



Пластика



Творческая встреча



Главный анестезиолог



# ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА

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

www.3hospital.ru

Июнь – Июль 2017

**Уважаемые коллеги!**  
**18 июня мы отмечаем наш профессиональный праздник – День медицинского работника.**

Совершенно не преувеличивая, можно сказать, что профессия медицинского работника – это самая гуманная профессия. Ведь не секрет, что ежедневно и ежеминутно всегда кому-то нужна медицинская помощь. И поэтому на нас лежит огромная ответственность, и каждый из нас, я уверен, верен своему делу, несмотря на то, что это очень нелегкий труд, требующий от каждого высокого профессионализма и полной отдачи. Мы, как никто другой, знаем цену человеческой жизни, и нашей главной целью в жизни является забота о здоровье каждого из окружающих нас людей.

Военные врачи вносят огромный вклад в развитие отечественной медицины. Кроме этого, они вместе со строевыми офицерами исполняют свой долг, находясь рядом с ними везде, где только появляется в них необходимость. Это и зоны военных действий, и зоны различных конфликтов, и иных чрезвычайных ситуаций, где им порой приходится работать в экстремальных условиях. Военные врачи всегда готовы прийти на помощь независимо от ситуации и обстоятельств. Вспомним годы Великой Отечественной войны, когда 85 тысяч врачей, медсестер



и санитаров остались на полях сражений. И сегодня военные врачи и медицинские сестры оказывают помощь, в том числе и мирному населению, в Сирии.

И пусть вас не огорчает тот факт, что многим из вас придется праздновать свой профессиональный праздник на работе. Помните, что вы стоите на боевом посту, чтобы в любую секунду прийти на помощь тем, кому она просто необходима.

В этот праздничный для всех нас день от всей души желаю всем здоровья, благополучия на работе и дома, добра, любви, сил и терпения в нашем нелегком труде.

С праздником вас!

**Начальник госпиталя генерал-майор медицинской службы Александр ЕСИПОВ**

## ЛЮДИ В БЕЛЫХ ХАЛАТАХ

Смерть не хочет щадить красоты –  
Ни веселых, ни злых, ни крылатых,  
Но встают у нее на пути  
Люди в белых халатах.  
И дыхание станет ровней,  
И страдания отступят куда-то,  
Лишь нагнутся к постели твоей  
Люди в белых халатах.  
Сколько раненых в битве крутой,  
Сколько их в тесноте медсанбатов  
Отнимали у смерти слепой  
Люди в белых халатах.  
И на свете тебя еще нет,  
И едва лишь откроешь глаза ты –  
Твою жизнь охраняют от бед  
Люди в белых халатах.  
Вечный подвиг – он вам по плечу,  
Ваши руки бессонны и святы.  
Низко вам поклониться хочу,  
Люди в белых халатах!

Лев ОШАНИН



17 июня 2016 года вышел в свет первый номер «Военно-медицинской газеты» 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского.



Сегодня, как и во все времена, ценность медицины неоспорима. Профессионализм врачей – это дар от Бога, ведь они дают надежду и продлевают человеку жизнь. Но это и очень ответственный, и тяжелый труд. Не зря они, давая клятву Гипократа, клянутся «посвятить свою жизнь работе, а работу – жизни и здоровью человечества».

Ваша газета рассказывает именно об этом, а еще важно то, что кроме материалов о жизнедеятельности госпиталя в ней пишутся очерки о людях – на сегодняшний день незаслуженно забытый жанр, который в вашем издании присутствует в полном объеме, что существенно отличает вашу газету от многих сегодняшних изданий.

Поздравляем вас с годовщиной. Творческих успехов вам, благополучия во всем и дальнейшего развития вашей по-домашнему «теплой» газете.

Президент Союза журналистов Москвы,  
Председатель Общественного совета при МО РФ Павел ГУСЕВ



# ПЛАСТИКА

**В нашем госпитале открылось и успешно развивается 59 хирургическое отделение (пластической хирургии).**

Документы о создании этого отделения были подписаны еще в августе 2016 года, и вот уже с апреля 2017 года оно начало свою работу. Хирургическое отделение (пластической хирургии) является лечебно-профилактическим отделением со стационаром на 20 коек. Отделение создано в основном для деятельности на хозрасчетной основе. Возглавляет это отделение Олег Викторович Берлев — пластический хирург с огромным опытом работы. Пока еще отделение работает не в полную мощность, однако возможности услуг отделения пластической хирургии этим не ограничены. В отделении работают два пластических хирурга — Олег Викторович Берлев и Камилла Халиддиновна Майсарова.

За этот недолгий период существования хирургии прооперировали более 60 пациентов, заработав при этом для госпиталя немаленькие деньги. И по словам Олега Викторовича — «это не предел».

— *Олег Викторович, сегодня пластическая хирургия очень популярна. Что вы можете об этом сказать, как профессионал?*

— Пластическая хирургия обрела огромную популярность и продолжает привлекать все больше внимания. Оно и понятно, ведь благодаря ей можно исправить любые визуальные изъяны внешности буквально за несколько часов, а через 1,5–6 месяцев красоваться своей обновленной внешностью.

— *Какие виды и методики используются для создания такой идеальной внешности?*

— Дело в том, что пластическая хирургия является отдельным направлением в медицине, где хирургическая операция проводится для исправления внешних недостатков или деформаций кожи, органов, тканей или поверхности человеческого тела. Само обозначение «пластическая» пошло от греческого «plastikos», что значит — придавать форму и от латинского слова «plasticus» — формирующий, ваяющий. Эти обозначения лучшим образом олицетворяют то, чем занимаются пластические хирурги — создают новую форму пациенту, скрыв желаемые недостатки, и формируют идеальный облик.

По поводу видов. Пластическая хирургия условно разделена на два направления: реконструктивная и эстетическая.

У каждого вида есть свои характерные особенности, благодаря которым практикующие хирурги решают различные задачи при использовании той или иной методики.

**Реконструктивная хирургия.** Реконструкция обозначает восстановление, что в полной мере отражает цель хирургов — им необходимо реконструировать, приводить в норму поврежденные ткани или деформированные органы и исправлять последствия травм, врожденных или приобретенных увечий.

Если верить статистике, то количество удачных ре-



конструктивных операций превышает 90 %. Это значит, что случаи непринятия тканей организмом или полученный результат, не устраивающий пациентов, встречаются довольно редко.

**Внимание!** Если операция по восстановлению тканей или органов необходима по медицинским показаниям и назначена лечащим врачом, то ее проведение будет абсолютно бесплатным по вашему страховому полису.

**Эстетическая хирургия.** Если реконструктивная хирургия некоторым пациентам буквально жизненно необходима для нормального образа жизни, то эстетическую придумали скорее для того, чтобы эту норму приукрасить. Причем это может



**БЕРЛЕВ**

**Олег Викторович — заведующий 59 хирургическим отделением пластической хирургии, к.м.н., высшая квалификационная категория, Заслуженный врач РФ, лауреат премии «Золотой Ланцет», действительный член ОПРЭХ, действительный член ISAPS. Общий профессиональный стаж — 34 года (в пластической хирургии — 26 лет).**

**СПРАВОЧНО**

быть как кардинальное изменение внешности, так и незначительная «шлифовка», необходимые для достижения идеального отражения в зеркале. Еще одна отличительная черта эстетической хирургии состоит в том, что она совершенно не обязательна и проводится только по желанию пациента, тогда как реконструктивная хирургия — это в 90 % случаев обязательное мероприятие, без которого нельзя продолжить лечение.

— *Кто чаще всего является вашими клиентами?*

— В подавляющем большинстве клиентами являются женщины, вряд ли это было откровением для кого-то. Просто факт,

который нисколько не удивляет, ведь кому, как не прекрасному полу, важно ухаживать за своей внешностью, не переставая при этом совершенствоваться, желая не только сберечь, но и приумножить свою привлекательность и красоту в глазах окружающих. Однако не стоит бежать в клинику при первом же желании что-то изменить. Необходимо все тщательно обдумать, соотнести все недостатки и достоинства операции и, конечно же, проконсультироваться у специалиста.

**На вопросы главного редактора отвечал начальник отделения пластической хирургии Олег БЕРЛЕВ**

**МАЙСАРОВА**

**Камилла Халиддиновна — врач-пластический хирург. Окончила Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова по специальности «Лечебное дело». Проходила интернатуру на базе медицинского факультета МГМСУ по хирургическим болезням и клинической ангиологии. Имеет специализацию по пластической, реконструктивной и эстетической хирургии, а также сертификаты специалиста по лазерным технологиям и инъекционным методикам. Регулярно повышает свою квалификацию, ежегодно посещая стажировки и учебные программы по пластической хирургии и косметологии. Участвует в международных, российских конференциях по эстетической хирургии.**

**СПРАВОЧНО**

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

**23 хирургическое (торакальное) отделение основано в 1987 году. Занимается вопросами лечебной помощи пациентам с различными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и грудной клетки.**

Главный принцип в работе отделения — индивидуальный подход, профессионализм, внимательное отношение к пациентам, которые могут быть уверены в получении квалифицированной специализированной помо-

щи на высочайшем уровне. В палатах установлены стеклопакеты, выполнен ремонт санузлов, проводки, установлены новые кровати. В отделении развернуты уютные 1- и 2-местные палаты, в том числе оснащенные санузлами

с душевыми кабинками, телевизорами, холодильниками. Имеется 2-комнатная палата повышенной комфортности. Отделение располагает современными перевязочным и процедурным кабинетами.

Стационар госпиталя располагает всеми необходимыми современными методами диагностики: лабораторные методы диагностики, УЗИ, рентген-диагностика, компьютерная томография, маг-

нитно-резонансная томография, эндоскопические методы исследования.

**Принципы, которыми руководствуются специалисты отделения:**

- применение наиболее эффективных методик, которые существуют на сегодня в арсенале мировой медицины;
- достижение наилучших результатов путем совместной работы со специалистами другого профиля;





- минимизация хирургической травмы и максимальный косметизм послеоперационных рубцов;

- стремление к сокращению восстановительного периода за счет использования после операции средств современной реабилитации.

Высококвалифицированный персонал отделения с многолетней практикой использует самые современные и надежные методы диагностики и лечения различных заболеваний. Благодаря сочетанию новейших достижений отечественной и зарубежной хирургии с широким спектром методов анестезии последнего поколения для пациентов отделения значительно сокращается реабилитационный послеоперационный период и пребывание в стационаре.



Возможности многопрофильного стационара позволяют производить симультанные операции (одновременное выполнение нескольких операций в течение одной общей анестезии).

У нас практикуется комплексный подход к пациенту. При необходимости лечение проводится с привлечением специалистов другого профиля: терапевтов, кардиологов, невропатологов, пульмонологов, врачей функциональной диагностики и др.

**Основные направления работы хирургического отделения:**

1. Хирургическое лечение грыж, включая рецидивные:

- паховые;
- бедренные;
- пупочные;
- белой линии живота;

– послеоперационные, в т.ч. гигантские грыжи передней брюшной стенки.

Операции выполняются с использованием современных композитных сетчатых имплантов.

2. Специализированная хирургическая помощь при доброкачественных и злокачественных заболеваниях кожи, мягких тканей различных анатомических областей (шея, грудь, живот, конечности) с соблюдением онкологических принципов в хирургии.

3. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы:

- узловой и многоузловой зоб;
- токсический зоб;
- новообразования щитовидной железы (аденома, рак), в т.ч. по показаниям расширенные операции с футлярно-фасциальной диссекцией регионарных лимфоузлов.

4. Хирургическое лечение доброкачественных и злокачественных новообразований молочных желез:

- секторальные резекции;
- радикальные мастэктомии.

5. Эндоскопические, лапароскопические и лапароскопически ассистированные операции при таких заболеваниях, как:

### Современные оперативные технологии:

- При выборе метода операции отдается предпочтение малотравматичным, органосохраняющим операциям.
- В большинстве случаев удается выполнение операций с использованием эндоскопии, эндовидеохирургии.
- По показаниям при полиморбидных состояниях врачи отделения выполняют сочетанные и комбинированные операции.

### СПРАВОЧНО

- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;

- доброкачественные и злокачественные опухоли желудка;

- болезни оперированного желудка;

- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь;

- ахалазия кардии.

6. Эндовидеохирургические операции с использованием полного спектра современного оборудования у больных, страдающих заболеваниями желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков:

- желчнокаменная болезнь;

- полипы желчного пузыря;

- конкременты желчных протоков;

- стриктуры желчных протоков;

- механическая желтуха;
- опухоли желчного пузыря и протоков.

7. Лечение больных с заболеваниями легких, плевры и средостения с использованием современных высокотехнологичных методов. Все виды торакоскопических операций с использованием современной видеоаппаратуры.

Персонал отделения уделяет особое внимание максимальной надежности лечения, кратчайшим срокам пребывания в стационаре и скорейшему возвращению трудоспособности.

На сегодняшний день в отделении работают 5 врачей, из них 2 имеют степени докторов медицинских наук, звания профессора, 2 кандидата медицинских наук.

**Начальник отделения  
подполковник медицинской  
службы Владимир ТАТАРИН**

## ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ

**Рак предстательной железы (РПЖ) – злокачественная опухоль, в структуре онкологических заболеваний выходит на 2–3 место после рака легкого и желудка. Смертность от рака предстательной железы среди онкологических заболеваний занимает второе место после рака легкого. Внедрение в повседневную практику диагностики опухолевого маркера – простато-специфического антигена (ПСА) в конце 80-х увеличило частоту выявления РПЖ на ранних стадиях, многие случаи из которых стало возможным излечить радикально.**

Лечение РПЖ делится на консервативные и оперативные методы. К консервативным относятся: гормональная терапия, химиотерапия, абляция опухоли простаты ультразвуком (HIFU), криотерапия и лучевая терапия (дистанционная и брахитерапия). Оперативное лечение – это радикальная простатэктомия (открытая, лапароскопическая (экстраперитонеоскопическая) и роботическая).

В 1982 году Patrick Walsh выполнил первую нервосберегающую простатэктомию, а J. Rassweiler в 2001 году описал свою оригинальную методику экстраперитонеоскопической радикальной простатэктомии, после чего последняя становится золотым стандартом при лечении РПЖ. В 2004 г. Antony J. Costello

детально описал анатомию сосудисто-нервных пучков предстательной железы, выделив три ветви: переднюю, передне-нижнюю и нижнюю, с количеством нервов в каждом из пучков от 6 до 16. Тогда же Patrick Walsh дополнил свою первичную концепцию необходимостью сохранения простатической фасции по передней поверхности.

В 2004 г. предложена техника сбережения «покров (плащ) Афродиты». Выполняется вход под фасцию (или со стороны шейки мочевого пузыря, или со стороны верхушки), фасция сохраняется по задней поверхности, по задне-латеральной поверхности, по передней поверхности в виде «занавесок» не отсекается от пубоуретральных связей.

Целесообразность выполнения нервосберегающей радикальной простатэктомии с сохранением пубовезикального комплекса:

- сохранение эрекции (возвращение к половой жизни у 92 %);

- удержание мочи (95 %).

Показания к нервосбережению:

- сохраненная дооперационная половая жизнь;

- стадия менее T2b;

- индекс Глисона 7 (3+4) или менее;

- уровень PSA не более 10 нг/мл;

- отсутствие интраоперационного фиброза;

- отсутствие опухоли в области верхушки.

Радикальная нервосберегающая простатэктомия проводится двумя видами диссекции:

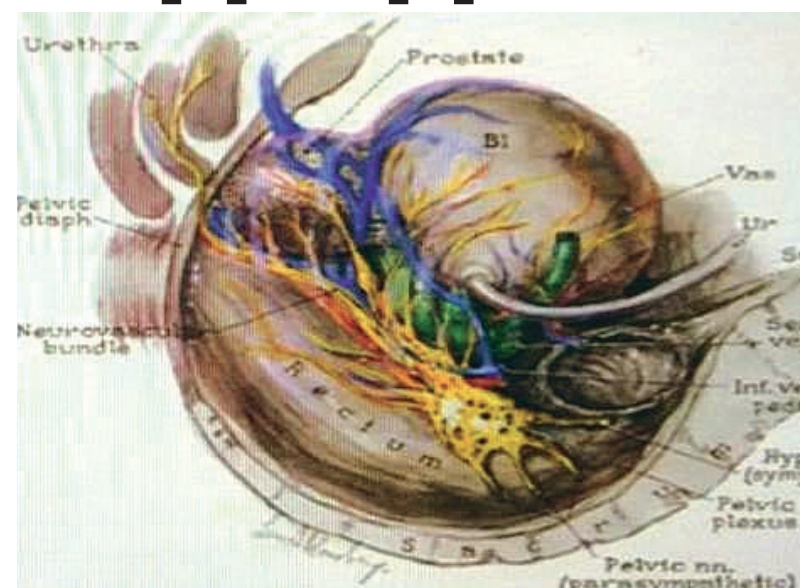


Рис. 1

- интрафасциальная: по слою псевдокапсулы оставляет всю толщину сосудисто-нервного пучка (СНП);

- интерфасциальная: между листками перипростатической фасции, часть СНП может быть резецирована.

Нервоуносящая техника:

- экстрафасциальная: кнаружи от перипростатической фасции, полное исечение СНП.

Основные принципы нервосбережения:

- минимизация тракции сосудисто-нервного пучка;

- предпочтение при диссекции «холодного» инструмента.

В то же время Chen в 2012 г. показал умеренное негативное влияние активной ветви ультразвукового скальпеля «HARMONIC».

Клинический случай: пациент Л. 69 лет, поступил в 3 ЦВКГ им А.А. Вишневецкого.



го 15.05.2017. Из анамнеза: 14.03.2017 по поводу повышения ПСА до 8 нг/мл выполнена биопсия предстательной железы. Гистологическое заключение: ацинарная аденокарцинома правой доли, индекс Глисона 5=3+2.

Результаты обследования:

— УЗИ — объем простаты 68 см<sup>3</sup>, смешанной экзогенности. Семенные пузырьки не изменены.

— Остеосцинтиграфия — очагов гиперфиксации РФП не выявлено.

— МРТ малого таза — признаки узлового образования предстательной железы. Данных за распространенность процесса за пределы капсулы не получено.

23.05.2017 впервые в 3 ЦВКГ им. А.А. Вишне-

ского, в 56 урологическом отделении данному пациенту выполнена экстраперитонеоскопическая интрафасциальная нервосберегающая радикальная простатэктомия с сохранением пубовезикального комплекса.

Операционная бригада: оперирующий хирург — заведующий 56 урологическим отделением, к.м.н. В.В. Паршин; ассистенты — врачи-урологи 56 урологического отделения А.Д. Кочетов, Д.И. Стеганцев; анестезиолог — С.А. Христанков; операционная сестра — О.Е. Сокурова.

Интраоперационная кровопотеря составила 200 мл. Послеоперационный период протекал благоприятно. Страховой дренаж

удален на 1-е сутки, пациент активизирован. Уретральный катетер удален на 8-е сутки, после чего восстановилось самостоятельное мочеиспускание, удовлетворительного качества, с полным удержанием мочи.

По результатам выполненной после удаления уретрального катетера урофлоуметрии максимальная скорость мочеиспускания составила 30 мл/с, средняя — 19.5 мл/с.

02.06.2017 пациент выписан под наблюдение урологом, онкологом по месту жительства. 1.06.2017 в 56 урологическом отделении успешно выполнена вторая подобная операция. На момент подготовки статьи у пациента благоприятный

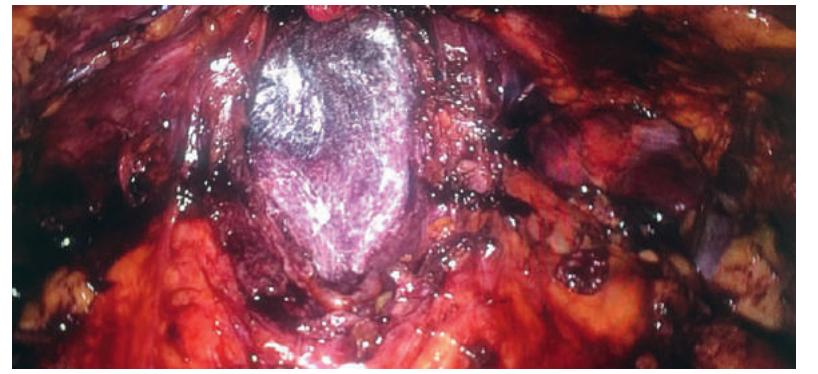


Рис. 2. Ложе удаленной предстательной железы

послеоперационный период, страховой дренаж удален на 1-е сутки, пациент активизирован.

**Выводы:** нервосберегающая техника является обязательной у пациентов с низким риском экстрапростатической экстензии и сохранной эректильной функцией. Данная техника требователь-

на к хирургу и предполагает детальное понимание оперативной анатомии предстательной железы и строгое следование основным хирургическим принципам нервосбережения.

Заведующий  
урологическим отделением  
Владимир ПАРШИН

## НАЧАЛО ПОЛОЖЕНО

В нашем госпитале впервые выполнена успешная эмболизация каротидно-кавернозного соустья у пациента после ДТП.

Большой Ш. (34 года) поступил из Люберецкой районной больницы, куда был доставлен с места ДТП и где первое время находился на стационарном лечении.

Диагноз: открытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени с формированием очагов ушиба 2 типа в обеих лобных и левой височной долях. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние. Генерализованный отек полушарий и ствола головного мозга. Гипертензионно-дислокационный полушарно-стволовой синдром. Множественные переломы костей свода и основания черепа. Гемосинус обеих лобных, обеих верхнечелюстных пазух, ячеек решетчатой кости. Закрытый перелом левой ключицы со смещением отломков. Двухсторонний посттравматический пульмонит. Правосторонний малый пневмоторокс. Травматический шок 2 степени.

Проведены обследования.

КТ черепа — картина множественных переломов свода, основания и лицевого черепа. Ушиб головного мозга с локальным субарахноидальным кровоизлиянием, левосторонняя субдуральная гематома, пневмоцефалия.

Ангиография головного мозга выявила каротидно-кавернозное соустье между С7

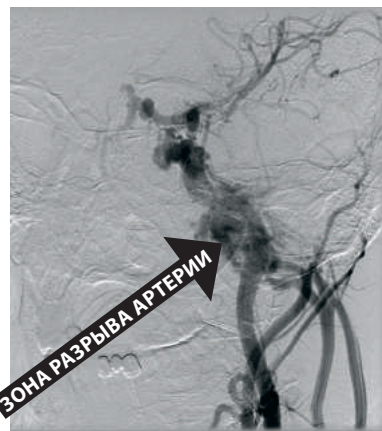


Рис. 1

сегмента левой ВСА и кавернозным синусом.

В центре рентгенохирургических методов диагностики и лечения в рентгенооперационной пациенту выполнялась пункция бедренной артерии по методике Селдингера. В артерии устанавливался интродьюсер 8F. Через бедренную и общую подвздошную артерии и аорту проводили проводниковый катетер типа «Guider Softip». После установки катетера во ВСА выполнялась ангиография в разных проекциях (рис. 1).

На представленной ангиограмме разрыв левой ВСА в кавернозном синусе (указано стрелкой), со сбросом контрастируемой крови в

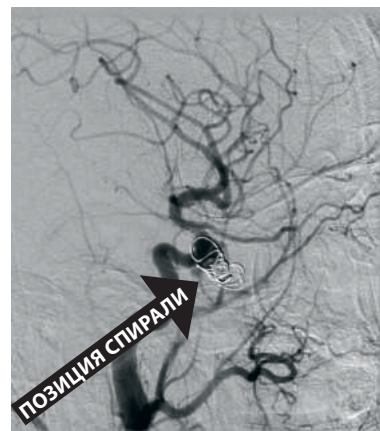


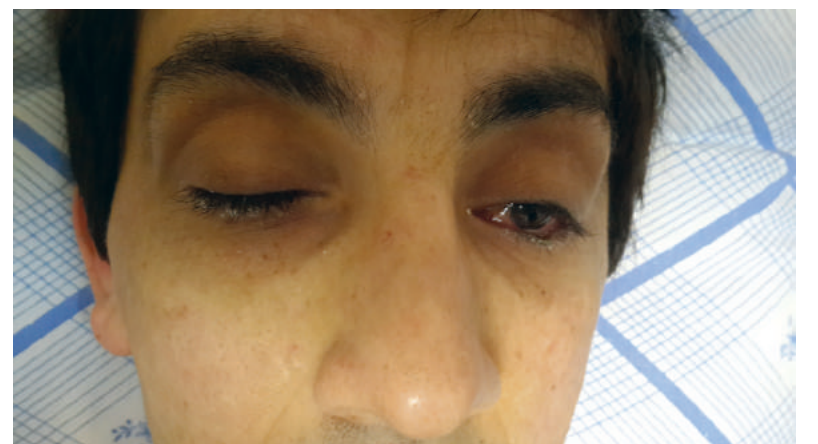
Рис. 2

кавернозное соустье. Выполнена селективная катетеризация зоны разрыва микропроводником и микрокатетером, с последующей имплантацией конусовидной спирали.

Через 20 минут, а затем и 24 часа выполнялась контрольная ангиография в различных проекциях при селективной катетеризации ВСА катетером 4Fr JR-3.5 для определения степени окклюзии и подтверждения правильной установки имплантируемой спирали (рис. 2). Сразу после выключения соустья, еще на операционном столе, аускультативно выслушивалось уменьшение шума. Экзофтальма в течение нескольких



До операции



После операции

ККС — это патологическое соединение ВСА и пещеристого синуса внутри

### СПРАВОЧНО

полости черепа, возникающее чаще всего после ЧМТ. Прогноз спонтанного течения заболевания при ККС — неблагоприятен!

Выздоровление от спонтанного тромбоза соустья наступает лишь в 5–10%.

10–15% погибают от внутричерепных и носовых кровотечений.

50–60% становятся инвалидами в связи с потерей зрения и психическими нарушениями.

По статистике травматические ККС чаще встречаются у мужчин молодого и среднего возраста.

Спонтанные разрывы аневризм в интракавернозном отделе чаще встречаются у женщин среднего возраста.

Широко используется классификация Varrow, основанная на данных ангиографии МАГ: ККС типа А всегда являются высокопотокowymi, что определяет крайне неблагоприятное естественное течение заболевания.

ККС типа А является абсолютным показанием для хирургической коррекции!

послеоперационных суток уменьшилась. На момент выписки состояние пациента удовлетворительное. Дыхание самостоятельное. Гемодинамика стабильная. Нечасто кормление с ложки. Неврологический статус: сознание на уровне глубокого оглушения, активная двигательная реакция на раздражители, выполняет команды — пожимает

кисть. OD>OS 5>3 мм, фотореакции отрицательные. Лицо относительно симметричное. Язык за линией зубов. Глубокие рефлексы без видимой асимметрии. Патологических рефлексов не определяется. Ригидности затылочных мышц нет.

Врачи отделения РХМДЛ  
Александр ИВАНОВ,  
Владимир СМЕРНОВ



## ГИГАНТСКАЯ ОПУХОЛЬ

**Гигантская опухоль шеи и средостения со сдавлением пищевода и трахеи.**

Больная А., 1927 года рождения, поступила в 23 отделение 3 ЦВКГ в порядке неотложной помощи 13.02.2008 г.

Жалобы на: наличие опухолевидного образования больших размеров в области передней поверхности шеи, одышку постоянного характера, затруднение прохождения твердой и жидкой пищи при глотании, осиплость голо-

са, прогрессирующее снижение веса.

Анамнез заболевания: в 1996 году из правостороннего торакотомного доступа выполнена операция – удаление липомы средостения. В послеоперационном периоде диагностирован паралич правой половины гортани, ТЭЛА. Больной произведена имплантация кава-фильтра.

С 2001 года отмечала наличие постепенно увеличивающейся в размерах опухоли в правой надключичной области.

В 2004 году при обследовании в ГВКГ им. Н.Н. Бур-

денко диагностирован рецидив опухоли средостения. В операции было отказано в связи с высоким риском оперативного вмешательства.

С ноября 2007 года стала отмечать ухудшение дыхания, затруднение прохождения пищи при глотании. С первых чисел февраля 2008 года отметила невозможность прохождения пищи при глотании.

В результате проведенного обследования диагностирована гигантская опухоль шеи и средостения.

Тактика лечения больной обсуждена на консили-

уме главных специалистов 3 ЦВКГ.

Наличие нарастающих признаков опухолевой компрессии пищевода и гортани является основанием для выполнения оперативного вмешательства по жизненным показаниям.

Учитывая преклонный возраст больной, тяжелые сопутствующие заболевания, риск операции признан крайне высоким.

18.02.08 под эндотрахеальным наркозом в условиях кардиохирургической операционной из доступа по передней поверхности



шеи по Кохеру выполнена операция – удаление опухоли шеи и средостения. Состояние больной – удовлетворительное.

Владимир ТАТАРИН

## КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

**В Филиале № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» МО РФ открыто штатное отделение медицинской реабилитации.**

В условиях Филиала № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» МО РФ с 1 февраля 2017 г. начало работу отделение медицинской реабилитации кардиологического профиля. Основанием для открытия отделения послужили Указания начальника Генерального штаба № 314/6/6785 от 20 августа 2016 г., которые реализованы приказом начальника Филиала № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» МО РФ № 12 от 31 января 2017 г.

Отделение медицинской реабилитации сформировано на базе 1-го кардиологического отделения, начавшего работу в составе 6 Центрального военного клинического госпиталя МО РФ в августе 1989 года. Изначально отделение было развернуто на 66 коек. С 2009 г. в отделении 35 коек.

В разные периоды отделение возглавляли подполковник м/с Волошин Александр Николаевич, полковник м/с Иванов Сергей Леонидович, полковник м/с Песков Иван Шандорович. До назначения на должность все работали в кардиологических отделениях ГВКГ им. Н.Н. Бурденко. Основное направление деятельности отделения – кардиореабилитация, коррекция метаболического синдрома. В 1996–1997 гг. значительно увеличилось количество пациентов, нуждающихся в проведении медицинской реабилитации после опе-

раций аортокоронарного шунтирования и протезирования клапанов сердца. Это потребовало создания и внедрения индивидуализированных программ медицинской реабилитации, что и было реализовано благодаря совместной работе кафедры медицинской реабилитации ГИУВ МО РФ, возглавляемой профессором А.М. Щегольковым, и ведущих специалистов А.К. Огнева, О.Н. Румянцева, А.А. Будко, В.В. Сычева.

В настоящее время отделением медицинской реабилитации руководит полковник м/с запаса, к.м.н. Гузенко Игорь Евгеньевич (в 1986 г. закончил Одесский мединститут им. Н.И. Пирогова). После завершения обучения на 1-м факультете Военно-медицинской академии в 1997 г. он был назначен на должность начальника кардиологического отделения 6 ЦВКГ МО РФ.

И.Е. Гузенко владеет глубокими знаниями в смежных специальностях (кардиология, эндокринология, пульмонология, гастроэнтерология, медицинская реабилитация в кардиологии), обладает богатым клиническим опытом, лично освоил методы исследования: оценки микроциркуляции, функциональной диагностики в кардиологии, оценки психологического статуса пациентов. Это позволило ему получить новые научные факты и доказать



И.Е. Гузенко и коллектив отделения

высокую эффективность применения воздушно-озоновых ванн у одной из самых сложных групп кардиохирургических больных, пациентов после протезирования клапанов сердца. Результаты исследований были представлены в кандидатской диссертации на тему: «Медицинская реабилитация больных в раннем восстановительном периоде после хирургической коррекции клапанных пороков сердца с применением воздушно-озоновых ванн», которая защищена в 2016 г. И.Е. Гузенко участвовал в подготовке учебно-методического пособия по применению озонотерапии в комплексной медицинской реабилитации больных с заболеваниями внутренних органов.

Успешная медицинская реабилитация кардиологических и кардиохирургических пациентов возможна только в результате четко организованной и согласованной работы медицин-

ских специалистов: кардиологов, психотерапевтов, физиотерапевтов, рефлексотерапевтов, диетологов, врачей лечебной физкультуры под контролем лабораторной и функциональной диагностики, рентгеновских исследований. Ведь правильно проведенная медицинская реабилитация должна настроить организм человека на слаженную работу и противодействие факторам, вызвавшим основное заболевание. В настоящее время в отделении применяются индивидуализированные программы медицинской реабилитации, которые включают: двигательный режим, диету, медикаментозную терапию по показаниям, лечебную физкультуру (утреннюю гигиеническую гимнастику, занятия в группах лечебной гимнастики, кардио- и кардиореспираторные тренировки, дозированную ходьбу), методы физиотерапии, традиционные методы лечения (мануальную терапию,

рефлексотерапию, остеопатию, гирудотерапию и фитотерапию, массаж), гипербарическую оксигенацию, спелеотерапию, психологическое тестирование и психотерапию при необходимости, биоакустическую психокоррекцию.

Открытие отделения медицинской реабилитации кардиологического профиля в Филиале № 2 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» МО РФ, получение Государственной лицензии на проведение медицинской реабилитации позволит продолжить и развивать сложное и так необходимое сегодня направление медицинской деятельности, восстанавливающее бое- и трудоспособность военнослужащих и членов их семей и повышающее качество жизни пациентов.

Заместитель начальника филиала по клинической работе, профессор  
Владимир ЯРОШЕНКО  
Фото из архива госпиталя



# ИТОГИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

В Филиале № 1 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневого» Минобороны России 25 мая 2017 года состоялась научно-практическая конференция «Современные проблемы диагностики и лечения хирургических заболеваний в многопрофильном госпитале», в которой приняли участие представители военно-медицинских лечебно-профилактических и образовательных учреждений Московского региона.

В ходе конференции были проведены пленарное заседание и выставка новых образцов медицинской техники и расходных материалов.

С приветственным словом выступил начальник Филиала № 1 «3 Центрального военного клинического госпиталя имени А.А. Вишневого» Минобороны России полковник медицинской службы А.В. Мешков, отметивший, что в соответствии с концепцией развития клинических направлений Филиала № 1 до 2020 года в хирургических отделениях начато внедрение новых методов диагностики и лечения, проводится дооснащение хирургических отделений и операционного блока современным оборудованием, создание комфортных условий размещения пациентов.

тезисов в научных сборниках Филиала № 1 и других лечебных учреждений, изданы методическое и учебно-методическое пособия, получено удостоверение на рационализаторское предложение.

С докладом выступил начальник отделения неотложной хирургии Филиала № 1 кандидат медицинских наук подполковник медицинской службы В.А. Мусаилов о состоянии и перспективах развития хирургии в Филиале № 1.

Начальник центра анестезиологии и реанимации полковник медицинской службы А.А. Кузьмин провел в своем докладе клинко-экономический анализ спинальной анестезии при операциях на позвоночнике.



Хирурги филиала проводят большую научно-методическую работу, активно участвуют в научно-практических конференциях, в том числе во всероссийских и международных, являются членами научных обществ. Большинство врачей-хирургов зарегистрированы в наукометрических системах: Национальная электронная библиотека, Карта российской науки, Scopus.

В 2014–2016 гг. врачами хирургических отделений опубликовано 20 научных статей в центральной печати, в том числе в журналах, рекомендованных ВАК, 59

В докладе сотрудников кафедры хирургии неотложных состояний и онкологии филиала Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Минобороны России, г. Москва — д.м.н., профессора И.Б. Максимова, д.м.н., профессора В.К. Зуева, д.м.н., профессора П.М. Староконь, к.м.н. Н.И. Галик отмечен выдающийся вклад в развитие военной медицины Н.И. Пирогова, его научных работ и педагогической деятельности, связь с современным развитием военной медицины. Во втором докладе этих же авторов освещены патогенетические аспекты



инфузионной терапии при острой хирургической патологии, осложненной эндотоксикозом.

Ведущий терапевт Филиала №1 подполковник медицинской службы В.М. Драпов дал оценку риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов, требующих проведения хирургических вмешательств, наметил схемы профилактики осложнений.

Большой интерес аудитории вызвал доклад начальника отделения интервиционной аритмологии ФКУ «ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» Минобороны России, д.м.н., полковника медицинской службы В.И. Стеклова и к.м.н. Д.А. Морозова о результатах радиационной абляции и топической диагностики некоронарных желудочковых аритмий сердца.

В сообщении врачей урологического центра Филиала № 1 О.А. Булаенко, к.м.н. А.Д. Коридзе, А.В. Дронова, А.И. Керницкого, к.м.н. И.А. Швангирадзе с соавторами освещены вопросы лечения мочекаменной болезни в условиях многопрофильного госпиталя.

Актуальным вопросом комплексной диагностики глаукомы посвящен доклад

начальника офтальмологического центра ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, к.м.н., полковника медицинской службы А.Н. Серика и начальника офтальмологического отделения Филиала № 1, подполковника медицинской службы А.А. Кольбина с соавторами.

Вопросы диагностики на современном этапе синдрома диабетической стопы были отражены в докладе к.м.н., майора медицинской службы П.С. Маркевича, к.м.н., подполковника медицинской службы Р.Н. Неживова и к.м.н., подполковника медицинской службы В.А. Мусаилова.

При обсуждении докладов конференции была подчеркнута важность проведенного мероприятия, осве-

щенных вопросов, отмечена актуальность проведения клинко-экономического анализа проводимой работы в лечебных учреждениях Минобороны России при лечении пациентов хирургического профиля.

В рамках конференции проведена презентация учебно-методического пособия «Комплексное лечение перитонитов, вызванных заболеваниями и травмами верхних мочевыводящих путей», авторы — доктор медицинских наук, Заслуженный врач РФ, генерал-майор медицинской службы А.В. Есипов и кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы В.А. Мусаилов.

Полковником медицинской службы в отставке В.А. Цыганком проведена презентация книги: «70 лет становления и развития 114 ВАГ ИА ПВО — 5 ЦВКГ — 1 Филиал ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России», в которой отражен весь исторический процесс создания и становления госпиталя в памяти поколений военно-медицинского и гражданского персонала.

Заведующий  
методическим кабинетом  
Виктор ГАЛИК





# ТВОРЧЕСКАЯ ВСТРЕЧА

**В 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого прошла очередная творческая гостиная «У Вишневого».**

На встречу с пациентами и сотрудниками госпиталя приехали Народная артистка России, актриса театра и кино Лариса Лузина и исполнитель авторских песен Евгений Бобков. Они уже почти традиционно выступают на одной концертной площадке.

Как отметил в свое время начальник госпиталя генерал-майор медицинской службы Александр Есипов: «Встречи с такими известными, талантливыми людьми дают огромный эмоциональный подъем, который помогает нашим пациентам быстрее встать на ноги, а сотрудникам — дополнительные силы в их нелегком труде».

Первая роль Ларисы Лужиной — это роль девушки Светланы в фильме «На семи ветрах», где она снималась вместе с Леонидом Быковым и Вячеславом

Тихоновым. Эта роль сразу принесла ей известность. Следующий, нашумевший в свое время фильм «Вертикаль», где она снималась с Владимиром Высоцким, также пользовался популярностью у отечественных кинозрителей. После этого фильма Владимир Высоцкий, написав песню «Она была в Париже», посвятил ее именно Ларисе Анатольевне. Из более поздних фильмов, в которых снималась актриса, — это «Мадам Вонг», «Юнкера» и многие другие.

Ее обаяние чувствуешь с первых слов общения с ней и сразу понимаешь, какой глубины души эта актриса. Лариса Лузина и сегодня продолжает сниматься во многих российских сериалах, играет в Театре киноактера.

Лариса Анатольевна рассказала зрителям о своем творчестве, о своих коллегах



по кинематографу и о многом, что ей, родившейся перед самой войной, довелось пережить в своей жизни.

Заканчивая свое выступление, Лариса Анатольевна спела песню, которую она посвятила всем ветеранам Великой Отечественной войны. Неожиданно для всех после этой песни из зала вышел ветеран войны, полковник в отставке Павел Викторович Игнатенко. Вручая ей цветы, он сказал: «Это Вам от всех ветеранов войны «На семи ветрах» — поистине великого фильма, в котором Вы сумели передать всю гамму чувств, которую испытывали девушки, ожидая своих любимых с войны. И каждый из нас смог понять и ощутить, каково это было им... ждать...» Растроганная Лариса Анатольевна в ответ вручила ему свою книгу с автографом, на что ветеран сказал: «Эта книга теперь будет всегда со мной, до последнего моего дня...»

Второй гость — Евгений Иванович Бобков. По профессии Евгений Иванович авиатор. Он долгое время



жил и работал на Крайнем Севере и долгими северными вечерами сочинял стихи, а потом исполнял их под гитару для своих друзей. Он всегда желанный гость на всех бардовских площадках, а также в воинских подразделениях и авиационных отрядах гражданской авиации. Евгений виртуозно владеет как гитарой, так и словом, что помогает ему в считанные секунды овладеть вниманием самых взыскательных зрителей.

Евгений Иванович также рассказал о своем творческом пути и исполнил ряд

своих песен, которые зрители встречали дружными аплодисментами.

Как всегда встреча «У Вишневого» получилась по-домашнему теплой. Зрители еще долго не отпускали своих гостей, задавали им интересующие их вопросы, а Ларисе Анатольевне многие офицеры, отдавая свои визитные карточки, предлагали ей помощь — кто в обрезке сада, кто по дому. И было видно, что Лариса Анатольевна была тронута таким дружеским вниманием зрителей.

Надежда ДРОБЫШЕВСКАЯ



Мне хочется поздравить всех вас с вашим профессиональным праздником, пожелать вам самим здоровья, которым вы так щедро наделяете всех, счастья, благополучия и терпения, которое столь необходимо в вашем нелегком труде.

С праздником вас! Низкий поклон вам!

Ваша Лариса ЛУЖИНА



## ВРАЧ АЛЕКСЕЙ ГОПАЧЕНКО

**Долго блуждая по извилистым коридорам госпиталя и часто переспрашивая дорогу, я, наконец, попала в неврологический центр, где меня ожидал мой собеседник – врач-анестезиолог-реаниматолог Алексей Петрович Гопаченко – начальник отделения реанимации и интенсивной терапии неврологического центра.**

Алексей Петрович, немало смущаясь, как и многие герои моих очерков, начал свой рассказ о себе.

«Родом я из Волгоградской области, из простой семьи служащих, где о медицине вспоминали только по необходимости...»

Из его слов я узнала, что он решил пойти в медицину «чисто с практической точки зрения». И это, на мой взгляд, даже неплохо, ведь в этом случае человек понимает и осмысливает, что он может сделать в этой профессии и ему совсем не будут мешать «радужные мечты» детства о «добром докторе Айболите». А вот выбор именно военного врача был действительно предопределен. Здесь сыграло свою роль желание отца – видеть всех своих сыновей военными. А так как двое из трех братьев уже были строевыми офицерами, ему ничего не оставалось, как стать третьим из них, только в роли военного врача. Мама же, будучи категорически против службы третьего сына в армии, вскоре смирилась, а со временем даже оценила положительные моменты профессии военного врача.

Сразу поступить в Военную академию, как мечталось, не было возможности, и поэтому к своей мечте – стать военным врачом – он шел постепенно. Сначала Алексей Гопаченко поступил в Волгоградский мединститут, а после четвертого курса перевелся в Саратовский медицинский институт на военно-медицинский факультет, по окончании которого получил распределение для дальнейшего прохождения службы в отдельную часть ПВО, расположенную в далекой Архангельской области. Для Алексея Петровича, рожденного и выросшего в «южных широтах», – это само по себе уже было испытанием, а если добавить повседневные армейские будни, то это испытание вдвойне, однако ему все нравилось: и сама служба, и его работа в должности полкового врача.

Алексей Петрович вспомнил один забавный случай, который с ним там произошел:

«Однажды мои сослуживцы собрались в лес за клюквой. Для меня, южанина, это было в диковин-



ку. У нас-то этого нет. И я, недолго думая, взял ведро и пошел с ними. Пришли в лес, вокруг полуосушенные болота. Я увидел маленькую полянку с ягодами и начал их быстренько собирать, а они ушли куда-то вперед, я же, увлекшись сбором ягод, не увидел, в каком направлении они ушли. Ягоды собрал, а там такие места, где клюква, там посуше, а вокруг – болото. Я попытался найти своих попутчиков, но ничего не вышло, в общем заблудился, а потом, не зная дороги, еще и угондился в болотную яму. Главное, чувствую, что меня затягивает вглубь, а ведро-то с клюквой не отпускаю, хотя и клюквы той было четверть ведра, не больше. Не помню как, но кое-как выбрался – весь мокрый, в тине. Холодно... Добрался до дороги, там меня подобрала машина... С при-

ключениями, но домой добрался. Но самое главное, при всем при этом ведро с клюквой благополучно доставил домой...»

Служба продолжалась, правда ходить в лес за клюквой большого желания уже не было. Зато была огромная врачебная практика. А еще, помимо службы в полку, были выезды на далекий Ашулукский полигон в Астраханскую область, где проходили учебные стрельбы. Там можно было встретить много интересных людей, что тоже немаловажно, ведь невозможно жить только одной работой, а общение с разными людьми дает многое, в том числе и для работы. Да и должность к тому времени была уже другая – начальник медицинской службы военного авиационного истребительного полка.

В одной из таких поездок ему, далекому от хирургии, пришлось оперировать ногу и пришивать пальцы «неродивому солдату, угодившему ногой под поезд», а самое интересное, чтобы добраться до пострадавшего (все происходило во время движения поезда), ему приходилось во время перегонов перебежать из одного вагона в другой прямо по насыпи. И это тоже своего рода испытание, с которым он благополучно справился.

«Летчики – это особый народ, – вспоминает Алексей Петрович. – С ними было очень интересно, и мои четыре «северных» года пролетели незаметно».

Затем Алексей Петрович окончил клиническую ординатуру в Военно-медицинской академии и в 1999 году по распределению попал в 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневецкого, где до сих пор исполняет свой врачебный долг военного врача.

Алексей Петрович сетовал на то, что он «обычный врач, коих много, и ничего особенного в своей жизни не совершил», но ведь то, что, работая 18 лет в одном и том же отделении, он прошел от должности врача-ординатора до должности начальника отделения, говорит само за себя. Да и коллеги относятся к нему с любовью и уважением.

И это самая лучшая оценка для врача, ведь оценка коллег – это высшая степень признания...

Сегодня Алексей Петрович мечтает о том, чтобы в его отделении был дружный коллектив, чтобы каждому, кто здесь работает, было комфортно, и чтобы у каждого была возможность совершенствовать свои знания и навыки. И он делает для этого все возможное, а порой и невозможное...

**Надежда ДРОБЫШЕВСКАЯ**

## ОН БЫЛ ПЕРВЫМ

**Сергей Александрович Перов родился 11 июня 1920 года в г. Лысково Нижегородского края в семье ремесленника. Окончив 4-й курс военного факультета при Саратовском медицинском институте (1941 г.), получил диплом зауряд-врача и после стажировки во фронтовом эвакогоспитале два года служил в Воздушно-десантных войсках врачом парашютно-десантного батальона и старшим врачом полка. В 1944 г. был направлен в 4-ю армию (Иран), где служил до мая 1946 г. врачом отдельного автотранспортного батальона и командиром отдельной медсанроты стрелковой бригады.**

В 1947 г. Сергей Александрович окончил с отличием военный факультет при Центральном институте усовершенствования врачей и был оставлен преподавателем на курсах специализации по терапии. В 1948–1951 гг. служил начальником терапевтического отделения военного госпиталя Дальневосточного

военного округа на острове Сахалин. В 1951 г. назначен старшим ординатором, в 1956 г. – начальником терапевтического отделения ЦВКГ им. П.В. Мандрыка. В 1964 г. С.А. Перов стал заместителем начальника госпиталя по медицинской части. В 1965 г. он успешно защитил кандидатскую диссертацию, посвящен-



**Первый заместитель  
начальника госпиталя  
по медицинской части  
С.А. Перов  
(11.06.1920 – 15.11.2016)**

ную влиянию ожоговой травмы на течение хронической и подострой лучевой болезни.

Сергей Александрович принимал активное участие

в строительстве и оснащении Центрального военного клинического госпиталя в г. Красногорске. Имея богатый опыт работы и организаторские способности, приложил немалые усилия по укомплектованию профессиональными врачебными кадрами нового госпиталя.

Пациентами С.А. Перова были прославленные полководцы Великой Отечественной войны: Г.К. Жуков, Р.Я. Малиновский, К.А. Мерецков, М.В. Захаров, М.И. Неделин и многие другие. На всех постах ярко проявлялся особый дар Сергея Александровича – умелого организатора работы многопрофильного стационара, прекрасного клинициста, гуманиста и мудрого врача. В 1970 г. назначен главным терапевтом ГСВГ.

В 1972 г. он окончил службу в Вооруженных Силах.

В последующем С.А. Перов трудился в должности заместителя главного врача ЦКБ 4-го Главного управления при МЗ РСФСР. С января 1995 г. работал консультантом-эндокринологом Консультативно-диагностического центра МО РФ.

За многолетнюю службу в Вооруженных Силах С.А. Перов награжден орденами Красной Звезды, «Знак Почета», Дружбы народов, медалью «За боевые заслуги» и многими другими.

Прожив большую жизнь, посвященную служению Отечеству, Сергея Александровича Перова не стало 15 ноября 2016 года в возрасте 96 лет. Похоронен на Троекуровском кладбище.

**Евгений КОХАН**



# ГЛАВНЫЙ АНЕСТЕЗИОЛОГ

**Идя на встречу с начальником центра анестезиологии-реаниматологии – Заслуженным врачом Российской Федерации Сергеем Ивановичем Апеваловым, я готовилась поговорить о деятельности самого центра. Однако, когда Сергей Иванович начал перечислять, сколько отделений входит в состав центра и какой объем работы лежит на врачах и медицинских сестрах, поняла, что о каждом из них надо писать отдельно, а начать решила с рассказа о нем самом.**

Так бывает очень часто: когда весь распорядок жизни детей военнотрудовой подчинен определенному ритму, выбора в определении с дальнейшей профессией просто нет. Именно поэтому многие сыновья военных идут по стопам своих отцов. Так случилось и с Сергеем Апеваловым.

«Я из семьи потомственных военных, – начал свой рассказ Сергей Иванович, – отец у меня военный, два брата военных, и я даже не думал стать кем-то другим. А профессия врача мне нравилась всегда – так и получилось сочетание «военный врач»».

По окончании Военного факультета Томского университета лейтенант Сергей Апевалов был распределен в Туркестанский военный округ, где и начался его путь в «большую медицину». Сначала он был врачом-психиатром отдельного медицинского батальона, затем, как только там организовалось отделение анестезиологии и реанимации, он, окончив курсы переподготовки по данной специализации, стал ведущим врачом-анестезиологом-реаниматологом того же отдельного медицинского батальона.

Было огромное количество тяжелых случаев, когда была необходима помощь врача высокого уровня подготовки, коим к тому времени и являлся капитан Сергей Апевалов, и вскоре его перевели в военный окружной госпиталь в г. Ташкент на должность ординатора отделения анестезиологии и реанимации, а затем начальником отделения.

За время его службы в ТуркВО, кроме службы на



месте, были постоянные командировки, которые порой доходили до ста дней в году. Но, несмотря на загруженность, Сергей Иванович еще и успевал повышать свои профессиональные навыки, периодически проходя обучения по разным кафедрам в Военной академии.

«Хорошо помню время, когда в Таджикистане, на базе окружного госпиталя был сформирован военный передвижной госпиталь для оказания помощи гражданскому населению. И был один случай. Это произошло на границе с Афганистаном – Кулябская область, Фархорский район, в одном из населенных пунктов местные жители отравились растительным ядом, который попал в муку. Основное питание там чай с лепешкой. Так вот – это растение при помоле попало в муку. С этим гелиотропом они попадали в госпиталь. Некоторых не довозили, некоторым просто было уже поздно оказывать помощь, но многих, которых сумели вовремя доставить, удалось спасти. Это страшное отравление унесло около 5 тысяч жизней, около 3 тысяч удалось спасти. Среди

них были и женщины, и старики, и дети...»

Сергей Иванович участвовал в реальных боевых действиях со всеми вытекающими последствиями.

В 90-м году, когда происходил развал, влияние центра было ослаблено, начались различные национальные движения, в том числе и радикальные. И Сергею Ивановичу вместе со строевыми офицерами пришлось участвовать в наведении конституционного порядка.

«Все годы, которые был в Ташкенте, мы оказывали в основном помощь раненым и пострадавшим, вывезенным из Афганистана. Поэтому было всякое. Как для врача – это, конечно, колоссальный опыт, как бы кощунственно это ни звучало... Шел постоянный массивный поток раненых, большая часть которых возвращалась в строй. Много раз приходилось летать в Афганистан самим. Хорошо помню Термез, Мост Дружбы, откуда также потоком везли раненых...»

За проведенные там мероприятия, за оказание медицинской помощи местному населению, раненым, больным и пострадавшим Сергей Иванович был награжден медалью «За боевые заслуги».

«Когда я оканчивал курсы по «искусственной почке» в госпитале Бурденко, съездил в госпиталь Вишневого, побеседовал с Немытиным, тогдашним начальником госпиталя, он мне и подписал ходатайство. Я привез его в Ташкент... А тогда как раз организовывалась национальная служба, и вот в это время я приехал в 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого в отделение анестезиологии и

реанимации на должность старшего ординатора. Это был март 1993 года».

А уже в 1995 году в госпитале было открыто отделение ОРИТ в неврологическом центре, которое и возглавил майор медицинской службы Сергей Апевалов. И так совпало, что тогда же в госпитале началось формирование самого направления по оказанию помощи нейрохирургическим и неврологическим больным.



«На базе бывшего 50-го отделения развернули полноценное отделение на 20 коек, со своей операционной, которое я и возглавил. Коллектив формировался в течение года. Это были врачи, медсестры, а также офицеры, окончившие Военно-медицинскую академию. А уже с 2004 года образовался центр анестезиологии и реанимации, на который меня, к тому времени уже полковника медицинской службы, поставили и которым я руковожу и поныне».

На мой взгляд, его путь в «большую медицину» сложился. И в личной жизни все неплохо. Он женат, у него двое взрослых детей.

Жена по профессии учитель. С ней Сергей Иванович познакомился, когда заканчивал академию в г. Томске. Там и поженились. История создания семьи традиционно похожа на многие – учитель и офицер. И также все, как у всех военных, которым довелось служить в дальних гарнизонах, – и неустроенный быт, и съемная квартира, а для южных регионов – еще и проблема с питьевой водой, да и с водой вообще...

Врач Сергей Иванович Апевалов – врач с огромным опытом работы, в том числе в зонах особой сложности для службы любого рода войск, а медицины тем более. Много больных прошли через его руки, со всеми он поддерживает хорошие отношения, со всеми по-доброму встречается и расстается.

Прощаясь с доктором Апеваловым, я поняла, что он болеет за свое дело, за своих пациентов и, конечно же, за своих коллег, но при этом он со всеми в меру строг, в меру внимателен – все, как и положено настоящему руководителю...

Надежда ДРОБЫШЕВСКАЯ

*Сергей Иванович Апевалов – замечательный врач, честный и порядочный человек. С ним приятно работать и легко общаться.*

*Он профессионал своего дела и отличный руководитель, на него всегда можно положиться.*

**Заместитель начальника госпиталя по медицинской части, полковник медицинской службы Борис ШКЛОВСКИЙ**





# АЛЛЕРГИЯ

Продолжение.  
Начало в предыдущем номере

Если у вас впервые появились какие-либо симптомы аллергии, но вы не знаете, чем они были вызваны, необходимо обратиться к вашему лечащему врачу для назначения правильного лечения и обнаружения причины появления аллергии.

Помимо осмотра и опроса потребуются ряд анализов и исследований, которые являются специфическими для аллергии.

**Кожные пробы** — данное исследование назначается, когда имеется подозрение на аллергию. Преимуществом данного исследования являются простота выполнения, время получения результатов (15–20 мин.) и дешевизна. Данное исследование дает точную информацию о причине развития аллергии, а точнее позволяет определить аллерген, вызвавший реакцию. Кожная проба заключается в введении очень маленького количества различных аллергенов в кожу, и в зависимости от реакции организма определяются аллергены, способные вызвать аллергическую реакцию у исследуемого человека. Исследование можно проводить людям в любом возрасте.

**Анализ крови на IgE** — измеряет количество IgE антител в крови. Для исследования необходимо небольшое количество крови, которая берется из вены. Данное исследование проводится в тех случаях, когда по каким-либо причинам невозможно проведение кожных проб или когда пациент вынужден постоянно принимать противоаллергические препараты. Также данное исследование может быть назначено как дополнительное для подтверждения результатов кожных проб.

Данное исследование проводится для определения



причины развития аллергических реакций кожи, таких, как контактный дерматит или экзема. Готовится специальная смесь из парафина или вазелина, в которой содержится аллерген, предположительно вызвавший аллергическую реакцию. Затем эта смесь наносится на металлические пластинки (примерно 1 см в диаметре), готовится несколько пластинок, содержащих смеси различных аллергенов, а затем они прикрепляются к коже спины. Пациента просят сохранять кожу сухой в течение 48 часов. По истечении этого времени пластинки снимаются, и кожа исследуется на наличие каких-либо реакций на аллерген. Если никакой реакции нет, пациента просят прийти на повторное исследование кожи через 48 часов (без пластинок). На повторном осмотре проверяется наличие каких-либо изменений, причиной которых может послужить замедленная реакция организма.

Однако все вышеописанные тесты не позволяют нам со 100 % уверенностью поставить диагноз — аллергия. Единственный способ 100 % установить диагноз и обнаружить аллерген можно при помощи **провокационной пробы**. Суть данного исследования заключается в вызывании аллергической реакции у пациента посредством употребления продуктов или аллергенов, которые предположительно стали причиной появления этой реакции. Следует помнить, что данное исследование проводится исключительно в стационаре под надзором специалистов.

Данное исследование обычно проводится в двух случаях:

1) в случае, если кожные пробы и анализ крови не дали необходимых результатов;

2) в случае, если у пациента (чаще ребенок), при наличии аллергии в анамнезе, спустя длительный период времени пропадает аллергическая реакция на ранее установленный аллерген.

Исследование проводится в специализированном отделении при наличии и соблюдении всех мер безопасности, а также под контролем группы специалистов. Во время исследования вам будет введен аллерген в носовую полость, под язык, в бронхи или в пищеварительную систему в зависимости от места развития предшествующей аллергической реакции.

В случае возникновения аллергической реакции исследование будет прекращено, и будут приняты все необходимые меры, направленные на устранение симптомов аллергии.

**Самым главным правилом в лечении аллергий является избегание контакта с аллергенами.** Если вы аллергик и вы знаете аллергены, которые могут вызвать у вас аллергическую реакцию, старайтесь максимально обезопасить себя от малейшего с ними контакта, так как у аллергии есть свойство провоцировать все более и более тяжелые реакции на повторный контакт с аллергеном.

Медикаментозное лечение направлено на снижение риска развития аллергической реакции, а также на устранение симптомов, вызванных аллергической реакцией.

Антигистамины — Фексофенадин (Телфаст), Лоратадин (Кларитин), Цетиризин (Зиртек), Хлорпирамин (Супрастин), Клемастин (Тавегил) — данные препараты являются препаратами первой группы, они назначаются одними из первых во время лечения аллергических реакций. Когда аллерген попадает в организм, ваша иммунная система вырабатывает специальное вещество, которое называется — гистамин. Гистамин вызывает большинство симптомов, характерных для аллергической реакции. Данная группа препаратов

позволяет снизить количество выделенного гистамина или полностью блокировать его выделение. Но убрать все симптомы аллергий они все-таки не могут.

Деконгестанты (Псевдоэфедрин, Ксилометазолин, Оксиметазолин) — это группа препаратов, которые используются для устранения заложенности носа. Чаще всего данные препараты встречаются в виде спреев или капель. Они назначаются при простуде, сенной лихорадке (аллергия на пыльцу) или любой аллергической реакции, симптомом которой является заложенный нос, грипп и синусит.



Внутренняя поверхность носа покрыта огромным количеством маленьких сосудов. Когда в носовую полость попадает аллерген

или антиген, сосуды слизистой носа расширяются, и увеличивается кровоток — это своеобразная система защиты иммунной системы. Большой приток крови вызывает отек слизистой и провоцирует обильное выделение слизи. Деконгестанты воздействуют на стенки сосудов слизистой, заставляя их сужаться, что позволяет снизить кровоток и уменьшить отек.

Эти препараты не рекомендуется принимать детям до 12 лет, а также кормящим матерям и людям с гипертонией. Также не рекомендуется употреблять данные препараты больше чем 5–7 дней, так как при длительном применении они могут вызвать обратную реакцию и усилить отек слизистой носа.

Ингибиторы лейкотриенов (Монтелукаст (Сингуляр) — представляют собой химические вещества, которые блокируют реакции, вызванные лейкотриенами (лейкотриены — вещества, выделяющиеся организмом во время аллергической реакции и вызывающие воспаление и отек дыхательных путей). Они используются при лечении бронхиальной астмы. Ингибиторы лейкотриенов можно употреблять вместе с другими лекарственными препаратами.

Стероидные спреи (Беклометазон (Беконас, Беклазон), Флукаризон (Назарел, Фликсоназе, Авамис), Мометазон (Момат, Назонекс, Асманекс)) — эти препараты, по сути, являются гормональными препаратами. Их действие заключается в снижении воспалительных процессов в носовых ходах, тем самым снижая симптомы аллергических реакций, а именно заложенность носа. Перед употреблением данных препаратов желательно проконсультироваться с вашим лечащим врачом.

**Гипосенсибилизация** (иммунотерапия) — помимо избегания контакта с аллергенами и медикаментозного лечения существует такой метод лечения, как иммунотерапия. Этот метод заключается в постепенном, долговременном введении увеличивающегося количества аллергенов в ваш организм, что приведет к снижению чувствительности вашего организма к данному аллергену.

Процедура представляет собой введение малых доз аллергена в виде подкожной инъекции. Вначале вам будут вводиться инъекции с интервалом в неделю или реже, в то время как доза аллергена будет постоянно увеличиваться, данный режим будет соблюдаться до тех пор, пока не будет достигнута «поддерживающая доза», — это доза, при введении которой будет присутствовать выраженный эффект снижения обычной аллергической реакции. Однако по достижении данной «поддерживающей дозы» необходимо будет вводить ее раз в несколько недель на протяжении еще по крайней мере 2–2,5 лет. Данный метод лечения, как правило, назначается, когда у человека имеется тяжелая форма аллергии, плохо поддающаяся обычному лечению, а также для определенных типов аллергии, таких, как аллергия на укусы пчел, ос. Данный вид лечения проводится только в специализированном медицинском учреждении под надзором группы.

Начальник  
аллергологического отделения  
Геннадий БАСАЛКЕВИЧ





## ПАРА ДОБРЫХ СЛОВ

Мы открываем новую страничку «Пара добрых слов». Дело в том, что писать большие материалы о каждом сотруднике госпиталя не позволяет объем газеты, а достойных людей немало и обо всех хочется сказать пару добрых слов. Первооткрывателем этой странички стал начальник отдела режима и охраны Николай Зямович Китаин.

### НАШ ЗЯМЫЧ

«Сразу видно, что Зямыч уже здесь», — въезжая на территорию госпиталя, часто произносит

Командир. И это действительно так, ведь утро Николая Зямовича Китаина начинается раньше всех. А как



**Владимир Николаевич Шашкин** — начальник отделения связи и сигнализации.

Владимир Николаевич родом из Центральной полосы России. Окончив сначала военное училище связи, затем Военную академию связи, он служил в различных частях и подразделениях от Польши до Дальнего Востока. Уволился из рядов ВС с должности командира бригады связи в звании полковника. Сегодня Владимир Николаевич обеспечивает бесперебойную связь в нашем госпитале, в свободное от работы время увлекается ребусами и кроссвордами, но самое его главное увлечение — это



стихи. И пусть они где-то не совсем профессиональны, но в них есть тепло и притягательность, а это для любого творчества самое важное. Вот некоторые отрывки из них.

же иначе — и охрану надо проверить, и пропускной режим, и все это надо успеть до приезда Командира.

Николай Зямович прошел путь, достойный настоящего офицера — от солдата до полковника. Он имеет ряд правительственных и ведомственных наград. Несмотря на то, что он работает в госпитале чуть более трех лет, за это короткое время Николай Зямович настолько сросся с коллективом, что незаметно для всех стал его неотъемлемой частью.

Он успевает везде: если какое-то мероприятие, он



всегда в первых рядах, если концерт или творческая гостиная, он обойдет все отделения, приглашая всех в зрительный зал. Он знает всех по имени-отчеству и самое главное, что к нему можно

обратиться за помощью по любому вопросу. Как здорово, что он у нас есть!

P.S. Ждем ваших «пару добрых слов» о коллегах.

Надежда ДРОБЫШЕВСКАЯ

## ТАЛАНТЫ ГОСПИТАЛЯ

### СОЛОВЕЙ

Прекрасны трели соловья,  
что раздаются в нашей роще,  
Стараются и день, и ночь,  
выводят трели лучше, а не проще!  
Незримы соловьи и не видны,  
когда поют, сидя на ветке,  
Наряд цветастый не имеют  
и не поют в неволе, в клетке...

Россия наша соловьев таких имеет,  
Они лишь для нее, для нас поют,  
Выводят трели дружно,  
душу распаляя,  
Спокойствие и мир для всех несут!..

### СЛОВА О МАТЕРИ

О ней, о матери, слагаются стихи.  
И каждый знал и знает, будет знать  
То слово, что в сердцах и мыслях, —  
Простое слово — это слово Мать...

Незабываемо простое это слово,  
И не забудется вовек все то,  
Весомое и важное такое,  
Что с молоком от матери пришло...



## СЛОВО ПАЦИЕНТАМ

Похоронив свою супругу, с которой прожил 64 года, я был в таком состоянии, что чуть не ушел вслед за ней. Но, благодаря врачам госпиталя, я, пролежав четверо суток в реанимации, сегодня жив и чувствую себя неплохо. Спасибо вам, родные мои, и дай Бог вам здоровья. А отдельное спасибо управлению госпиталя за радость, которую я испытал от встречи со своей любимой артисткой Ларисой Лужиной. Я словно вернулся в свою военную молодость.



**Ветеран Великой Отечественной войны, танкист, полковник в отставке Павел Викторович ИГНАТЕНКО**

Находясь на излечении в 3 ЦВКГ им. Вишневского, я увидел, насколько профессиональные, добрые и отзывчивые люди работают здесь. Я хочу сказать слова благодарности всем, кто помог мне жить дальше без боли и страданий. Всем им низкий поклон.

А еще хочу поздравить всех медицинских работников с их профессиональным праздником, пожелать им самим здоровья и всего самого-самого доброго.

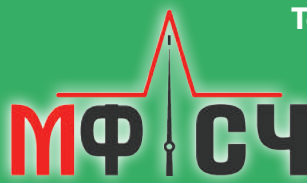
С благодарной признательностью ветеран разведки Леонид ПАНИН



### Восток-Дизайн

Группа компаний «Восток-Дизайн» — это активно развивающееся объединение, работающее в различных областях деятельности. ООО ФСЧ «Восток-Дизайн» является единственным поставщиком армейских часов БЭ4-2 «ПАТНИК» для Вооруженных Сил РФ. На сегодняшний день компания продуктивно сотрудничает с МВД РФ, Росгвардией, Военторгом, МРК «МОРЕ» и другими государственными учреждениями, общественными организациями и объединяет в себе несколько производственных площадок — «Московскую Фабрику Специальных Часов», фабрику сувениров и подарков «Восток-Дизайн», а также крафт-мастерскую «Модель для сборки». Каждая из этих площадок является самостоятельной торговой маркой, основанной на собственных технологических базах.

Тел.: +7 (495) 950-56-59



крафт-мастерская  
Модель для сборки



На правах рекламы



# МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

*Стремиться к совершенству не постыдно, а почетно...*

Та часть этики, предметом которой является учение о долге человека перед другим человеком и обществом в целом, в России именуется **деонтологией**. Медицинской деонтологией называется учение о должном поведении медицинских работников, способствующем созданию наиболее благоприятной обстановки для выздоровления больного.

Пристальное внимание к вопросам этики не случайно: высокая нравственная культура медицинских работников является важнейшим лечебным фактором. Честный, самоотверженный труд наших врачей и медицинских сестер получает высокую оценку людей, вызывает у них чувство глубокой благодарности. В то же время большое огорчение, а то и справедливое негодование порождают факты нарушения медицинскими работниками своего служебного долга. Анализ жалоб, поступающих от пациентов, говорит о том, что пациенты чаще выражают недовольство не столько профессиональными знаниями врача, сколько их профессионально-нравственным поведением.

Специфика работы врача заключается, прежде всего, в том, что врач имеет дело со страдающим человеком, которого постигло несчастье, у которого в той или иной степени нарушено самое главное — здоровье. Врач имеет дело с человеком, ждущим от него облегчения, спасения. Например, Н.А. Семашко говорил, что «нет такой области человеческой деятельности, которая в такой мере затрагивала бы самое дорогое, что есть у человека, — его жизнь и здоровье». Эта особенность врачебной деятельности налагает исключительную ответственность на медицинских работников, делает особенно значительными последствия ошибок в их ра-

боте. Если во многих других видах деятельности ошибку можно исправить, то во врачебной она часто непоправима. Эта же особенность порождает неповторимые в других профессиях отношения между людьми: больной зависит от врача в главном — в здоровье и даже в жизни, поэтому врач должен быть особенно внимательным, особенно чутким, особенно понимающим. Это особенное отношение к больному диктуется и тем, что у последнего в той или иной степени искажено восприятие окружающей среды, а порой и отношение к ней. Человек даже при очень хорошем, ровном характере в здоровом состоянии, будучи больным, может быть капризен, груб, несправедлив и привередлив.

**«Лечить больных – удел Всевышнего. А роль врача – только помочь выполнить намеченную Всевышним программу относительно данного больного».**

**Визоб (Владимир Бакшеев)**

И ничего с этим не поделаешь. Поэтому врачебная деятельность, как никакая другая, требует всегда, может быть даже показательного, бодрого настроения от врача, так как она постоянно протекает в атмосфере страданий и боли.

А.П. Чехову принадлежат широко известные слова: «У врачей бывают отвратительные дни и часы, не дай Богу никому этого». А М.И. Калинин, сочувствуя врачам, говорил, что «...от врача требуется в тысячу раз больше хорошего настроения, потому что он имеет дело с больным человеком...»

**«Священник и врач выполняют одни и те же функции. Первый лечит душу человека, второй – и душу, и тело».**

**Визоб (Владимир Бакшеев)**

В.В. Вересаев писал, что «выход из противоречий, с



которыми сталкиваются медицинские работники, труден, но именно эта трудность с особенной настоятельностью указывает на крайнюю насущную необходимость этики в медицине».

Имеется еще одна особенность врачебной деятельности, порождающая профессиональную специфику морали. Врач, как никто другой, бывает осведомлен о самых скрытых сторонах жизни своего пациента. Действительно, для успешного лечения врачу часто бывает необходимо знать историю его жизни, особенности его характера, особенности взаимоотношений в его семье. В процессе лечения врачу дозволено знать то, что непозволительно ни в какой другой профессиональной деятельности.

В связи с этой особенностью медицинской деятельности порождают специфические требования к нравственно-психологическим качествам врача.

Врачу в значительной степени, чем представителям многих других профессий, необходимо умение порой забывать о своих личных интересах. С.П. Боткин так писал об этой особенности

**«Профессия врача – это подвиг, она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически».**

**А.П. Чехов**

врачебной работы: «Необходимо иметь истинное призвание к деятельности практического врача, чтобы сохранить душевное равновесие при различных неблагоприятных условиях его жизни...» Не менее необходимо ему и профессиональное хладнокровие, позволяющее ясно мыслить и быть твердым, когда в трудных ситуациях нужно принять решение.

Известно, что в процессе длительной медицинской практики возможно притупление чувств врача: у одних в большей степени вырабатывается привычка к страданиям больных. Однако, несмотря ни на что, врачу просто необходимы такие качества, как доброта, чуткость, мягкость. Например, больная, с надеждой заглядывая в глаза врачу, спра-

шивает: «Могу я надеяться, что вы меня вылечите, доктор», — и в ответ слышит: «У нас не сапожная мастерская, гарантии мы не даем». Подобные черствость, бездушие, безразличие к судьбе больного человека непременно сказываются на лечении, какими бы большими профессиональными знаниями ни обладал врач. Привыкание к страданиям больных, профессиональное хладнокровие не должны превращаться у врача в черствость, бездушие.

Совершенно очевидно, что одним из требований врачебной этики должно быть установление в медицинских коллективах отношений требовательности и взаимопомощи. В коллективе медицинского учреждения особенно нетерпимы грубое обращение друг к другу, высокомерное отношение к мнению других, в том числе и к мнению среднего медицинского персонала. Дело в том, что врач просто не имеет права забывать, что взаимоотношения медицинского персонала складываются на глазах больных, легко ранимых в силу своей беспомощности и поэтому очень чувствительных к грубости и несправедливости.

**Просто мы все должны помнить – ни плохое настроение, ни личная неприязнь к кому-либо из окружающих, в том числе и пациентам, не могут и не должны влиять на процесс лечения. А врачебная этика, как и любая другая, призвана помочь всем справиться с недостатками и, может быть, выработать достаточно обоснованную систему нравственных обязанностей, только каждый для себя должен определить, что в их деятельности является добром, а что злом.**

**Материал подготовила Надежда ДРОБЫШЕВСКАЯ**

Редакция благодарит всех, кто предоставил материалы для номера. Надеемся на дальнейшее сотрудничество.