



**ЗДОРОВЫЕ
НЕРВЫ –
ЗДОРОВОЕ
ТЕЛО**



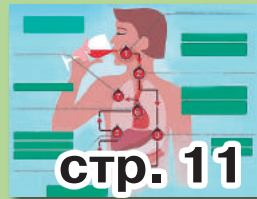
стр. 4

ДОКТОР ВЕЦЬ



стр. 9

**ОПАСНАЯ
СТАТИСТИКА**



стр. 11



ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА

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

www.3hospital.ru

Октябрь – Ноябрь 2017

На передовом рубеже

Как театр начинается с вешалки, так и наш госпиталь начинается с приемного отделения. К нам приходят люди, нуждающиеся в медицинской помощи, и от того, как примут их в приемном отделении, как помогут решить вопрос по госпитализации, от доброжелательности, от чуткости, от внимания персонала зависят доверие больного к нашему госпиталю, вера в исцеление и надежда на лучшее.

«В приемном отделении производят прием и регистрацию каждого поступившего больного, — рассказывает заведующий отделением Щеренко Алексей Кадьевич, — мы оформляем соответствующую медицинскую документацию, проводим врачебный осмотр с установлением характера и тяжести заболевания и определяем отделение для последующей его госпитализации, а если есть необходимость — проводим санитарную обработку. Также мы оформляем титульный лист истории болезни каждого больного, куда заносим все личные данные поступившего, диагноз направившего его к нам учреждения и точное время поступления. Если больной в бессознательном состоянии, необходимые сведения записываем со слов сопровождающих его лиц. Кроме заполнения истории болезни, соответствующую запись делаем и в журнале госпитализации. В приемном отделении у больного измеряют температуру тела, давление, проводят тщательный осмотр и ставят первичный диагноз».

Приемное отделение — структурное подразделение госпиталя, главной целью кото-

рого является осуществление госпитализации всех больных и пострадавших, обратившихся в приемное отделение, при наличии показаний, и оказание неотложной медицинской помощи тем, кому госпитализация не показана.

Профессионализм, ответственность за жизнь и здоровье пациентов, открытость — всеми этими качествами в полной мере должны обладать сотрудники приемного отделения. Работа медицинского персонала этого отделения особенная. Не обидеть, не заставить долго ждать, не навредить, чутко отнестись к каждому, попавшему в беду, — вот малый перечень всех тех правил, которые необходимо соблюдать сотрудникам приемного отделения.

Приемное отделение всегда является «передовым рубежом» нашего госпиталя. И перед персоналом стоит задача повышения качества обслуживания и эффективности оказания медицинской помощи.

Окончание на 2-й стр.



Призвание врача

Врачебная присяга, которую приносили все русские врачи, произносилась у нас с полной благоговейной серьезностью: врач обязывался к самоотверженному служению, он обещал быть человеколюбивым и готовым к оказанию деятельной помощи всякого звания людям, болезнями одержимым; он обязывался безотказно являться на зов, по совести помогать каждому страдающему; а 18 том Свода Законов вводил его гонорар в скромную меру и ставил его под контроль.

Но этим еще не сказано самое важное, главное — то, что молчаливо предполагалось, как несомненное. Именно — любовь. Служение врача есть служение любви и сострадания: он призван любовно обходиться с больным.

Лечение есть совместное дело врача и самого пациента. В каждом индивидуальном

случае должно быть создано некое врачебно-целительное «мы»: он и я, я и он, мы вместе и сообща должны вести его лечение. А создать это возможно только при взаимной симпатии. Психиатры и невропатологи наших дней признали это теперь как несомненное. При этом пациент, страдающий, теряющий силы, не понимающий своей болезни, зовет меня на помощь; первое, что ему от меня нужно, — это сочувствие, симпатия, вчувствование — а это и есть живая любовь.

А мне необходимо с его стороны откровенный рассказ и в описании болезни, и в анамнезе. Мне нужна его откровенность; я ищу его доверия — и не только в том, что я «знаю», «понимаю», «помогу», но особенно в том, что я «чую» его болезнь и его душу.

Врач, которого пациенты не любят, к которому они не питают доверия, похож на «паломника», которого не пускают в святилище, или на полководца, которому надо штурмовать совершенно неприступную крепость...

И.А. ИЛЬИН

Навстречу 50-летию

ГОСПИТАЛЬНЫЙ МАРШ

(слова и музыка Ю.Н. Фокина, Красногорск, 2008 г.)

Средь красивейших мест под Москвой

Есть воистину чудное место,

Рядом с древней рекою Москвой

Вырос госпиталь до небесья.

Где усадьбы великих мужей,

Что когда-то в окрестностях жили,

Здесь лечили известных людей

И Отчизне достойно служили.

Припев:

Госпиталь наш — легендарной истории школа;

Госпиталь наш — рядом с сердцем любимой Москвы;

Госпиталь наш — он с годами по-своему молод;

Госпиталь наш — это гордость великой страны!

А когда час настал на войну —

Нас в Афган провожала Столица,

А потом убывали в Чечню —

Нам те дни будут чаще все снится.

Наши подвиги знает Страна,

Не пугали шальные нас пули...

Нам известны коллег имена —

Мы героев-врачей не забудем!

Припев

Наш военный второй родной дом,

Он с годами все краше и краше,

И уютней становится в нем,

День за днем жизнь меняется наша.

Здесь Вас вылечат — встанете в строй,

А природа придаст больше силы,

Ведь Вишневского — это оплот

Медицины военной, России.

Припев





НА ПЕРЕДОВОМ РУБЕЖЕ

Продолжение. Начало на стр. 1

Приемно-диагностическое отделение госпиталя было открыто 20 июня 1968 года. В то время в отделении были: две диагностические палаты, перевязочная-процедурная с набором медикаментов, инструментов и необходимой аппаратурой для неотложных случаев, а также смотровые кабинеты (для терапевта и хирурга), санпропускник и рентгеновский кабинет. Штатом были предусмотрены: должность начальника отделения, старшей медицинской сестры, две медицинские сестры, санитарка и два санитар-носильщика.

С момента основания госпиталя был установлен определенный порядок работы приемно-диагностического отделения: дежурный врач по госпиталю круглосуточно находился в отделении и руководил бригадами дежурных врачей, в которые входили три хирурга и три терапевта. Ежедневно дежурили врач анестезиолог-реаниматолог, а также лаборант. При необходимости дежурный врач имел право привлекать специалистов, несущих дежурство на дому.

В приемном отделении были сформированы и находились в постоянной готовности портативные укладки с набором медикаментов и инструментов по основным врачебным специальностям для оказания медицинской помощи больному на дому. Два санитарных автомобиля вели круглосуточное дежурство.

«Сейчас в приемном отделении год от года увеличивается количество документации и статистических данных для обработки, — рассказывает один из старейших врачей госпиталя Александр Николаевич Леженин. — Особенности работы начальника отделения заключаются в том, что он должен приходить намного раньше назначенного времени. Если рабочий день начинается в 8:30, то он, крайний срок, должен быть на месте уже в 7:00. Он получает сводки от каждого отделения о поступлении, выписке и свободных местах в каждом отделении. Все эти данные он заносит в свой рабочий журнал, что является основой для работы приемного отделения в течение последующих суток. Оставшиеся места распределяются на плановых больных, которые должны поступить из поликлиник, в том числе граж-



Заведующий приемным отделением А.К. Щеренко

данских, переводы с других госпиталей, госпитализация по неотложным показаниям, а также со скорой помощи».

В течение всего рабочего дня на приеме работают два врача. Телефон практически не умолкает и, отвечая на звонки, иногда просто физически врач не успевает отве-

тить на все звонки. И в этом еще одна сложность.

Один из врачей рассказал интересный случай, когда начальнику госпиталя поступила команда, что через час госпиталь должен принять более 30 раненых. И каково было его удивление, когда через 30 минут, без официального оповещения, все врачи и медсестры госпиталя были на своих рабочих местах, хотя было уже далеко не рабочее время и на месте находились только дежурные бригады. Всех ра-

ненных приняли быстро, в течение кратчайшего времени разместив каждого в том отделении, которое было показано при обследовании. Это и есть оперативность работы сотрудников госпиталя при чрезвычайных ситуациях.

Конечно, в таком огромном лечебном учреждении нагрузка на сотрудников приемного отделения огромная, и поэтому здесь всегда чувствуется нехватка кадров. Сейчас в штате приемного отделения 1/3 штатных единиц недокомплект, и вся нагрузка ложится на остальных сотрудников, а это, в свою очередь, вызывает постоянные перегрузки в работе всех остальных сотрудников. Однако, наблюдая за работой сотрудников приемного отделения, я увидела, насколько слаженно и профессионально они выполняют свои обязанности, несмотря ни на что. Взаимозаменяемость и поддержка руководителя отделения формируют дружный коллектив, что и помогает им в их нелегкой работе «на передовом рубеже» госпиталя. +

Надежда ДРОБЫШЕВСКАЯ



Сотрудники приемного отделения



Основные задачи приемного отделения:

СПРАВОЧНО

- прием, осмотр и обследование больных, поступающих в приемное отделение;
- оказание медицинской помощи в минимально короткие сроки госпитализируемым больным и больным, не нуждающимся в стационарном лечении, выдача последним справки о пребывании в стационаре;
- проведение необходимых диагностических, лабораторных и инструментальных исследований всем больным, наблюдение за больными, находящимися в приемном отделении до выяснения диагноза (при подозрении на инфекционное заболевание — в изоляторе), не допустить ВБИ в отделениях. Проведение санитарной обработки больным, направленным в отделения стационара (по показаниям);
- распределение больных по характеру, тяжести и профилю заболевания;
- оформление и ведение установленной медицинской учетной документации;
- ведение учета госпитализированных пациентов, а также пациентов, получивших в приемном отделении амбулаторную помощь, или, пациентов, которым было отказано в госпитализации;
- получение сведений о движении больных;
- передача телефонограммы в службу «02» дежурной части обо всех случаях обращения в больницу граждан с телесными повреждениями насильственного характера;
- поддержание постоянной готовности отделения к работе в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций и при выявлении пациентов с ООИ.



БОЛЕЗНЬ ВЕКА

Варикозная болезнь нижних конечностей — заболевание, характеризующееся варикозным расширением поверхностных вен. Запущенная форма данного заболевания может лечиться только путем оперативного вмешательства. Именно хирургическое лечение предотвратит развитие осложнений, таких, как тромбофлебит, тромбоз поверхностных и глубоких вен, образование трофических язв и т.д.

Мы предлагаем лечение варикозной болезни всеми наиболее эффективными миниинвазивными методиками, применяемыми в мире, как открытым путем — комбинированная флебэктомия, минифлебэктомия, склеротерапии, так и с помощью лазера методом эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО).



Аппарат для ЭВЛО

Эндовенозная лазерная облитерация — операция для пациентов, которые боятся скальпеля и наркоза! Операция выполняется с помощью одного прокола, без швов и анестезиолога.

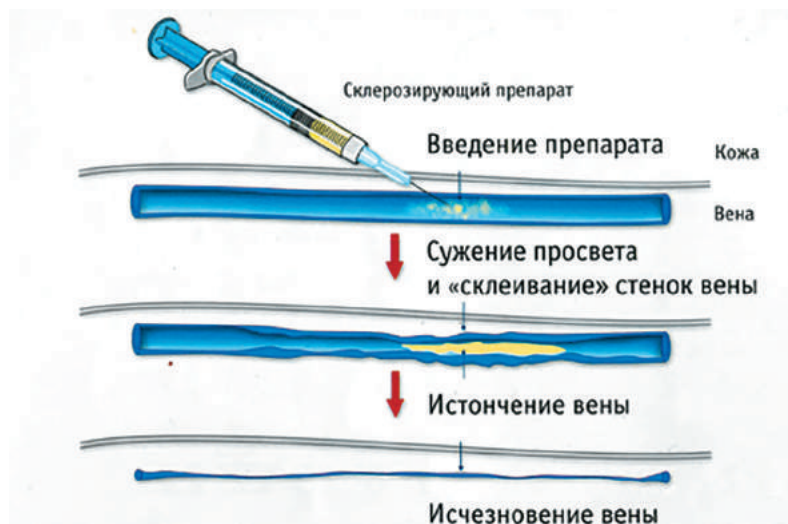


Схема склеротерапии

Что же из себя представляет эта операция и как давно она используется?

Эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО) впервые была выполнена еще в 1999 году уругвайским флебологом С. Vone. Метод получил название Endovenous Laser Treatment (EVLT). Он быстро набирал популярность благодаря простоте выполнения и хорошим результатам. Уже к 2006 году

общее количество эндоваскулярных вмешательств при варикозной болезни, например, в США превысило число флебэктомий. На момент 2011 года в рекомендациях Американского Венозного Форума эндовенозную лазерную облитерацию признали как безопасный и эффективный метод, который по сравнению с комбинированной флебэктомией имеет уровень высокой доказательности и рекомендации.

Такое решение можно объяснить многими следующими положительными моментами:

- короткий послеоперационный период (не более 1 дня);
- быстрое восстановление;
- малоинвазивность и малотравматичность;
- укорочение времени операции (20–40 минут);
- без разрезов и швов;
- местная анестезия (пациент в сознании);

• общее пребывание в стационаре (не более 1 дня).

Методика проведения операции

Суть методики заключается в воздействии лазерного излучения на кровь, находящуюся в просвете вены, и на все слои венозной стенки. Постепенно проводя световод по ходу сосуда, оперирующий хирург добивается исключения вены из кровотока и пол-



Е.А. Гончаров

ного закрытия вены. Спустя определенный период времени при контрольном ультразвуковом исследовании можно наблюдать полное рассасывание вены. Таким образом, метод ЭВЛО по эффективности не уступает традиционной операции — флебэктомии. Метод лазерной коагуляции технически прост в исполнении и дает хороший косметический эффект в ближайший и отдаленный периоды.

Единственным абсолютным противопоказанием к ЭВЛО является острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

Что нужно, чтобы Ваши ножки снова стали здоровыми и красивыми?

- Вы записываетесь на первичную консультацию врача-флеболога.
- Во время консультации Вам исследуют вены нижних конечностей с помощью аппарата УЗИ.
- Назначается план лечения.
- Определяется время госпитализации.

Перед поступлением можно самостоятельно сдать амбулаторно анализы в поликлинике, что ускорит пребывание в стационаре, либо



До



После

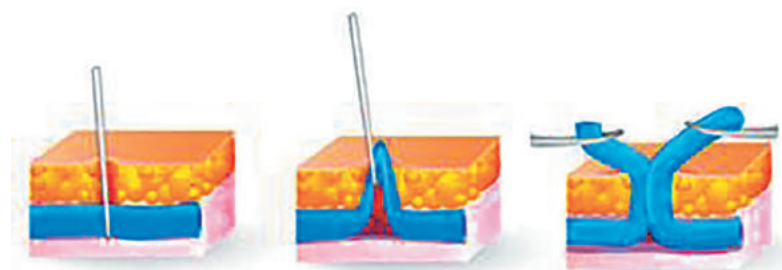


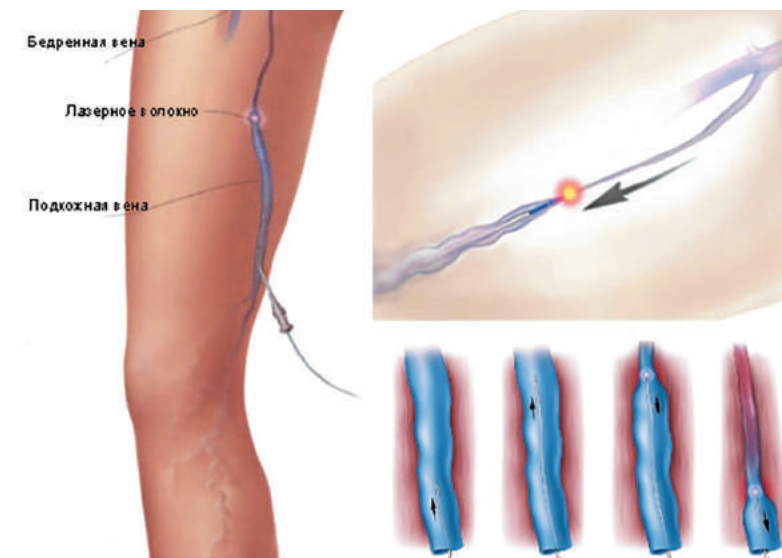
Схема минифлебэктомии

все анализы берутся в нашем госпитале.

Как и для комбинированной флебэктомии, так и для ЭВЛО обязательно нужны компрессионные чулки 2 класса компрессии. Их Вы можете подобрать в специализированных салонах Вашего региона.

при длительных статических нагрузках.

• Отказ от ношения неудобной, тесной обуви, а также обуви на высоких каблуках (максимально разрешенная высота каблуков составляет 5–6 см), при плоскостопии пользоваться ортопедическими стельками.



Профилактика варикоза должна носить комплексный характер. Изменения должны коснуться образа жизни, привычек питания, особенностей труда и даже отдыха. Только так можно затормозить развитие болезни либо полностью предотвратить ее появление. Ниже даны некоторые рекомендации по предупреждению варикоза.

• Компрессионная терапия, предусматривающая ношение специального компрессионного трикотажа (чулки, гольфы, колготки), который необходимо носить

• При расширенных венах противопоказано ношение носок или чулок с тугими резинками.

• Контроль за массой своего тела, ведь ожирение является провоцирующим фактором варикоза.

• Стараться избегать перегревов организма, активно не посещать сауны, бани.

• Отказ от вредных привычек: курение, алкоголь ослабляют стенки сосудов.

• Устранение гиподинамии, разумная двигательная и физическая активность, спокойные, но длительные пешие прогулки (перед сном 40 минут), занятия лечебной физкультурой, занятия спортом (плавание, велоспорт, аквааэробика, бег).

• Ограничение и полный отказ от чрезмерных физических нагрузок, ношения тяжелых сумок и т.п. — это негативно влияет на вены и сосуды.

• Профилактическое укрепление венозных стенок. Для этого врач пропишет препараты и схему приема. +

Врач сосудистой хирургии (неотложной) Евгений ГОНЧАРОВ



ЗДОРОВЫЕ НЕРВЫ – ЗДОРОВОЕ ТЕЛО

— *Сегодня бытует устойчивое мнение обывателей, что «все болезни от нервов». Каково Ваше отношение, как профессионала, к такому «упрощенному» пониманию вопроса?*

— Это утверждение знают практически все люди, но большинство думают, что это не более чем шутка. Однако на самом деле практически ни одна болезнь не проходит без участия в ней нервной системы и в особенности ее части — вегетативной нервной системы, обеспечивающей всю нашу жизнедеятельность. Нарушения в работе нервной системы, психологические переживания, стресс, депрессия — эти состояния способны вызвать различного рода болезни. Так что выражение «болезни от нервов» имеет в своей основе реальные обоснования.

О человеке часто говорят, что он — кузнец собственного счастья, то же самое можно сказать и о здоровье. Здоровые нервы и здоровое тело имеют прямую зависимость. Человек, находящийся в постоянном стрессе, не может хорошо выглядеть и не болеть.

В любом переживании или радости, везде участвует нервная система. При страхе мы бледнеем, а сердце бешено стучит, при стрессе — тело напрягается, как струна, начинает болеть голова; при ощущении радости мы испытываем состояние «пару на крыльях» — от выброса эндорфинов и серотонина.

Наша нервная система контролирует любой про-



А.В. Иволгин

цесс в организме, как капитан большого корабля, который везде и всех контролирует через цепь своих помощников. А нервная система ведет контроль через своих «заместителей» в виде эндокринных органов и выделяемых ими «команд» — гормонов. По периферическим нервам, как по проводам, в «головной компьютер», кору головного мозга, поступает вся информация от тела. И по типу обратной связи идут «обратные команды» либо на восстановление утраченных функций и уменьшение проявлений поражений тех или иных органов и систем, либо, наоборот, реализуется программа по «выключению» каких-то функций.

— *Какие болезни могут возникать на фоне расстройства нервной системы?*

— Чаще всего это заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, бронхоле-

гочной системы. Возможно, Вы обращали внимание, что многие из людей, живущие в состоянии хронического стресса, имеют к 40–50 годам серьезные болезни сердца, давление, больной желудок. Это объясняется просто — их работа или жизненный уклад требуют большого психического напряжения, и, значит, их нервная система работает с мощнейшими перегрузками. Именно она «дает команды» постоянно повышать давление крови, чтобы усилить приток крови к мозгу, она «отключает» желудок, чтобы не отвлекать мыслями о еде, когда надо принимать ответственные решения.

Так возникают зачатки болезней, а при постоянном повторении одного и того же «сценария» органы привыкают работать в таком ритме. И как итог: повышенное давление, плохой аппетит, стрессовые язвы, инфаркты, инсульты и прочие патологии — это все состояния, имеющие в своей основе психосоматические механизмы развития.

— *Какие методы лечения используются в Вашем центре?*

— В нашем центре используется большинство современных методов лечения пациентов с заболеваниями нервной системы. Пациенты с острыми нарушениями мозгового кровообращения, а также другими неотложными состояниями, развивающимися при заболеваниях и травмах нервной системы, проходят первоначально лечение в нейрореанимации,

где благодаря нашим врачам удается значительно уменьшить неблагоприятный исход заболевания, а также сократить сроки дальнейшего выздоровления. Успешно проводится лечение воспалительных демиелинизирующих полиневропатий с использованием при необходимости плазмообмена, проведение внутривенной иммуномодулирующей терапии. Значительного успеха удается достичь при хронической ишемии головного мозга, дегенеративных поражениях центральной нервной системы, когда зачастую требуется кропотливый индивидуальный подбор медикаментозной нейромедиаторной терапии. Также успешно проводится лечение различных болевых синдромов, при необходимости с выполнением всевозможных видов медикаментозных блокад. Важное значение в лечении заболеваний периферической нервной системы отводится методам физиотерапии, игло-рефлексотерапии, мануальной терапии, лечебной физкультуре и др.

Конечно же, в каждом случае подбираются современные и, главное, индивидуально направленные методы лечения, ведь мы лечим заболевание, учитывая проблемы каждого пациента.

— *Расскажите немного о самом центре и о врачах.*

— История неврологической службы начинается с момента открытия госпиталя в 1968 г., когда было развернуто неврологическое отделение на 60 коек. В 1976 г., когда встал вопрос о профилизации неврологических отделений, руководством ЦВМУ МО СССР было принято решение о создании, на базе неврологического отделения, двух 30-кочных отделений: первое — для сосудистой патологии головного мозга и одиннадцатое — для больных с прочими органическими заболеваниями центральной и периферической нервной системы. Как показало время, решение было своевременным и совершенно оправданным. Сейчас разделение неврологических отделений по направлениям специализиро-

ванной помощи в крупных стационарах (сосудистые, нейроинфекции, вертебро-неврология, реабилитационные и т.д.) является обычным делом, целесообразность этого не подвергается сомнению.

В 1978 г. на базе 11-го отделения был открыт штатный кабинет рефлексотерапии, в 1982 г. — внештатный кабинет мануальной терапии. Были научно обоснованы клинические критерии использования мануальной терапии с учетом вариантов неврологических проявлений остеохондроза. В последующем в госпитале был создан Центр традиционной терапии, и существующие ныне его важнейшие подразделения — мануальная терапия и рефлексотерапия «вырастали» в свое время именно в неврологии.

В те годы с учетом мероприятий по перспективному расширению коечной мощности госпиталя назрела необходимость реформирования неврологической службы, включая увеличение ее коечной мощности, и дальнейшей ее профилизации, а также создания нейрохирургического отделения и отделения реанимации и интенсивной терапии для больных неврологического профиля. Главным невропатологом госпиталя была предложена организационно-штатная структура первого в отечественном военном здравоохранении неврологического центра многопрофильного клинического госпиталя. В соответствии с директивой ГШ МО СССР в 1988 г. был открыт неврологический центр госпиталя.

Большим событием для неврологов центра стало полномасштабное развертывание госпиталя в 1996 г. С вводом в строй нового терапевтического корпуса госпиталя появилась возможность комфортно разместить неврологические отделения в соответствии со штатной коечной мощностью. Неврологические отделения заняли 2, 4 и 5-й этажи (бывшего кардиологического) отдельного пятиэтажного корпуса, который с этого времени так и обозначается, как неврологический. Одновременно был доукомплектован полный



Сотрудники неврологического центра

штат центра врачами, средним и младшим медицинским персоналом. В состав неврологического центра общей коечной емкостью до 120 коек вошли 5 отделений: 2 психоневрологических (1 и 28) отделения, 3 неврологических (11, 29 и 48) отделения, а также отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) центра на 12 коек.

Увеличение удельного веса больных с острой сосудистой патологией ЦНС потребовало пересмотра организации и самой тактики оказания неотложной и реанимационной помощи данной категории больных.

Огромное значение для поддержания высокого уровня показателей и качества работы в неврологическом центре имеет наличие в его составе отделения реанимации и интенсивной терапии. Ежегодно через ОРИТ НЦ проходит до 350 пациентов. Из них — практически 100 % — тяжелые ургентные больные, преимущественно с инсультами в остром периоде, а также терминальные формы энцефалопатии, часто на фоне тяжелой сопутствующей патологии, травмы головного мозга, тяжелые формы полиневропатии, нейроинфекции и др. Врачи-реаниматологи совместно с неврологами центра изучили и успешно применяют накопленный опыт в лечении пациентов этой категории на уровне мировых стандартов. Наличие у НЦ своей реанимации значительно облегчает работу коечных отделений, в первую очередь отделений для лечения больных с инсультами.

тесное и продуктивное сотрудничество неврологов и нейрохирургов, позволило оперативно консультировать пациентов и принимать решения об оперативном лечении. Сейчас неврологический корпус проходит стадию капитального ремонта, при этом отделения перебазируются на новые площади и продолжают свою работу в полном объеме.

В настоящее время неврологический центр 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого является одним из крупнейших неврологических стационаров среди лечебных медицинских учреждений России и крупнейшим в структуре медицинской службы ВС РФ. Центр укомплектован высококвалифицированными специалистами-неврологами, большая часть из которых являются выпускниками факультета усовершенствования врачей и клинической ординатуры ВМедА им. С.М. Кирова, московских медицинских ВУЗов. В центре работают 4 кандидата медицинских наук, 3 заслуженных врача РФ, 15 врачей имеют высшую квалификационную категорию. Приоритетным направлением научной и лечебно-диагностической работы центра является совершенствование оказания специализированной медицинской помощи больным с различной патологией нервной системы. В практику внедряются новые методы диагностики и лечения для повышения эффективности лечебных мероприятий. Ежегодно в центре проходят лечение более 2600 человек.



Врачи неврологического центра

неблагоприятных исходов инсультов инвалидизирующих пациентов настоятельно диктует необходимость разработки концепции и практического внедрения методов раннего восстановительного лечения больных с цереброваскулярной катастрофой. Данное обстоятельство предполагает и рассмотрение вопроса о создании в структуре центра отделения ранней восстановительной реабилитации для лиц, перенесших инсульт.

— *Не секрет, что многие пациенты сегодня хотят лечиться амбулаторно. Возможно ли это в неврологическом центре?*

— В современном мире напряженный ритм жизни и работы часто диктует свои условия, иногда это сказывается и на желании пациента проходить лечение без круглосуточного пребывания. При ряде заболеваний такое, конечно, возможно и может быть реализовано в форме дневного стационара, когда пациент тратит несколько часов в день на пребывание в лечебном учреждении. Данное направление активно разрабатывается в неврологическом центре и должно быть реализовано по окончании ремонта корпуса.

— *Я много слышала о ботулинотерапии. Применяется ли этот метод при лечении неврологических заболеваний?*

— Эффективно проводится лечение заболеваний нервной системы с применением ботулинического токсина типа А (ботокс,

ксеомин, диспорт, релатокс и др.) — это различные виды цервикальной дистонии (кривошея), спастика (повышение мышечного тонуса) всевозможной этиологии, хронические головные боли мигренозного характера и не только. При этом стоит отметить, что лечение проводится на самом современном уровне, при необходимости под УЗИ или миографическим контролем, а также компьютерно-томографической навигацией, что выполняется только в нескольких клиниках г. Москвы.

Говоря о ботулинотерапии вспомнился интересный случай, когда поступал пациент с диагнозом направления — ишемический инсульт и основной жалобой на двоение в глазах. При этом он спокойно сидел в кресле с большим пакетом, наполненным едой, и что-то активно жевал. При осмотре неврологом и детальном сборе анамнеза было обращено внимание на повышенный аппетит пациента. И после расспроса выяснилось, что пациент четыре дня назад отмечал со своими сослуживцами полученную награду. Впоследствии на протяжении всех четырех дней отмечалось расстройство стула, и на пятые сутки, когда стул нормализовался, и со слов пациента ощущалась «колоссальная нехватка калорий в организме», из-за чего он и приехал с большим количеством еды, появилось двоение в глазах. На основании только правильно собранного анамнеза, при скудной неврологической симптоматике доктору

удалось диагностировать такое редкое заболевание, как ботулизм, распространенность которого составляет в среднем всего 200 случаев в году в стране. Так пациенту был снят диагноз инсульта, за что он был очень благодарен, несмотря на огорчение по поводу того, что у него забрали пакет с едой и отдали молодому человеку, осуществлявшему его транспортировку. Конечно же в реанимацию со своим «буфетом» не поступают. После стабилизации состояния, через два дня пациент активно собирал эпидемиологический анамнез, обзванивая коллег, не было ли у кого еще подобного состояния. Оказалось, что так «не повезло» только ему, в силу того факта, что при этом «застолье» он не употреблял алкоголь (который частично инактивирует ботулотоксин) из-за необходимости сесть за руль.

Как ни в какой другой ситуации здесь уместно выражение Парацельса: «Всеяд и все лекарство, одно от другого отличает только дозировка». И токсин, выделяемый *Clostridium botulinum* при пищевом отравлении, может привести к такому серьезному заболеванию, как ботулизм. При этом тот же самый токсин в малых дозах успешно используется сегодня в неврологической практике в частности и в медицине вообще. +

На вопросы главного редактора отвечал начальник неврологического центра, Главный невролог госпиталя, полковник м/с Александр ИВОЛГИН

«Кто крепок телом, может терпеть и жару, и холод. Так и тот, кто здоров душевно, в состоянии перенести и гнев, и горе, и радость, и остальные чувства».
Эпиктет

Неврологический корпус госпиталя размещен в отдельном здании, связанном с остальными корпусами стационарными переходами. Все палаты в отделениях — одно- или двухместные, имеют отдельный санузел, душ, лоджию. В неврологическом корпусе до недавнего времени размещались два нейрохирургических отделения, что обеспечило еще более

Сотрудниками НЦ разработаны и внедрены в практику клинические рекомендации по лечению больных с более чем 20 неврологическими профилями на основании применения современных диагностических и лечебных медицинских технологий доказательной медицины.

Анализ материалов по изучению прогностически



ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

(страница из истории госпиталя)

Отделение полостной хирургии на 60 коек размещалось на 4-м этаже хирургического корпуса, затем было переведено на 9-й этаж. Отделение предназначалось для оказания помощи больным с хирургическими заболеваниями органов брюшной и грудной полостей, органов средостения, щитовидной железы, надпочечников, молочной железы, покровных тканей в плановом и экстренном порядке. На должность начальника отделения был назначен Михаил Павлович Михалкин (21.11.1927 г.р.). В этой должности он проявил себя как опытный врач-хирург, организатор. Обладая разнообразными хирургическими навыками, трудолюбием, человечностью, он стал одним из ведущих специалистов госпиталя.

В решении задач отделения ему помогали старший ординатор Федор Григорьевич Романенко, ординаторы Анатолий Александрович Постригань, несколько позже — Александр Георгиевич Рожков и врачи-специалисты Н.С. Северова и Р.Н. Бухтоярова.

Не менее напряженная работа велась медицинскими сестрами: В.М. Флягиной, З.Н. Поздняковой, Э.И. Ивановой, В.Ф. Ремезниковой, Р.А. Илюниной и др. Это они подготовили отделение к приему первых больных, создавали для них уют и необходимые удобства. Первой старшей медицинской сестрой с основания госпиталя была Федотова Людмила Максимовна. В 1973 году эту должность приняла Вера Михайловна Флягина, которая проработала в этой

должности 37 лет. Отделение было и остается кузницей кадров — старшими сестрами других отделений стали: Р.А. Илюнина, А.И. Аронова, В.Ф. Ремезникова, Н.В. Аврьянова, Л.Н. Семенова, Г.Н. Игнатова, Д.Р. Рахмонова. Первой сестрой-хозяйкой отделения была М.И. Смирнова, проработавшая на этой должности 18 лет. Среди младшего медицинского персонала заслуженным почетом и уважением коллектива и пациентов пользовались Е.Д. Байкова, В.Г. Савина, А.Н. Шарова, В.Д. Воробьева, все они являются ветеранами госпиталя.

Несмотря на то, что отделение еще доукомплектовывалось и оснащалось необходимым оборудованием, 24 июня 1968 года поступил первый больной (В.И. Намумов) по поводу паховой грыжи. Операция была проведена 2 июля М.П. Михалкиным, которому ассистировали А.А. Постригань и Р.Н. Бухтоярова. 3 сентября была выполнена операция по поводу внутригрудного зоба торакотомным доступом. Всего за 1968 год было сделано 107 операций, из них 9 резекций желудка, 3 холецистэктомии.

Опыт первых месяцев работы отделения поставил перед хирургами ряд проблем, связанных со сложной патологией органов грудной и брюшной полостей поступавших больных. Требовалось в короткие сроки изучить и внедрить в работу новые современные методики обследования и лечения. Для выполнения этой задачи госпиталь посылает врачей в качестве рабочего прикомандирования в институт хирур-



Начальник 5 отделения
А.В. Филиппов

гии им. А.В. Вишневого, клинику Б.В. Петровского и в другие учреждения г. Москвы. Эти мероприятия позволили врачебному составу освоить прогрессивные и современные методики.

Главный хирург госпиталя профессор А.А. Бочаров был частым гостем отделения, принимал участие в операциях. Анализ работы отделения полостной хирургии за первые три года показал, что наиболее сложную и многочисленную патологию хирургических больных составляли болезни со злокачественными заболеваниями желудка, легких, печени, желчевыводящих путей, щитовидной железы и грыжи.

Для успешной диагностики и хирургического лечения таких групп заболеваний в отделении стали внедряться эндоскопические методы обследования (бронхография, эзофагоскопия, лапароскопия, бронхоскопия). Эти методы были освоены Ф.Г. Романенко и А.Г. Рожковым.

При активном участии врачей отделения в госпитале широкое распространение получила инфузионно-капельная холецистохолангиография. Этот метод был детально изучен и обобщен Н.С. Северовой, которая в 1975 году защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Клинико-хирургическая оценка инфузионной холецистохолангиографии». В течение первых трех лет отделением было освоено и внедрено в работу ряд методик, которые позволили проводить комплексное обследование больных с портальной гипертензией:



Коллектив отделения. 1975 год

спленоманометрия и спленопартография, мезентерикопортография, реканализация пупочной вены с проведением трансумбиликальной сцинтиграфии печени.

Отделению полостной хирургии принадлежит приоритет по внедрению и пропаганде метода длительной катетеризации верхней полой вены через головную вену плеча (авторами являются М.П. Михалкин и А.Г. Рожков). Кроме того, в отделении был внедрен в практику инвагинационный анастомоз, что позволило значительно снизить послеоперационную летальность. Метод инвагинационного анастомоза пищевода с тонкой кишкой и желудком внедрен в практику в 1972 году. С этого времени было выполнено более 600 операций при раке проксимального отдела желудка и пищевода. Следует отметить, что если до применения этой методики осложнения в виде несовместимости пищеводного анастомоза составляли 48 % из числа оперированных больных при послеоперационной летальности 25 %, то с применением новой методики летальность сократилась до считанных единиц.

После перехода Михаила Павловича Михалкина на должность консультанта-хирурга начальником отделения стал Александр Георгиевич Рожков — прекрасный хирург, хороший организатор. Александр Георгиевич заботился о том, чтобы у врачей, медицинских сестер было чувство ответственности за состояние

больного, чтобы каждый работал над повышением своего профессионального уровня. В 1990 году он защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Функциональное состояние инвагинационного пищевода после гастрэктомии и проксимальной резекции желудка по поводу рака».

Александр Георгиевич Рожков был назначен 27 апреля 1989 года на должность консультанта-хирурга, начальником 5 отделения стал Евгений Павлович Железнов (26.08.1944 г.р.). Он окончил Саратовский военно-медицинский факультет, работал врачом медицинского пункта, начальником медицинского пункта полка, ординатором хирургического отделения. В 1981 году окончил факультет руководящего состава медицинской службы по хирургии и был назначен на должность ординатора отделения полостной хирургии 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, потом — старшего ординатора и начальника отделения.

После увольнения в запас Е.П. Железнова в 1994 году начальником 5 полостного отделения стал Виктор Иванович Дронов (19.04.1953 г.р.). В 1976 году он окончил Саратовский военно-медицинский факультет. Работал командиром учебного взвода — преподавателем-врачом учебного медицинского батальона ЗаБВО. В 1989 году окончил факультет руководящего состава ВМедА им. С.М. Кирова по хирургии и был назначен старшим ординато-



Коллектив 5 отделения. 1985 год



ром 5 отделения 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, с декабря 1994 года — его начальником. Он выполняет все сложные операции на желудке, печени и желчевыводящих путях. Является пионером внедрения в госпитале лапароскопических и торакоскопических методов хирургического лечения. Награжден орденом «За военные заслуги». В 2003 году был назначен ведущим хирургом госпиталя. После увольнения из Вооруженных сил продолжает работать в госпитале заведующим консультационным отделением.

Вместо В.И. Дронова начальником 5 отделения был назначен Михаил Игоревич Царев (02.12.1961 г.р.). В 1985 г. окончил факультет подготовки врачей ВМедА им. С.М. Кирова. Работал начальником медицинской службы атомной подводной лодки. В 1991 г. окончил клиническую ординатуру ВМФ усовершенствования врачей по хирургии. С 1991 по 1994 г. — ординатор полостной хирургии 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, с 1994 по 1995 г. — старший ординатор, а с 2003 г. — начальник отделения полостной хирургии. Опытный, волевой, грамотный врач-хирург. В 1995 г. защитил диссертацию на тему: «Сравнительная характеристика различных методов бужирования рубцовых сужений пищевода после химического ожога».

При М.И. Цареве впервые в ВС РФ в отделении стали заниматься проблемой хирургического лечения объемных образований печени методом обширных

ее резекций и криодекструкций злокачественных образований. Профиль отделения смещается в сторону оказания помощи больным с патологией гепатопанкреатобилиарной системы. Внедряются новые методы лечения опухолевых поражений печени с использованием малоинвазивных методик: эндоваскулярные эмболизирующие операции на сосудах печени, радиочастотная абляция, эндоскопические и транспеченочные операции на желчных протоках и большим дуоденальном сосочке.

В связи с назначением М.И. Царева Главным хирургом госпиталя начальником отделения в 2009 году назначен Руслан Николаевич Долгих (29.04.1968 г.р.). В 1992 году он окончил факультет подготовки врачей ВМедА им. С.М. Кирова. Проходил службу в должности начальника медицинской службы отдельной штурмовой бригады. После окончания в 1998 г. клинической ординатуры при кафедре ХУВ-2 Военно-медицинской академии назначен на должность ординатора 5 хирургического отделения. В 2004 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Ранние восстановительные операции у раненых с колостомами и толстокишечными свищами». Основными направлениями работы было развитие малоинвазивной эндоскопической хирургии при заболеваниях брюшной полости, лечение эндокринной патологии. В 2011 году Руслан Николаевич назначен главным хирургом госпиталя.

В настоящее время отделение возглавляет Филиппов Александр Викторович (04.06.1970 г.р.), который в 1993 году окончил с отличием Военно-медицинскую академию. Проходил службу в должности начальника медицинского пункта отдельной бригады связи (ЛенВО), после чего поступил в клиническую ординатуру при кафедре абдоминальной хирургии ВМедА им. С.М. Кирова. В 1998 году назначен на должность старшего ординатора отделения хирургической инфекции 442 Окружного клинического госпиталя им. З.П. Соловьева. В 1999—2000 гг. участвовал в контртеррористической операции на Северном Кавказе, награжден правительственной наградой. В госпитале работает с 2003 года. В 2010 году защитил кандидатскую диссертацию по теме: «Возможности малоинвазивных методов лечения больных с опухолями печени».

5 отделение полостной хирургии является базой кафедры хирургии военного института усовершенствования врачей, где проходят обучение врачи-хирурги Вооруженных Сил РФ и клинические ординаторы. В 5 отделении работали ординаторами: Игорь Владимирович Вець, Анатолий Викторович Нефедов, Алексей Николаевич Быков, Сергей Николаевич Чалый, Сергей Иванович Чиж, Бекир Шокирович Бадуров, Юрий Владимирович Лелиовский, Сергей Петрович Карпин, Равиль Марленович Нагаев, Валерий Иванович Карандин, которые впоследствии возглавили многие отделен-



Коллектив 5 отделения. 2017 год

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ:
лечение больных

СПРАВОЧНО

с заболеваниями печени, поджелудочной железы, желчных протоков, желудка, селезенки; забрюшинными опухолями, новообразованиями эндокринных органов (щитовидная и паращитовидная железа, надпочечники), заболеваниями молочной железы, грыжами различной локализации.

Преимущество отдается малоинвазивным методикам – видеолапароскопическим, под контролем ультразвукового наведения, эндоскопическим, эндоваскулярным (эмболизация и химиоэмболизация печеночных артерий), что позволило значительно снизить количество осложнений и длительность пребывания больных на больничной койке.

ния госпиталя по различным направлениям хирургической службы.

В настоящее время в отделении работают высококвалифицированные хирурги, владеющие всем спектром операций на органах брюшной полости, эндокринных органах, в том числе с использованием малоинвазивных технологий: старший ординатор Утлик Юрий Александрович (07.05.1979 г.р.) — выпускник Военно-медицинской академии, кандидат медицинских наук, врач высшей категории; Тихонов Павел Андреевич (05.10.1981 г.р.) — выпускник Медицинской академии им. И.М. Сеченова, врач высшей категории; Манюхин Александр Александрович (15.03.1982 г.р.) — выпускник Военно-медицинской академии, хирург первой категории. Все врачи совершенствуют свои профессиональные качества, они являются

членами хирургических обществ, активно участвуют в конференциях по специальности. Старшая медицинская сестра Литвинова Ирина Николаевна в настоящее время руководит средним и младшим медицинским персоналом. Ветеранами отделения (проработали более 40 лет в госпитале) являются Г.Н. Кошеварова, Л.П. Мельничук, которые заслуженно награждены медалями «За трудовую доблесть», грамотами. Поддерживать уют и порядок помогает сестра-хозяйка Скринник Наталья Александровна.

Интересен и тот факт, что три начальника нашего отделения занимали должности Главного хирурга госпиталя. А еще в нашем отделении нет курящих сотрудников. Наш девиз: «За здоровый образ жизни!» +

Подполковник м/с
Александр ФИЛИППОВ

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Молодой пенсионер МО РФ О., 41 год, поступил в 5 хирургическое отделение в 2014 году с жалобами на слабость, снижение массы тела на 15 кг за последние 3 месяца. Приступообразные боли в левой подвздошной области через 30–60 минут после еды.

Из анамнеза известно, что болен около месяца, когда появились интенсивные боли в животе и частый жидкий стул. Был госпитализирован в экстренном порядке в больницу по месту жительства в инфекционное отделение. Самостоятельно выписался через 10 дней из-за отсутствия эффекта от лечения. Был госпитализирован в наш госпиталь. Установлен диагноз: рак большого дуоденального сосочка и семейная форма полипоза ободочной и прямой кишки с явлениями дисплазии 2–3 ст. Состоялся консилиум главных специалистов госпиталя: решено провести одномоментную операцию. 25.09.2014 г. выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция, холецистэктомия и тотальная колпроктэктомия (удалена часть желудка, двенадцатиперстная кишка, желчный пузырь, головка поджелудочной железы, вся толстая кишка). Послеоперационный период благополучный. Больной выписан из госпиталя на 12 суток. В последующем наблюдается у онколога и в нашем госпитале. Адаптирован к жизни, продолжает трудиться по специальности. При контрольных обследованиях прогрессирования онкологического процесса не выявлено.



«УПРАВЛЯЮЩАЯ» ДИАГНОСТИКОЙ

Милая, скромная, на лице — теплая улыбка...

«Анна Сергеевна!.. Ой, простите!»

«Ничего страшного, я привыкла», — снова улыбается она посетителю, в очередной раз перепутавшему отчество и фамилию доктора. (А всему «виной» героиня известного сериала.)

Анна Григорьевна после окончания средней школы поступила на лечебный факультет Хабаровского государственного медицинского института, через 2 года перевелась в Кишиневский государственный медицинский институт, который успешно закончила в 1990 году.

В 1991 г. прошла интернатуру по терапии. С 1993 года работала врачом-специалистом в военной поликлинике. В 1997 г. проходила специализацию по рентгенологии в 28 интернатуре медицинского состава на базе отделения рентгенологии 114 ОВГ, да так и осталась в госпитале.

Пройдя в 2000 г. специализацию по ультразвуковой диагностике, с 2001 г. стала врачом кабинета УЗД, с 2009 г. — заведующей кабинетом УЗД, а с 2011 г. — заведующей отделением ультразвуковой диагностики филиала № 1 ГВКГ им. Н.Н. Бурденко (с 2013 г. — филиала 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого). В 2014 году награждена медалью «За трудовую до-

блесть». Имеет грамоты от Главнокомандующего ВВС Минобороны России и от командования госпиталя.

История отделения ультразвуковой диагностики началась с 1990 года, когда рентгеновское отделение 114 ОВГ получило первые ультразвуковые аппараты. Большой вклад в развитие ультразвуковой диагностики в госпитале внесли полковник медицинской службы старший врач-специалист рентгеновского отделения Ковалевский Александр Николаевич; начальник рентгеновского отделения, главный рентгенолог ВВС, полковник медицинской службы Гавриленко Владимир Михайлович, врач-специалист рентгеновского отделения Скрипников Владимир Васильевич. В настоящее время Владимир Михайлович и Владимир Васильевич продолжают плодотворную работу в отделении. В 1995 году был сформирован кабинет ультразвуковой диагностики, который возглавила врач УЗД Гавриленко Надежда Андреевна. С 2006



А.Г. Сергеева

года кабинетом заведовал Гавриленко Владимир Михайлович.

Анна Григорьевна возглавила кабинет в 2009 г., а в 2011 г. — отделение ультразвуковой диагностики. Тогда же был организован кабинет ультразвуковой диагностики в инфекционном центре филиала (заведующая — Морозова Наталья Петровна).

В настоящее время в отделении работают 6 высококвалифицированных врачей, четверо из них имеют высшую квалификационную категорию — это сама Анна Григорьевна, Гавриленко Владимир Михайлович, Резепова Софья Владимировна, Скрипников Владимир Васильевич, один врач — первую квали-

фикационную категорию (Зорин Артем Евгеньевич).

Отделение оснащено 5 аппаратами ультразвуковой диагностики, два из них экспертного класса (Hitachi EUB — 7500, Esoate MyLab 70), один — среднего класса (Logiq P6) — используется для исследований в отделении реанимации, интенсивной терапии и других отделениях госпиталя. Аппараты Toshiba SSA — 550A и Toshiba 220 используются в отделении офтальмологии и в отделениях урологического центра при проведении пункционных биопсий.

Ежегодно в отделении проводится более 15000 исследований. Это УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, почек, надпочечников, мочевыводящих путей, органов малого таза (в том числе внутриволостные), брюшного отдела аорты, щитовидной железы, лимфатических узлов, молочных желез, мягких тканей, слюнных желез, плевральных полостей, глаз, суставов. Освоены методики ультразвуковой диагностики различных видов грыж.

Организована неотложная круглосуточная диагностическая помощь больным с различными повреждениями, острыми

заболеваниями, их осложнениями.

Помимо традиционных исследований, в отделении отработаны методики и проводятся под контролем ультразвука диагностические и лечебные пункционные биопсии патологических образований поверхностно расположенных органов и структур, а также объемных образований брюшной полости и забрюшинного пространства.

С 2009 года в отделении используется новая развивающаяся методика соноэластографии для оценки жесткости различных тканей, диагностическая значимость которой была доказана для самых разных областей исследования.

У отделения большие перспективы, которые связаны с повышением качества и эффективности ультразвуковых исследований, расширением использования методики соноэластографии, доплеровских методик, интраоперационных ультразвуковых исследований. +

Оксана КУЛИКОВА,
заведующая библиотекой
Филиала № 1
3 ЦВКГ им.

А.А. Вишневого

Фото из архива госпиталя

ПАРА ДОБРЫХ СЛОВ НАШ «АНГЕЛ-ХРАНИТЕЛЬ»

Наталья Михайловна Корзик — наша «сестра милосердия». И это не просто слова, это действительно так. Наталья Михайловна уже 46 лет работает в нашем госпитале. Из них 27 лет она является старшей медицинской сестрой приемного отделения, я бы сказал самого сложного отделения, с которого начинается первое знакомство с нашим госпиталем каждого, кто переступает его порог.

Она своей открытостью и добротой умеет найти общий язык как с больными, так и сотрудниками своего отделения и госпиталя в целом. Она — хороший организатор, очень ответственная, трудолюбивая, пользуется авторитетом у своих коллег, умеет разрулить любую конфликтную ситуацию, кото-

рых в приемном отделении бывает немало. Я бы сказал, что она наш «Ангел-хранитель».

Радует, что в нашем госпитале работают такие медсестры, как Наталья Михайловна Корзик! +

Ветеран
госпиталя

Александр ЛЕЖЕНИН



Н.М. Корзик с коллегами (вторая справа)

ДОКТОР ВЕЦЬ

Впервые я встретилась с начальником кабинета артроскопической хирургии Игорем Владимировичем Вець, когда писала о центре травматологии госпиталя. Тогда мое внимание привлекла его необычная медицинская шапочка – в виде цветной банданы. А начальник травматологического центра Эдуард Вячеславович Пешехонов представил мне его так: «Это наш Вець, который прошел и огонь, и воду и умеет все». Я, конечно, приняла это за полушутку и стала искать героя своего очерка среди молодых хирургов-травматологов, рассказы которых меня впечатлили. Но прошло время, и я, сталкиваясь со многими врачами, слышала об Игоре Владимировиче, как о враче и как о человеке много интересного, что, как человека пишущего, меня не могло не заинтересовать. Однако, как ни странно, выбор был сделан только после того, как мне самой довелось попасть к нему в качестве пациента, и я получила возможность увидеть его, что называется изнутри. Ведь чаще я пишу под впечатлением каких-то внешних факторов, а здесь я увидела все глазами пациента...

Меня поразило его отношение к своим подопечным, с которыми он общался со свойственными ему юмором и шуткой, что помогало даже самому тяжелому больному чувствовать себя практически здоровым, который после разговора с Игорем Владимировичем операцию воспринимал как неизбежную процедуру, через которую просто надо пройти. Но,

надо сказать, что это не некое пренебрежительное отношение к сложности момента, а особая психологическая подготовка больного к операции. И это, по моим наблюдениям, давало свой положительный результат, ведь больной, позитивно настроенный на операцию и полностью доверяющий своему хирургу, – это половина успеха исхода операции. Ну, а другая полови-



на – это профессионализм хирурга.

Ну, а этого у Игоря Владимировича в полном достатке. Он хорошо известен в кругах ведущих московских травматологов, а это уже говорит о многом.

Беседуя с его коллегами, я узнала, что в юности он даже пробовал себя «на театральных подмостках», и что его творческая составляющая очень выделяет его среди других хирургов-травматологов.

Эдуард Вячеславович Пешехонов как-то сказал, что «с Игорем Владимировичем очень легко договориться, он никогда не будет настаивать на своем, если видит, что чье-то решение

поможет пациенту больше, чем, например, то, что предложил он. И это замечательная его черта. А еще, с ним просто и легко. Он умеет отдыхать, любит жизнь такой, какая она есть, стараясь ничего не усложнять, как часто мы любим это делать. Но этого не скажешь о работе, ведь все, что касается работы, он выполняет четко и профессионально, за что его уважают коллеги и любят пациенты».

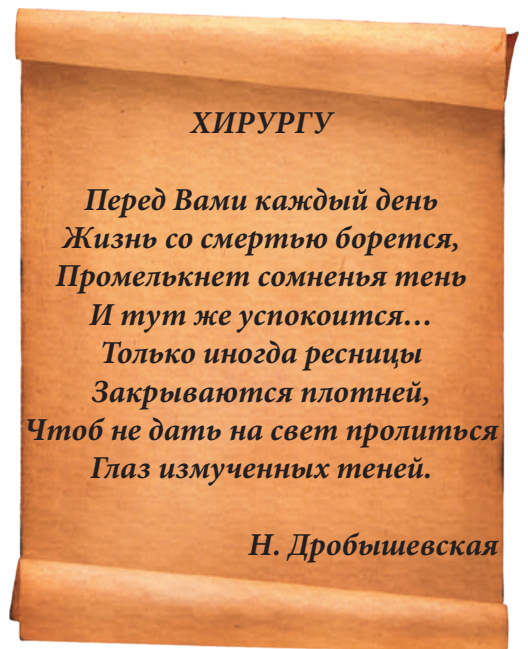
Еще я узнала, что Игорь Владимирович морской офицер. Проходя службу на Северном флоте, он не раз ходил в автономное плавание, что для меня было полной неожиданностью, ведь со многими, кто прошел через это, мягко говоря, очень сложно общаться, чего не скажешь о нем.

После окончания ординатуры Игорь Владимирович работал врачом в различных «горячих точках», и когда его молодые коллеги рас-

сказывают о своих героических подвигах, он снисходительно улыбается, но сам о своих «военных буднях» ничего не рассказывает.

Мы по жизни сталкиваемся с разными людьми и о каждом из них у нас складывается свое, особое мнение. Я увидела Игоря Владимировича Вець не только как профессионального хирурга, но и как человека, готового прийти на помощь к каждому, кто к нему за этой помощью обратится. +

Надежда ДРОБЫШЕВСКАЯ



МОЙ ДЕД – НЕ «ПАРКЕТНЫЙ ОФИЦЕР»

В нашу редакцию пришло письмо от внука Игнатины Владимира Алексеевича – заместителя начальника госпиталя по клинично-экспертной работе, где он рассказывает о своем дедушке, которое мы и представляем нашему читателю.

Мой дедушка родился в обычной русской семье, в глубинке Самарской области. В 1957 году, когда он пошел учиться в первый класс, в их селе не было электричества и учить уроки приходилось днем или при свете керосиновой лампы. Любимыми развлечениями тогда были прогулки на лыжах и катание на санках зимой и купание в речке летом. Но тогда у всех детей были жесткие обязанности по жизни в селе – уход за грядками, за животными, уборка снега, заготовка дров и т.д.

В семье моего деда очень много читали книг. Его отец, мой прадедусь Алексей Андреевич, хорошо знал русскую литературу, являлся носителем прекрасного русского языка. Они неоднократно перечитывали всю небольшую сельскую библиотеку и с нетерпением ждали поступления новых книг, журналов. С тех пор мой дед очень

хорошо знает русский язык, при письме он никогда не делает ни одной ошибки.

Мой прадед прошел всю Великую Отечественную войну в действующей армии, воевал на передовой в составе 1-го Прибалтийского фронта, был неоднократно тяжело ранен и, к сожалению, умер рано от последствий ранений и болезней. Кстати, мой прапрадед Андрей Иванович Игонин умер в день Победы – 9 мая 1945 года.

Интерес к медицине моему деду привил его дядя (по материнской линии) – Михаил Данилович, который всю жизнь проработал сельским фельдшером.

В школе дедушка любил литературу, русский язык, химию, историю, биологию, географию. Он до сего времени помнит и любит своих учителей: первую учительницу – Марусину Марию Александровну, которая учила еще его родителей, Федосеева



В.А. Игонин

Сергея Ивановича – учителя русского языка, потрясающего рассказчика и человека.

После успешного окончания школы мой дед поступил в Куйбышевский медицинский институт на лечебный факультет, который закончил с отличием, и был призван в Советскую Армию.

Проходил службу в различных гарнизонах в качестве военного врача. Затем поступил в Военно-медицинскую академию на факультет руководящего медицинского состава, которую закончил с отличием и золотой медалью.

Он последовательно прошел все ступени врачебного

роста: ординатор терапевтического отделения, начальник терапевтического отделения, консультант-терапевт, ведущий терапевт госпиталя, а с 2000 года занимал должность главного терапевта госпиталя и одновременно работал заместителем Главного терапевта Министерства обороны. Сейчас он работает заместителем начальника госпиталя.

Мой дед – не «паркетный офицер». Он принимал непосредственное участие во многих трагических и важных событиях в нашей стране: в 1986 году участвовал в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС – проводил диагностику лучевых поражений, лучевой болезни у граждан городов и сел вокруг АЭС, их лечение и эвакуацию.

Довелось ему принимать участие и в боевых действиях. Во время одного вооруженного конфликта мой дед возглавил медицинскую группировку и руководил медицинским обеспечением боевых действий, лечением раненых и больных. Это был самый

сложный период в его службе и он был реально опасен для жизни моего деда и его врачей. За эту «работу» ему присвоено высокое воинское звание «полковник медицинской службы» досрочно, и он был награжден орденом «За личное мужество».

Он много занимается научной деятельностью: защитил сначала кандидатскую, а затем докторскую. Много пишет и публикует научных работ. Под его руководством защищено много диссертаций его учениками. Его научными направлениями и интересами являются кардиология, пульмонология, военно-полевая терапия.

Мой дед является профессором. Он преподает терапию и военно-полевую терапию в Государственном институте усовершенствования врачей.

За успехи в развитии медицинской науки ему присвоено звание «Заслуженный врач России».

Цель своей жизни мой дед видит в нашей семье и в работе. +

Глеб ИГОНИН



СТУЧАЩЕМУСЯ ДА ОТКРОЕТСЯ...

Продолжаем нашу рубрику «Православие», которую с этого номера будет вести игумен Мефодий, клирик Иваново-Вознесенской епархии.

Игумен Мефодий родился в Москве. После общеобразовательной школы проходил срочную службу. Закончил Рязанское духовное училище, Московскую духовную академию, Рязанский педагогический институт. Служил в Иоанно-Богословском монастыре, в Храме Рождества Богородицы деревни Говорово. В настоящее время преподает в Ивановской Свято-Алексеевской духовной семинарии.

Библейское отношение к медицине наиболее полно выражено в книге Иисуса сына Сирахова: «Почитай врача честью по надобности в нем; ибо Господь создал его, и от Вышняго врачевание...»

Лучшие представители древней медицины, причисленные к лику святых, явили особый образ святости — бессребреников и чудотворцев. Они были прославлены не только потому, что очень часто завершали свою жизнь мученической кончиной, но за принятие врачебного призвания как христианского долга милосердия.

Православная Церковь с неизменно высоким уважением относится к врачебной деятельности, в основе которой лежит служение люб-

ви, направленное на предотвращение и облегчение человеческих страданий.

Так же, как и вы врачуете тело, мы врачуем человеческую душу. Так что мы с вами в какой-то мере — коллеги.

В сегодняшней беседе речь пойдет о том, как и о чем просить Господа, ведь чаще всего обращаются за помощью к Нему именно больные и немощные.

Многие думают, что если они попросят о чем-либо и это не будет им дано, то значит, они не были услышаны. Но это не так. Ни одно слово, обращенное к Господу, не затеряется, если это слово обращено не только с надеждой на помощь, но и с верой.

Однако зачастую многие из вас не знают, чего про-



Игумен Мефодий

сить для себя. Равно, как малое дитя просит у матери потрогать пламя свечи и настойчиво требует своим криком, при этом громко топая ножками, а мать, жалея его руку, понимая, чем это грозит ребенку, не дает ему коснуться пламени. Но бывает, что ребенок выводит мать из терпения, и она, для урока, дает ему потрогать пламя. Ребенок обжигает руку и кричит еще громче, но уже не тянет руку к огню...

Ни в чем не откажет Господь вам, все даст, но, жалея вас, как неразумных

детей, не дает вам того, по первому вашему требованию, что вредно вам. Если всецело положитесь на Его волю, то и не удивляйтесь, что не все просимое получите, — послушным детям мать говорит «нельзя», и они, веря ей, послушно отходят, понимая, что мать сама знает, что и когда можно им давать. Так и Господь знает: что, когда и кому необходимо.

Вот как об этом говорил священник Григорий Долбунов:

«...Мы не исцеляемся оттого, что мало веры. Сначала бежим к врачу — не помогает, бежим причащаться. А надо наоборот. Заболел — значит, Господь посетил, как отец, наказывает. Надо бы повиниться, очистить душу — и тело очистится.

что этот, казалось бы, беззаботный человек делает по несколько сложнейших операций в день в состоянии предельного напряжения сил: от его умения и внимания зависит жизнь пациентов. В свои сорок пять лет этот доктор сумел достичь многого, занял видное место в медицинской среде.

Разговор незаметно свелся на духовные темы. «Я никогда не приступаю к операции, не помолясь, — говорит хирург, — всех своих ассистентов и сестер приучил призывать на помощь Святителя Николая». — «Почему именно его?» — поинтересовался я. «Видите ли... — доктор подыскивал слова, став мгновенно серьезным. — Лучше я расскажу Вам об одном случае...»

«Сила врача – в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью, величайшая основа лекарства – любовь...»
Теофраст Парацельс

...Когда заболите, прежде чем идти к врачу, сходите в церковь и помолитесь о здоровье лечащего врача: «Господи, вразуми раба Твоего (имя) найти лекарство от моей болезни».

«Если мы можем помочь человеку и не помогаем, Господь не услышит нашей молитвы, как бы мы ни старались. Если человек ждет от нас помощи, мы должны ему помочь...»

Давайте помнить о том, что всем нам: и священнослужителям, и врачам, и пациентам дан особый орган — сердце. Как говорил святитель Лука (Войно-Ясенецкий), «сердце — это орган, через который мы можем слышать голос Божий, познавать Его волю о нас...»

У протоиерея Льва Лебедева есть воспоминание об одном враче, которое я и приведу в качестве примера.

Врач-хирург был весел и беззаботен. Он сидел у меня в гостях, мы пили душистый чай, шутили, говорили о пустяках. Мне трудно было представить,

Это было в 1982 году. Оперировал женщину. Злокачественная опухоль. Все шло хорошо. Опухоль удалили, вокруг нее все почистили, метастазов не было, можно зашивать. И вдруг — кровотечение... Видно задела кровеносный сосуд... Пытаюсь найти его и не могу! Обильное кровотечение не дает даже примерно определить, откуда кровь. Идет время... Еще немного — и все... Срочно посылаю за специалистом — профессором, а сам думаю: пока его привезут, может быть уже поздно. В отчаянии громко крикнул: «Николае угодниче, да помоги же!» Тут меня кто-то окликнул. На мгновение отвел глаза от раны, что-то кому-то сказал и, снова посмотрев на рану, не поверил глазам своим: кровотечение прекратилось, словно его и не было!..»

Глаза у моего доктора стали влажными, а руки, которые даже в сложнейших ситуациях не дрогнули, вдруг задрожали... +

Игумен МЕФОДИЙ



ОПАСНАЯ СТАТИСТИКА

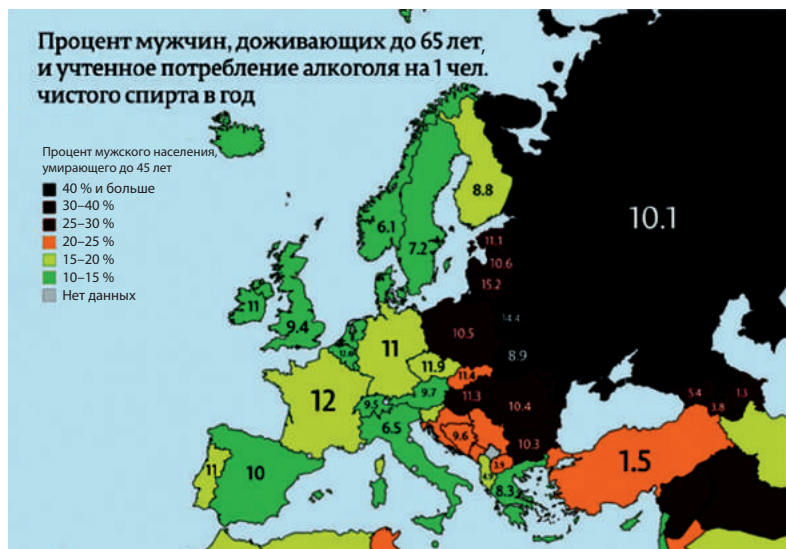
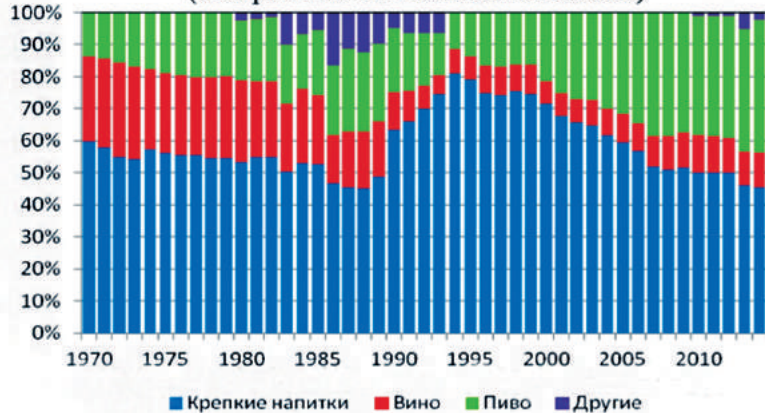
ИЗ ИСТОРИИ:

Водка «родом» из Аравии. В Европе она появилась не ранее конца XIII века, а у нас — в конце XIV века, не ранее 1398 года, когда генуэзцы стали доставлять водку в Литву. Так произошло

знакомство русичей с этим пагубным напитком.

Многие правители пытались запретить безмерное употребление алкоголя на Руси, да и в современной России, однако сегодня статистика говорит сама за себя...

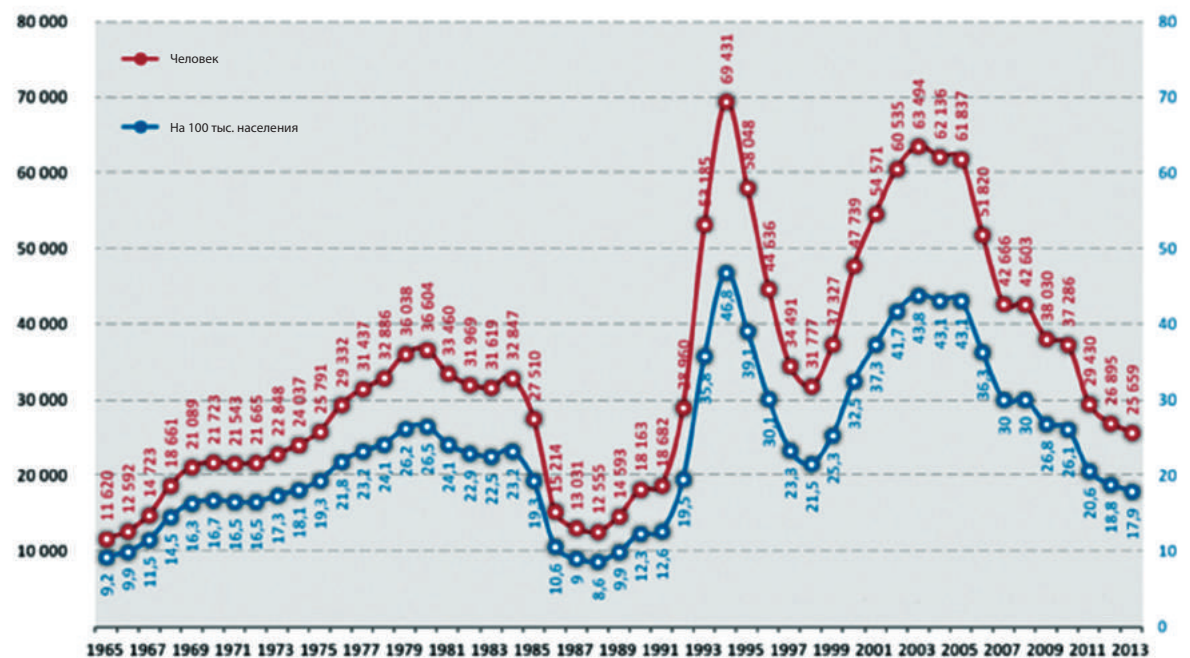
Структура алкогольного потребления в России (в пересчете на чистый алкоголь)



Процент населения, доживающего до 70 лет в 2015 г. (оба пола), %

Страна	Процент населения, доживающего до 70 лет в 2015 г. (оба пола), %	1990 г.
Швейцария	77,2	86,6
Германия	72,6	82,2
Куба	71,6	78,3
США	70,5	78,2
Китай	64,2	75,8
Польша	62,3	73,6
Эстония	61,9	73,3
Армения	59,6	69
Грузия	65,6	67,3
Латвия	61,8	66,9
Азербайджан	57,9	66,7
Литва	64,4	66,4
Таджикистан	57,9	63,7
КНДР	59,7	63,3
Узбекистан	58,8	63,1
Киргизия	57,8	62,7
Беларусь	64	62,5
Украина	62,3	61,7
Молдавия	55,5	61,7
Россия	59,4	59,7
Казахстан	58,7	58,7
Туркменистан	52,6	57,8
Афганистан	30,2	50,5

Умершие от причин, прямо связанных с употреблением алкоголя в РФ



ПРАВДА И ЛОЖЬ ОБ АЛКОГОЛЕ

Мнение Федора Углова, академика, занесенного в Книгу рекордов Гиннеса, как самого старого хирурга в мире, оперирующего до ста лет, прожившего 103 года:

«ЛОЖЬ: Алкоголь — пищевой продукт».

«ПРАВДА: Алкоголь — наркотик, подрывающий здоровье населения».

Всероссийский съезд по борьбе с пьянством и алкоголизмом в 1910 году (на котором среди делегатов было 150 врачей и ученых медиков) вынес специальное решение по этому вопросу: «Пищевым продуктом может быть только такое вещество, которое является абсолютно безвредным для организма. Алкоголь же, как наркотический яд, в любых дозах наносит человеку огромный вред, отравляя и разрушая организм, он сокращает жизнь человека в среднем на 20 лет».

Госстандарт СССР № 1053 ГОСТ 5964-82 постановил: «Алкоголь — эти-

ловый спирт, относится к сильнодействующим наркотикам».

Большая Советская энциклопедия, т. 2, стр. 116: «Алкоголь относится к сильнодействующим наркотикам».

От причин, связанных с алкоголем, погибает каждый третий. Это значит, что от этих наркотиков погибают около полутора миллиона человек ежегодно.

XI Пироговский съезд русских врачей принял резолюцию еще в 1915 году: «Алкоголь не может быть отнесен к питательным средствам, с чем необходимо ознакомить население».

В 1990 году 1700 врачей нашей страны обратились в Правительство с предложением официально признать алкоголь и табак наркотиками и распространить на них закон о защите населения от наркомании. Однако обращение осталось без ответа... Дарвин и другие мировые ученые еще в XIX веке писали, что «потребление алкоголя наносит человечеству вреда больше, чем война, голод и чума вместе взятые».

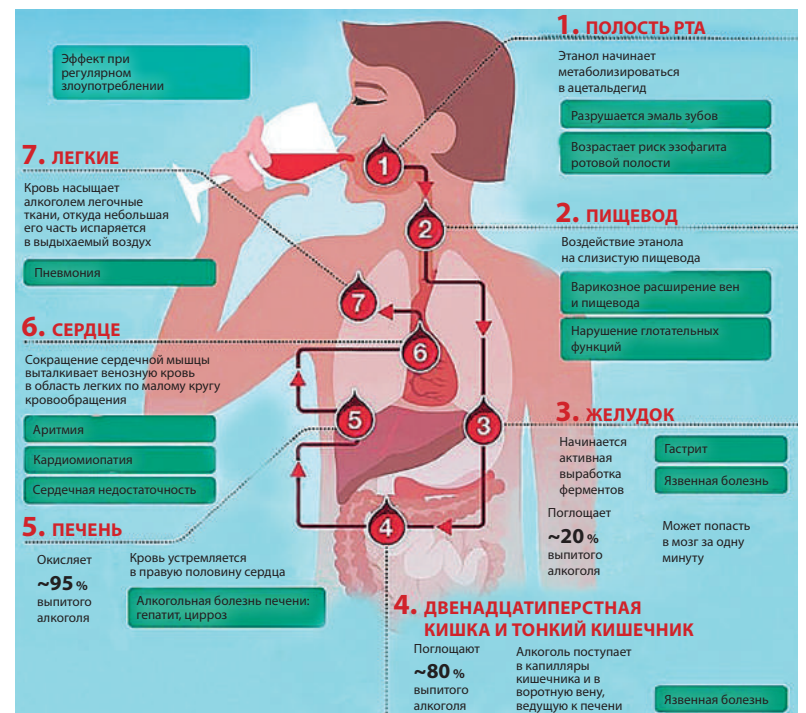
Таков этот «пищевой продукт», который официально продается в магазинах. По существу нет ни одного научного труда, в котором было бы не доказано, что алкоголь — это наркотик. Между тем, до сих пор находятся так называемые «ученые», которые упорно доказывают всем, что алкоголь — это «пищевой продукт».

Вместо того, чтобы поставить вопрос об исключе-

нии алкоголя из графы «пищевые продукты», поскольку это положение дезориентирует людей, приучая их легкомысленно относиться к этому наркотическому яду, многие ученые упорно и бездоказательно настаивают на своей ошибочной и вредной установке.

Как мы видим, ложь начинается с определения, что такое алкоголь, а настоящая наука говорит нам правду: алкоголь — это наркотический яд, разрушающий здоровье человека. +

Страницу подготовил Александр ДРОБЫШЕВСКИЙ

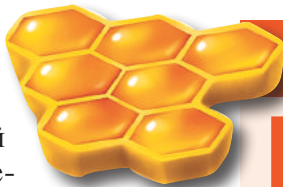




КАК ПРАВИЛЬНО ВЫБРАТЬ МЕД?

Полезность меда давно доказана учеными. Он обладает антибактериальным, противомикробным, ранозаживляющим, общеукрепляющим, успокаивающим и многими другими лечебными свойствами. И мы ежегодно пополняем запасы этого не только полезного, но и очень вкусного продукта. Од-

нако с каждым годом становится все сложнее купить натуральный мед. Конечно, определить качество меда на 100 % может только специалист, но существуют некоторые признаки, которые помогут при выборе качественного меда.



НЕСКОЛЬКО ПОЛЕЗНЫХ РЕЦЕПТОВ С МЕДОМ

1. Если жидкий мед зачерпнуть ложкой и поворачивать вокруг ее оси, натуральный мед будет намазываться на ложку лентой, а некачественный — просто стекать.

2. Если растереть капельку натурального меда в руке, он полностью впитается, а некачественный свернется в комочек.

3. Настоящий мед имеет очень тонкий цветочный аромат, а некачественный пахнет резко, иногда карамелью.

4. Лучше всего покупать мед в сотах — это гарантия вкусного и полезного продукта.

5. Натуральный мед имеет однородную консистенцию и не содержит осадка. Свежий — жидкий, тянется с ложки непрерывной ниточкой, а к зиме он становится более светлым и густым. Если остается жидким, значит, это перетопленный мед. Долго не застывают только некоторые сорта меда, например, мед из белой акации.



Редька с медом

Приготовить смесь в соотношении 2/1 (сок редьки/мед).

Принимать при кашле, охриплости, бронхите каждый час по 1 ст.л. для взрослых и по 1 ч.л. — для детей.



Малиново-медовый чай



Сушеные листья, веточки и ягоды малины заварить в чайнике, настоять 10–15 мин., остудить до теплого, добавлять мед по вкусу и пить не менее 4-х раз в день при малейших проявлениях симптомов простуды.



Мед для сердца

Ежедневное применение меда (лучше лесного, степного, гречишного, с боярышником, мятой или лавандой) в течение 2–3 месяцев оказывает благотворное влияние на состояние сердца и сосудов.

Снижается вязкость крови, улучшается кровообращение в коронарных сосудах, нормализуется давление.

ЗАМЕЧАНИЕ:
При лечении медом все сладости исключаются

ИЗ БАБУШКИНОГО «СУНДУЧКА»

ЧТОБЫ НЕРВЫ БЫЛИ СПОКОЙНЫ

В заварочном чайнике смешайте 1–2 ч.л. зеленого чая, по 1 ч.л. листьев мяты и цветков ромашки, пару листиков смородины, по 0,5 ч.л. семян кориандра и фенхеля, добавьте дольку лимона. Залить 0,5 литра кипятка, настоять и пить в течение дня (за 20 мин. до еды). Последний прием — не позже 19:00. Курс — три недели.



У этого «чая» есть противопоказания: заболевания ЖКТ в стадии обострения, аллергия на продукты, входящие в состав сбора.

МОРКОВЬ ОТ ВАРИКОЗА



10 ст.л. сухой измельченной ботвы моркови залить 2 л кипятка. Кипятить 5–10 минут. Оставить под крышкой до остывания и только потом процедить. Хранить в холодильнике. Принимать по 1 стакану четыре раза в день. Курс — не менее 40 дней.

Есть противопоказания: обострение язвенной болезни, энтерит и колит.



Страницу подготовила главный редактор Надежда ДРОБЫШЕВСКАЯ

Полезные ванны

ВАННЫ С СОСНОВЫМИ ИГЛАМИ



Для полной ванны необходимо 1,5 кг сосновых игл, можно добавить веточек и шишек. Массу залить холодной водой и прокипятить 30 мин., настоять (минимум 6 часов), укутать теплым пледом и с этим экстрактом принимать ванну с температурой воды не более 38 градусов. Такие ванны помогают при ревматизме, используются как укрепляющие сердце и нервы, снимающие нервную возбудимость при бессоннице, воспалении суставов, при переохлаждении, ожирении, катарах дыхательных путей, болезнях легких, астме.

ВАННЫ СО СПОРЫШЕМ

300 г травы залить 5 л кипятка, настоять 2 часа, процедить, влить в ванну. Помогает при остеохондрозе.

ВАННЫ С КОРНЕМ АИРА

250 г корня аира залить холодной водой и кипятить 30 мин. Готовый отвар процедить и влить в ванну. Температура такой ванны — 35–37 градусов. Помогает при неврозах, болях в спине и суставах, а также рахите у детей.

Помните! Начиная лечение народными средствами — посоветуйтесь с врачом!

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

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

Фото — А.Ловен
Отпечатано в ООО «Издательство «Граница»
123007, г. Москва, Хорошевское ш., 38
Номер заказа:

Тел.: +7 (495) 941-26-66, +7 (495) 941-27-49
www.granicagroup.ru
E-mail: granica_publish@mail.ru
Выпускает: 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого

143421, Московская обл., Красногорский район, п/о Архангельское, п. Новый. Госпиталь.
E-mail: 3hospital@mail.ru

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