



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

К е у о р д s: military prsnnel, military medical examination, cardiovascular diseases, central military clinical hospital.

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

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

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

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

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



четвертый проходит обследование и лечение по поводу ССЗ (в т. ч. 76,9% – военнослужащие по контракту, 23,1% – по призыву). Такое соотношение, вероятно, сохраняется и во всех центральных военно-лечебных организациях МО РФ, что обусловлено общностью их задач и сопоставимыми возможностями лечебно-диагностической базы [6].

Важной и неотъемлемой составляющей медицинского обеспечения военнослужащих – пациентов центральных военных госпиталей является проведение их медицинского освидетельствования. В соответствии с требованиями методических рекомендаций Главного центра военно-врачебной экспертизы МО РФ «Об организации военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации» (далее – Рекомендации) «в военно-медицинских организациях емкостью 300 и более штатных коек может быть создано несколько ВВК по клиническим профилям» [4]. Очевидно, что максимальную нагрузку по медицинскому освидетельствованию военнослужащих с сердечно-сосудистой патологией несет терапевтическая ВВК.

Нами проанализирована работа терапевтической ВВК 3 ЦВКГ с 2000 по 2015 г. (16 лет) За этот период освидетельствованы 4066 военнослужащих (91,5% – по контракту, 8,5% – по призыву). Военнослужащие с ССЗ составили 51,7% общего количества освидетельствованных терапевтической ВВК. Следует отметить значимую долю сердечно-сосудистых заболеваний среди представленных на ВВК военнослужащих по призыву (43,4%). Значительная часть военнослужащих по контракту была признана В – ограниченно годными к военной службе (44,7% к числу освидетельствованных терапевтической ВВК по поводу ССЗ) и Д – не годными к военной службе (18,5%). Такие пропорции прослеживаются и в структуре экспертных решений по поводу патологии эндокринной системы и обмена веществ, прежде всего сахарного диабета и ожирения, которые являются самостоятельными важными факторами сердечно-сосудистого риска (табл. 1).

Таблица 1

Структура экспертных исходов по основным группам заболеваний и категориям военнослужащих, в % к данной группе военнослужащих

Группы заболеваний	Категории годности к военной службе														
	Военнослужащие по контракту						Военнослужащие по призыву						Всего...		
	А	Б	В	Г	Д	А	Б	В	Г	Д	А	Б	В	Г	Д
Сердечно-сосудистые заболевания (ст. 42, 43, 44, 47, 48)	0,6	30,3	44,7	5,9	18,5	–	8	59,3	2,7	30	0,6	28,7	45,8	5,6	19,3
Заболевания желудочно-кишечного тракта (ст. 57, 58, 59, 61)	3,7	52,4	31,6	1,4	10,9	–	4,1	90,8	–	7,7	5,4	19	50,8	0,9	23,9
Патология эндокринной системы и обмена веществ (ст. 12, 13)	5,7	19,7	49	1	24,6	–	–	92,3	–	7,7	5,5	19	50,8	0,9	23,9
Заболевания органов дыхания (ст. 51, 52, 53)	1,1	31,5	56,5	4,3	6,5	–	5,6	83,3	11,1	–	0,9	27,3	61	5,5	5,5
Арритмии, артропатии, системные заболевания соединительной ткани (ст. 64)	–	5	45,6	–	49,4	–	–	20	–	80	–	4,5	42,7	–	53,9



Статья 42 включает ревматизм и неревматические болезни сердца. В описании болезней, утвержденном постановлением Правительства РФ от 4.07.2013 г. № 565 (далее – Постановление), в данную группу отнесены также врожденные аномалии развития сердца. В практике применения ст. 42 терапевтической ВВК госпиталя наиболее часто встречаются пороки сердца (приобретенные атеросклеротические, ревматические, вследствие *инфекционного эндокардита* (ИЭ), врожденные – пролапс митрального клапана (ПМК), двустворчатый аортальный клапан, неклапанные пороки). Более половины данной категории пациентов освидетельствованы после проведенных кардиохирургических вмешательств. Это является причиной того, что 43,6% из них признаны Д – не годными к военной службе (табл. 2).

Таблица 2

Структура экспертных исходов по основным группам ССЗ у военнослужащих по контракту, %

Статьи расписания болезней	Категория годности		
	Б	В	Д
42	24,2	32,1	43,6
43	39,2	60	8,6
44	15,8	34,1	50,1

Актуальной патологией являются нарушения сердечного ритма и проводимости некоронарогенной природы (чаще всего после перенесенного миокардита). Отмечаем увеличение количества офицеров и прапорщиков из числа не достигших предельного возраста пребывания на военной службе, перенесших оперативные вмешательства на клапанах сердца, имплантацию *электрокардиостимулятора* (ЭКС), радиочастотную абляцию, освидетельствованных в связи с хорошими клиническими результатами оперативного лечения, положительными служебными характеристиками и настроением на дальнейшую военную службу по ст. 42 «в» и признанных Б – годными к военной службе с незначительными ограничениями.

Из 150 военнослужащих по призыву, подвергшихся *военно-врачебной экспертизе* (ВВЭ) в связи с ССЗ, 102 (68%) были освидетельствованы по ст. 42, из них 94 (92%) уволены по болезни. В эту группу освидетельствованных вошли пациенты:

– с врожденными пороками сердца (клапанные и неклапанные аномалии развития);

– после хирургического лечения по поводу врожденных и приобретенных (главным образом, вследствие ИЭ) пороков сердца, имплантации ЭКС;

– с заболеваниями сердца (ПМК, приобретенные клапанные пороки сердца, перенесенные миокардиты и др.) при наличии клапанной регургитации II степени и выше, сердечной недостаточности II *функционального класса* (ФК) и выше, стойких нарушений ритма и проводимости сердца.

После перенесенных острых воспалительных заболеваний миокарда, перикарда военнослужащие направляются в реабилитационный центр (филиал № 2 3 ЦВКГ). Наша практика показывает, что ранняя диагностика, своевременное начало и грамотное проведение комплексной терапии и реабилитации при остром миокардите позволяют в ряде случаев добиться излечения без перехода в миокардиосклероз.

Статья 43 – *гипертоническая болезнь* (ГБ). Синдром *артериальной гипертензии* (АГ) является частой причиной госпитализации военнослужащих по призыву. Основаниями для их перевода в центральные военные госпитали являются необходимость подтверждения диагноза ГБ (дифференциальный диагноз в большинстве случаев приходится проводить с нейроциркуляторной астенией), исключение симптоматической природы выявленной АГ. Всего за 16 лет у 31 военнослужащего по призыву (16% госпитализированных с предварительным диагнозом ГБ) данный диагноз был подтвержден (9% всех освидетельствованных по графе II расписания болезней). У 2 из них диагностирована ГБ II стадии (с поражением «органов-мишеней»). При сборе анамнеза, как правило, выяснялось, что до призыва на военную службу освидетельствуемые по ст. 43 наблюдались по поводу



«нейроциркуляторной дистонии по гипертензивному типу». После призыва на фоне увеличения физических и психических нагрузок отмечалось прогрессирование клинической симптоматики.

Среди военнослужащих по контракту с кардиоваскулярной патологией ГБ является наиболее частой (до 30%) причиной госпитализации и фигурирует как основное заболевание в 60% экспертных заключений при их освидетельствовании по поводу ССЗ (табл. 3).

Таблица 3

Структура освидетельствованных военнослужащих по поводу ССЗ, %

Статьи расписания болезней	Категория военнослужащих	
	По контракту (n=1882)	По призыву (n=150)
42	10,4	68
43	60	20,7
44	23,7	2
47	0,2	6,7
48	5,7	2,6
Всего...	100	100

Определение стадии ГБ с позиций ВВЭ до недавнего времени было сопряжено с определенными трудностями, поскольку критерии тяжести и, соответственно, стадии заболевания в большей степени, чем при другой патологии, имели не количественную, а качественную характеристику (гипертрофия левого желудочка, ангиопатия сосудов сетчатки, сосудистый атеросклероз и т. д.) [3]. В ряде случаев это приводило к неправильной оценке степени выраженности морфологических и функциональных нарушений органов и систем, влекло за собой ошибочное экспертное заключение по причине субъективного характера (клиническое предпочтение врача-эксперта). Введение в статью 43 Положения понятия «органы-мишени», расширение перечня количественных клинико-лабораторных, функциональных критериев их поражения облегчили решение врачом-экспертом принципиального вопроса — определения стадии ГБ. Внесение же ГБ II стадии, в зависимости от степени на-

рушения функции «органов-мишеней», в пункты «б» и «в» данной статьи позволило дифференцированно подходить к принятию экспертного решения в отношении офицеров и прапорщиков, дало некоторым из них возможность продолжения военной службы и даже служебного роста. По нашим данным, офицеры и прапорщики с ГБ II стадии, признанные В — ограниченно годными к военной службе, составляли до 2013 г. свыше 60% освидетельствованных по ст. 43. С 2014 г. доля В — ограниченно годных к военной службе офицеров и прапорщиков с ГБ II стадии уменьшилась до 25,7% (табл. 4).

Таблица 4

Структура экспертных решений, вынесенных терапевтической ВВК по статье 43 графе III, %

Категории годности	Годы	
	2000–2013	2014–2015
Б	36,3	74,3
В	60,5	25,7
Д	1,2	—
Всего...	100	100

Статья 44 — ишемическая болезнь сердца (ИБС). ИБС, согласно многолетнему анализу, является наиболее частой причиной перевода военнослужащих по контракту в 3 ЦВКГ. Это обусловлено наличием в госпитале ангиографической и кардиохирургической служб. Согласно Положению, «наличие ИБС должно быть подтверждено инструментальными методами исследования (обязательные — электрокардиография в покое и с нагрузочными пробами, суточное мониторирование электрокардиограммы и эхокардиография, а также дополнительные — стресс-эхокардиография, коронарография и другие исследования)». Коронарография (КГ) рассматривается с экспертных позиций лишь как дополнительный метод исследования при ИБС. Вместе с тем ангиография с начала 1990-х годов обрела признание «золотым стандартом» в оценке состояния коронарного русла сердца. Более того, наряду с ФК стенокардии, сердечной недостаточности, выраженностью нарушений сердечной



го ритма и проводимости, а также при безболевого (немой) ишемии миокарда, корональном синдроме Х (микроваскулярной дисфункции миокарда), важнейшими (зачастую определяющим) критериями принятия экспертного решения по ст. 44 являются распространенность и степень стенозирующего поражения коронарных артерий, выявляемые при КГ. Также следует отметить, что для офицеров перенесенный мелкоочаговый инфаркт, наличие значительного атеросклеротического поражения коронарных артерий не означают непременно увольнение с военной службы по болезни. «После перенесенного мелкоочагового инфаркта миокарда освидетельствование военнослужащих проводится по “а” или “б” в зависимости от степени выраженности коронарного атеросклероза и (или) сердечной недостаточности. Выраженный коронарный атеросклероз, в свою очередь, является поводом к обсуждению возможности коронарной реваскуляризации (коронарного стентирования или шунтирующей операции). Офицерам, прапорщикам и мичманам, не достигшим предельного возраста пребывания на военной службе, освидетельствование для определения категории к военной службе проводится через 4 мес после операции. Офицерам, направленным на освидетельствование в связи с увольнением с военной службы, заключение выносится по пункту “а”. Офицеры при сохраненной способности исполнять обязанности военной службы могут быть освидетельствованы по пункту “б”. Лица со стойкими нарушениями ритма сердца и проводимости длительностью более 7 сут, требующими антиаритмической терапии или катетерной абляции и возобновляющимися после прекращения лечения, с пароксизмальными наджелудочковыми тахикардиями, синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта, постоянными атриовентрикулярными блокадами II степени без синдрома Морганьи–Адамса–Стокса, синоатриальной (синоаурикулярной) блокадой II степени, развившимися полными блокадами ножек пучка Гиса вследствие ИБС, освидетельствуются по пункту “а” или “б” в зависимости от ФК сердечной недо-

статочности и (или) стенокардии. При отсутствии сердечной недостаточности или стенокардии освидетельствование проводится по пункту “в”» [7].

Из лечебных организаций Минобороны оказание исчерпывающей кардиохирургической помощи возможно в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, ЦВКГ им. П.В.Мандрыка, 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого, ВМедА им. С.М.Кирова. Кроме того, имеются штатные ангиографические службы в 1602 ОВКГ ЮВО, 1409 ВМКГ БФ, 301 ОВКГ ВВО. Направление в эти лечебные организации военнослужащих по контракту для проведения медицинского освидетельствования после кардиохирургических, эндоваскулярных вмешательств целесообразно в тех ситуациях, когда на момент направления на ВВК выявляются изменения в состоянии здоровья освидетельствуемых, требующие решения вопроса о повторных высокотехнологичных исследованиях и вмешательствах. Во всех остальных случаях принятие экспертного решения по таким военнослужащим остается в компетенции ВВК базовых, окружных госпиталей (по территориальному принципу).

Среди военнослужащих по контракту с кардиоваскулярной патологией ИБС являлась причиной госпитализации в 3 ЦВКГ в 28,6% случаев и определяла категорию годности к военной службе в 23,7% экспертных заключений. Абсолютное большинство освидетельствованных по ст. 44 гр. III составили военнослужащие, перенесшие ИМ, оперативные вмешательства по поводу ИБС (коронарное шунтирование, чрескожную коронарную реваскуляризацию, имплантацию системы ЭКС). Каждый второй из них был признан Д – не годным к военной службе.

В последние десятилетия большую озабоченность у клиницистов вызывает тенденция в эпидемиологии ИБС, характеризующаяся «омоложением» контингента лиц, у которых выявляется коронарная патология. В отличие от взрослых, у которых ведущей причиной ИМ является атеросклероз коронарных артерий, у молодых людей спектр этиологических факторов значительно шире. В многочисленных исследованиях показано, что факторы риска ИМ у молодых



включают курение, инсулинорезистентность, ожирение, дислипидемию. В этой связи приобретает принципиальную важность недопущение нахождения на военной службе по призыву больных с коронарной патологией. Наш опыт показывает, что в медицинской службе ВС настороженность в отношении коронарной патологии у военнослужащих по призыву существует. Так, за период с 2007 по 2014 г. в 3 ЦВКГ были направлены 93 военнослужащих по призыву с подозрением на ИБС. В результате обследования диагноз ИБС подтвердился у 2 военнослужащих. После проведенного оперативного (в одном случае выполнена операция АКШ, в другом – коронарное стентирование) и реабилитационного лечения оба военнослужащих были освидетельствованы по ст. 44 гр.с II и уволены из рядов ВС по болезни.

Статья 47 – нейроциркуляторная астенция (НЦА). Значимость проблемы НЦА для ВС заключается в том, что военная служба связана с отрывом молодого человека от привычного социального окружения, адаптацией к новому коллективу, новым климатическим условиям, изменением режима дня и системы питания, увеличением физических нагрузок. Психологическое, физическое напряжение в период адаптации к военной службе в ряде случаев приводит к появлению вегетативно-сосудистых расстройств с неадекватной реакцией АД на перечисленные раздражители. «Окончательный диагноз НЦА является “диагнозом исключения” и устанавливается при обследовании с участием врача-невролога, врача-офтальмолога, а при необходимости, и врачей других специальностей после исключения органической природы сопутствующей ему клинической симптоматики (по данным электрокардиографии, эхокардиографии, методов лучевой диагностики и др.)» [7]. За 16 лет диагноз НЦА стал причиной увольнения с военной службы 6 военнослужащих по призыву с гипотензивными реакциями и стойкой фиксацией АД ниже 100/60 мм рт. ст. при наличии постоянных жалоб, стойких, резко выраженных вегетативно-сосудистых расстройств, стойкого нарушения сердечного

ритма, не поддающихся лечению и значительно снижавших трудоспособность и способность исполнять обязанности военной службы.

Статьи 24 (сосудистые заболевания головного и спинного мозга) и 45 (болезни, врожденные аномалии развития и последствия повреждений аорты, магистральных и периферических артерий и вен, лимфатических сосудов). Освидетельствование по данным статьям занимает незначительную часть экспертных решений профилейных (неврологической и хирургической) ВВК. Во-первых, это объясняется относительно небольшим количеством таких пациентов. Во-вторых, перенесенные инсульты у военнослужащих чаще всего являются осложнением ГБ. В зависимости от выраженности неврологического дефицита такие пациенты освидетельствуются либо по ст. 43, либо одновременно по ст. 43 и 24 в случаях, когда пункты этих статей в одинаковой степени ограничивают годность к военной службе. Военнослужащие (единичные в течение года) после сочетанных операций на аорте и аортальном клапане освидетельствуются по ст. 42.

При анализе экспертных решений терапевтической ВВК 3 ЦВКГ обратило на себя внимание значительное количество среди освидетельствованных коморбидных пациентов. Экспертные заключения, вынесенные комиссией за 16 лет по графе III расписания болезней, в 77% случаев ограничивали годность освидетельствованных к военной службе (категории годности “б”, “в”, “д”). По результатам обследования у 83% военнослужащих этой группы было 2 и более (до 8) заболеваний, в т. ч. у 28% – не менее 2 заболеваний, имевших одинаковое экспертное значение. В большинстве случаев пациенты страдали либо несколькими видами сердечно-сосудистой патологии (ИБС и ГБ), либо сочетанием ССЗ с сахарным диабетом, алиментарным ожирением, хроническим бронхолегочным заболеванием.

Клиническая многогранность контингента военнослужащих с ССЗ, проходящих медицинское освидетельствование в центральных лечебных организациях Минобороны, обусловлена уровнем осна-



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

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

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

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

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

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

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

Литература

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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