MK3475) – гуманизированное IgG4k-антитело с анти-PD-1 механизмом действия. Изучался при различных солидных опухолях. В сентябре 2014 г. был одобрен FDA для лечения диссеминированной меланомы, в 2015 г. – для лечения метастатического немелкоклеточного рака легкого, экспрессирующего PD-L1 с прогрессией после платиносодержащей химиотерапии.

Достижения последних лет в развитии иммуноонкологии дают новую надежду на улучшение результатов лечения больных немелкоклеточным раком легкого. Уникальной особенностью антигенспецифической иммунотерапии рака является ее длительная эффективность (в случае достижения эффекта) и низкая токсичность по сравнению с другими группами противоопухолевой терапии.



Иммуноонкология. Взаимоотношения иммунной системы и опухоли

Лактионова Л.В.

Иммунная система (адаптивный иммунитет) состоит из высокодифференцированных лимфоидных клеток, основная функция которых – удаление чужеродных агентов из организма. Функционирование иммунной системы в организме сопряжено с неспецифическими механизмами резистентности (врожденный иммунитет), а также с работой нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем. Это актуально не только для ликвидации микроорганизмов, но и для контроля и уничтожения злокачественных клеток. Представляется интересным обсуждение общих основ иммунных реакций, механизмов регуляции иммунитета, взаимодействия иммунной системы и злокачественной прогрессии, известных способов ускользания опухоли от иммунного контроля.

Иммунная система – невероятно мощная специфичная структура, однако опухоль использует ряд эффективных механизмов ускользания от иммунного надзора: потеря антигенности и иммуногенности, использование естественных периферических механизмов аутоотолерантности, продукция иммуносупрессивных факторов (ИЛ-

10, TFG- β и т.д.) и привлечение иммуносупрессивных клеток (регуляторные Т-клетки – Treg, опухоль-ассоциированные макрофаги – TAM, клетки-супрессоры миелоидного ряда – MDSC) как опухолевыми клетками, так и микроокружением. Существует целый ряд стимуляторов и блокаторов иммунного ответа (CTLA-4, PD-1/PD-L1, LAG-3, TIM-3, VISTA, CD244, CD160 и т.д.), которые определяют судьбу специфических цитотоксических Т-лимфоцитов, подавляя или активизируя локальную иммунную реакцию.

Иммунитет представляет собой мощную многоуровневую систему, которая играет важную роль в патогенезе любого заболевания человека. Понимание сложных механизмов взаимодействий между главными «игроками» имеет решающее значение для оценки вклада иммунной системы в развитие различных патологий. Кроме того, изучение иммунорегуляторных путей, участвующих в реализации иммунного ответа, позволяет не только лучше понять функции иммунной системы, но выявить и реализовать новые терапевтические возможности для обеспечения современных стратегий лечения рака.

ЗАО «Медицинский центр в Коломенском», г. Москва

Миниинвазивная коронарная хирургия у больных с мультифокальным атеросклерозом

Ларьков Р.Н., Сотников П.Г., Лазарев Р.А., Загаров С.С., Колесников Ю.Ю., Шилов Р.В., Вульф В.В.

Цель – улучшить результаты хирургического лечения пациентов с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий.

Материал и методы. В отделении хирургии сосудов и ишемической болезни сердца ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского был оперирован 81 пациент с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий (71 (87,7%) мужчина и 10 (12,3%) женщин, средний возраст составил $57,9 \pm 8,4$ года (от 36 до 74 лет)). У 76 (93,2%) пациентов было выявлено атеросклеротическое

окклюзирующее поражение сонных артерий, у 5 (6,8%) – патологическая извитость внутренних сонных артерий. Стенокардия напряжения I–II функционального класса (ФК) была у 27 (33,3%) пациентов, III ФК – у 46 (56,8%), IV ФК – у 8 (9,8%). Одномоментная операция на коронарных и сонных артериях была выполнена у 54 больных, предварительная коррекция мозгового кровотока – у 27, из них у 24 наблюдалось атеросклеротическое поражение, у 3 – патологическая извитость сонных артерий. Все пациенты

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



этой группы имели стабильную стенокардию I–II ФК, вызванную поражением одной или двух коронарных артерий. Вторым этапом данным пациентам через 14 дней была выполнена реваскуляризация миокарда (25 операций на работающем сердце, 2 в условиях искусственного кровообращения).

Результаты. Летальных исходов и инфарктов миокарда на госпитальном этапе не было. В ближайшем послеоперационном периоде неврологические осложнения в виде ишемических инсультов развились у 2 пациентов. Больным с гемодинамически значимым поражением сонных артерий, одно- или двухсосудистым поражением коронарных артерий и высоким коронарным резервом целесообразна поэтапная коррекция кро-

вотока в каротидном и коронарном бассейнах. При многососудистом поражении коронарного русла, стенозе ствола левой коронарной артерии или нестабильной стенокардии оправдана одномоментная коррекция кровотока в обоих бассейнах.

Выводы. Одномоментная коррекция поражения сонных и коронарных артерий – эффективный и безопасный метод лечения пациентов, имеющих сочетанное поражение сонных и коронарных артерий, у которых поэтапная тактика хирургического лечения не оправдана. Выполнение коронарного этапа на работающем сердце является дополнительным фактором снижения интраоперационного риска развития неврологических осложнений.

Нарушения углеводного обмена и состояние инкреторной функции поджелудочной железы после холецистэктомии в молодом возрасте

Лебедева О.В.¹, Буеверов А.О.^{1,2}

¹ ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

² ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – оценить влияние холецистэктомии в молодом возрасте на метаболический статус пациентов и инкреторную функцию поджелудочной железы.

Материал и методы. В исследование включены 80 человек в возрасте от 18 до 60 лет, у которых холецистэктомия была выполнена в возрасте до 44 лет (согласно определению молодого возраста по классификации Всемирной организации здравоохранения). Всем пациентам выполнены клинический и биохимический анализы крови, включавшие тесты, характеризующие состояние углеводного обмена. Больные с органическими осложнениями после холецистэктомии в исследовании не включались. Пациенты разделены на 2 группы согласно метаболическому статусу: 1-я группа – пациенты с признаками метаболического синдрома (n=51), 2-я – без метаболических нарушений (n=29). Метаболический синдром диагностировали на основании критериев Международной федерации диабета (International Diabetes Federation – IDF) 2005 г.

Результаты. В 1-й группе транзиторная гипергликемия выявлена у 7 (8,8%) больных, во всех случаях ассоциированная с клинической

картиной постхолецистэктомического синдрома и транзиторной гиперинсулинемией, превосходящей референтные значения; гипергликемия натощак – у 5 (6,25%); нарушение толерантности к глюкозе – у 2 (2,5%). Сахарный диабет 2-го типа (СД2) диагностирован у 31 (37,9%) пациента. Необходимость применения препаратов с инсулинрилизинговыми свойствами выявлена у 8 (10%) пациентов, в среднем спустя 8,5 года от манифестации СД2, что указывает на более быструю истощаемость инсулинового аппарата поджелудочной железы по сравнению с данными в популяции. Хронологически манифестация диабета наблюдалась в среднем через 2,3 года после выполнения холецистэктомии, что ассоциировано с дебютом клинических проявлений постхолецистэктомического синдрома (p=0,047). Выявлена взаимозависимость длительности постхолецистэктомического периода и частоты развития гипергликемии натощак (p=0,043). Во 2-й группе зафиксировано 6 случаев транзиторной гипергликемии и гиперинсулинемии, всегда ассоциировавшейся с клинической картиной постхолецистэктомического синдрома.



Выводы. Выполнение холецистэктомии в молодом возрасте ассоциировано с прогрессирующим нарушением углеводного обмена, в первую очередь у пациентов с метаболическим синдромом.

Постхолецистэктомический синдром может рассматриваться в качестве одной из причин развития СД2 и более раннего истощения инсулярного аппарата поджелудочной железы у таких больных.

Значение исследования уровня антитромбина при антикоагулянтной терапии тромбоемболических осложнений

Лопатин А.Ф., Самойленко В.В., Филипповская Ж.С.

Тромбоемболические осложнения – одни из наиболее частых и тяжелых госпитальных осложнений, рассматриваемые сегодня у хирургических пациентов как предотвратимые. При этом значительное число научных публикаций указывает на низкую эффективность рутинной антикоагулянтной терапии в профилактике и лечении тромбоемболических осложнений как на причину неблагоприятных исходов.

Цель – оценить значение исследования уровня антитромбина в оценке адекватности антикоагулянтной терапии при тромбоемболических осложнениях.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ профилактической и лечебной антикоагулянтной терапии у пациентов с тромбоемболическими осложнениями (n = 135). У 99 (73,3%) пациентов при аутопсии была подтверждена тромбоемболия легочной артерии. У выживших пациентов диагноз подтвержден лабораторными данными, ангиопульмонографией, рентгенологическими, компьютерно-томографическим и ультразвуковым исследованиями. Эффективность терапии нефракционированным гепарином оценивали по показателям активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), динамики D-димеров; адекватность терапии низкомолекулярными гепаринами (НМГ) – по анти-Ха активности гепарина и динамике D-димеров. У всех пациентов определялась активность антитромбина. Исследования гемостаза выполнены на анализаторе ACL TOP и реагентах Instrumentation Laboratory.

Результаты. У 31,2% умерших пациентов нефракционированный гепарин (НФГ), вводимый по стандартным рекомендованным схемам, не повлиял на значения АЧТВ (критерий адекват-

ности антикоагулянтной терапии НФГ), которые оставались в пределах референсных значений. Причин, повлиявших на низкий антикоагулянтный эффект НФГ у этой группы пациентов, установить не удалось. В 6,6% случаев в лечении использовали НФГ внутривенно в дозах 21–22 ЕД/кг/ч (36 тыс. ЕД/сутки), однако показатель АЧТВ у этой группы пациентов также не претерпевал изменений. Уровень D-димеров оставался выше референсных показателей в 40 раз, при этом сохранялась достаточно высокая активность антитромбина – более 70%. Было установлено, что низкий эффект НФГ у этой группы вызван особенностями конкретного коммерческого препарата. Замена НФГ на препарат другого производителя привела к увеличению АЧТВ более чем в 2,5 раза. Антитромботический эффект гепарина подтвержден динамикой (снижением) значений D-димера и положительной клинической картиной заболевания.

В 8,1% случаев в лечении НМГ отсутствовала динамика сохраняющихся высоких значений D-димеров. Показатель адекватности действия НМГ (анти-Ха активность) не соответствовал заявленным фирмой-производителем значениям при лечебном режиме введения гепаринов. Анти-Ха активность была ниже уровня значений, рекомендованных для лечения тромбоемболических осложнений, – менее 0,6–1,0 МЕ. Анализ активности антитромбина в крови пациентов показал его падение ниже 60%, что и явилось причиной низкой эффективности НМГ.

Введение препарата антитромбина позволило повысить уровень активности антитромбина плазмы. При достижении его значений свыше 70% у пациентов наблюдали снижение D-димеров более чем в 10 раз, что подтвердило эффектив-

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



ность выбранной антитромботической терапии. У всех пациентов этой группы был получен положительный клинический эффект

Выводы. Низкая антикоагулянтная эффективность действия гепаринов (гепаринорезистентность) может быть связана с особенностями

конкретного коммерческого препарата, а также с дефицитом антитромбина. Анализ уровня активности антитромбина позволяет выявить и устранить одну из возможных ошибок, допускаемых в профилактике и лечении тромboэмболических осложнений.

Оценка эффективности влияния комбинированной терапии с лактулозой и пищевыми волокнами на динамику показателей липидного профиля у пациентов с функциональным запором на фоне неалкогольного стеатогепатита

Маевская Е.А.¹, Маев И.В.¹, Кучерявый Ю.А.^{1,2}

¹ ГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва

² НУЗ «Центральная клиническая больница № 2 имени Н.А. Семашко» ОАО «РЖД», г. Москва

Цель – оценить изменение показателей липидного профиля у пациентов с функциональным запором на фоне неалкогольного стеатогепатита, получающих длительную комбинированную терапию с лактулозой или пищевыми волокнами.

Материал и методы. Проведено проспективное сравнительное 6-месячное клиническое обследование 102 пациентов с функциональным запором и неалкогольным стеатогепатитом (средний возраст $47,7 \pm 10,7$ года). Пациенты только с неалкогольным стеатогепатитом (группа сравнения, $n = 32$) получали стандартное лечение (модификация образа жизни), пациенты с НАСГ и функциональным запором (основная группа, $n = 70$) были рандомизированы на две равнозначные подгруппы по 35 человек (IA и IB), дифференцированные по терапии функционального запора: пациентам подгруппы IA в дополнение к модификации образа жизни назначался препарат лактулозы, IB – препарат пищевых волокон

(Псиллиум). За весь период наблюдения трижды была выполнена динамическая оценка показателей липидного обмена.

Результаты. За период 6-месячного наблюдения только в подгруппе, дополнительно получавшей пищевые волокна (Псиллиум), удалось достигнуть статистически значимого снижения среднего уровня общего холестерина, максимально близкого к референтному значению ($6,3 \pm 0,2$ до $5,7 \pm 0,2$ ммоль/л), среднего уровня липопротеинов низкой плотности ($3,9 \pm 0,6$ до $3,6 \pm 0,5$ ммоль/л; $p < 0,01$), а также наиболее низких финальных значений показателей относительно группы сравнения и подгруппы лактулозы, где достоверной динамики отмечено не было.

Заключение. У пациентов с неалкогольным стеатогепатитом и функциональным запором тенденция к нормализации липидного профиля прослеживается только на фоне комбинированной терапии с пищевыми волокнами.



Эндоскопическая диагностика и лечение гастродуоденальных кровотечений у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Мечёва Л.В.

Проанализированы 28 случаев кровотечений из язв и эрозий верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в послеоперационном периоде. Было 22 (79%) мужчины и 6 (21%) женщин в возрасте от 33 до 83 лет (средний возраст 62 года). Патология сердечно-сосудистой системы послужила причиной проведения следующих операций: по поводу порока сердца – в 9 (32%) случаях, аневризмы брюшной аорты – в 7 (25%), атеросклероза магистральных сосудов – в 8 (29%), ишемической болезни сердца – в 4 (14%). У 6 пациентов были экстренные и срочные операции, эзофагогастродуоденоскопию накануне не проводили; в результате у 2 из них эзофагогастродуоденоскопия по поводу гастродуоденального кровотечения и эндогемостаз выполнены интраоперационно, у 3 – в раннем послеоперационном периоде, у 1 – в позднем. У 9 больных перед операцией эрозивно-язвенных изменений верхнего отдела пищеварительного тракта не выявлено, у 2 кровотечения развились в раннем послеоперационном периоде, у 7 – в позднем. У 13 пациентов от момента проведения диагностической эзофагогастродуоденоскопии до оперативного вмешательства прошло более 14 дней; у 7 из них кровоте-

ние было в раннем послеоперационном периоде, у 6 – в позднем. Кровотечения диагностированы с 1-х по 51-е сутки. Источниками кровотечений послужили: у 2 (7%) больных – язвы и эрозии пищевода, у 15 (54%) – язвы желудка, у 10 (36%) – язвы двенадцатиперстной кишки, у 1 (3%) – язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. По классификации J.A. Forrest: F IA – нет, F IB – у 8, F IIA – у 1, F IIB – у 8, F IIC – у 11. Наиболее эффективные результаты были получены при использовании комбинаций методов эндоскопического гемостаза и при применении гемостатических пленкообразующих препаратов. Оперативный гемостаз при неэффективности эндоскопического отмечен у 5 больных. Летальность от гастродуоденальных кровотечений в послеоперационном периоде составила 22%.

Вывод. Для снижения риска и уменьшения степени тяжести гастродуоденальных кровотечений, снижения летальности в послеоперационном периоде пациентам необходимо проводить эндоскопическую диагностику верхних отделов пищеварительного тракта в сроки не более 14 дней перед оперативным вмешательством по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Эндоскопический гемостаз при кровотечениях из толстой кишки у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии

Мечёва Л.В., Кошурникова А.С.

Цель – оценить возможности диагностической и лечебной колоноскопии при кровотечениях из толстой кишки у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии.

Материал и методы. Было выполнено 22 срочных колоноскопии для диагностики кровоте-

ния, выбора метода проведения эндоскопического гемостаза и определения тактики дальнейшего лечения.

Результаты. В исследование вошли 22 пациента в возрасте от 25 до 81 года (13 мужчин и 9 женщин). Продолжительность пребыва-

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



ния в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) составила от 1 до 53 суток (в среднем $13,6 \pm 3,2$ суток). У 6 пациентов колоноскопия была проведена в первые 6 часов от появления симптомов толстокишечных кровотечений, у 11 – позже 6, но раньше 12 часов, у 6 – позже 12, но раньше 24 часов. Без подготовки толстой кишки выполнено 5 колоноскопий, очистительными клизмами готовили 17, пероральный прием препаратов был у 4. Тотальная колоноскопия была у 9 пациентов, неполный осмотр – у 13, в том числе ректосигмоскопия – у 10. Причинами толстокишечных кровотечений послужили: дивертикулит – в 1 случае, язвенный колит – 2, псевдомембранозный колит – 5, ишемический колит – 5, ангиодисплазии – 2, гангрена толстой кишки – 2, опухоли – 5. По интенсивности толстокишечных кровотечений различались капиллярные (у 14) и профузные (у 8). Эндостаз был выполнен у 21 пациента: клипирование – 1, орошение препаратом Гемоблок – 15, распыление препаратов Эндоклот

и Желпластан – по 1 случаю, комбинированное применение Гемоблока + клипирования – 2. Успешная остановка толстокишечных кровотечений была достигнута у 11 больных. В 4 случаях временный успешный эндостаз позволил подготовить пациентов к субтотальной колэктомии и гемиколэктомии. У 6 больных на фоне коагулопатии толстокишечные кровотечения рецидивировали, в этих случаях повторно проводили эндостаз.

Выводы. Эндоскопическая диагностика и лечение толстокишечных кровотечений у пациентов ОРИТ относятся к числу сложных лечебных мероприятий, требующих специальной подготовки, большого опыта работы. При лечебных колоноскопиях в условиях ОРИТ большое значение имеет техническая простота применения гемостатических средств. Успех эндоскопического гемостаза во многом зависел от адекватного и патогенетически обоснованного консервативного лечения, направленного на устранение декомпенсации свертывающей системы крови.

Особенности эндоскопической диагностики эрозивно-язвенных изменений верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Мечёва Л.В., Терещенко С.Г.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – определить распространенность и характер эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, оценить влияние таких факторов, как пол, перенесенная язвенная болезнь и хеликобактерная инфекция, на формирование данной патологии.

Материал и методы. Проанализированы результаты 1750 эндоскопических исследований у 1376 (78,6%) мужчин и 374 (21,4%) женщин (средний возраст пациентов 58 лет), находившихся на лечении в отделениях сердечно-сосудистой и кардиохирургии.

Результаты. У 544 (39,5%) мужчин и 120 (32%) женщин выявлены эрозивно-язвенные поражения верхних отделов пищеварительного тракта. Эрозии пищевода были у 34 (5,1%), язвы пищево-

да – у 4 (0,6%), эрозии желудка – у 484 (72,9%), язвы желудка – у 87 (13,1%), эрозии двенадцатиперстной кишки – у 242 (36,4%), язвы двенадцатиперстной кишки – у 36 (5,4%). Среди больных атеросклерозом магистральных артерий эрозивно-язвенные поражения выявлены у 280 (41,5%) из 674, среди пациентов с пороками сердца – у 186 (34,2%) из 544, с аневризмой аорты – у 37 (34,6%) из 107, с ишемической болезнью сердца – у 122 (38,4%) из 318, с аритмиями – у 14 (36,9%) из 39, с патологической деформацией магистральных сосудов – у 25 (36,2%) из 69. Среди пациентов, у которых при обследовании не наблюдалось эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта, язвенная болезнь в анамнезе была у 151 (13,9%), а при наличии таких поражений – у 129 (19,4%). Гистологическая оценка хеликобак-



терной инфекции проведена у 369 пациентов: из 146 больных без эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта хеликобактерная инфекция выявлена у 77 (52,7%), из 223 пациентов с данными поражениями – у 177 (79,4%).

Выводы. Эрозивно-язвенная патология верхних отделов пищеварительного тракта у пациен-

тов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы чаще выявляется у мужчин при атеросклерозе магистральных и коронарных артерий. По характеру преобладают эрозивные поражения желудка. Язвенная болезнь в анамнезе, хеликобактерная инфекция являются значимыми факторами риска развития эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта.

Профилактика гастродуоденальных кровотечений в предоперационном периоде у больных с тяжелой патологией сердечно-сосудистой системы

Мечёва Л.В., Терещенко С.Г., Колесников Ю.Ю.

Цель – минимизировать риск развития кровотечений из эрозивных и язвенных дефектов верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов, нуждающихся в срочной хирургической коррекции заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы. У 70 пациентов перед срочными оперативными вмешательствами по поводу патологии сердечно-сосудистой системы выявлены сопутствующие эрозивно-язвенные поражения верхних отделов пищеварительного тракта, являющиеся относительным противопоказанием к проведению операции. Для снижения риска гастродуоденальных кровотечений непосредственно перед операцией под наркозом проводили аппликацию гемостатических препаратов на выявленные эрозивные и/или язвенные дефекты пищевода, желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Гемостатический клей Активтекс-Гем был использован у 38 больных, гемостатический порошок Желпластан – у 15, гемостатический порошок Эндоклот – у 9, гемостатическое средство для местного применения Гемоблок – у 8.

Результаты. У 17 пациентов выявлены язвы, у 53 – эрозии пищевода и/или желудка и/или двенадцатиперстной кишки, эрозивные и язвен-

ные дефекты имели признаки состоявшегося кровотечения. Интраоперационно и в послеоперационном периоде все больные получали антикоагулянты. Всем пациентам проведен индивидуальный курс противоязвенной терапии. Эзофагогастродуоденоскопический контроль проводили после стабилизации состояния пациента, как правило, на 5–7-е сутки послеоперационного периода либо в срочном порядке при подозрении на осложненное течение сопутствующей патологии верхних отделов пищеварительного тракта. При плановых контрольных исследованиях в 2 случаях на 2-е сутки послеоперационного периода диагностировано 1 кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки и 1 – из язвы желудка (Форрест 2В), успешно проведен эндогемостаз.

Вывод. Перед выполнением срочных оперативных вмешательств для коррекции патологии сердечно-сосудистой системы проведение профилактического эндогемостаза посредством нанесения гемостатических пленкообразующих препаратов позволяет снизить риск гастродуоденальных кровотечений, ускорить репарацию эрозивных и/или язвенных дефектов, локализованных в верхних отделах пищеварительного тракта.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Холодноплазменный хирургический метод лечения ринофим

Мустафаев Д.М., Егоров В.И., Гирилов В.И.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Сообщаем наш опыт хирургического лечения ринофим с применением холодной плазмы.

Материал и методы. За период с 2005 по 2015 г. в отделении оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского проведено успешное хирургическое лечение с применением холодной плазмы 17 больным в возрасте от 53 до 78 лет (13 мужчинам и 4 женщинам) с ринофимой, из них 4 с фиброзно-ангиэктатической и 13 с железистой формой, со сроком наблюдения до 10 лет. Удаление ринофимы выполняли с помощью холодноплазменного хирургического аппарата Coblator II Surgery System (ArthroCare, США) – биполярного прибора, предназначенного для работы в ЛОР-хирургии. Активным электродом EVac 70 Xtra IC от аппарата Coblator II Surgery System в режиме работы прибора «коблация» предварительно удалялись большие массы ринофимы, далее последовательно снимался слой за слоем измененной кожи до получения надлежащей формы носа. Вмешательства проводили без

пластики послеоперационного дефекта тканей наружного носа. При этом раневую поверхность закрывали мажевой повязкой, а сверху накладывали давящую повязку. Первую перевязку проводили на 4–6-й день (меняли поверхностный слой).

Результаты. Эпидермизация наступала на 3–5-е сутки, завершение ее отмечали на 15–20-й день. После операции поверхность кожи носа была гладкой, без образования рубцов. Во всех наблюдениях эстетический результат был удовлетворительным.

Заключение. Метод хирургического лечения больных ринофимой с использованием холодноплазменного воздействия (коблации) представляется эффективным, безопасным, экономически выгодным, позволяет добиться хороших эстетических результатов. Преимуществами холодноплазменной хирургии при лечении ринофим являются малый объем кровопотери во время операции, отсутствие болевых ощущений в послеоперационном периоде.

Амилоидоз дыхательных путей: опыт лечения

Мустафаев Д.М., Егоров В.И., Марченко А.С.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Амилоидоз дыхательных путей – редкая патология. По нашим данным, он составляет 0,5% от всех доброкачественных опухолей. Это системное заболевание, в основе которого лежат сложные обменные изменения, приводящие к образованию и выпадению в тканях особой субстанции, вызывающей в конечном итоге нарушение функций органов. Сообщаем наш опыт лечения амилоидоза дыхательных путей с применением холодной плазмы.

Материал и методы. За период с 2005 по 2015 г. в отделении оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского проведено хирургическое лечение с применением холодной плазмы 11 больным (10 женщинам и 1 мужчине)

с первичным локальным амилоидозом гортани и трахеи со сроком наблюдения до 10 лет. Диагноз «первичный локальный амилоидоз гортани и трахеи» устанавливался после комплексного обследования пациентов с исключением системных поражений и морфологическим подтверждением наличия в биоптатах амилоидных масс. Удаление амилоидных масс выполняли под общей анестезией с помощью эндоларингеальной микрохирургии с применением холодной плазмы.

Результаты. Рецидив заболевания среди наблюдаемых нами пациентов встречался у 5 с распространенными формами поражения.

Заключение. Патология дыхательных путей чрезвычайно разнообразна. Всегда следует учи-



тывать возможность развития редко встречающихся заболеваний, поскольку тактика лечения при данных заболеваниях различна, а здоровье больного зависит от правильно выбранного и рано начатого лечения. В связи с вышесказан-

ым для улучшения диагностики и правильного выбора ведения больных важное значение имеет осведомленность широкого круга врачей-оториноларингологов о современном состоянии проблемы амилоидоза дыхательных путей.

Хрящевые опухоли гортани

Мустафаев Д.М., Егоров В.И., Марченко А.С.

Хрящевые опухоли гортани встречаются очень редко. В мировой литературе до настоящего времени описано не более 250 случаев.

Материал и методы. За период с 1988 по 2015 г. в отделении оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского под наблюдением находились 3 больных (1 мужчина и 2 женщины) с хондромой гортани (в одном случае имело место озлокачествление процесса), что составило 0,2% по отношению ко всем наблюдаемым больным с доброкачественными опухолями гортани. Всем больным выполнено хирургическое лечение: первый этап – ларин-

готрахеотомия с удалением хондромы гортани, второй этап – устранение ларинготрахеального дефекта после контрольного периода. Проведены ларингэктомия и послеоперационный курс гамма-терапии в суммарной очаговой дозе 40 Гр.

Выводы. Во всех наблюдениях опухоль росла из перстневидного хряща. В одном случае среди наблюдений имело место озлокачествление процесса. В каждом случае объем хирургического вмешательства определяется индивидуально; преимущественно проводится частичная резекция гортани с удалением опухоли с последующей реконструкцией.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Применение фиксаторов из биорезорбируемых материалов при костной пластике расщелин альвеолярного отростка

Николаева С.А., Топольницкий О.З., Першина М.А., Яковлев С.В.

Цель – анализ применения биорезорбируемых материалов для фиксации костного трансплантата при костной пластике расщелины альвеолярного отростка у пациентов с расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба.

Материал и методы. Исследование проведено на базе кафедры детской челюстно-лицевой хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова. С 2011 г. выполнено 96 костных пластик расщелин альвеолярного отростка. Всем пациентам проводились цифровая ортопантограмма, конусно-луче-

вая I-Cat или мультиспиральная компьютерная томография на аппарате Brilliance 6x в сроки 3, 6, 12 месяцев после операции. Для фиксации костного трансплантата мы применяли титановые пластины и винты фирм KLS Martin Group и «Конмет», а также биорезорбируемые пластины и пины системы ультразвуковой фиксации SonicWeld Rx System фирмы KLS Martin Group.

Результаты. У 47 пациентов костная пластика выполнялась губчатым аутоотрансплантатом из гребня подвздошной кости, у 49 – кортикально-губчатым блоком. В 25 случаях применены

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва



биорезорбируемые пластины и пины, в 24 – титановые пластины и винты. У 44 из 49 пациентов, у которых применялся губчатый аутотрансплантат, получен удовлетворительный клинический и анатомический результат независимо от вида фиксации. Во всех случаях фиксации биорезорбируемыми пластинами получена первичная стабильность трансплантата. Патологической реакции тканей на резорбируемый материал за весь

период наблюдения не отмечено. Фиксаторы из биорезорбируемых материалов не требовали дополнительной операции по их извлечению.

Вывод. Биорезорбируемые пластины и пины обеспечивают надежную фиксацию костного аутотрансплантата к краям расщелины альвеолярного отростка и в дальнейшем не требуют удаления фиксирующей конструкции, что особенно актуально в детском возрасте.

Клинические аспекты физиологического и репаративного остеогенеза

Оноприенко Г.А., Волошин В.П.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Установлено, что реализация физиологического и репаративного остеогенеза обеспечивается единым реактивным неспецифическим комплексом адаптивных изменений, направленных на компенсацию временного ограничения перфузии крови по естественным сосудистым путям микроциркуляции (увеличение емкости микроциркуляторного русла костного сегмента, повышение сосудистой проницаемости, синусоидная трансформация новообразованных капилляров, активизация микроциркуляции по лакуно-канальцевой сети интерстициального пространства костного матрикса), а также на мобилизацию местных и мобильных (стволовых) прекурсов остеогенных клеток-предшественников.

При переломах в условиях стабильного контакта костных отломков за счет их остеиндуци-

рующего взаимодействия путем прямого остеогенеза формируется эндостально-кортикальный регенерат.

Периостальный остеогенез является резервным источником костеобразования, компенсирующим неблагоприятные условия образования интермедиарного регенерата. Установлена прямая коррелятивная связь между сроками завершения ревазуляризации диафиза поврежденной кости, формирования зрелого интермедиарного регенерата, восстановления дефинитивных микроструктур и характером местных циркуляторных нарушений, обусловленных хирургическим вмешательством. В случаях значительной травматичности стабильного остеосинтеза сроки указанных процессов возрастают в 2–3 раза по сравнению с минимально возможными.

Аутоиммунные полиэндокринные синдромы

Орлова Е.М., Карева М.А., Созаева Л.С., Петеркова В.А.

ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России, г. Москва

Аутоиммунные полигландулярные (полиэндокринные) синдромы – группа заболеваний, связанных с недостаточностью двух и более эндокринных желез вследствие их аутоиммунного поражения. Аутоиммунный полигландулярный синдром I-го типа – редкое моногенное заболевание, связанное с мутациями в гене аутоиммунного регулятора (AIRE). Мутации в гене AIRE

приводят к нарушению образования белка аутоиммунного регулятора, функция которого до конца не известна, и патогенез заболевания не ясен, однако предполагается, что данный белок участвует в регуляции процессов негативной селекции Т-лимфоцитов в центральных органах иммунной системы. Отсутствие белка аутоиммунного регулятора приводит к снижению экс-



прессии аутоантигенов в тимусе и нарушению негативной селекции Т-лимфоцитов, что способствует развитию различных аутоиммунных компонентов этого заболевания: хронического кожно-слизистого кандидоза, гипопаратиреоза, первичной хронической надпочечниковой недостаточности, алопеции, витилиго, гипоплазии зубной эмали, аутоиммунной энтеропатии, инсулинзависимого сахарного диабета, аутоиммунного тиреоидита, первичного гипогонадизма, аутоиммунного гепатита, аутоиммунного кератита и блефарита и т.д. Заболевание диагностируется на основании обнаружения у пациента как минимум двух из трех основных компонентов заболевания (классическая диада или триада): хронического кожно-слизистого кандидоза, гипопаратиреоза и первичной хронической надпочечниковой недостаточности, а также при наличии одного из трех компонентов, в случае если у родственника первого порядка доказано это заболевание. В течение многих лет заболевание может протекать монокомпонентно, что затрудняет клиническую диагностику. Исследование гена AIRE позволяет подтвердить диагноз аутоиммунного полигландулярного синдрома 1-го типа в нетипичных случаях или еще до того, как манифестировали основные клинические компоненты.

В России исследование гена AIRE проводится с 2002 г. Зафиксировано наличие частой мутации Arg257Stop, характерной для российской популяции (705 аллелей). Всего в российской популяции выявлено 20 мутаций в гене AIRE, 9 из них не описаны ранее. В 5–8% аллелей мутации не удастся обнаружить даже при исследовании всего гена. В настоящий момент разработан и широко применяется новый иммунологический метод диагностики аутоиммунного полигландулярного синдрома 1-го типа – определение антител к интерферонам 1-го типа (интерфероны- α и - ω).

Материал и методы. За период с 2000 по 2015 г. было обследовано 113 пациентов с аутоиммунным полигландулярным синдромом 1-го типа; выявлено 20 компонентов, новые и необычные фенотипы. Данная выборка представлена самым большим числом случаев заболевания, описанным в мире на сегодняшний день.

Выводы. Частота аутоиммунного полигландулярного синдрома 1-го типа в России не известна, однако на сегодняшний день нами описана самая большая группа пациентов с этим заболеванием в мире. Нетипичные и стертые формы этого заболевания могут быть диагностированы с помощью генетического исследования гена AIRE и определения титра аутоантител к интерферону- ω .

Оценка эффективности фототерапии у больных бронхиальной астмой

Островский Е.И.¹, Шатохина С.Н.¹, Палеев Ф.Н.¹, Карандашов В.И.², Санина Н.П.¹, Рыжкова О.Ю.¹, Шабалин В.Н.³

В комплексной терапии пациентов с заболеваниями органов дыхания успешно применяются методы фототерапии, обладающие многофакторным положительным воздействием на звенья патогенеза болезни.

Оптимальным при лечении больных бронхиальной астмой является использование оптического излучения в диапазоне синего света, оказывающего выраженное положительное влияние не только на функцию внешнего дыхания, но и на систему кровообращения, утилизацию тканями кислорода и процессы метаболизма.

У 56 больных бронхиальной астмой в разные периоды течения заболевания изучены особенности локальных самоорганизующихся структур сыворотки крови – анизоморфонов, наблюдаемых при микроскопии в поляризованном свете. Впервые выявлены различные морфологические маркеры в разные стадии бронхиальной астмы; показано, что применение фототерапии синим светом оказывает положительное влияние на клиническое течение болезни и на анизоморфоны сыворотки крови.

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

² ФГБУ «Государственный научный центр лазерной медицины ФМБА РФ», г. Москва

³ ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва



Морфофункциональные характеристики соматотропином

Пантелеева Е.С., Древаль А.В., Сташук Г.А., Иловайская И.А.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – выявить и изучить взаимосвязь магнитно-резонансного сигнала с морфологическими и биохимическими характеристиками у больных с впервые выявленной акромегалией.

Материал и методы. Были обследованы 75 пациентов с соматотропиномами, прошедших лечение в эндокринологическом отделении поликлиники ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в период с 2011 по 2016 г. Проанализированы данные магнитно-резонансной томографии в T2-режиме до лечения, учитывались интенсивность сигнала, размеры и характер распространения аденом гипофиза. Учитывались также уровни соматотропного гормона (СТГ) и инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1) до лечения.

Результаты. Из 75 пациентов у 74,7% были выявлены макроаденомы. Магнитно-резонансный сигнал в T2-режиме был гипоинтенсивным у 32% пациентов, гиперинтенсивным у 40%, у остальных – изоинтенсивным. Статистически значимых различий между уровнями СТГ и ИФР-1, а также интенсивностью магнитно-резонансного сигнала в зависимости от возраста не обнаружено. У 60% пациентов было выявлено

инфраселлярное распространение опухоли, которое наблюдалось на 33,1% чаще при опухолях с гиперинтенсивным сигналом; супраселлярное распространение отмечено у 46,7% больных. Статистически значимых различий в характере распространения опухолей с гипоинтенсивным сигналом не выявлено. Самые высокие уровни ИФР-1 соответствовали супраселлярному распространению аденом, самые высокие уровни СТГ – инфраселлярному. Средний объем аденом с гиперинтенсивным сигналом был в 8,45 раза выше среднего объема аденом с гипоинтенсивным сигналом. Средний уровень СТГ также был в 3,8 раза выше у пациентов с соматотропиномами с гиперинтенсивным сигналом.

Заключение. Полученные в ходе исследования результаты продемонстрировали наличие корреляции между магнитно-резонансными характеристиками соматотропином и морфофункциональными и биохимическими характеристиками больных акромегалией. Дальнейшие исследования в данном направлении представляются чрезвычайно перспективными для диагностики и прогностической оценки акромегалии.

Непосредственные результаты сегментэктомий при злокачественных опухолевых поражениях легких

Пикин О.В., Трахтенберг А.Х., Рябов А.Б., Глушко В.А., Колбанов К.И., Амиралиев А.М., Бармин В.В., Багров В.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, г. Москва

Актуальность. Совершенствование методов лучевой диагностики приводит к увеличению частоты выявления больных с ранней стадией рака легкого, первично-множественными синхронными и метакронными опухолевыми заболеваниями, резектабельными метастазами в легких. Это обуславливает целесообразность применения методик хирургического лечения в торакальной онкологии.

Цель – изучение непосредственных и отдаленных результатов сублобарных анатомических резекций при злокачественных опухолях легких.

Материал и методы. В торакальном отделении МНИОИ им. П.А. Герцена за период с 2000 по 2015 г. выполнено 84 сублобарных анатомических резекций легких. По поводу немелкоклеточного рака и карциноида легкого оперированы 23 (27%) больных. Шестидесяти одному (73%) больному сегментэктомия выполнена по поводу



метастазов опухоли различной первичной локализации. Тринадцать (15%) больных с метастазами перенесли 2 и более сегментэктомии, 5 из них – билатеральные. Видеоассистированная сегментэктомия выполнена 18 (21%) больным. При планировании операций использовали 3D компьютерно-томографическую реконструкцию сосудистой архитектоники сегментов легкого.

Результаты. Летальных исходов не было. Осложнения возникли у 12 (14%) больных, основное из них – негерметичность легочной ткани (>5 дней) – у 7 больных. Длительность пребывания в стационаре после операции составила

в среднем 8 суток (от 5 до 14). По результатам планового гистологического исследования из 23 больных, оперированных по поводу немелкоклеточного рака и карциноида легкого, у 18 (78%) была подтверждена стадия $pT_{1a}N_0M_0$. Метастазы в лимфатических узлах (N_1) выявлены у 4 (17%) больных, N_2 – у 1 (0,4%).

Выводы. Сегментэктомия – органосохраняющий метод лечения больных с ранними формами рака и метастатическим поражением легкого. Методика 3D-реконструкции сосудистой архитектоники сегментов легкого обеспечивает оптимальное индивидуальное планирование сублобарных резекций.

Система ТММ в анализе непосредственных результатов пневмонэктомий у больных немелкоклеточным раком легкого

Пикин О.В., Трахтенберг А.Х., Рябов А.Б., Глушко В.А., Колбанов К.И., Амиралиев А.М., Бармин В.В., Туквадзе З.Г.

Актуальность. Частота послеоперационных осложнений после пневмонэктомии у больных немелкоклеточным раком легкого зависит не только от объема операции, сопутствующих заболеваний, но и от точности регистрации осложнений.

Цель – оценка непосредственных результатов стандартной и комбинированной пневмонэктомии у больных немелкоклеточным раком легкого в соответствии с классификациями Thoracic Morbidity and Mortality (ТММ) и European Society of Thoracic Surgeons (ESTS).

Материал и методы. С января 2009 по декабрь 2013 г. в нашем институте пневмонэктомия выполнена 216 пациентам с немелкоклеточным раком легкого. Все больные были разделены на две группы: в 1-й группе ($n=142$) проводилась стандартная пневмонэктомия, во 2-й ($n=74$) – комбинированная, в ходе которой выполнялась резекция соседних органов и структур. Пациенты, подвергшиеся комбинированной пневмонэктомии, были подразделены на группы с моно- ($n=49$) и полиорганной ($n=25$) резекцией. Медиастинальную лимфаденэктомию выполняли во всех случаях. Частота осложнений и летальность были проанализированы в соответствии с классификациями ТММ и ESTS.

Результаты. Частота послеоперационных осложнений и летальность при стандартной пневмонэктомии были значительно ниже, чем при комбинированной операции (23,9 и 3,5% против 43,2 и 10,8% соответственно, $p=0,02$). Полиорганная резекция являлась независимым прогностическим фактором неблагоприятного исхода: процент осложнений и летальность были значительно выше в группе полиорганной резекции – 48 и 16%, в то время как в группе больных с резекцией одного органа составляли 40,8 и 8,2% соответственно ($p=0,01$). Согласно классификации осложнений ESTS, единственное достоверное различие между группами стандартной пневмонэктомии, с моно- и полиорганной резекцией заключалось в частоте развития несостоятельности швов бронха: 3,5, 6,1 и 16% соответственно ($p=0,02$). Процент серьезных осложнений (степень IIIA и выше по классификации ТММ) был достоверно выше в группе полиорганной резекции (40%), чем в группе с резекцией одного органа (28,6%) и группе стандартной пневмонэктомии (14,8%) ($p=0,01$).

Выводы. Комбинированная пневмонэктомия сопровождается достоверно более высокими частотой осложнений (преимущественно тяжелых) и летальностью, поэтому показания к подобным

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, г. Москва



операциям должны быть четко обоснованы. Градация осложнений по системе ТММ позволяет тщательнее регистрировать нежелательные

послеоперационные явления, особенно тяжелые, по сравнению со стандартными общепринятыми критериями.

Поиск зависимости параметров коротколатентных вызванных потенциалов от вида нарушения гидродинамики улитки

Польщикова А.Ю., Семенова А.В., Самбулов В.И.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Причинами головокружения могут быть вертебробазиллярная недостаточность, неврит VIII пары черепно-мозговых нервов, фистула лабиринта, болезнь Меньера и др. Дифференциальная диагностика этих состояний достаточна сложна.

За 2015 г. в клинко-диагностическом отделении ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского проведено 117 исследований коротколатентных вызванных потенциалов и 44 экстратимпанальной электрокохлеографии у больных с головокружениями. Регистрацию коротколатентных вызванных потенциалов и экстратимпанальной электрокохлеографии проводили в состоянии спокойного бодрствования пациентов. Использовали российское оборудование – «Нейро-Аудио» компании «Нейрософт». Регистрацию коротколатентных вызванных потенциалов осуществляли при акустической стимуляции щелчками альтернирующей полярности на высоких уровнях интенсивности стимула, при регистрации экстратимпанальной

электрокохлеографии последовательно использовали щелчки альтернирующей полярности, щелчки с фазами сгущения и разрежения, а также тоны с частотой 1 и 2 кГц.

У 28 пациентов при экстратимпанальной электрокохлеографии были выявлены признаки гидропса лабиринта, у этих же пациентов провели регистрацию коротколатентных вызванных потенциалов по аналогичному протоколу. Анализ параметров коротколатентных вызванных потенциалов и сравнение их с результатами экстратимпанальной электрокохлеографии у тех же пациентов позволили предположить связь имеющихся изменений с наличием эндолимфатического гидропса. В связи с тем что в последующем у 3 (10,7%) пациентов были выявлены фистулы полукружного канала или лабиринта, считаем целесообразным продолжить поиск зависимости изменений параметров коротколатентных вызванных потенциалов от вида нарушений гидродинамики улитки у пациентов с головокружениями.

Микрофлора полости рта в развитии остеонекрозов костей лицевого скелета различной этиологии

Поляков К.А., Медведев Ю.А., Иванюшко Т.П., Трофимов Д.Ю., Абрамов Д.Д., Образцова Т.А., Коршунова А.В., Балыкин Р.А.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Учитывая принятое мнение о том, что микрофлора является основным механизмом патогенеза остеонекрозов, нельзя исключать факт ее вторичного присоединения. Это осуществляется за счет воздействия на организм в целом медикаментозных средств и лучевой терапии, которые

отрицательно влияют на процесс заживления костной раны, на ангио- и остеогенез, а также способствуют адгезии стрептококков к гидроксипатиту и пролиферации бактерий полости рта.

Материал и методы. Оценку микрофлоры ротовой жидкости у 15 больных с остеонекро-



зами проводили методом полимеразной цепной реакции в реальном времени. Были проанализированы показатели у 7 больных с бисфосфонатным остеонекрозом костей лицевого скелета в сравнении с показателями у 3 больных после лучевой терапии и 5 с наркотической зависимостью.

Результаты и выводы. Уровень общей бактериальной массы и анаэробной флоры превышал показатели в контроле на 2–4 порядка. Выявлены

грибы рода *Candida*, наиболее высок был уровень *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Megasphaera*, *Veillonella*, *Dialister*, *Fusobacterium* spp., *Lachnobacterium*, *Clostridium*, *Eubacterium* spp., *Staphylococcus* spp. Различий в показателях в сравниваемых группах больных не выявлено. В ротовой жидкости после хирургического лечения показатель общей бактериальной массы и показатели изучаемых микроорганизмов не отличались от показателей здоровых лиц.

Предоперационная подготовка у больных с бисфосфонатными остеонекрозами нижней челюсти

Поляков К.А., Медведев Ю.А., Образцова Т.А.

Актуальной проблемой современной хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и онкологии является лечение остеонекроза челюсти у пациентов, получающих терапию бисфосфонатами. Бисфосфонаты являются основным средством лечения паранеопластической гиперкальциемии, а также успешно применяются при состояниях с повышенной резорбцией костной ткани остеокластами (болезнь Педжета, остеопороз), входят в состав комплексной терапии больных множественной миеломой, раком предстательной железы, раком молочной железы. Пациентам с остеопорозом бисфосфонаты назначаются в пероральной форме, тогда как в комплексной терапии больных множественной миеломой, раком предстательной железы, раком молочной железы, раком почки и т.д. применяются бисфосфонаты, вводимые внутривенно. Пациенты, прошедшие курсы лечения бисфосфонатами, – это, как правило, пациенты с иммунодефицитными состояниями, ослабленным общим

статусом, нередко с выраженными изменениями основных показателей крови и выраженным операционным и анестезиологическим риском. Именно поэтому предоперационная подготовка таких больных проводится особенно тщательно.

На базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова разработан перечень обязательных анализов и исследований, необходимых для оперативного лечения пациентов, получающих терапию бисфосфонатами. Исследования должны обязательно включать общий и биохимический анализы крови, коагулограмму, анализы на ВИЧ, гепатиты, сифилис, электрокардиографию, рентген грудной клетки, компьютерную томографию верхней и нижней челюстей для определения объема оперативного вмешательства. Необходимы консультации онколога, терапевта, а также различных смежных специалистов. Обязательным исследованием является эзофагогастродуоденоскопия вследствие частого употребления больными нестероидных противовоспалительных средств.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздрава России,
г. Москва



Прогнозирование эффективности фотодинамической терапии хронического тонзиллита при микробиологическом исследовании содержимого лакун небных миндалин

Пыхтеева Е.Н., Русанова Е.В., Мусатенко Л.Ю.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Сложно прогнозировать эффект лечения различных форм хронического тонзиллита, но микробиологическое исследование содержимого лакун небных миндалин с определением видов микроорганизмов и их концентрации до проведения терапии позволило нам просчитать эффективность фотодинамической терапии при данной патологии.

Пациенты, прошедшие первичное обследование в рамках микробиологического исследования, были объединены в группы по результатам эффективности проведенного лечения: 1-ю группу составили пациенты с высоким эффектом от лечения, 2-ю – с удовлетворительным, в 3-й группе эффект от лечения отсутствовал.

Оценив состав и титр микрофлоры лакун небных миндалин, мы выявили, что микроорганизмы, являющиеся нормальными для данной экониши, во всех трех группах не различались как по перечню видов, так и по их концентрации. При этом патогенные для данной локализации микроорганизмы (стрептококки группы D, *E. faecalis*, *S. aureus*, энтеробактерии) в группе с отличным результатом высевались у 64% пациентов, а в группе без эффекта – в 100% случаев. Следует отметить, что в 1-й группе эти микроорганизмы были представлены в составе двухкомпонентных ассоциаций в концентрации 10^3 КОЕ/тамп, а во 2-й – преимущественно в составе трехкомпонентных ассоциаций и в концентрации 10^5 – 10^6 КОЕ/тамп.

Опыт использования системы низковакуумного дренирования при видеохирургической тотальной экстраперитонеальной пластике паховых грыж

Савин А.С.¹, Дворянкин Д.В.^{1,2}, Хохлов А.В.¹

¹ ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова» МЧС России, г. Санкт-Петербург

² ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова», г. Москва

Актуальность проблемы обусловлена частым образованием гематом при выполнении тотальной экстраперитонеальной пластики у лиц с высоким риском кровотечения, а также с выраженным болевым синдромом, который может сопровождать их появление.

Цель – оценка результатов использования системы низковакуумного дренирования при видеохирургической тотальной экстраперитонеальной пластике паховых грыж у пациентов с высоким риском кровотечения.

Материал и методы. В исследование включены пациенты, имеющие высокие риски кровотечения, которым выполнялось вмешательство

по методике тотальной экстраперитонеальной пластики с 2015 по 2016 г. В группу риска попали пациенты с отклонениями, выявленными в ходе предоперационного обследования, по следующим показателям: международное нормализованное отношение, протромбиновое время, уровень тромбоцитов, активированное парциальное тромбопластиновое время, фибриноген, а также пациенты с артериальной гипертензией II–III степени, приемом антикоагулянтов в анамнезе. Методом случайного отбора пациенты были разделены на две группы: в основную группу вошли 25 пациентов, которым выполнялось аспирационное дренирование, в контроль-



ной группе (также 25 пациентов) дренирование не проводилось. Средний возраст пациентов составил $46,6 \pm 6,2$ года и $38,4 \pm 7,5$ года соответственно.

В основной группе число косых паховых грыж составило 28 (78%), прямых – 8 (22%). Комбинированные грыжи наблюдались у 5 пациентов (20%), двухсторонние грыжи – у 6 (24%), пахово-мошоночные – у 3 (12%). В контрольной группе косых паховых грыж было 26 (79%), прямых – 7 (21%). Комбинированные грыжи отмечались у 4 (16%) пациентов, двухсторонние – также у 4 (16%), пахово-мошоночные – у 2 (8%). Система аспирационного дренирования была удалена у 24 (96%) пациентов в первый послеоперационный день, у 1 (4%) – на второй. Критерием оценки эффективности использования дренажной системы являлась частота развития гематом в послеоперационном периоде. У пациентов в послеоперационном периоде также оценивался болевой синдром по 10-балльной шкале субъективной оценки боли.

Результаты. Медиана периода наблюдения составила 9 месяцев (диапазон 1–18 меся-

цев). Средний срок госпитализации в основной группе был равен $3,1 \pm 1,4$ дня, в контрольной – $3,0 \pm 1,2$ дня. Послеоперационные гематомы наблюдались у 3 (12%) пациентов основной группы и 8 (32%) – контрольной. Оценка наличия и продолжительности болевого синдрома в послеоперационном периоде в основной группе составила $2,9 \pm 1,3$ балла в 1-й день после операции с регрессом до $1,2 \pm 0,7$ на 7-й послеоперационный день. В контрольной группе показатели составили $2,1 \pm 1,4$ балла в 1-й день и $1,4 \pm 0,8$ на 7-й день.

Выводы. Применение системы низковакуумного дренирования при видеохирургической тотальной экстраперитонеальной пластике паховых грыж целесообразно в группе пациентов с высоким риском кровотечения для снижения частоты возникновения послеоперационных гематом. Использование данной системы не увеличивает продолжительность нахождения таких больных в стационаре, позволяет снизить частоту возникновения гематом в послеоперационном периоде, при этом незначительно увеличивает выраженность болевого синдрома в первый день после операции.

Послеоперационная физическая реабилитация больных раком гортани

Секирин А.Б., Ильин В.С., Герасименко М.Ю., Лазаренко Н.Н., Прикулс В.Ф.

Общеизвестно, что здоровый образ жизни является основой хорошего здоровья и долголетия. Не менее известны и причины, ухудшающие здоровье; одна из них – влияние курения на организм, в частности, на гортань. По данным Американской ассоциации пульмонологов (American Lung Association), из всех оперированных пациентов по поводу рака легких курящих всего около 20%, в то время как рак гортани, составляющий до 4% в общем количестве онкологических заболеваний, напрямую зависит от курения.

Наблюдения за пациентами Московской области в ЛОР-клинике института показывают увеличение из года в год количества обращающихся по поводу нарушения функции дыхания, осиплости голоса и пр. Если за период с 2009 по 2012гг. после обследования рак гортани был подтвержден у 72 больных, то к 2013 г. эта цифра достигала

уже сотни. Почти все больные (98%) – это курящие мужчины в возрасте от 56 до 76 лет. При изучении анамнеза выяснилось, что стаж курения больных, как правило, составляет 20 лет и более, а количество выкуриваемых сигарет – от 1 до 2 пачек в день.

Для лечения рака гортани в ЛОР-отделении применяются хирургические методы, а также лучевой (отделение радиологии) и комбинированные. Послеоперационная физическая реабилитация данной категории больных (особенно после ларингэктомии) осложняется тем, что пациент лишен возможности говорить, а также зачастую его плохим эмоциональным состоянием.

Тактика мероприятий по физической реабилитации пациентов после ларингэктомии заключается в следующем: до операции после изучения анамнеза, проведенного ЛОР-хирургом, проводим беседу с пациентом в зале лечебной

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



физической культуры (ЛФК). По нашему мнению от результата предварительной беседы зависит качество дальнейшей послеоперационной реабилитации. Контингент пациентов очень сложный, как правило, они с большим трудом идут на контакт и, что самое печальное, не верят в успех физических упражнений и физиотерапии. В этой связи главной задачей мы считаем установление взаимопонимания с пациентом, и только на этом благоприятном фоне ему может быть предложен комплекс упражнений до и после операции.

На предоперационном этапе предлагается комплекс утренней гигиенической гимнастики в постели, который включает в себя самомассаж головы, ушей, глаз, рук и ног. Основная цель, которая при этом преследуется, – научить пациента обращать внимание на себя, на свой организм. Затем включаются простейшие упражнения на потягивание, сгибание и разгибание рук и ног, упражнения для мышц живота, упражнения на тренировку дыхания в различных сочетаниях (по продолжительности вдоха и выдоха). Для активизации организма в течение дня рекомендуем прогулки, во время которых продолжаем тренировать дыхание.

На следующий день после ларингэктомии в зависимости от состояния пациента рекомендуем продолжать тренировку дыхания (в замедленном ритме). Кроме того, предлагается ряд различных головоломок из проволоки или другие предметы (кубик Рубика, цилиндры, бочонки

и пр.). Через 3–4 дня мы приглашаем пациента для тренировки дыхания в зал ЛФК, где продолжаем обучать его «осознавать» дыхание в спокойном состоянии, перестраиваться во время ходьбы на беговой дорожке и уметь успокаиваться через дыхание после полученной нагрузки. До и после операции проводим измерение различных дыхательных объемов и проб (жизненной емкости легких, Штанге и Генчи), наблюдаем за изменениями частоты сердечных сокращений, артериальным давлением, сатурацией крови (SO₂), изучаем данные спектрофотометрии околооперационной зоны.

Кроме медикаментозного лечения и ЛФК в послеоперационном периоде проводится и физиотерапия: аэрозольтерапия, электромиостимуляция мышц шеи, магнитотерапия и пр.

Результаты проведенных различных дыхательных проб у больных раком гортани оправдывают тактику послеоперационной физической реабилитации при данной патологии, причем следует отметить не только положительные сдвиги в различных функциональных показателях, но и приобретение больными уверенности в поведении и общении, а значит, и улучшение качества жизни. При этом специалистам ЛФК необходимо иметь четкое представление о послеоперационных изменениях в гортани и, главное, гибкий подход к методике проведения ЛФК. Невозможно предложить методику проведения занятия, не побеседовав с пациентом. На наш взгляд, стандарт здесь быть не может.

Особенности предоперационной подготовки больных с коксартрозом

Секирин А.Б., Кель А.А.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – уточнить возможности комплексной предоперационной реабилитации больных с коксартрозом.

Материал и методы. В исследование вошли 140 больных с коксартрозом в период ожидания и подготовки к плановому эндопротезированию тазобедренного сустава. Все пациенты прошли стандартное в таких случаях обследование. Задачей реабилитационных мероприятий было увеличение объема пассивной люфтовой подвижности в пораженных суставах, стабилизация

состояния позвоночника и крестцово-тазового комплекса и восстановление гипотрофированной постуральной мускулатуры данной области хотя бы в объеме, необходимом для компенсированной фиксации костно-суставных соотношений этой зоны. В работе доминировал принцип Микулича о невозможности полноценной реабилитации без предварительной систематической мобилизации всех заинтересованных сегментов опорно-двигательного аппарата; далее – очень умеренная лечебная физическая культура для



активизации мышц, подкрепляемая витаминотерапией группы В для улучшения аэробного метаболизма постуральных мышц и статические техники мышечно-суставного воздействия для восстановления люфтовой подвижности суставных элементов. Массаж использовался в минимальном объеме исключительно в качестве симптоматического средства для коррекции усталостного тонуса восстанавливаемых мышц. Подготовка позвоночника осуществлялась обычным набором мануальных техник, регламентированных официальными положениями об этой специальности. Отличительной особенностью была особая техника люфтовой мобилизации сустава: на фоне легких ротационных осцилляций

бедра, осуществляемых врачом в безболезненном объеме, больной, увеличивая тонус приводящих мышц, интенсивно сжимал установленный между его коленями кулак врача при выпрямленных и далее при максимально согнутых в тазобедренных суставах ногах.

Результаты. Вышеприведенный комплекс облегчал послеоперационную реабилитацию пациентов с коксартрозом, ускоряя их полноценную активизацию в условиях стабильности элементов тазобедренного сустава.

Выводы. Комплексная предоперационная реабилитация больных с коксартрозом должна включать научно обоснованные методологии, выполняемые коллективом специалистов.

Интраоперационные осложнения хирургического лечения пациентов с врожденными аномалиями челюстей

Сорвин В.А., Дробышев А.Ю., Свиридов Е.Г., Заборовский В.В., Дробаха К.В.

Задачей ортогнатической хирургии является достижение лицевой гармонии, коррекция скелетных деформаций и окклюзии зубов. На современном этапе развития ортогнатической хирургии осложнения во время проведения хирургического этапа лечения приводят к ухудшению качества жизни пациентов.

Цель – повышение эффективности диагностики, предоперационного планирования и хирургического этапа комбинированного лечения пациентов с врожденными аномалиями челюстей.

Материал и методы. Проведено хирургическое лечение 1537 пациентов с врожденными аномалиями челюстей. У 237 пациентов интраоперационно были выявлены осложнения: повреждение нисходящей небной артерии,

повреждение нижнего альвеолярного нерва, повреждение или перелом корней зубов, перфорация слизистой оболочки твердого неба, искривление носовой перегородки, неконтролируемые переломы остеотомированных фрагментов, перфорации слизистой оболочки носа, неудовлетворительная фиксация минипластин, повреждение подбородочного нерва и артерии при гениопластике.

Результаты. Комплексное обследование, правильное предоперационное планирование и ортодонтическая подготовка пациентов с врожденными аномалиями челюстей позволяют получить стабильный и предсказуемый результат лечения, минимизировать риск развития интраоперационных осложнений на хирургическом этапе комбинированного лечения.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва



Оптические методы диагностики в эндоскопии

Терещенко С.Г.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Концепция развития патологического процесса, особенно злокачественного, состоит в том, что дискретные клеточные изменения ведут к формированию процессов, укладывающихся в картину предракового заболевания на протяжении длительного времени. Современная тенденция развития методов диагностики и лечения в клинической медицине основана на разработке наукоемких технологий, работающих в режиме реального времени, не оказывающих на организм пациента химического, лучевого и прочего отрицательного воздействия, применяемых с минимальной инвазивностью и дающих врачу время и инструмент для выявления тех процессов, которые с высокой вероятностью приведут к развитию заболевания, особенно злокачественного, а также предполагающих возможность остановить эти изменения.

Этим требованиям отвечают методы оптической диагностики: биоспектрофотометрия, оптическая когерентная томография, лазерная доплеровская флоуметрия. Эндоскопическое применение биоспектрофотометрии позволяет регистрировать на спектрограммах наличие веществ, характерных для определенного патологического состояния биоткани. Внутриорганное использование оптической когерентной томогра-

фии фиксирует структурные изменения биоткани в процессе развития заболевания. Данные лазерной доплеровской флоуметрии определяют тип микроциркуляции пациента для оценки его реакции на экзогенное воздействие, проводимое при оперативной эндоскопии (полипэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия и др.), что важно для прогнозирования, профилактики и лечения осложнений.

В процессе проведенного исследования показана возможность применения оптических методов диагностики в эндоскопии, установлены чувствительность, специфичность и точность вышеуказанных методов в диагностике эрозивно-язвенной и опухолевой патологии верхнего отдела пищеварительного тракта, воспалительных заболеваний толстой кишки. Разработанные оптические критерии позволяют оптимизировать место взятия биопсийного материала, устанавливать границы и глубину залегания патологического процесса, стадию поражения, формировать группы повышенного риска развития заболевания, проводить своевременное медикаментозное и радикальное оперативное лечение, контролировать качество заживления, прогнозировать осложнения, оптимизировать способы их профилактики и лечения.

Изменения популяционного состава циркулирующих лимфоцитов при активном течении саркоидоза органов дыхания

Терпигорев С.А., Семашкова А.Е.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

При саркоидозе органов дыхания прогрессирующий воспалительный процесс сопровождается увеличением притока лимфоцитов в легочную ткань и развитием преходящей лимфопении. Вместе с тем надежность использования уровня лимфоцитов крови для оценки течения саркоидоза остается недостаточно высокой. Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют о том, что

изменения субпопуляционного состава лимфоцитов более точно характеризуют динамику текущего воспаления.

Целью исследования было выявление изменений субпопуляций лимфоцитов у больных с различным течением саркоидоза легких. К исследованию были привлечены 52 пациента (42 женщины, 10 мужчин) с морфологически



верифицированным заболеванием, которые согласно принятым критериям Международной ассоциации по саркоидозу и легочным гранулематозам (World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders – WASOG) были разделены на группы с активным (группа А, 34 пациента) и неактивным (группа Н, 18 больных) течением саркоидоза. Длительность заболевания составляла не менее 2 месяцев. Проводилось иммунофенотипирование клеток лимфоцитарного пула периферической крови пациентов методом проточной цитометрии с использованием моноклональных антител.

В группе А у 21 пациента отмечался значительно меньший уровень CD3⁺ клеток крови (снижение до 18,5% по сравнению с группой Н, $p < 0,0002$), у 7 было выявлено увеличение количества CD19⁺ клеток, еще у 21 – повышение уровня CD3⁺CD16⁺CD56⁺ клеток (на 17,0 и 10,5% соответственно, $p < 0,005$). При оценке дальнейшего течения заболевания с использованием результатов динамического компьютерно-томогра-

фического исследования грудной клетки было выявлено, что в группе с неактивным течением саркоидоза у 4 пациентов болезнь прогрессировала в течение первого года наблюдения, что сочеталось со снижением количества CD3⁺ (до 18,0% от исходной величины), повышением количества CD19⁺ и CD3⁺CD16⁺CD56⁺ клеток (до 13,8 и 4,3% от исходной величины соответственно). Таким образом, возникающий дисбаланс популяционного состава циркулирующих лимфоцитов был связан с воспалительной активностью и распространенностью гранулематозного процесса.

Заключение. При саркоидозе органов дыхания признаки активности гранулематозного воспаления и прогрессирования заболевания сочетаются с изменениями состава циркулирующего пула лимфоцитов в виде снижения CD3⁺, повышения CD19⁺ и CD3⁺CD16⁺CD56⁺ клеток, что может быть использовано в качестве теста лабораторной оценки воспалительного процесса, а также для решения прогностических задач.

Особенности лечения больных с хроническим продуктивным остеомиелитом

Трофимов С.А., Дробышев А.Ю., Жукова Н.А., Якименко И.И., Царёв В.Н., Афанасьева Е.А.

Хронический продуктивный остеомиелит является одной из атипичных форм остеомиелита, относится к редким случаям в практике челюстно-лицевого хирурга. Заболевание имеет первично-хроническое начало, в течение длительного периода никак себя не проявляет. Со временем возникают боли, иррадирующие по пораженной половине челюсти, отек, воспалительный инфильтрат, развивается деформация челюсти. Хронический продуктивный остеомиелит имеет циклическое течение, характеризующееся периодами ремиссий и обострений, которые могут случаться до 10 раз в год. Этиология и патогенез данного заболевания до настоящего времени окончательно не ясны, однако одним из ведущих факторов в патогенезе считается одонтогенная инфекция.

С 2010 по 2015 г. на базе нашей клиники проведено лечение 12 больных (83% детей 10–14 лет и 16% взрослых от 24 лет до 41 года) продуктив-

ным остеомиелитом нижней челюсти. Лечение включало санацию полости рта – удаление зубов с очагами периапикальной инфекции, а также проведение в течение 10–14 дней антибактериальной терапии препаратами широкого спектра действия: препаратами пенициллинового ряда (Амоксиклав – 58%) и цефалоспорины II поколения (Цефтриаксон – 12%). В результате лечения полной ремиссии заболевания удалось достигнуть в 32% случаев. Полученный результат является недостаточным, что указывает на необходимость повышения эффективности лечения больных хроническим продуктивным остеомиелитом челюстей.

В настоящий момент на кафедре проводится анализ результатов обследования 12 больных хроническим продуктивным остеомиелитом челюстей для составления схемы антибактериальной терапии у взрослых и детей, а также подбора иммунокорректирующей терапии, оптимизации

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва



протокола лечения данной категории больных. По нашему мнению, необходимо проведение микробиологического мониторинга и молекулярной диагностики, что позволит разработать

схемы пролонгированной антибактериальной терапии, учитывая роль одонтогенной инфекции в патогенезе хронического продуктивного остеомиелита челюстей.

Инфузия левосимендана у пожилых больных со сниженной фракцией изгнания левого желудочка улучшает результаты хирургического лечения в некардиальной хирургии

Убасев Ю.В.¹, Скрипкин Ю.В.^{2,3}, Забелина Т.С.², Сунгуров В.А.¹, Ломиворотов В.В.⁴, Марченко Д.Н.⁵, Лихванцев В.В.^{2,3}

¹ Военно-медицинская организация, г. Голицыно

² ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

³ ФГБНУ «Научно-исследовательский институт общей реаниматологии имени В.А. Неговского», г. Москва

⁴ ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, г. Новосибирск

⁵ ГБУЗ г. Москва «Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ», г. Москва

Актуальность. Застойная сердечная недостаточность устойчиво ассоциируется с неблагоприятными исходами и двукратным повышением летальности в некардиальной хирургии. В этой связи особую актуальность приобретают методы, направленные на предупреждение развития и терапию острой сердечной недостаточности в интраоперационном периоде.

Цель – изучить эффективность предоперационного введения левосимендана для уменьшения смертности и сроков лечения пациентов со сниженной фракцией изгнания левого желудочка при внекардиальных операциях.

Материал и методы. Было проведено мультицентровое рандомизированное слепое плацебоконтролируемое исследование эффективности применения левосимендана для улучшения прогноза внекардиальных операций у пожилых (60–75 лет) пациентов с низкой фракцией изгнания левого желудочка. По принципу “intention-to-treat” в исследование был рандомизирован 81 пациент.

Методом конвертов больные были разделены на две группы: у пациентов 1-й (контрольной) группы стандартная подготовка к операции была дополнена внутривенной инфузией раствора плацебо Солувит (раствор поливитаминов желтого цвета, неотличимый от левосимендана). У пациентов 2-й (основной) группы стандартная подготовка к операции была дополнена внутривенной инфузией раствора левосимендана (препарат Симдакс, Orion Pharma, Финляндия); препарат вводился без нагрузочной дозы. За сутки до опе-

рации пациентов помещали в отделение реанимации и интенсивной терапии, где под контролем неинвазивного мониторинга проводили внутривенную инфузию раствора левосимендана в дозе 0,05–0,1 мкг/кг/мин.

Метод анестезии и тактика ведения раннего послеоперационного периода были идентичны в сравниваемых группах. Были выделены три этапа исследования, на которых фиксировали значения сердечного индекса, фракции изгнания левого желудочка и NT-proBNP. Изучали необходимое время пребывания в палате интенсивной терапии и стационаре, количество жизнеугрожающих осложнений в раннем послеоперационном периоде, 30-дневную и годовую летальность.

Результаты. Инфузия левосимендана со скоростью 0,05–0,1 мкг/кг/мин пациентам с низкой фракцией изгнания левого желудочка непосредственно перед выполнением хирургического вмешательства снижает сроки пребывания в палате интенсивной терапии на 2 суток, необходимое время пребывания в стационаре – на 3 суток. Количество больных, нуждавшихся в инотропной поддержке в интра- и ближайшем послеоперационном периоде, было заметно ниже в исследуемой группе. Доза добутамина, необходимая для поддержания эффективного кровообращения, также существенно различалась: в контрольной группе она составляла 7 [5; 8] мкг/кг/мин, в основной – 0 [0; 5] мкг/кг/мин ($p < 0,001$).

Проведенное исследование post hoc показало, что лучшим соотношением «чувствитель-



ность/специфичность» в плане прогнозирования 30-дневной летальности в кумулятивной группе обладал показатель NT-proBNP на этапе «исход» (AUC = 0,86 [0,77–0,93], $p < 0,0001$).

Вывод. Таким образом, рекомендуется внутривенная инфузия левосимендана со скоростью

0,05–0,1 мг/кг/мин в предоперационном периоде пожилым больным с низкой фракцией изгнания левого желудочка для профилактики возможных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы и снижения сроков лечения в палате интенсивной терапии и стационаре.

Карбонилированные белки – ранние предикторы острой почечной недостаточности при аортокоронарном шунтировании с искусственным кровообращением

Филипповская Ж.С.¹, Гребенчиков О.А.¹, Зиновкин Р.А.², Лихванцев В.В.¹

Изучалась динамика содержания карбонилированных белков в плазме крови 20 пациентов на этапах аортокоронарного шунтирования с искусственным кровообращением (средняя длительность искусственного кровообращения – $125,4 \pm 24,6$ минуты).

Выявлено увеличение уровня карбониллов на 150% ($p = 0,001$) на момент окончания искусственного кровообращения по сравнению с исходом. Высокий уровень карбониллов сохраняется на 1-е и 3-и сутки послеоперационного периода: в обоих случаях 130% по отношению к исходу ($p = 0,0048$ и $p = 0,039$ соответственно).

Таким образом, течение раннего послеоперационного периода при аортокоронарном шунтировании с искусственным кровообращением характеризуется выраженным окислительным стрессом, сохраняющимся как минимум до 3-х суток послеоперационного периода. Сильная

корреляционная связь ($r = 0,92$) выявлена между временем искусственного кровообращения и уровнем карбониллов в плазме оперированных пациентов, что может свидетельствовать в пользу наличия отчетливой связи длительности искусственного кровообращения и послеоперационного окислительного стресса.

При изучении корреляционной связи уровня карбониллов и уровня креатинина в плазме пациентов обнаружилась значимая связь ($r = 0,816$) на 1-е сутки послеоперационного периода. Уровень карбониллов, измеренный после искусственного кровообращения, обладает хорошей прогностической способностью в отношении развития острой почечной недостаточности (чувствительность 83,3%; специфичность 63,4%), что позволяет рассматривать уровень карбониллов в плазме крови пациентов как ранний предиктор развития острой почечной недостаточности.

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

² Научно-исследовательский институт физико-химической биологии имени А.Н. Белозерского МГУ, г. Москва

Сочетанная плазмодифльтрация и адсорбция в лечении септического шока

Фомин А.М., Зацепина А.А.

Один из патогенетических подходов к терапии септического шока предполагает элиминацию медиаторов системной воспалительной реакции – цитокинов и может быть реализован, в частности, в виде сочетанной плазмодифльтрации и адсорбции (СПФА).

Цель – провести сравнительную оценку эффективности СПФА и продленной вено-венозной гемофильтрации у больных с септическим шоком.

Материал и методы. В исследовании участвовали 53 пациента с хирургическим сепсисом

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



различного генеза. Пациенты случайным образом распределялись в две группы. Пациентам основной группы (27 человек) помимо стандартного лечения, рекомендованного Surviving Sepsis Campaign (2013), проводилась СПФА, в контрольной группе (26 человек) – продленная вено-венозная гемофильтрация. Различия между группами не имели статистической значимости ($p > 0,05$). Процедура СПФА осуществлялась на гемопроцессоре Lynda. Скорость потока крови составила 180–200 мл/мин, поток плазмы – 15–25% от потока крови. Гемофильтрация (в режиме постдилюции) осуществлялась в объеме 4000 мл/ч. Каждому пациенту проведено 3 процедуры, длительность каждой – 14–22 часа. Объем обработанной плазмы – 0,19–0,24 л/кг/сут. Продленная вено-венозная гемофильтрация проводилась на аппарате Prismaflex. Продолжительность процедур 12–22 часа, объем замещающего раствора – 35–40 мл/кг/ч. Каждому пациенту также проведено 3 процедуры.

Результаты. Выявлена положительная динамика гемодинамических и вентиляционных показателей в обеих группах: повышение уровня среднего артериального давления (на $20,1 \pm 2,45$ в основной группе и на $13,4 \pm 1,5\%$ в контрольной); индекса PO_2/FiO_2 (на $16,7 \pm 3,2$ и $9,8 \pm 2,75\%$ соответственно). У всех

больных основной группы снижены дозы симпатомиметической и вазопрессорной поддержки, в контрольной группе снижение дозы симпатомиметиков наблюдалось в 88,4% случаев. Интегральная оценка по шкале органной недостаточности (Sepsis-related Organ Failure – SOFA) в группе СПФА по окончании процедур составила 9–11 баллов (до процедур 14–16 баллов), в группе продленной вено-венозной гемофильтрации – 12–13 и 14–17 баллов соответственно. По шкале APACHE 2 в группе СПФА было 14–17 баллов (до процедур 21–25), в группе продленной вено-венозной гемофильтрации – 17–19 и 21–25 баллов соответственно. Клинически значимых осложнений в ходе процедур не отмечено. Выявлено снижение уровня провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли- α на $31,4 \pm 4,2$ и $15,3 \pm 2,1\%$; интерлейкина 1 на $35,2 \pm 5,3$ и $9,4 \pm 2,7\%$, интерлейкина 6 на $39,2 \pm 6,7$ и $21,3 \pm 4,3\%$ в основной и контрольной группах соответственно). Различия в исследуемых показателях статистически достоверны ($p < 0,05$).

Вывод. Эффективность СПФА в лечении септического шока у хирургических больных, оцениваемая как по клиническим, так и по лабораторным критериям, достоверно превосходит эффективность продленной вено-венозной гемофильтрации.

Эффективность применения низкопоточного продленного вено-венозного гемодиализа с использованием сверхвысокопроницаемых мембран в лечении острого почечного повреждения при синдроме позиционного сдавления

Фомин А.М., Зацепина А.А.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Синдром позиционного сдавления достаточно часто осложняется развитием острого почечного повреждения, требующего заместительной почечной терапии. В патогенезе прогрессирования органной дисфункции значительную роль играет не только высвобождение из поврежденных миоцитов целого ряда веществ (миоглобин, креатинфосфокиназа (КФК), лактатдегидрогеназа (ЛДГ)

и др.), но и развитие системной воспалительной реакции как ответа на клеточное повреждение. Вот почему использование сверхвысокопроницаемых мембран (размер удаляемых молекул – до 50 кД) является патогенетически обоснованным.

Цель – оценка эффективности применения низкопоточного продленного вено-венозного гемодиализа с использованием сверхвысокопро-



нищаемых мембран в коррекции метаболических нарушений при синдроме позиционного сдавления, осложнившимся развитием острого почечного повреждения.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 32 пациента с синдромом позиционного сдавления, развившимся вследствие острой алкогольной интоксикации либо передозировки наркотическими препаратами. Все пациенты – мужчины, средний возраст $29,4 \pm 5,3$ года. Терапию начинали на 3–5-е сутки от начала заболевания, длительность позиционного сдавления составила $10,3 \pm 2,4$ часа. Тяжесть острого почечного повреждения (с использованием критериев RIFLE) оценивалась как “failure” (III стадия по AKIN) у 100% больных. Изначальное повышение уровня провоспалительных цитокинов (интерлейкина (ИЛ)-6 на $23,4 \pm 5,1\%$, TNF- α на $26,7 \pm 3,8\%$) наблюдалось у 28 (87,5%) больных. Заместительная почечная терапия осуществлялась с использованием сверхвысокопроницае-

мых капиллярных диализаторов EMiC2 на гемопроцессоре Multifiltrate (Fresenius, Германия). Скорость потока крови – 160–180 мл/мин, поток диализата – 1500–2000 мл/ч ($20\text{--}30$ мл/кг/ч), продолжительность процедуры – 18–26 часов, гепаринизация – 400–600 ЕД/ч. Каждому пациенту проводилось 3 процедуры.

Результаты. У всех больных исследуемой группы отмечалось снижение уровня ряда биохимических и иммунологических маркеров (миоглобина сыворотки крови на $29,3 \pm 6,8\%$, креатинина на $44,7 \pm 8,2\%$, КФК на $35,3 \pm 6,1\%$, ЛДГ на $31,9 \pm 4,4\%$, ИЛ-6 на $19,3 \pm 6,45$, TNF- α на $16,6 \pm 7,3\%$). Средние сроки восстановления почечной функции составили $17,5 \pm 3,5$ суток. Случаев летального исхода в исследуемой группе зафиксировано не было.

Вывод. Данный метод является эффективным и безопасным и может быть использован в терапии острого почечного повреждения при синдроме позиционного сдавления.

Лечение состояний с печеночной недостаточностью на фоне механической желтухи при использовании селективной плазмофльтрации

Фомин А.М., Зяблицев С.В.

Печеночная недостаточность занимает ведущее место среди причин смерти при обтурационных поражениях билиарной системы как следствие декомпенсированной механической желтухи. Летальность составляет 15–60%.

Цель – изучение эффективности селективной плазмофльтрации (СПФ) в лечении больных с механической желтухой, осложненной печеночной недостаточностью.

Материал и методы. Исследование проведено у 21 больного с обтурационными заболеваниями желчных путей. Возраст пациентов колебался от 21 до 69 лет. Распределение больных по длительности желтухи было следующим: до 1 месяца – 23,8%; 1–3 месяца – 66,7%; более 3 месяцев – 9,5%. Причинами механической желтухи явились заболевания гепатодуоденальной зоны: в 33,3% случаев – доброкачественные, в 66,7% – злокачественные. У всех больных были признаки гепатоцеребральной недостаточности: I стадии – у 3 больных, II –

у 7, III – у 11. У 47,6% больных механическая желтуха осложнилась гнойным холангитом.

Для проведения селективной плазмофльтрации использовали: гемопроцессор System AK-10 (Gambro, Швеция); селективный плазмофильтр Evaclio EC-2; катетеры диализные двухходовые; стандартный полиэлектролитный раствор для гемодиализа Accusol 2+ (Baxter, США). Для оценки эффективности СПФ изучали динамику фракций билирубина до и после проведения СПФ. Установили снижение всех фракций, но наиболее эффективно (на 53,6%) снижалась прямая фракция, которая при механической желтухе наиболее высока. В ходе проведения СПФ наблюдали снижение уровня альбумина крови. В связи с этим определяли уровень альбумина в фильтрате, и на основании этого рассчитали коэффициент просеивания для плазмофильтра Evaclio EC-2. Рассчитанный коэффициент составил 0,3. Коэффициент просеивания использовали для расчета восполнения потерь альбумина.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Нами установлено отсутствие отрицательного влияния СПФ на показатели свертывающей системы крови: протромбиновую активность по Квику, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген.

Выводы.

1. Селективная плазмофильтрация – эффективная технология в лечении больных печеночной недостаточностью и снижении уровня билирубина крови.

2. Использование селективной плазмофильтрации в сравнении с плазмаферезом позволяет обрабатывать больший объем крови при снижении количества вводимого альбумина и снижает потери высокомолекулярных компонентов плазмы, таких как иммуноглобулин, фактор роста гепатоцитов и др.

3. Селективная плазмофильтрация не оказывает отрицательного влияния на показатели свертывающей системы крови.

Возможности метода многоцветной проточной цитометрии в диагностике минимальной остаточной болезни при В-клеточном хроническом лимфолейкозе

Чуксина Ю.Ю., Шевелев С.В., Яздовский В.В., Катаева Е.В., Голенков А.К.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Актуальность. В последние годы доказана роль минимальной остаточной болезни при В-клеточном хроническом лимфолейкозе (ХЛЛ) как независимого прогностического фактора для показателей выживаемости без прогрессирования и общей выживаемости, качества ремиссии и индивидуализации терапии. Метод четырехцветной проточной цитометрии при оценке минимальной остаточной болезни (МОБ) по Международному протоколу ERIC является высокочувствительным (1 лейкозная клетка на 10 000 лейкоцитов), имеет преимущества в скорости определения, меньшей стоимости по сравнению с аллельспецифической полимеразной цепной реакцией. На этапе первичной иммунофенотипической диагностики нами была обнаружена переменная экспрессия R-ИЛ-2 (CD25) на В-лимфоцитах у больных ХЛЛ (от 0,02 до 87% позитивных клеток), что обусловило актуальность изучения возможной прогностической роли данного показателя.

Цель – выявление прогностической значимости иммунофенотипических маркеров клеток В-ХЛЛ при оценке МОБ после индукционной терапии R-FC (Флудара, Циклофосфан, Ритуксимаб) у первичных и резистентных больных ХЛЛ.

Материал и методы. Иммунофенотипическая оценка МОБ проведена на 69 образцах периферической крови и костного мозга методом че-

тырехцветной проточной цитометрии (Becton Dickinson, США) по протоколу ERIC.

Результаты. Оценка МОБ показала высокую эффективность режима R-FC и позволила определить показания к проведению поддерживающей монотерапии Ритуксимабом.

При наличии исходного уровня CD25⁺ В-лимфоцитов более 20% у больных ХЛЛ вероятность достижения МОБ-негативной полной ремиссии была достоверно ниже, а МОБ-позитивной полной ремиссии – достоверно выше, чем у больных с отсутствием экспрессии CD25 на В-лимфоцитах ($p=0,0377$; отношение шансов 8,9). При наличии CD25⁺ В-лимфоцитов более 20% вероятность рецидива была достоверно выше, чем в отсутствие экспрессии CD25 ($p=0,000013$; отношение шансов 19,5). Уровень CD25⁺ В-лимфоцитов при прогрессировании заболевания достоверно ($p<0,05$) увеличивался по сравнению с исходным уровнем до начала терапии.

Выводы. Оценка МОБ позволяет определить качество ремиссии и выбрать тактику индивидуальной терапии. Уровень экспрессии CD25 на В-лимфоцитах в дебюте заболевания может быть маркером высокой вероятности рефрактерности к терапии и низкого качества ремиссии заболевания. Уровень экспрессии CD25 на В-лимфоцитах при ХЛЛ может служить прогностическим фактором прогрессирования и рецидива заболевания.



Материалы для восстановления нижней стенки глазницы

Шаманаева Л.С.

Нижняя стенка глазницы повреждается как при обширных переломах верхней челюсти по типу Ле Фор II, III и скулоглазничного комплекса, так и изолированно при резком увеличении давления внутри глазницы, когда внешний контур остается целым и ломаются тонкие нижняя и медиальная стенки.

В челюстно-лицевой хирургии для реконструкции нижней стенки глазницы используют различные ауто- и аллотрансплантаты, а также материалы небиологического происхождения: силикон, биоактивное стекло, материалы на основе полиэтилена, металлические имплантаты и др. Все они имеют свои преимущества и недостатки. В клинике челюстно-лицевой хирур-

гии Университетской клинической больницы № 2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова применяют имплантаты из сетчатого и пористого никелида титана. Положительными свойствами данных материалов являются эластичность, высокая биоинертность, возможность интраоперационного моделирования, отсутствие необходимости дополнительной фиксации за счет структуры имплантатов, способствующей «прорастанию» тканей, доступность и простота использования.

Отдаленные результаты прослежены у 60 пациентов в сроки от 3 месяцев до 4 лет. Ни в одном случае мы не встретили осложнений, связанных с инфицированием, изменением положения имплантата, нарушением функции зрения.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздрава России,
г. Москва

Влияние различных видов седации на динамику послеоперационного делирия

Шапкин М.А., Гребенчиков О.А., Филипповская Ж.С., Майорова Е.Н.

Актуальность. Делирий – частое явление в отделении реанимации и интенсивной терапии, существенно ухудшающее прогноз основного заболевания.

Цель – изучить влияние различных вариантов седации на длительность и степень выраженности делирия, а также динамику маркера нейронального повреждения – белка S100B.

Материал и методы. Все больные с развившимся послеоперационным делирием были разделены на две группы. Рандомизация проводилась методом конвертов. В группе 1 седация осуществлялась препаратом дексметомидин, в группе 2 – препаратом пропофол. На данный момент в каждую из групп вошло по 7 больных с диагностированным делирием. Каждые 6 часов больные пробуждались и оценивались по шкалам CAM-ICU и ICDSC; кроме того, у всех пациентов в динамике оценивали уровень белка S100B.

Учитывалась продолжительность седации в обеих группах.

Результаты. Продолжительность делирия в группе 1 составляла 5,3 дня, в группе 2 – 5,75 дня ($p > 0,3$). Степень выраженности делирия, оцененная по шкале ICDSC, в группе 1 составляла 5,0, в группе 2 – 6,5 ($p < 0,05$). В первые сутки развития делирия уровень белка S100B в группе 1 был равен $17,35 \pm 4,5$ пг/мл, в группе 2 – $43,22 \pm 5,72$ пг/мл ($p > 0,04$), на момент разрешения делирия – $36,5 \pm 4,9$ и $63,8 \pm 10,22$ пг/мл в группах 1 и 2 соответственно ($p < 0,05$).

Вывод. На основании предварительных данных можно предположить меньшую степень выраженности делирия и меньшую величину маркера нейронального повреждения белка S100B в группе пациентов, принимающих дексметомидин, по сравнению с принимающими пропофол.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»,
г. Москва



Мониторинг заболеваемости и задачи диспансеризации ликвидаторов Чернобыльской катастрофы на современном этапе

Широкова Е.Б., Талалаева Т.Г.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

На протяжении 30 лет после Чернобыльской катастрофы всесторонне изучается состояние здоровья ее ликвидаторов.

Цель – изучение заболеваемости ликвидаторов катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) для оптимизации ежегодной диспансеризации и ранней диагностики онкологических и соматических заболеваний.

Материал и методы. Проанализированы результаты многолетнего наблюдения и обследования в клинике профпатологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского состояния здоровья ликвидаторов катастрофы на ЧАЭС и данные медико-дозиметрического регистра Московской области за 30 лет с момента аварии.

Результаты. В первые 5–10 лет после аварии на ЧАЭС у ликвидаторов преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта: гастриты, дуодениты, в том числе эрозивные, ассоциированные с хеликобактерной инфекцией умеренной степени (наблюдались у 80,8%, что превышало популяционный уровень). Эти заболевания протекали на фоне нарушения ферментной и резорбтивной функций тонкой кишки, изменений общего (снижение уровня Т-лимфоцитов, угнетение поглотительной способности нейтрофилов) и местного (снижение продукции IgG, IgA) иммунитета, выраженной вегетативно-сосудистой дисфункции. В последние годы у ликвидаторов отмечается рост сердечно-сосудистых заболеваний и сосудистых заболеваний нервной

системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, дисциркуляторная энцефалопатия) с 69,5% в 2010 г. до 86,5% в 2015 г., при этом каждый страдает 3–5 заболеваниями. На протяжении 30 лет после аварии на ЧАЭС отмечается стойкая тенденция к росту онкологической заболеваемости. По данным Медико-дозиметрического регистра Московской области, на 01.01.2015 онкологические заболевания зарегистрированы у 170 ликвидаторов, вновь заболели в 2015 г. 18 человек. На первое место выходят злокачественные заболевания мочеполовой системы (55 (32,3%) человек), на второе – желудочно-кишечного тракта (40 (23,5%)), на третье – эндокринной системы (18 (10,6%)).

Заключение. Основными задачами диспансерного наблюдения на современном этапе следует считать раннюю диагностику онкологических заболеваний и своевременное выявление и лечение артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, цереброваскулярных заболеваний. В перечень обязательных методов исследования должны быть включены эндоскопические методы – эзофагогастроуденоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия 1 раз в 3 года, ультразвуковые исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства, щитовидной железы, эхокардиография, функциональная диагностика, по показаниям – суточное мониторирование артериального давления и электрокардиография.



Принципы хирургического замещения ороантральных дефектов с применением остеопластики

Шулаков В.В., Лащук С.Ю.

Цель – разработка хирургических способов замещения ороантральных дефектов с применением методов остеопластики в зависимости от их размеров и локализации.

Материал и методы. Обследованы 34 больных в возрасте от 23 до 48 лет с перфорационными дефектами большого диаметра (более 3 мм). Все пациенты были распределены в две группы. В основной группе (n=6) был применен метод сэндвич-техники, основанный на использовании коллагеновых мембран и остеозамещающего материала с применением препаратов гиалуроновой кислоты и аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами. Пациентам контрольной группы (n=28) дефект устраняли традиционным способом – путем перемещения и фиксации слизисто-надкостничного лоскута, заимствованного из области преддверия полости рта. Всем пациентам в динамике (через 6 месяцев и 1 год) проводили мультиспиральную компьютерную томографию с целью контроля степени восстановления костной ткани.

Результаты. По результатам мультиспиральной компьютерной томографии, выполненной через год после операции пластики ороантрального сообщения, выявлено: у пациентов контрольной группы полноценного восстанов-

ления костной ткани в области ороантрального дефекта не произошло ни в одном случае, что в дальнейшем значительно осложняло или делало невозможным реабилитацию больных с использованием дентальных имплантатов. У 16 (57%) пациентов диаметр костного дефекта не изменился, а у 12 (43%) произошло незначительное утолщение и сближение краев дефекта. Отметили следующую тенденцию: чем больше был диаметр костного дефекта и чем тоньше слой костной ткани в области дна верхнечелюстной пазухи, тем менее выраженные положительные динамические изменения были отмечены при контрольном обследовании. У пациентов основной группы во всех случаях через год констатировали полноценное восстановление костной ткани в области ороантрального дефекта.

Вывод. Таким образом, применение у больных с хроническим одонтогенным перфоративным верхнечелюстным синуситом сэндвич-методики обеспечивает правильное анатомическое восстановление формы альвеолярного отростка верхней челюсти в области дефекта, а также позволяет сформировать условия для дальнейшего восстановления дефектов зубных рядов с использованием дентальных имплантатов.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва



Инновационная методика реабилитации больных с афазиями при доминировании импрессивных речевых нарушений

Щербакова М.М.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Исследование проводилось с 2006 по 2008 г. на базе ФГБНУ «Научный центр неврологии», с 2008 по 2012 г. в ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница № 13» ДЗМ, с 2012 по 2016 г. на базе ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Всего нами наблюдались 286 больных: с акустико-гностической афазией – 156, с акустико-мнестической – 93, с семантической – 99. Давность развития речевого расстройства варьировала от нескольких дней до 5 лет. Возраст больных колебался от 18 до 92 лет, средний возраст составил 56 лет; соотношение мужчин и женщин – 109:177.

Результаты внедрения инновационной методики восстановления речевого мышления у больных с доминированием импрессивных речевых нарушений были следующими:

1. Значительное улучшение при грубых степенях тяжести речевых нарушений наблюдалось в среднем в 61% случаев: 58% при акустико-гностической афазии, 60% при акустико-мнестической, 63% при семантической.

2. Значительное улучшение при средней степени тяжести наблюдалось в 68% случаев: 67% при акустико-гностической афазии, 69% при акустико-мнестической афазии, 72% при семантической.

3. Практическое восстановление при легкой степени речевых нарушений наблюдалось в 90% случаев: 87% при акустико-гностической афазии, 91% при акустико-мнестической, 93% при семантической.

В ходе исследования в инновационной методике восстановления речевого мышления у больных с доминированием импрессивных речевых

нарушений были учтены современные научные данные об особенностях компенсаторных возможностей обработки речевой информации головным мозгом, а именно: опора на сохраненные звенья – низшие уровни мозговой организации, отвечающие за речевую деятельность (субдоминантное полушарие и подкорковые отделы), высшие уровни мозговой организации речевой деятельности (передние отделы коры головного мозга – лобные отделы, отвечающие за регуляцию и контроль вербальной информации; избирательная активность определенных областей головного мозга при решении тех или иных речевых задач (фонологической, семантической, грамматической, лексической); взаимосвязь полушарий – принципы их взаимодействия: комплементарность и реципрокность (торможение либо активизация субдоминантного полушария, поскольку при грубой степени тяжести прогноз зависит от того, способно ли правое полушарие временно взять на себя функцию левого).

Новизна разработанной методики восстановления речевого мышления у больных с доминированием импрессивных речевых нарушений проявляется в систематизации этапов восстановления речи, воздействии на все компоненты речевой системы на протяжении всех этапов восстановления речи, выделении отдельных этапов восстановления при грубых степенях тяжести у больных с акустико-мнестической и семантической афазиями.

Инновационность данной методики заключается также в ее модульной организации и возможности применения каждого этапа восстановления речи независимо друг от друга.



Авторский указатель

- А**
- Абрамов Д.Д. 102
 Азарова И.Н. 63
 Аллахвердян А.С. 39, 52, 53, 54, 57
 Амиралиев А.М. 100, 101
 Амосов Н.А. 55
 Андриюхина В.В. 56
 Анипченко Н.Н. 52, 53, 57
 Анипченко С.Н. 52, 54
 Атаманчук А.А. 58
 Афанасьева Е.А. 109
- Б**
- Бабокин В.Е. 59
 Багров В.А. 100
 Балькин Р.А. 102
 Бармин В.В. 100, 101
 Безносенко В.Д. 60, 61, 62
 Богомолов П.О. 60, 61, 62, 63
 Борисова М.Н. 64, 85, 86, 87
 Бритвин Т.А. 65
 Буеверов А.О. 60, 61, 62, 63, 90
 Быстренин А.В. 65
- В**
- Ветчинникова О.Н. 66
 Вишнякова М.В. 26
 Воленко И.А. 52
 Волошин В.П. 72, 98
 Волынкин А.А. 67
 Воронкова Н.В. 60, 61, 62, 63
 Вульф В.В. 89
 Высоцкая Л.Л. 67
- Г**
- Герасименко М.Ю. 105
 Гилилов В.И. 76, 96
 Глушко А.В. 70, 74
 Глушко В.А. 100, 101
 Голенков А.К. 67, 114
 Гордина Г.С. 74
- Гребенчиков О.А. 111, 115
 Григорьев А.Ю. 68
 Гришин А.А. 74
 Гукасян Э.А. 39
 Гумерова Ю.Ю. 62, 63
 Гуревич Л.Е. 69
 Гуров А.Н. 49
 Гусев А.Е. 70
- Д**
- Дворянкин Д.В. 104
 Дзампаева И.Р. 70, 74
 Дмитрук Л.И. 71
 Долгова М.Б. 62
 Дорожко И.Г. 72
 Древаль А.В. 72, 73, 100
 Дробаха К.В. 107
 Дробышев А.Ю. 70, 74, 75, 78, 107, 109
 Дубоделов Д.В. 63
 Дурдыев О.С. 74
 Дутов В.В. 42
- Е**
- Егоров В.И. 34, 76, 77, 81, 96, 97
- Ж**
- Жукова Н.А. 78, 109
- З**
- Забелина Т.С. 78, 110
 Заборовский В.В. 75, 107
 Загаров С.С. 89
 Зацепина А.А. 111, 112
 Зиновкин Р.А. 111
 Зоров Д.Б. 78
 Зяблицев С.В. 113
- И**
- Иванюшко Т.П. 102
 Иловайская И.А. 73, 79, 100
 Ильин В.С. 105
- Имянитов Е.Н. 80
 Инкина А.В. 80
 Исаев В.М. 81
 Исаев Э.В. 81
 Исакова Е.В. 21
- К**
- Кабанова Т.Г. 82
 Казанцева И.А. 69
 Кантария Р.О. 66
 Карандашов В.И. 99
 Карева М.А. 98
 Катаева Е.В. 67, 114
 Катунцева Н.А. 49
 Кель А.А. 83, 106
 Кель Н.В. 83
 Коблов С.В. 60, 61, 62, 63
 Когония Л.М. 83, 85
 Кокина К.Ю. 60, 61, 62
 Колбанов К.И. 100, 101
 Колесников Ю.Ю. 89, 95
 Комарова Ж.Е. 84
 Комердус И.В. 73
 Корабельникова М.И. 63
 Корнилова А.Г. 85
 Королева Г.В. 62
 Корсакова Н.А. 69
 Коршунова А.В. 102
 Котов А.С. 21, 64, 85, 86, 87
 Котов С.В. 21
 Кочнева А.О. 77
 Кошурникова А.С. 93
 Кривошеева Ю.Г. 73
 Кудря О.А. 62
 Кудрявцева Е.Н. 60, 61, 62, 63
 Кузин С.Н. 63
 Кузьмина О.С. 60, 61, 62
 Купцова Е.С. 62
 Курчатова А.Н. 66
 Кучерявый Ю.А. 92



Л

Лавров В.Ф. 63
Лазарев Р.А. 89
Лазаренко Н.Н. 105
Лактионов К.К. 88
Лактионова Л.В. 89
Ларьков Р.Н. 89
Лашук С.Ю. 117
Лебедева О.В. 90
Лебедева О.Н. 62
Литвинов В.В. 72
Лихванцев В.В. 70, 78, 110, 111
Лобов М.А. 64
Ломиворотов В.В. 110
Лопатин А.Ф. 91

М

Маев И.В. 92
Маевская Е.А. 92
Мазурин В.С. 39, 52, 53, 69, 85
Майорова Е.Н. 115
Марченко А.С. 77, 96, 97
Марченко Д.Н. 110
Мациевич М.В. 60, 61, 62, 63
Медведев Ю.А. 102, 103
Мечёва Л.В. 93, 94, 95
Митина Т.А. 67
Молочков А.В. 6
Молочков В.А. 30
Морозов А.А. 55
Мусатенко Л.Ю. 104
Мустафаев Д.М. 34, 76, 77, 81, 96, 97
Мушина Е.В. 64, 85, 86, 87

Н

Наседкин А.Н. 81, 84
Нечаева О.А. 65
Никитин А.А. 46
Николаева С.А. 97

О

Образцова Т.А. 102, 103
Овезов А.М. 57
Онопrienко Г.А. 6, 98
Орлова Е.М. 98
Островский Е.И. 99

П

Палеев Н.Р. 15
Палеев Ф.Н. 6, 15, 26, 99
Пантелеева Е.С. 100
Пантелеева М.В. 64, 85, 86, 87
Першина М.А. 97
Петеркова В.А. 98
Петраченко М.Ю. 60, 61, 62, 63
Пикин О.В. 100, 101
Подойницын А.А. 55
Покрамович Ю.Г. 73
Польщикова А.Ю. 102
Поляков К.А. 102, 103
Прикулс В.Ф. 105
Прищепо М.И. 39
Пыхтеева Е.Н. 104

Р

Рогаткин Д.А. 71
Русанова Е.В. 80, 104
Рыжкова О.Ю. 99
Рябов А.Б. 100, 101

С

Савин А.С. 104
Самбулов В.И. 34, 102
Самойленко В.В. 91
Санина Н.П. 99
Свиридов Е.Г. 75, 107
Свистушкин В.М. 81
Секирин А.Б. 83, 105, 106
Селин В.Н. 84
Семашкова А.Е. 108
Семенов Т.А. 63
Семенова А.В. 102
Силачев Д.Н. 78
Сипкин А.Н. 46
Скрипкин Ю.В. 110
Скулачев М.В. 78
Созаева Л.С. 98
Сорвин В.А. 75, 107
Сотников П.Г. 89
Сташук Г.А. 73, 100
Стучилов В.А. 46
Сунгуров В.А. 110

Т

Талалаева Т.Г. 116
Терещенко С.Г. 94, 95, 108
Терпигорев С.А. 108
Титов А.Г. 69
Токарева Ю.В. 64, 85, 86, 87

Топольницкий О.З. 97
Трахтенберг А.Х. 100, 101
Трифорова Е.В. 67
Трофимов Д.Ю. 102
Трофимов С.А. 78, 109
Трофимова М.Н. 60, 61, 62
Туквадзе З.Г. 101
Тюкин В.Ю. 84

У

Убасев Ю.В. 110
Уренков С.Б. 55

Ф

Федосова Е.В. 60, 61, 62
Филипповская Ж.С. 91, 111, 115
Фомин А.М. 111, 112, 113
Фролов А.В. 52, 53, 54

Х

Хохлов А.В. 104

Ц

Царёв В.Н. 109

Ч

Чеканова А.В. 73
Чемоданов Д.В. 70
Черенкова Е.Н. 62
Черных Ю.Б. 67
Чуксина Ю.Ю. 114

Ш

Шабалин В.Н. 99
Шабаров В.Л. 69
Шаманаева Л.С. 115
Шапкин М.А. 115
Шаталин А.В. 64, 85, 86, 87
Шатохина С.Н. 99
Шевелев С.В. 114
Шестеро Е.В. 66
Шилов Р.В. 89
Широкова Е.Б. 116
Шулаков В.В. 117

Щ

Щербакова М.М. 118

Я

Яздовский В.В. 114
Якименко И.И. 78, 109
Яковлев С.В. 97

