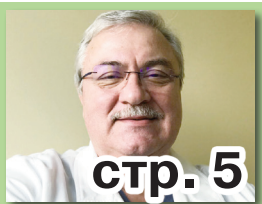




**Лапароско-
пия**



стр. 5

**Всегда
на чеку**



стр. 11

**Пришла
весна**



стр. 12



ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА

**3 Центрального военного клинического госпиталя им. А.А. Вишневского
Министерства обороны Российской Федерации**

www.3hospital.ru

Апрель — Май 2017



У К А З

Президиума Верховного Совета СССР
Об объявлении 9 мая ПРАЗДНИКОМ ПОБЕДЫ

В ознаменование победоносного завершения Великой Отечественной войны советского народа против немецко-фашистских захватчиков и одержанных исторических побед Красной Армии, увенчавшихся полным разгромом гитлеровской Германии, заявившей о безоговорочной капитуляции, установить, что 9 мая является днём всенародного торжества — ПРАЗДНИКОМ ПОБЕДЫ.

9 мая считать нерабочим днём.

Председатель Президиума Верховного Совета СССР М. КАЛИНИН.

Секретарь Президиума Верховного Совета СССР А. ГОРКИН.

Москва, Кремль. 8 мая 1945 года.

В Совнаркоме СССР

В соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР об объявлении 9 Мая ПРАЗДНИКОМ ПОБЕДЫ Совнарком СССР постановил считать 9 Мая 1945 года нерабочим днем.

Совет Народных Комиссаров СССР предложил всем советским государственным учреждениям 9 мая с. г. в день всенародного торжества — ПРАЗДНИК ПОБЕДЫ поднять на своих зданиях Государственный Флаг Союза Советских Социалистических Республик.



Прошло уже 72 года со Дня Победы в Великой Отечественной войне, но отголоски ее доходят до нас и сегодня...

Для нынешней молодежи День Победы ассоциируется с парадом на Красной площади и невероятной красоты салютом. Однако люди старшего поколения еще помнят рассказы своих дедушек и бабушек, которые были очевидцами и той страшной войны, и долгожданного дня Победы...

40 секунд жизни...

Подбирая исторические факты о медицинской помощи в годы Великой Отечественной войны, столкнулась с ужасающей цифрой статистики, что «средняя продолжительность жизни санинструктора на передовой в 1941 году составляла 40 секунд...»

40 секунд жизни... Но ведь никто не подсчитал, сколько за эти «среднестатистические» 40 секунд жизни было спасено бойцов...

Окончание на 10-й стр.

Межрегиональная урологическая конференция

19 мая 2017 года в 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского состоится межрегиональная урологическая конференция «Актуальные вопросы хирургии заболеваний предстательной железы и уретры».

Первая подобная урологическая конференция 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского Минобороны России состоялась 24 июня 2016 г. и была приурочена к 20-летию урологического центра госпиталя. Нами был приобретен положительный опыт организации подобных научных мероприятий. Решение о проведении ежегодных урологических конференций было принято руководством госпиталя и, благодаря огромной поддержке со стороны командования, воплощено в жизнь.

Урологический центр 3 ЦВКГ создан в июле 1996 года на базе 3-х урологических отделений различного профиля. Сегодня это оснащенный современным оборудованием клиничко-диагностический центр, ведущий активную диагностическую, лечебную, научно-методическую работу. Среди сотрудников центра 3 доктора и 4 кандидата медицинских наук. Урологический центр нашего госпиталя имеет достаточно высокий авторитет среди научных и лечебных учреждений Российской Федерации.

Окончание на 2-й стр.

Сестры милосердия

Международный день медицинской сестры — это профессиональный праздник представительниц одной из самых гуманных профессий.



Этот праздник учрежден по решению Красного Креста и отмечается **12 мая**. Хотя фактически празднику почти два века, ведь еще при Петре I была организована «женская медицинская помощь больным и раненым в госпиталях», однако официальный статус Дня медицинской сестры он получил только в 1971 году.

Медицинское учреждение — это дом надежд и отчаяния, мук и терпения тех, кто «попал в плен» болезни. Всю их боль и страх перед болезнью разделяют с ними медицинские работники и, конечно же, медицинская сестра. Само название этой профессии говорит о том, какие основные черты характера должны быть присущи людям, избравшим ее.

«Сестра» — так говорят родному человеку, который всегда готов прийти на помощь. И поэтому среди всего медицинского персонала любого лечебного учреждения медицинская сестра — самый близкий для больного человек.

С праздником вас, дорогие наши!

Управление госпиталя



МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Окончание. Начало на 1-й стр.

Целью нашей урологической конференции является обмен опытом и знаниями среди специалистов различных лечебных учреждений, а также установление научных контактов в области урологии и смежных специальностей.

На повестке конференции планируются интересные, «передовые» доклады от ведущих специалистов и экспертов российской урологии, обмен опытом, дискуссии, разбор клинических случаев. Темы докладов будут посвящены новейшим малоинвазивным методам лечения пациентов со злокачественными и доброкачественными заболеваниями простаты, стриктурами уретры и болезнью Пейрони; нюансам хирургической техники, профилактике послеоперационных осложнений и многому другому.

Немного о докладчиках со стороны нашего госпиталя.

Начальник урологического центра ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы А.Г. Кочетов в докладе о хирургическом лечении доброкачественной гиперплазии простаты с помощью инновационной методики лазерной энуклеации (HoLEP) поделится личным опытом ее применения на примере непосредственных результатов более 100 пролеченных пациентов.

В урологической хирургии существует «золотой стандарт» операций, помогающих разрешить проблему, связанную с ДГПЖ. Однако поиск малоинвазивных методик, которые не уступали бы по эффективности уже известным, но позволяли бы значительно уменьшить число осложнений и неудач, происходит постоянно. Внедрение в клиническую практику госпиталя высоких энергетических, лазерных технологий, совершенствование эндоскопического оборудования стало современным решением проблемы.

В урологическом центре 3 ЦВКГ с 2015 г. проводится самая высокотехнологичная малоинвазивная операция, которая сегодня имеется в арсенале у современной урологической хирургии. Среди учреждений Министерства обороны РФ наш госпиталь оказался первым, где была внедрена и освоена методика трансуретральной гольмиевой лазерной энуклеации предстательной железы (HoLEP). Авангардная технология представляет собой практически бескровное удаление разросшейся ткани предстательной железы и обеспечивает быструю реабилитацию пациентов. Лазерная энуклеация простаты — самый современный перспективный и эффективный эндоскопический метод лечения аденомы простаты, особенно при объеме больших размеров. Термин «эну-



клеация» означает полное удаление (вылущивание) гиперпластически измененных долей простаты целиком без затрагивания окружающих здоровых тканей.

Основные преимущества HoLEP — это высокая клиническая эффективность, низкий процент развития рецидивов, низкий процент интраоперационной и послеоперационной кровопотери, хорошая переносимость пациентами и короткий реабилитационный период.

Нельзя не отметить тот факт, что лазерная энуклеация уже сегодня претендует на звание «золотого стандарта» хирургического лечения аденомы предстательной железы!

По профилю безопасности метод HoLEP имеет неоспоримые преимущества перед известными методами удаления ДГПЖ и демонстрирует лучшие результаты.

Высокая эффективность гольмиевой лазерной энуклеации в ликвидации нарушений мочеиспускания, обусловленных аденомой про-

статы, доказана множеством зарубежных и отечественных исследований и, согласно клиническим рекомендациям Европейской Ассоциации Урологов (EAU), является операцией выбора при объеме простаты более 80 см³. HoLEP является единственной «лазерной» методикой оперативного лечения пациентов, страдающих аденомой простаты, имеющей 1-ю степень доказательности эффективности и безопасности по данным и Американской, и Европейской Урологических Ассоциаций (AUA и EAU).

К сожалению, несмотря на развитие традиционных и появление новых хирургических методик для лечения дизурических расстройств у больных с доброкачественной гиперплазией простаты, сохраняется достаточно большая категория больных, которым в силу тяжести сопутствующей патологии, возраста и больших, а порой и гигантских размеров аденомы, выполнение гисторедуктивных (удаляющих ткань органа) вмешательств не представляется возможным. Еще несколько лет назад единственным способом помощи больным высокого хирургического и анестезиологического риска в таких ситуациях становилась установка цистостомического дренажа, устраняющая клинические жалобы, но значительно снижающая качество жизни больных и их родственников. И даже при наличии адекватного ухода за стомой невозможно бывает избежать тяжелых инфекционных осложнений.

Решение данной медицинской задачи было найдено специалистами урологи-





ческого и рентгенэндоваскулярного центров 2 года назад путем внедрения в практику, тогда еще малоизвестной, эндоваскулярной эмболизации простатических артерий.

Накопленный и проанализированный зарубежный опыт и отсутствие альтернативных методов помощи побудили нас лично опробовать эмболизацию простатических артерий с целью улучшения качества жизни больных с доброкачественной гиперплазией простаты.

В 2015 г. в нашем госпитале и впервые среди учреждений МО РФ внедрена и выполняется билатеральная суперселективная эмболизация простатических артерий (ЭПА) пациентам высокого возрастного, анестезиологического риска и риска осложнений на фоне выраженной сопутствующей патологии (тяжелое течение сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, сосудистые патологии нижних конечностей, патологии гемостаза) при больших объемах аденомы предстательной железы. Данный способ позволяет блокировать приток крови избирательно в ткани простаты, не затрагивая кровоснабжение соседних органов, что приводит в дальнейшем к постепенному самостоятельному уменьшению ее размеров, нормализации мочеиспускания и улучшению качества жизни пациента.

Сама процедура ЭПА является наиболее ювелирно сложной из всех разновидностей рентгенэндоваскулярной хирургии, поскольку требует знание детальнейшей анатомии и нюансов васкуляризации артерий тазового дна, безупречного владения различными методиками катетеризации артерий, а также опытом работы с сосудами диаметром менее 1 мм. Технология является эффективным, безопасным и самым малоинвазивным инструментом для лечения больных высокого хирургического риска с синдромом нижних мочевых путей, особенно при наличии гиперплазии простаты большого размера.

Полученные нами непосредственные и отдаленные результаты лечения более 40 больных будут отражены в докладе врачей урологического (С.С. Рослик) и рентгенэндоваскулярного (С.Б. Жариков) центров. Наш опыт позволяет с уверенностью рекомендовать широкое внедрение данной методики в рутинную практику. На практике пода-



вляющее большинство пациентов, которым применялся данный вид лечения, отметили улучшение качества мочеиспускания, 80 % пролеченных пациентов избавились от цистостомического дренажа при его наличии до операции.

По нашим статистическим данным, более чем у 30 % больных наблюдаются положительные сдвиги уже в раннем послеоперационном периоде. В дальнейшем уменьшение размеров железы и редукция аденомы наблюдаются в течение полугода-года. Наши отдаленные результаты показали наименьшую частоту рецидивов и повторных госпитализаций. Мы с нетерпением ждем новые рекомендации отечественных и зарубежных научных урологических обществ с определением места эмболизации простатических артерий в лечении больных с синдромом нижних мочевых путей при гиперплазии простаты больших размеров.

Как показывает наш пример, активное внедрение современных технологий, мультидисциплинарный подход, привлечение к лечению урологических больных специалистов смежных специальностей позволяют нам решить проблему синдрома нижних мочевых путей и гиперплазии простаты практически у любого больного.

Более 5 лет в урологическом центре активно функционирует отделение ре-



конструктивной урологии, в котором выполняются все виды генито-уринарной реконструкции. Хирургия мочеиспускательного канала считается одной из наиболее сложных областей не только урологии, но и всей хирургии. Поражения уретры относятся к числу заболеваний, наиболее нарушающих качество жизни. Причинами поражений уретры могут стать ее повреждения в результате травм промежности и тяжелых автоавтомобильных травм с нарушением целостности тазовых костей. Большой процент стриктурных поражений уретры обусловлен ятрогенными причинами в результате роста количества эндоурологических опера-



ций и манипуляций, а также увеличением числа воспалительных заболеваний мочеиспускательного канала. В нашем центре выполняются все виды реконструктивной уретропластики: анастомотическая уретропластика, аугментационная анастомотическая уретропластика, анастомоз без пересечения спонгиозного тела, заместительная уретропластика с применением трансплантатов ротовой полости, этапные уретропластики и т.п.

Значительную долю работы центра составляет хирургическое лечение эректильной дисфункции. Росту количества такого рода вмешательств способствует повышение заболеваемости

сахарным диабетом, а также увеличение количества радикальных операций на предстательной железе по поводу злокачественных новообразований. Все это может приводить к тяжелым органическим нарушениям эректильной функции, требующих хирургического вмешательства. В отделении выполняются все виды фаллопротезирования с применением пластических и гидравлических протезов полового члена.

Также успешно проводится хирургическое лечение болезни Пейрони, включающее корпоропластику с применением венных трансплантатов и трансплантатов слизистой ротовой полости.

Руководителем направления генито-уринарной реконструкции в урологическом центре является доктор медицинских наук Гвасалия Бадри Роинович, который представит в докладе результаты своей работы и наметит дальнейшие векторы ее развития в условиях многопрофильных стационаров.

Приглашаем на нашу конференцию всех желающих. Искренне надеемся, что участие в конференции окажется полезным для Вашей образовательной, практической и научной деятельности. Регистрация и посещение — бесплатные.

Материал подготовили
А.Г. Кочетов, Б.Р. Гвасалия,
С.С. Рослик, С.Б. Жариков
Фото Алексея ЛОВЕНА
(конференция 2016 г.)





ЦЕНТР КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Продолжение.
Начало в предыдущем номере

Отделение клинической биохимии

Биохимическая лаборатория была открыта 20 июня 1968 года. Сегодня это современная лаборатория, оснащенная автоматическими анализаторами, позволяющими за считанные минуты определить в минимальном количестве сыворотке крови большой спектр различных ферментов и метаболитов. В плановом порядке в отделении проводят биохимические и коагулологические исследования. С 2001 года отделением клинической биохимии заведует врач клинической лабораторной диагностики высшей квалификационной категории, прекрасный организатор и внимательный специалист Домникова Анна Алексеевна.

Врачи лаборатории и фельдшера-лаборанты — особенная специальность. По роду деятельности они не встречаются с больным, перед ними только Ф.И.О., номер пробирки, диагноз. Тем не менее, до 80 % объективной информации о своих пациентах лечащий врач получает именно из лаборатории, от врача-лаборанта.

Недаром их кредо — точность, диагностическая надежность и оперативность исследований посредством прогрессивных методов.

Отделение неотложной экспресс-диагностики

Экспресс-лаборатория была организована для обеспечения работы отделений реанимации и интенсивной терапии. Развитие госпиталя и увеличение числа лечебных отделений, внедрение последних научных



достижений в практическую медицину повлияли на процесс развития лабораторного экспресс-анализа.

Современный автоматизированный аппаратный комплекс, которым оснащено отделение сегодня, позволяет наиболее полно оценить состояние у больных на основе исследований газо-транспортной функции и кислотно-основного равновесия крови, водно-электролитного баланса, общей биохимии крови, а также свертывания крови. Отделение возглавляет Павлова Марина Владимировна — зав.отделением, врач высшей категории.

Выполнение исследований в отделении обеспечивают врачи и фельдшера-лаборанты круглосуточно, по графику. Отделение экспресс-диагностики в первую очередь обслуживает приемное отделение, отделения реанимации и интенсивной терапии и по завершении работы в плановых лабораториях обеспечивает лабораторную диагностику всего госпиталя.

Отделение микробиологических исследований

Бактериологическая лаборатория была открыта в июне 1968 года.

Бактериологическая лаборатория была создана для контроля и выявления бактериологических загрязнений в различных объектах при выполнении лечебно-диагностического процесса в госпитале, с целью предупреждения распространения внутригоспитальной инфекции. Первым начальником был назначен Пекшин Иван Яковлевич, который энергично взялся за оборудование лаборатории и подбор кадров. В 1991 году на должность начальника лаборато-

рии назначен Копейка Анатолий Алексеевич, который зарекомендовал себя опытным врачом-бактериологом, хорошим организатором. Лаборатория оснащена современным оборудованием и расходными материалами отечественного и зарубежного производства.

Используемые методы исследования и реактивы сертифицированы и соответствуют современным российским и международным стандартам.

В лаборатории работают высокопрофессиональные сотрудники с большим опытом работы по проводимым видам исследования, имеющие квалификационные категории. Врачи лаборатории прошли подготовку по клинической микробиологии.

Отделение инфекционно-иммунологической диагностики

Первоначально, в 70-е годы в госпитале была создана иммунологическая лаборатория, занимающая 1 кабинет со штатом одного врача и лаборанта. В 1988 году, в связи с появлением и ростом ВИЧ-инфекции в мире и в стране, возникла необходимость создания полноценной иммунологической лаборатории.

В настоящее время в отделении инфекционно-иммунологической диагностики работают врачи-вирусологи, врачи-иммунологи и опытные высококвалифицированные фельдшера-лаборанты под руководством опытного врача высшей категории, специалиста в области иммунологии Павловой Татьяны Юрьевны. Современное автоматизированное оборудование позволяет быстро и качественно определять концентрацию онкомаркеров, антител в сыворотке крови, а также клеточный иммунитет. С помощью этих обследований проводится диагностика вирусных, паразитарных и других болезней, встречающихся в инфекционной патологии, инвазиях внутренних органов, гинекологии, ревматологии.

Определение иммунного статуса позволяет проводить диагностику и лечение аллергических заболеваний, напряженность иммунитета и его патологию.

В 2007 году внедрена гелевая технология определения групповой принадлежности.

Светлана ШИБЕКО
Фото Алексея ЛОВЕНА

Продолжение в следующем номере





ЛАПАРОСКОПИЯ



ДИАГНОСТИКА СТЕНОЗА ЧРЕВНОГО СТВОЛА (ЧС)

В связи с тем, что симптоматика этого синдрома не имеет выраженных признаков, а имеющиеся жалобы характерны и при многих других заболеваниях желудочно-кишечного тракта, существует большая проблема с постановкой правильного диагноза. Зачастую больные годами «ходят по врачам»,

где им ставят различные, порой противоположные друг другу, диагнозы. Они принимают всевозможные курсы лечения, не приносящие никакого облегчения, нередко случаи, когда таких больных направляют на лечение к психоневрологам, приписывая им ипохондрию. Довольно часто при компрессионном стенозе чревного ствола брюшной аорты больные имеют бледный, астеничный вид и симптомы, характерные для хронической мезентериальной ишемии (боль в животе после приема пищи, рвота, потеря веса). Чаще этот диагноз ставится женщинам или мужчинам в молодом возрасте. Важный признак этого заболевания — систолический шум при выслушивании брюшной полости. Этот симптом может быть неявным, есть прямая

его зависимость от различных случайных факторов:

- при подозрении на ЭКЧС доктор должен направить пациента на процедуру ангиографии сосудов брюшной полости: в этом случае вводится контрастное вещество в артерию и делаются рентгеновские снимки, на которых можно оценить существующее сужение чревного ствола и его степень;

- оценить течение процесса в динамике позволяет УЗИ-исследование брюшной аорты и ее ветвей. При этом методе обследования появляется возможность оценить качество кровеносного сосуда, скорость кровотока в нем.

Если больному поставлен этот сложный диагноз, ему потребуется оперативное вмешательство, поскольку иного способа восстановить нормальное кровоснабже-

ние органов брюшной полости не существует. В зависимости от сложности и выраженности компрессии чревного ствола врачи выбирают тактику проведения операции. От этого же будет зависеть и восстановительный период после ее проведения, и дальнейший прогноз выздоровления больного. Чем раньше поставлен правильный диагноз и проведена успешная операция по декомпрессии чревного ствола брюшной аорты, тем больше шансов дается больному на восстановление нормальных функций всех органов брюшной полости, страдающих от ишемии, больше возможностей

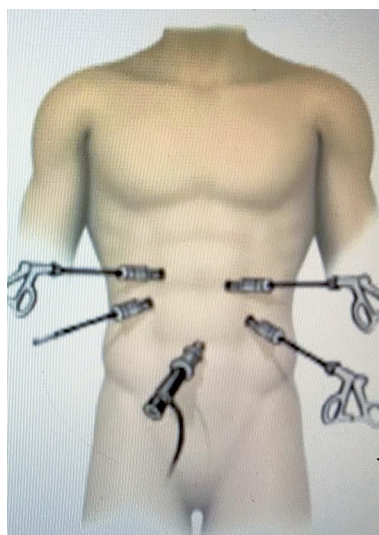
24.01.2017 г. впервые в госпитале им. А.А. Вишневого выполнена лапароскопическая декомпрессия чревного ствола (рассечение дугообразной связки диафрагмы). Инициаторами применения малоинвазивной методики выступили начальник центра сосудистой хирургии А.В. Образцов и заведующий хирургическим отделением лапароскопических методов диагностики и лечения А.К. Хабурзания. Ранее подобные операции в нашем госпитале выполнялись только «открытым» способом. В России первая операция лапароскопическим методом выполнена в 2005 году в Институте хирургии им. А.В. Вишневого профессором Ю.Г. Старковым.

появляется для него вести нормальный образ жизни, не страдая от хронического недомогания.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

К нам поступил пациент 35 лет, с дефицитом массы тела, болен более двадцати лет. Предъявлял жалобы на постоянные ноющие боли в животе, усиливающиеся после физической нагрузки и приема пищи. Многие годы проходил лечение и обследование у невропатологов и гастроэнтерологов. В результате обследования в госпитале установлен диагноз: критический (80 %) стеноз чревного ствола вследствие его экстравазальной компрессии.

Больному определены показания для хирургического лечения — лапароскопическая декомпрессия чревного ствола. Оператор — А.К. Хабурзания, ассистенты — З.Ф. Дзадзамия, В.В. Бондаренко, операционная сестра — О.Е. Сокурова, анестезиолог — С.А. Хри-



танков. На операции присутствовал и консультировал начальник центра сосудистой хирургии госпиталя А.В. Образцов, продолжительность операции составила 75 минут, кровопотеря до 50 мл. Послеоперационный период без осложнений. Через 3 дня пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии. На десятый день после операции при осмотре пациент отмечает полное купирование болевого синдрома и улучшение общего состояния.

Учитывая полученный первый положительный опыт, лапароскопическая декомпрессия чревного ствола должна прочно войти в арсенал малоинвазивных хирургических вмешательств, выполняемых в ЦВКГ им. А.А. Вишневого.

Заведующий отделением лапароскопических методов диагностики и лечения, заслуженный врач РФ кандидат медицинских наук, доцент
АМИРАН ХАБУРЗАНИЯ
Фото из архива госпиталя

В РЕДАКЦИЮ ПРИШЛО ПИСЬМО

Когда я проходил по переходу второго этажа, то невольно останавливался перед фотографиями времен Великой Отечественной войны. Фотокорреспонденты запечатлели мгновения из жизни людей, вставших на защиту своей Родины.

Меня особенно взволновали несколько фотографий с изображением четвероногих друзей — собак ездовой санитарной службы.

И невольно вспомнилось, что, занимаясь в течение более тридцати лет изучением истории военного собаководства, я вернул из небытия многие имена вожатых, работавших с четвероногими помощниками, а также их героические подвиги.

Хочется напомнить, что с помощью собачьих упря-

женок ездовой санитарной службой в годы войны было вывезено и спасено более 700 тысяч раненых бойцов и командиров. И среди 100 отдельных бата-



Да, традиции военных медиков времен Великой Отечественной войны не забыты, они есть и продолжают, и находятся сегодня в надежных руках

Дзадзамия, и Вячеслав Валерьевич Бондаренко.

Хочу сказать, что после общения с ними не страшны никакие хирургические вмешательства.

А теплое отношение медицинских сестер помогает каждому из нас встать на ноги после сложнейших операций. Это — Нина Борисовна Федорова, Надежда Яковлевна Дроздова, Ольга Павловна Лысенко, Раиса Александровна Быховцева, Кристина Романовна Владимирова и многие другие, которым я выражаю глубочайшую признательность. Их профессионализм, заботливое отношение и внимание помогли мне вернуться к нормальной жизни.

Полковник в отставке, военный историк, член Союза писателей России
ВЛАДИМИР ШВАБСКИЙ



ПСИХИАТРИЯ



Психиатрическое отделение филиала № 1 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России

В настоящее время отделение осуществляет свою деятельность по обеспечению доступной и качественной психиатрической помощью с различными видами психической патологии.

Обладая широкими возможностями оказания профилактической, лечебно-диагностической и реабилитаци-

онной помощи, психиатрическое отделение госпиталя является одним из ведущих ведомственных лечебно-профилактических отделений с комплексной системой организации оказания психиатрической помощи.

Использование высокотехнологичных методов диагностики, лечения и реабили-

литации пациентов с проблемами психического здоровья обеспечивается соответствием применяемого оборудования, лекарственного обеспечения средств медицинского назначения современным требованиям к лечебно-диагностическому процессу в системе контроля качества медицинской помощи.

Современный уровень психиатрической помощи обеспечивается высокой квалификацией персонала отделения. Сотрудники психиатрического отделения имеют высокую профессиональную подготовку, большой стаж работы по специальности, ученые звания и высокие квалификационные категории.

В психиатрическом отделении больницы имеются комфортабельные палаты, на территории госпиталя есть место для прогулок, состоящее из лесополосы с удобными скамейками и территорией для активного отдыха.

СПРАВОЧНО

В штате психиатрического отделения Филиала №1 ФГБУ «3 ЦВКГ им.

А.А. Вишневого» состоит 14 человек: 1 врач-психиатр, 1 врач – психиатр-нарколог, 8 медсестер, из них одна старшая;

5 младших медсестер, 1 сестра-хозяйка, в отделении развернуто 20 коек.

Заведующая психиатрическим отделением – Инна Юрьевна Жовнерчук, стаж работы по специальности – 13 лет;

Врач психиатр-нарколог – Юлия Владимировна Лапская, стаж работы по специальности – 3 года;

Старшая медицинская сестра – Лидия Леонидовна Ващенко, стаж работы – 49 лет, имеет сертификат специалиста по специальности «Сестринское дело», высшая квалификационная категория, является ветераном труда.

В отделении наряду с современным медикаментозным лечением широко используются физиотерапевтические методы воздействия. Так, например, в физиотерапевтическом корпусе установлены новые ванны, в которых пациенты отделения получают лечебные процедуры. Параллельно с этим, в целях восстано-

вительной реабилитации, они могут получать дозированные физические нагрузки в комфортабельном тренажерном зале лечебной физкультуры.

В психиатрическом отделении оснащение позволяет проводить медико-психологическую коррекцию и восстановительное лечение широкому кругу пациентов.

ПРЕДУПРЕЖДЕН, ЗНАЧИТ, ВООРУЖЕН

Психиатр — такой же врач, как хирург или стоматолог, также учился в медицинском институте, только специализировался не на суставах и костях или внутренних органах, а на психике.

Поход к врачу-психиатру почему-то у всех вызывает страх. И только когда человек до конца осознает, что ему с его проблемой становится невыносимо жить, он, преодолев стыд и страх, решает пойти на прием к психиатру.

Противоречивая борьба в душе — идти или не идти на прием к такому врачу — естественна. И все переживания пациентов на тему: «Как я дошел до такой жизни, что оказался среди тех, кого раньше считал ненормальными, сам подшучивал над ними», вполне естественны для человека, впервые почувствовавшего необходимость обратиться к психиатру. Именно на этом этапе ему важно получить информацию о современном состоянии психиатрической помощи в нашей стране, в системе Минсоцразвития или ведомственной медицины, методах и принципах лечения, правах и обязанностях пациента и врача. Хорошо, если есть возможность пред-

варительно посоветоваться со священнослужителем, рассказать о своих проблемах. Как правило, если им не удастся помочь человеку, они сами рекомендуют обратиться к специалистам.

Когда этот процесс у нас будет налажен и запущен, искоренятся штампы о современной отечественной психиатрии, как исключительно «карательной», а акценты ее восприятия в обществе сместятся с негативной на позитивную. Тогда постепенно исчезнут все страхи перед психиатрами, и общество в целом будет здоровее.

У психиатра нет инструмента или аппарата для «зондирования души», ее исследования, поэтому врач-психиатр для пациента сам является автономным, чувствительным аппаратом, цель которого — выявить и зафиксировать симптомы и источник заболевания, его причины, чтобы затем уже лечить их.

Психотерапевт на основании полученных в ходе

исследования данных выносит свое решение. И если у пациента невроз или психоз, то это не приговор, а, прежде всего, руководство к действию — лечению.

Трудно, конечно, поверить незнакомому человеку в белом халате, который после обычной беседы, расспросив о том и сем, вдруг говорит о болезни! Ответственность на врача-психотерапевте лежит огромная, ведь он, не видя больного органа — «души», вдруг ставит диагноз — болел.

Фактически понятие «душа» оценивается специалистом как психические функции человека. А они напрямую связаны с его анатомическим субстратом. Т.е. за слух, зрение, память отвечают определенные участки коры головного мозга, но «душа» каким-то отдельным органом не определяется, а является как бы собирательным образом этих функций. У человека они могут быть нарушены, например, пропали слух и зрение, но «душа» при этом остается. Косвенно говоря, по нарушениям определенных функций психики можно судить и о «состоянии души»



человека. В контексте статьи уместно допустить, что понятие «душа» — это и есть психика человека.

Психику врач пытается препарировать «специальными скальпелями» — набором методик, применяемых, в основном, в ходе беседы с пациентом, наблюдая за его реакцией. Нередко психиатру в этом помогают медицинские психологи — тестами, программами, которые, как правило, косвенно показывают психическое («душевное») состояние больного. Однако на 100 % доверять тестированию нельзя, поэтому комплексное диагностическое обследование включает в себя и психологическое, и, если надо, обследование нескольких физиологических функций, которые косвен-

но указывают на состояние психики. Но самым главным критерием является клиническая беседа психотерапевта с пациентом, которая в конечном итоге и определяет его «душевное состояние».

Советы специалиста:

— идя к врачу-психиатру, не надо настраивать себя на какой-то особый лад, надо просто ему довериться. Врач потому и является тем специалистом, который способен из простого общения и ответов на самые обычные, казалось бы, вопросы составить достаточно полный психологический портрет;

— на приеме у врача-психиатра необходимо беседовать с ним, как с обычным человеком. Психиатрическая наука основана на описании психопатических фе-

номенов т.е. отклонений, и чтобы врач мог лучше понять ваше «душевное состояние», попытайтесь говорить с ним так, как будто вы рассказываете о своих проблемах хорошему другу;

— начните с того, что именно привело вас к специалисту, что тяготит, что с вами, на ваш взгляд, не так, какой дискомфорт вы испытываете. Например, вы не испытываете радости от жизни или вас часто посещают мысли о самоубийстве. Старайтесь быть откровеннее, не хитрите, не выставляйте себя в лучшем свете. Откровенность с врачом поможет быстрее найти причину вашего недуга. Также не стоит наговаривать на себя, придумывать того, чего нет или только кажется. Представьте себе, что вы пошли делать рентген, а сами мешаете врачу обследовать вас или пытаетесь его обмануть: вместо правой больной ставите левую здоровую ногу...

— итак, чем больше вы будете откровенны, тем больше будет эффект от лечения. Старайтесь вести разговор в том русле, в котором его направляет врач, не уводите его в сторону. Как правило, после того, когда вы высказали жалобы, врач задает вопросы из вашей биографии, личной жизни. Врача интересуют лишь те ее стороны, которые привели вас к нему: наследственность, семейное положение, род деятельности, увлечения, привычки и т.д.

Врач обязательно заинтересуется информацией о протекании беременности, когда вы находились в утробе, родах, посещении детского сада, школьного периода, дальнейшей учебы или службы в армии и всех последующих узловых событиях вашей жизни, о которых вы можете что-либо сообщить. Нужно помочь врачу

определить, на каком этапе вы начали испытывать трудности или какие психологические травмы вы перенесли, которые вполне могли стать причиной развития у вас нынешних проблем или недугов.

При этом вы должны знать, что существует понятие врачебной тайны и что полученная от вас психиатром информация является конфиденциальной, не подлежащей огласке, и это право охраняется законом. В случае необходимости врач имеет право завести отдельную медицинскую карту, которая будет храниться в недоступном для других, в т.ч. врачей, месте, куда будет занесена данная информация. Доступ к ней открыт только специалистам по вашей болезни. Даже члены вашей семьи не смогут узнать то, о чем вы говорили с врачом.

Что касается коллектива, особенно воинского, то здесь очень важна роль командира. Он должен относиться к проблемам своего подчиненного с пониманием. В идеале сам командир, заметив симптомы предболезненного состояния подчиненного: тревожность, апатию или, наоборот, затянувшееся возбуждение, должен порекомендовать ему обратиться к специалисту. Делать это надо в деликатной форме, а не прилюдно.

Командир обязан найти время, чтобы изучить уровень психического здоровья своих подчиненных (о чем есть запись в карте профпсихотбора, хранящегося в личном деле солдата). Эти знания помогут лучше узнать своих подчиненных, что поможет командиру грамотно распределять на них психологическую нагрузку.

Такой командир в состоянии будет разобраться и отличать от тех, кто стремится

«закосить» от службы, а у кого есть признаки заболевания. Контакт начальник-подчиненный, вызванный, с одной стороны, заботой о здоровье, а с другой стороны — доверием, — это идеальный путь избегания многих неприятностей: от трудопотерь до ЧП и суицидов.

При этом вы должны знать, что существует понятие врачебной тайны и что полученная от вас психиатром информация является конфиденциальной, не подлежащей огласке, и это право охраняется законом.

Но есть и другая сторона медали. Иногда сами командиры поставлены в тяжелые условия. Поток информации, которая обрушивается на них, слишком велик, а постоянно меняющиеся требования, условия и сроки исполнения тех или иных задач на фоне изменения законодательных актов, да еще при сокращении численности управленческого звена, ложатся тяжелой ношей на их плечи. Они испытывают колоссальнейший информационный стресс, который не может не передаваться по цепочке на подчиненных.

Как правило, армейский быт отлажен четко: один день похож на другой, надо только приноровиться к этому ритму с минимальными для себя «психопотерями». И, конечно, необходимо помнить, что в армии действует принцип единоначалия, который означает приоритет мнения командира. С этим необходимо не просто примириться, а воспринимать, как факт.

Тем военнослужащим, у кого командир редко пребывает в хорошем расположении духа, лучше всего попытаться понять его. Во-первых, причиной командирского гнева могут быть они сами, их ошибки; во-вторых, надо брать в расчет, что с командира, как я уже говорила, еще более жесткий спрос, он сам является чьим-то подчиненным; в-третьих, подчиненным не известен весь замысел руководства, только малая часть, которую они призваны исполнять; в-четвертых, у командиров есть еще личная жизнь со всеми ее проблемами. А еще есть в-пятых, в-шестых и так далее. Есть мудрое, известное с давних времен изречение, суть которого применительно к ситуации можно выразить такими словами: «Ты не можешь изменить командира, тогда поменяй свое отношение к нему, либо попытайся его понять». Поэтому я бы посоветовала не искать «правду», не тратить на это силы, не портить нервы себе и другим, а попытаться относиться ко всему философски, а еще лучше с самоиронией и юмором.

Очевидно, адаптивное должно быть не самоцелью, а лишь способом выживания для выполнения поставленной задачи. Если сравнить воинов, поднятых силой приказа в атаку, то приспособленец ляжет в первую же воронку и просидит в ней весь бой — ведь если его учили только выживать и беречь себя, то он все делает правильно. А человек чести и долга использует такую воронку только как возможность передышки, чтобы дальше снова броситься в бой, выполнить приказ.

С точки зрения психиатрии он поступает неразумно, не бережет себя. Именно поэтому здесь психиатрия скромно уступает место командирам и лицам, облеченным властью, которые должны все эти нюансы учитывать и воспитывать своих подчиненных в соответствующем духе.

Как психиатр хочу лишь предупредить, что привычка постоянно приспосабливаться, мимикрировать может стать причиной серьезных психических заболеваний, привести к дисгармонии личности. Приспособленчество, став чертой характера, сыграет с таким

человеком злую шутку. Например тогда, когда он, уволившись в запас, попытается устроиться на высокооплачиваемую работу. Хорошие деньги, как правило, платят тем, кто является гармоничной, самодостаточной личностью.

У военного человека и офицера прежде всего должно быть выработано четкое видение того «рубежа», переступив который он становится предателем и изменником. А до этой роковой черты он, элементарно сохраняя свою жизнь, здоровье, строит свою служебную карьеру, пусть даже поступаясь мелкими второстепенными «принципами», конечно же, не порочащими его чести и не подрывающими основы устоев военной службы. Примеров, кто и когда так поступал в военной истории России, слава Богу — великое множество!

Возможно, что для воспитания у военнослужащих необходимых качеств пригодится и опыт нашей Церкви с ее идеалами самопожертвования «полагать живот за други своя».

Абсолютное большинство наших военнослужащих сегодня продолжает добросовестно служить, исполняя свой долг и выполняя свои служебные обязанности. Это говорит о том, что в целом психологический микроклимат в армии благоприятный. И это действительно так, ведь при наборе на службу в армию изначально производится отбор молодых ребят — берут здоровых, в т.ч. психически. Из тех, кто во время службы обращается за помощью к специалистам — психиатрам, лишь довольно небольшая часть является жертвами командирского произвола и большинство из них — солдаты по призыву, которые не смогли адаптироваться к новым условиям жизни.

Подводя итог, хочу добавить, что схема сохранения и поддержания на должном уровне психического здоровья военнослужащих будет работать при наличии двух главных факторов: стремления к обоюдному пониманию командиром и подчиненным друг друга и выполнения командирами элементарных требований и рекомендаций, выражающихся в их заботе о своих подопечных.

Инна ЖОВНЕРЧУК

Фото Андрея ПОЛИКАШОВА





СЛАЖЕННАЯ РАБОТА

Лечение нагноения аортального протеза

Шунтирующие операции на брюшном отделе аорты, при которых используется наложение аортального протеза в обход пораженного участка, используются в сосудистой практике при заболеваниях аорты и подвздошных артерий, таких, как облитерирующий атеросклероз, аневризматическое расширение и другие. Данные операции технически очень сложны, дорогостоящи и часто сопровождаются высоким риском интра- и послеоперационных осложнений.

Одним из самых грозных осложнений, сопровождающимся высокой степенью летальности, является нагноение аортального протеза. Смерть наступает либо от развития фатального аррозивного кровотечения из расплавленной гноем сосудистой стенки, либо от протезного сепсиса. Частота инфицирования составляет 2–6 %. Нагноение является причиной ампутации одной или двух нижних конечностей в 50 % случаев, летальность достигает 70 %. Чаще всего возбудителями протезной инфекции являются эпидермальный (50 %) и золотистый (25 %) стафилококки.

ХОД ОПЕРАЦИИ: так как при удалении протеза происходит полное прекращение кровоснабжения в нижележащих отделах нижних конечностей, 1-м этапом (так называемый чистый этап) выполняется экстраанатомическое подключично-бифеморальное шунтирование. Шунт представляет собой бифуркационный синтетический протез, покрытый спиралевидной оплеткой из полимерных материалов. Проксимальный анастомоз пришивается к подключичной артерии, далее шунт проводится под кожей боковой поверхности груди, затем живота. Далее дистальные бранши протеза анастомозируются с бедренными артериями из отдельных разрезов ниже абсцессов паховых областей. 2-м этапом выполняются удаление самого нагноившегося аортального протеза через отдельные разрезы на бедрах и брюшной полости, перевязка брюшной аорты, бедренных артерий, санация гнойных очагов.

В центре сосудистой хирургии 3 ЦВКГ им А.А. Вишневого за 12 лет оперировано 10 больных с нагноением аортальных протезов. У 3-х больных была выполнена ампутация



одной или двух нижних конечностей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В период с 9 по 23 января 2017 года в 9-м отделении сосудистой хирургии госпиталя Вишневого на лечении находился больной К., 1946 г. рождения.

Жалобы при поступлении на наличие болезненной припухлости в левой паховой области, ежедневное повышение температу-



ры до субфебрильных цифр, общую слабость. Анамнез: в 2005 г. по поводу аневризмы брюшной аорты выполнена операция аорто-бифеморального шунтирования. За месяц до поступления появились постоянное повышение температуры тела (до 39 °С), озноб, слабость. Терапевтом поликлиники данное состояние было расценено, как ОРВИ, назначалась консервативная терапия с незначительным эффектом. При поступлении имелась клиническая картина абсцесса левой паховой области. Заподозрено нагноение аорто-бифеморального протеза.

Таким образом, после диагностики больного был сформулирован окончательный диагноз. Основное заболевание: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Функционирующий аорто-бифеморальный протез (по поводу резекции брюшной аневризмы 2005 г.). Окклюзия поверхностной

Консервативная терапия, как правило, неэффективна. Единственной альтернативой является оперативное лечение, заключающееся в полном удалении нагноившегося сосудистого протеза как источника инфекции.

СПРАВОЧНО

Начальник ЦСХ –
А.В. Образцов, началь-
ник 9 ХО – В.В. Яменсков,
консультант – Г.Е. Митрошин, лечащий врач –
П.А. Тихонов, анестезиолог – С.А. Литовченко, опера-
ционная сестра – Е.И. Мостепан, начальник ОРИТ для
гнойно-септических больных – К.Б. Григорьев.

СПРАВОЧНО

бедренной артерии справа, берцовых слева. ХАН 2Бст нижних конечностей.

Осложнения основного заболевания: нагноение аорто-бифеморального протеза. Абсцессы паховых областей с двух сторон. Септическое состояние.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

10.01.17 г. выполнена фистулография полости абсцесса левой паховой области, при которой выявлено сообщение полости абсцесса с бедренными артериями левой нижней конечности, что свидетельствует о гнойном расплавлении сосудистой стенки. После выполнения данного исследования, в присутствии врачей, развился эпизод аррозивного кровотечения объемом около 200 мл; моментально остановлено наложением давящей повязки. Через несколько часов, в связи с прекрывтием магистрального кровотока, произошел артериальный тромбоз бедренно-подколенного сегмента левой ноги с развитием острой ишемии 2 ст. (боль, похолодание, онемение конечности).

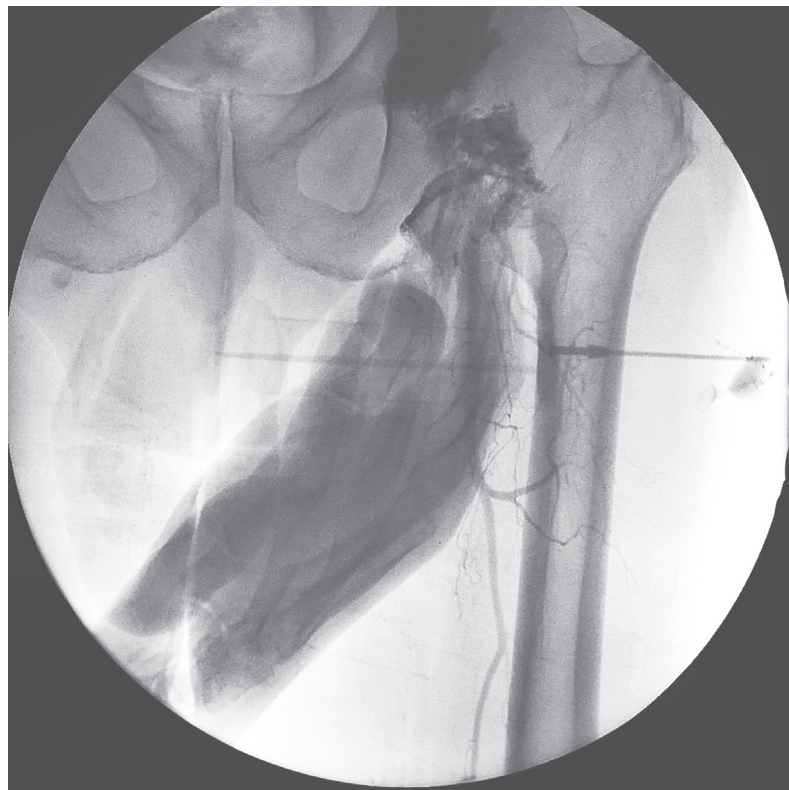
11.01.17 г. по жизненным показаниям выполнена операция: экстраанатомическое подключично-би-

феморальное шунтирование, вскрытие абсцессов паховых областей с обеих сторон, удаление нагноившегося аорто-бифеморального протеза, перевязка аорты, общих бедренных артерий.

Оперативное лечение с положительным эффектом: явления острой ишемии левой нижней конечности регрессировали. Последующие 4 суток лечение проводилось в условиях ОРИТ с проведением комплексной антибактериальной и иммунозаместительной терапии (обязательна при таких заболеваниях). 23.01.17 г. частично сняты швы. Через 12 дней с момента операции больной был переведен в филиал № 2 3 ЦВКГ на долечивание.

В заключение хочется отметить, что успешный результат данного трудоемкого и дорогостоящего лечения был достигнут благодаря слаженной работе сосудистых хирургов, центра анестезиологии и реанимации, а также финансовому обеспечению лечения командованием госпиталя.

Начальник центра
сосудистой хирургии
Александр ОБРАЗЦОВ



ВОСПОМИНАНИЯ ВЕТЕРАНА

Мой земляк — мой учитель



М.Д. Князев

Отделение сосудистой хирургии госпиталя открылось в июне 1968 г. В то время это было первое отделение в медицинской службе армии. Были поставлены задачи организации помощи военнослужащим и членам их семей с заболеваниями и травматическими повреждениями сосудов. Напомню, что на 27-м Всесоюзном съезде хирургов, состоявшемся 28 мая 1960 г., одной из четырех рассматриваемых проблем была — консервативное и хирургическое лечение энтертеректомии. В основном рекомендовалось консервативное лечение. Были единичные сообщения о применении замены «пораженных» атеросклерозом артерий (Чарльз Роб, Рене Фонтен, М. де Бакей). В то время диагностика в основном основывалась на анализе клинических симптомов, данных реовазографии, осцилло-

графии, капилляроскопии. Ангиография, как основной метод диагностики, только вводилась в ведущих клиниках страны. Мое знакомство с Маратом Дмитриевичем произошло в феврале 1969 г. во время моего рабочего командирования в НИИКиЭМ.

По приглашению Марата Дмитриевича приезжал в госпиталь консультировать больных. Познакомился с начальником госпиталя Ю.Д. Глуховым и главным хирургом профессором А.А. Бочаровым.

Первую сложную сосудистую операцию — резекцию бифуркации аорты, подвздошных и бедренных артерий, энтертеректомию с последующей реимплантацией мы выполнили 18.03.1970 г. больному контр-адмиралу И.Н.М., 53 года (и.б. № 535). Оперировал — М.Д. Князев, ассистировали — А.А. Бочаров, Е.П. Кохан. Постепенно наши связи крепли. Марат Дмитриевич делился шовным материалом, инструментами. Одним из них № 3 хирурги пользуются до сих пор.

Марат Дмитриевич родился 25 марта (1 мая) 1934 года в селе Коханово (теперь Толочинский район).

Его мать, Екатерина Парфеновна, после революции окончила Оршанский педтехникум и работала учительницей начальных классов Кохановской средней школы, где директором был Дмитрий Тимофеевич Кня-

зев. Вскоре они поженились. В 1930 году отца призвали на военную службу. В июне 1941 года отец ушел на фронт, воевал, дошел до Берлина, служил в Германии и вызвал к себе жену.

Марата отправили к родственникам в деревню Воронцевичи Минской обл. После окончания средней школы 30 июня 1952 года Марат Князев поступил в Минский государственный медицинский институт.

После окончания института М.Д. Князев работал хирургом райбольницы в Беловежской пуще. Он решил учиться дальше, и в 1959 году поступил в аспирантуру НИИ клинической и экспериментальной хирургии Минздрава СССР в Москве.

В 1962 году Князев успешно защитил кандидатскую диссертацию «Клиника, диагностика и хирургическое лечение атеросклеротических окклюзий бифуркации аорты и подвздошных артерий». Научным руководителем был профессор Борис Васильевич Петровский.

Уже кандидатом медицинских наук приехал в Минск, где его приняли ассистентом кафедры госпитальной хирургии БелГИУВ (сейчас — БелМАПО), но вскоре был отозван в Москву в тот же НИИ клинической и экспериментальной хирургии, где и прошел путь от ординатора до профессора.

В 1964 году Марата Дмитриевича командировали в Нью-Йорк врачом дипломатического представительства

СССР при ООН. Выполняя основные обязанности, еще и стажировался в клинике известного кардиохирурга Майкла Эллиса Дебейки. Возвратившись через 5 лет в Москву, защитил докторскую диссертацию «Острая артериальная непроходимость аорты и артерий конечностей». Научным руководителем был академик Б.В. Петровский. С 1969 года Марат Дмитриевич возглавлял отделение сосудистой хирургии в НИИ и был избран заведующим созданной им кафедры сосудистой хирургии Центрального института усовершенствования врачей.

В отделении разрабатывались приоритетные проблемы хирургического лечения ИБС, патологии грудного и брюшного отделов аорты, брахиоцефальных артерий и вазоренальной гипертензии.

Он первым в стране в июле 1970 года выполнил аутовенозное аортокоронарное шунтирование с хорошим результатом 39-летнему мужчине, перенесшему два инфаркта миокарда. Князев осуществил первую чревоартеральную энтертеректомию из почечной артерии.

М.Д. Князев — автор монографии «Хирургия хронической ишемической болезни сердца», которая пользуется большой популярностью, он уделял большое внимание экстренной хирургии сосудов.

Монография «Острые тромбозы и эмболии бифур-

кации аорты и артерий» в соавт. с О.С. Белорусовым. — Минск, 1977, 159 с.

Хирургия хронической ишемической болезни сердца в соавт. с Б.В. Шабалкиным. — М., 1978, 250 с.

Марат Дмитриевич Князев внес большой вклад в развитие сосудистой хирургии нашего госпиталя. Он не ушел в небытие, оставил знания, его опытом пользуются следующие поколения врачей. И в этом он продолжает жить.

Его труды и внедрение в клинику новейших методов лечения сердечно-сосудистых больных высоко оценены Правительством страны.

Первую Государственную премию СССР Князев получил в ноябре 1975 года — за восстановительную и пластическую хирургию аорты и ее ветвей.

Вторую — в ноябре 1988 года — за разработку и внедрение в клиническую практику методов хирургического лечения ишемической болезни сердца (посмертно).

Жена Татьяна Александровна Князева (Решетникова) — профессор Института курортологии и реабилитации, дочь Анна, внучка Татьяна бережно хранят память любимого дорогого члена семьи.

16 апреля 1984 года, в день рождения жены, Марат Дмитриевич трагически погиб в ДТП, не дожив до 50-летия всего две недели. Похоронен он на Кунцевском кладбище.

Евгений КОХАН

ОСТАНОВИСЬ, МГНОВЕНИЕ, — ТЫ ПРЕКРАСНО!



Представляем работы Поликашова Андрея Валентиновича, который работает в нашем госпитале.

Образование — высшее экономическое.

Играет на гитаре, немного на фортепиано, саксофоне. Занимается вокалом.

Любит активный отдых на природе, рыбалку, туризм.

А самое главное его увлечение — это фотография.



Гроза над спящим городом



Преломление света



Девочка и солнце



40 СЕКУНД ЖИЗНИ...

Окончание. Начало на 1-й стр.

И снова статистика... За время Великой Отечественной войны на полях сражений 85 тысяч медицинских работников числятся в списках погибших или пропавших без вести. Из них — 5 тысяч врачей, 9 тысяч медицинских сестер и 71 тысяча санитарных инструкторов и санитаров...

Значение медицинской помощи во время военных действий переоценить невозможно. Нагрузка на врачей, хирургов, медицинских сестер и санитаров была колоссальной. Не хватало хирургов и многие из них оперировали, по несколько суток не отходя от операционного стола, ведь поток раненых был неистощаем, особенно во время крупных военных операций.

Генерал-лейтенант Н.Ф. Ватутин еще в самом начале войны говорил: «Медицинское обслуживание нашей Красной Армии стоит в одном ряду с авиационным, артиллерийским обслуживанием, медицинские работники в рядах армии столь же

нужны, как бойцы и командиры».

Однако в первые дни войны не все раненые могли быть эвакуированы в тыл, и военным хирургам приходилось оперировать практически на поле боя.

Из воспоминаний ветеранов, прошедших разные войны: «Одна из сквернейших особенностей этой войны — это то, что процент тяжелораненых в годы Великой Отечественной войны гораздо выше, чем в любую другую войну. Раньше бывало 80 % легкораненых и 20 % тяжелых, теперь же тяжелораненые составляют около 40 %. Гораздо чаще, чем в прошлую войну, случаются ранения в голову — результат мин и бомб.

В строю военных хирургов правифланговым в годы этой страшной войны был и А.А. Вишневский, именем которого назван наш госпиталь. И мы по праву гордимся этим.

Еще один очень знаменательный факт, что в общем строю с военными врачами

был и епископ Лука, именем которого названа церковь, расположенная в нашем госпитале, и чей памятник встречает нас каждое утро у входа в госпиталь.

Епископ Лука в первые же дни войны предложил свою помощь и мастерство хирурга руководству райцентра Красноярского края, где он отбывал в это время ссылку. Ведь епископ Лука (в миру Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий) был хирург с мировым именем. И в 1941 году, приняв его предложение о помощи, его назначили консультантом всех госпиталей Красноярского края и главным хирургом эвакогоспиталя. Он оперировал самых тяжелых раненых, от которых порой отказывались простые хирурги, вернув в строй тысячи бойцов. Посещавший госпиталь, в котором оперировал епископ Лука, профессор Приоров отмечал, что ни в одном из госпиталей он «не видел столь блестящих результатов лечения инфекционных ранений суставов».

Всего же во время Великой Отечественной войны через военные госпитали прошло 22 миллиона раненых. Благодаря

самоотверженной работе военных медицинских работников армия не потеряла 72 % раненых и 90 % заболевших на поле боя.



Поздравление

Мы помним и чтим подвиги всех участников Великой Отечественной войны. Но без помощи и поддержки военных медиков наша Армия лишилась бы сотен тысяч бойцов, которых ваши коллеги, порой ценой собственной жизни, вернули в боевой строй, и благодаря им многие из спасенных смогли воочию увидеть День Победы.

Поздравляем вас с этим Величайшим из праздников!

Сил вам, терпения, здоровья и всех земных благ за ваш труд и участие!

А всем нам мирного неба над головой, чтобы не повторилось то, что довелось пережить нашему народу в годы той страшной войны...

Президент Клуба военачальников РФ генерал армии Анатолий КУЛИКОВ



Помни о тех, кто потерян в пути!

Смерть их дала до Победы дойти.

Колено преклоним в сей радостный День,

И пусть на мгновение опустится тень...

И в горе, и в радости вспомним о них —

О тех, о погибших, но вечно живых...

Пусть залпы орудий грохочут в их честь,

И красок салютов прекрасных не счесть.

Возрадуйтесь в День этот Миру в Стране!

А горечи привкус понятен вполне...

Надежда ДРОБЫШЕВСКАЯ

17 МАЯ — ДЕНЬ ПУЛЬМОНОЛОГА

Поздравляем всех врачей-пульмонологов! Счастья вам, здоровья и пусть во всем вам сопутствуют удача и успех. Мы уверены, что наш жизненно важный орган — наши легкие — в надежных руках!



20 — МАЯ ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ТРАВМАТОЛОГА



Поздравляем травматологов
С этой датой знаменательной.
Будьте счастливы, здоровы
И успешны обязательно.

Пусть у вас все получается
Дома, на работе, в отпуске,
Пусть успехами вас радуют
Замечательные отпрыски.

Вам желаем мы добра,
Счастья и везения.
Вы все — супер доктора.
И в этом нет сомнения!

Страницу подготовила Надежда ДРОБЫШЕВСКАЯ

ВСЕГДА НАЧЕКУ



Следственный комитет Российской Федерации призван обеспечивать качественное и оперативное расследование преступлений, отнесенных к его компетенции, законность при приеме, регистрации и проверке сообщений о преступлениях, возбуждении уголовных дел, производстве предварительного следствия, защите прав и свобод человека и гражданина, выявлять обстоятельства, способствующие совершению преступлений, и принимать меры по их устранению. В систему Следственного комитета Российской Федерации наряду прочих входят военные следственные органы, которые осуществляют возложенные на них полномочия в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках и воинских формированиях, а также органах, в которых законом предусмотрена военная служба.

Система военных следственных органов Следственного комитета Российской Федерации строится исходя из административно-территориальной структуры военных округов Вооруженных Сил Российской Федерации. Вместе с тем, в силу специфики и большой концентрации войск на территории Москвы и Московской области для расследования преступлений, совершенных на указанной территории, образовано военное следственное управление Следственного комитета Российской Федерации по городу Москве.

В состав военного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по городу Москве входит военный следственный отдел Следственного комитета Российской Федерации по Солнечногорскому гарнизону, который дислоцируется по адресу: г. Солнечногорск, ул. Красноармейская, д. 8,

и обслуживает восемь районов Московской области: Солнечногорский, Красногорский, Химкинский, Талдомский, Дмитровский, Клинский, Сергиево-Посадский, Мытищинский, а также Зеленоградский административный округ города Москвы. Телефон дежурного по отделу: 8 (495) 994-05-93.

Военный следственный отдел Следственного комитета Российской Федерации по Солнечногорскому гарнизону, как звено органов Следственного комитета Российской Федерации, призван обеспечивать защиту прав и законных интересов лиц и организаций, потерпевших от преступлений, а также защиту личности от незаконного и необоснованного обвинения и ограничения ее прав и свобод.

К компетенции Отдела относится рассмотрение и разрешение сообщений о преступлениях, а также расследование уголовных дел, совершенных на подведомственной территории военнослужащими и гражданами, проходящими военные сборы, лицами гражданского персонала Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований и органов в связи с исполнением ими своих служебных обязанностей или совершенных в расположении части, соединения, учреждения, гарнизона, работниками ОАО «Оборонсервис» и управляемых им открытых акционерных обществ, Общероссийской общественно-государственной организации «Добровольное общество содействия армии, авиации и флоту России» в связи с исполнением ими своих служебных обязанностей, работниками страховых компаний, осуществляющих за счет бюджетных средств страхование жизни и здоровья военнослужащих и граждан, призванных на военные сборы, в связи с исполнением ими своих служебных обязанностей по страхованию и ряд других.

В штате Отдела проходят военную службу восемь офицеров, которые ежедневно осуществляют прием граждан по месту дислокации Отдела, принимают,

в том числе в нерабочее время, заявления о готовящихся и совершенных преступлениях, обеспечивая их своевременную регистрацию и разрешение в установленном законом порядке. Анонимные заявления, в том числе не содержащие анкетные данные и адрес заявителя, к рассмотрению не принимаются.

Силами сотрудников военного следственного отдела Следственного комитета Российской Федерации по Солнечногорскому гарнизону в 2016 году завершено расследование 61 уголовного дела, что на 2 уголовных дела больше, чем в 2015 году. Из окончанных производством уголовных дел 38 направлено военному прокурору для утверждения обвинительного заключения, а 23 прекращены. Значительное количество прекращенных уголовных дел связано с тем, что в 2016 году Отделом установлено местонахождение 7 лиц, ранее находившихся в розыске (некоторые более 13 лет).

Немалая роль в жизнедеятельности Отдела уделяется повышению доверия населения к деятельности военных следственных органов. Для этого в Отделе функционирует приемная Председателя Следственного комитета Российской Федерации, в которую может обратиться любой гражданин, систематически осуществляется прием руководителем Отдела и его заместителями. В круглосуточном режиме работают «Телефон доверия» и горячая линия «Ребенок в опасности» по телефону: 8 (495) 994-05-93.

В 2016 году отмечается рост количества уголовных дел коррупционной направленности. Так, в прошедшем году Отделом окончено производством и направлено военному прокурору для утверждения обвинительного заключения 7 дел указанной категории, что на 2 уголовных дела больше, чем в 2015 году. Наиболее яркими примерами дел указанной категории могут служить: уголовное дело в отношении бухгалтера одной из войсковых частей Внутренних войск МВД России сержанта Р., которая, пользуясь своим служебным положением, в период с 2012 по 2014 г. не-

законно зачислила на свою личную банковскую карту денежные средства в размере 454 тысяч рублей. В ходе следствия сержант Р. свою вину признала. Приговором Солнечногорского гарнизонного военного суда она признана виновной в совершении преступлений, предусмотренных ч. 3 ст. 159 УК РФ (мошенничество, совершенное лицом с использованием своего служебного положения, в крупном размере) и ч. 1 ст. 292 УК РФ (служебный подлог), и ей назначено наказание в виде штрафа в размере 120 тысяч рублей.

Доказательства, собранные военным следственным отделом Следственного комитета Российской Федерации, признаны Солнечногорским гарнизонным военным судом достаточными для вынесения обвинительного приговора капитану Е., обвинявшемуся органами следствия в совершении преступлений, предусмотренных ч. 4 ст. 160 УК РФ (присвоение, совер-

шенное лицом с использованием своего служебного положения, в особо крупном размере) и ч. 2 ст. 292 УК РФ (служебный подлог, повлекший существенное нарушение охраняемых законом интересов государства). Следствием и судом установлено, что в период с 2012 по 2014 г. капитан Е., используя свое служебное положение начальника продовольственной службы, совершил хищение 9696 комплектов индивидуальных рационов питания общей стоимостью 5 431 852 рубля 65 копеек. В ходе следствия обвиняемый свою вину признал и частично погасил причиненный ущерб. Приговором суда ему назначено наказание в виде штрафа в размере 300 000 рублей.

Далее в истекшем году, в связи с недостаточной нормативной регламентацией порядка предоставления военнослужащим дополнительных суток на дорогу к месту проведения отпуска и обратно, возросло количество уголовных дел, связанных с уклоне-

нием военнослужащих от исполнения обязанностей военной службы путем обмана (ст. 339 УК РФ). Так, в 2016 году Отделом окончено производством 8 уголовных дел указанной категории (в 2015 году — 0), из которых 3 направлены с обвинительным заключением прокурору, а затем в суд. По всем трем уголовным делам доказательства, собранные следствием, признаны Солнечногорским гарнизонным военным судом достаточными для вынесения обвинительных приговоров двум офицерам и одному сержанту. Следствием и судом установлено, что указанные военнослужащие получили незаконное освобождение от исполнения служебных обязанностей различной продолжительности путем обмана, выразившегося в умолчании от командования войсковых частей фактически затраченного времени на дорогу к месту проведения отпуска и использовании воздушного транспорта вместо указанного в рапортах на отпуск железнодорожного транспорта. В ходе следствия военнослужащие свою вину признали.

В целях своевременного выявления и пресечения преступлений коррупционной и экономической направленности Отделом на плановой основе осуществляется взаимодействие с органами безопасности в войсках и подразделениями экономической безопасности и противодействия коррупции МВД России. Кроме того, офицерами отдела систематически ведется предупредительно-профилактическая работа в войсках со всеми категориями военнослужащих, по всем уголовным делам устанавливаются обстоятельства, способствовавшие совершению преступления, на основании которых полномочным должностным лицам вносятся обязательные к исполнению представления.

Руководитель военного следственного отдела Следственного комитета Российской Федерации по Солнечногорскому гарнизону полковник юстиции Руслан НЕВЕРОВ



ПРИШЛА ВЕСНА

ПИТАНИЕ И ВЕС

Вследствие меньшей подвижности зимой у многих набираются лишние килограммы, а весной всем хочется успеть до лета стать стройнее. Всем остальным необходимо дополнить свое питание необходимыми продуктами, которые помогут восполнить витаминный дефицит. Но надо помнить, что весной для всех необходимо сбалансированное питание.

На первом этапе пути к правильному питанию при выборе следует срезать верхушку «пирамиды», в объеме которой можно разместить все категории продуктов, употребляемых человеком.

Остановимся на этой самой «пирамиде». У ее основания современная диетология размещает наиболее биологически ценные и составляющие основу научно правильного рациона питания пищевые вещества (хлеб из муки грубого помола, крупы (овсяная, гречневая, кукурузная, да в небольших количествах и рис не повредит, который входит в рацион каждого шестого жите-

ля планеты Поднебесной), овощи, фрукты, орехи, обезжиренные молочные продукты, рыба, птица). Верхушку занимают продукты рафинированные с низкой биологической ценностью (витамины, минералы), калорийные (торты, пирожные, печенье, сладости, чистые жиры). К этим же продуктам следует отнести и продукты, приготовленные путем глубокой промышленной переработки: колбасы, сосиски, сардельки, копчености, консервы и т.д. **Вывод: чем проще рацион, тем лучше.**



Для сравнения приведу суточный рацион жителей южных регионов, где до сих пор сильны древние традиции питания. Хлеб из муки

грубого помола — 150 г, крупа из кукурузы — 120 г, другие крупы — 20 г, фасоль — 50 г, картофель — 40 г, овощи — 140 г, фрукты — 180 г, творог — 110 г, молоко, в том числе кислое, — 0,5 л, сметана — 2,5 г, масло сливочное — 10 г, масло растительное — 7,5 г, мясо птицы — 20 г, мясо говядины — 15 г, сахар — 30 г, яйцо — 1/2 штуки и, наконец, те самые «плюс двести грамм красного», гранатового сока.

Кроме 200 г гранатового, грейпфрутового сока, хотя бы через день, я рекомендую фрукты с позитивной, яркой окраской: мандарины, апельсины, бананы, персики, яблоки. Но смотрите, что едят южане: фруктов не больше 200 г, что соответствует по массе всего 1 крупному яблоку, или 1 банану, 1 апельсину, или 2 персикам.

В отношении всего остального: умеренность и правильный выбор.

Люди, имеющие ту или иную степень ожирения, обязательно должны увеличить свою физическую активность. Замечено, что человек с избыточной массой тела лучше усваивает энергию пищи, более экономичен в движении, нежели

худощавый. И помните: «В движении — жизнь».

Не ждите мгновенных результатов, приготовьтесь к долгой, а где-то и тяжелой борьбе за свое здоровье.

ПРИЛОЖЕНИЕ

(для желающих похудеть)

1 этап — 14 дней изменить существующий основной обмен веществ.

Режим питания: 6—8 раз в день малыми порциями.

Исключаются продукты, наиболее богатые углеводами: сахар, конфеты и др. сладости, выпечка из муки, каши, овощи, богатые крахмалом, фрукты, ягоды, в том числе фруктовые и ягодные соки, алкоголь, газированные сахаросодержащие напитки. В основном еда состоит из овощей, зелени в виде салатов, супов, гарниров к нежирным сортам

СПРАВОЧНО

ПРИМЕРНОЕ МЕНЮ ДИЕТЫ № 8. 1-й завтрак:

салат овощной с растительным маслом, творог нежирный, чай. 2-й завтрак:

яблоки свежие. Обед: борщ вегетарианский со сметаной (1/2 порции), мясо отварное, капуста тушеная с растительным маслом, компот из сухофруктов без сахара (на ксилите). Полдник: творог нежирный с молоком. Ужин: рыба отварная, рагу из овощей, чай. На ночь: кефир нежирный.

мяса, рыбы, морепродуктам, куры. Допускаются орехи, яйца, нежирные сорта творога, сыра, молока. Все готовится на пару или тушится с минимальным добавлением растительного масла. За этот период потеря массы тела может достигнуть 5 кг.

2 этап — начинать дальше худеть более плавно (не больше 1 кг в неделю). К указанной выше диете добавляется небольшое количество углеводов (суммарно не более 300 г) в виде хлеба, фруктов, каш, спагетти и др.

3 этап — постоянно. Можно есть все, кроме насыщенных жиров, рафинированных сахаров и напитков, содержащих сахар. В целом соответствует диете № 8 по Певзнеру.

Врач-диетолог
Сергей ЕРМОЛИН

АЛЛЕРГИЯ

Аллергия является одним из наиболее распространенных заболеваний на земном шаре. Согласно статистическим данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) аллергией страдают около 40 % населения нашей планеты. В современном обществе, когда окружающая среда постепенно, с каждым годом, становится все более загрязненной, продукты и вещи содержат большое количество химических добавок и синтетических материалов, риск появления аллергии очень высок. В каждом доме можно найти как минимум 6—7 источников развития аллергии, начиная с домашних животных и заканчивая тортом на день рождения. Немалое влияние оказывает и наследственность, так при



наличии аллергии у одного из родителей в семье риск развития аллергии у ребенка составляет 33 %, а при наличии аллергии у обоих родителей составляет 70 %.

Так что же такое — аллергия? Аллергия представляет собой специфическую (иммунную) реакцию организма на самые обычные вещества, такие, как продукты питания, шерсть, пыль, бытовая химия. У большинства людей эти вещества не вызыва-

ют аллергии или каких-либо реакций организма.

Аллергия появляется не сразу и не у всех. Люди, у которых имеется предрасположенность к аллергии (наследственность, особенности иммунной системы), могут сталкиваться с разнообразными веществами на протяжении большого периода времени, но это может и не привести к развитию аллергии, однако в зависимости от некоторых причин и условий, которые в принципе до конца не изучены, иммунная система «запоминает» вещество и вырабатывает к нему антитело, которое при следующем попадании антигена в организм вызывает аллергическую реакцию. Причиной развития аллергии является иммунный ответ организма, который может быть вызван огромным количеством веществ. Основными веществами,

вызывающими аллергию, являются:

- пыль (уличная, домашняя или книжная);
- пыльца;
- шерсть домашних животных или чешуйки их кожи (кошки, собаки);
- споры грибов или плесени;
- продукты питания (чаще всего: яйца, молоко, пшеница, соя, морепродукты, орехи, фрукты);
- укусы (яд) пчел, ос, шмелей, муравьев;
- некоторые медицинские препараты (пенициллин);
- латекс;
- бытовая химия.

Симптомы аллергии зависят от типа аллергена, а точнее от места контакта аллергена с частью вашего тела. Так в зависимости от места (дыхательные пути, пазухи носа, кожа, пищеварительная система) могут

проявляться различные симптомы:

- чихание (обычно сильно и часто);
- кашель, стеснение в груди, ощущение нехватки воздуха, затрудненное дыхание или одышка;
- зуд в носу и обильное выделение жидкого секрета из носа;
- зуд в глазах, слезотечение, покраснение глаз и отечность век;
- кожный зуд, покраснение кожи, высыпания на коже, шелушение кожи;
- покалывание во рту, покалывание или онемение языка;
- отек губ, языка, лица, шеи;
- тошнота, рвота, диарея.

Начальник
аллергологического
отделения
Геннадий БАСАЛКЕВИЧ

Продолжение в следующем номере

Редакция приносит извинения за ошибку, допущенную в предыдущем номере. В статье «Возвращающая мир» вместо «Таринский» должно быть «Татаринский».

Главный редактор —
Надежда Дробышевская.
Верстка — О. Дмитриенко.
Корректура — И. Бортникова

Отпечатано в АО «Красная Звезда»
123007, г. Москва, Хорошевское ш., 38.
Номер заказа:
Тел.: (495) 941-28-62, (495) 941-34-72

http://www.redstarph.ru
E-mail: kr_zvezda@mail.ru
Выпускает: 3 ЦВКГ
им. А.А. Вишневого

143421, Московская обл., Красногорский район, п/о Архангельское, п. Новый. Госпиталь.
E-mail: hospital@mail.ru

Ваши предложения, замечания, новые темы, заметки и фото отправлять по адресу: naadegdaa@mail.ru