



Главная наша
ценность –
люди!

» с. 1-2



Святитель Лука –
народный
глазной врач

» с. 3



Уникальные
операции:
«панцирное сердце»

» с. 4-5



ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА

Центрального военного клинического госпиталя им. А.А. Вишневого
Министерства обороны Российской Федерации

www.3hospital.ru

июль'2021

САМОЕ ЦЕННОЕ У НАС – ЭТО ЛЮДИ!

В июне этого года 3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого Минобороны России отметил свой очередной день рождения и свой профессиональный праздник. Событие для коллектива госпиталя весьма значимое. Оно позволяет, оглядываясь на пройденный путь, внимательнее присмотреться к процессам, которые протекают ныне в военной медицине. И, конечно же, наметить ориентиры для движения вперед.

В середине шестидесятых годов прошлого века нынешний ЦВКГ имени А.А. Вишневого создавался как филиал военного госпиталя имени П.В. Мандрыка. Идея создания такого военно-медицинского учреждения нового типа принадлежала тогдашнему начальнику ЦВКГ имени П.В. Мандрыка генерал-майору медицинской службы Н.М. Невскому. 20 июня 1968 года открыл свои двери для пациентов, а через два года, в 1970 году был преобразован из филиала в самостоятельный Центральный военный клинический госпиталь. С 1976 года он носит имя выдающегося хирурга, ученого и организатора здравоохранения, генерал-полковника медицинской службы Александра Александровича Вишневого. Госпиталь никогда не останавливался в своём развитии. В 1975 году введён в строй кардиологический корпус. В 1996 завершилось строительство нового корпуса на 600 коек, в котором были развёрнуты самые актуальные подразделения на тот период. Это в первую очередь кардиохирургический и эндоваскулярный центры. В 2011 году сформировался центр гастроэнтерологии и гепатологии, что было также актуально. Диагностическая база пополнилась вторым ангиографом, аппаратом ядерно-магнитного резонанса, компьютерным томографом с ангиопрограммами, специализированными ультразвуковыми аппаратами и другой медицинской техникой. В начале 2000-х годов госпиталь вошёл в первую тройку лидеров отечественной сердечно-сосудистой хирургии.

В этот период на его базе были проведены Европейские конференции по ангиологии и эндоваскулярной хирургии.

В 2004 году начато возведение многофункционального хирургического центра. Сегодня на его базе развёрнуты мощные современные операционные блоки и реанимационные отделения, соответствующие духу времени. Большое внимание уделялось социальному обеспечению военнослужащих и гражданского персонала госпиталя, строились жилые дома и общежития.



Госпиталь преображается, хорошеет. Достаточно пройтись по его территории, посмотреть, какие прекрасные корпуса введены в строй, каким современным оборудованием они насыщены. Госпиталь находится в развитии, он устремлен в будущее. И это прекрасно!

Впрочем, самое ценное в любом учреждении – это кадры. Можно построить прекрасные лечебные корпуса, оснастить их современным оборудованием, благоустроить территорию – это еще не госпиталь. Намного сложнее подобрать людей, умных, толковых, инициативных, талантливых специалистов.

В госпитале работает большой отряд практикующих врачей высшей квалификации, представляющих цвет военной медицинской науки. Сегодня тут трудятся (без учета филиалов) 74 заслуженных врача Российской Федерации, 14 профессоров, 30 – докторов и 110 – кандидатов медицинских наук. Наши

специалисты постоянно публикуют свои научные статьи и монографии, выпускают сборники научных трудов, участвуют в научных конференциях как в России, так и за рубежом.

Среди врачей госпиталя есть лауреаты различных премий. Звания «Лучший врач года» удостоены известные у нас в стране учёные, опытные медицинские специалисты А.Н. Лищук, Г.И. Антонов, А.Г. Кочетов, Р.Н. Долгих, С.М. Кириллов, В.Н. Себребренников, А.Б. Столярж, А.И. Павлов и другие.

А.И. Павлов по итогам прошлого года был признан лучшим врачом и лауреатом премии международной благотворительной организации стран СНГ и Балтии «Марс – Меркурий». Пластический хирург высшей квалификации О.В. Берлев является лауреатом национальной премии «Золотой ланцет». Каждый из них – это отдельная личность, индивидуальность, история.

Продолжение на с. 2

ИСЦЕЛЯЛ ДУШИ И ТЕЛА



Престольный праздник, приуроченный 60-й годовщине со дня смерти выдающегося учёного и богослова с мировым именем, архиепископа Симферопольского и Крымского Луки (в миру Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий), состоялся в Храме святителя Луки, расположенном на территории 3 Центрального военного клинического госпиталя имени А.А. Вишневого.

Божественную литургию проводил благочинный Красногорского церковного округа иеромонах Николай (Летуновский). Служили ему настоятель Успенского храма в Красногорске протоиерей Константин (Островский), а также настоятель Храма святителя Луки Симферопольского протоиерей священник Стахий (Захаревич).

На службе присутствовали военные врачи, сотрудники и руководство госпиталя.

После окончания литургии к собравшимся обратились отец Николай, а также начальник 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого генерал-майор медицинской службы Александр Есипов.

Святитель Лука – уникальный человек, с удивительной судьбой. В нем сочетались стремление к Божественной истине и жажда знаний, основанных на научном опыте. Он был одним из основателей регионарной анестезии и гнойной хирургии, профессором хирургии и топографической анатомии, первым и единственным священнослужителем – лауреатом Сталинской премии. Он исцелял души и тела своей пастырь, всецело посвятив себя делу милосердия.

После службы в храме были возложены цветы к памятнику святителю Луке (Войно-Ясенецкому).

Алексей Ловен



Начало на с. 1

САМОЕ ЦЕННОЕ У НАС – ЭТО ЛЮДИ!

Приоритетными направлениями медицинской деятельности 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого являются: нейрохирургия, кардиохирургия и кардиология, сосудистая хирургия, урология, травматология и ортопедия, стоматология и челюстно-лицевая хирургия, восстановительная и пластическая хирургия, полостная хирургия и гастроэнтерология, пульмонология.

Наиболее востребованными операциями в структуре и объёме высокотехнологичной медицинской помощи госпиталя в прошлом году, к примеру, оказались АКШ (аортокоронарное шунтирование), эндоваскулярные операции, операции на магистральных сосудах головного мозга, пластические операции, лазерная хирургия.

В сфере научной деятельности усилия специалистов госпиталя имени А.А. Вишневого сосредоточены на изучении и подборе инновационных методов лечения наиболее актуальных заболеваний с помощью перспективных (ядерных, лазерных, геномных, клеточных) медицинских технологий.

Особое внимание уделяется определению возможностей начала работ по созданию медицинских технологий продления профессионального активного долголетия у военнослужащих.

Мы видим также свою миссию как военного госпиталя в лечении боевых травм различного характера и генеза комбинированных и сочетанных повреждений, возникших в результате техногенных катастроф, чрезвычайных ситуаций, падений с высоты и дорожно-транспортных происшествий (ДТП). Мы создали своего рода клинику синдромосходных состояний, близких по своему механизму с боевыми повреждениями. В русле общей стратегии развития находится и открытие в нашем госпитале Центра оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях и при чрезвычайных ситуациях. По соглашению с Госавтоинспекцией и правительством Московской области мы принимаем людей, пострадавших в результате ДТП на всей территории нашего региона и сопредельных областей.

В период первой и второй контртеррористических операций на Северном Кавказе наш госпиталь принял 23,6% от всех раненых с сочетанной боевой травмой. Наш боевой опыт был обобщён в научных трудах.

3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого – большой и сложный военно-медицинский организм. Ежедневно приходится оперативно решать множество различных вопросов. Тем не менее из-за текучки напряженных будней мы не должны упускать из виду перспективные цели и задачи, которые ставит перед нами руководство Министерства обороны. Главная среди них – военная медицина должна стать лучшей в стране.

Что это значит для нас? Госпиталь должен располагать лучшими в стране специалистами, самым современным оборудованием, прекрасными объектами капитального строительства, высокоэффективными медицинскими технологиями. Мы приступаем к реорганизации хирургической и терапевтической службы госпиталя. В ближайшей перспективе мы выйдем на интегрированные операционные блоки, оснащённые робототехникой и другим оборудованием, способствующим безопасности и доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

Принципиально важное значения для успешного решения стоящих перед нами задач имеет широкое использование достижений медицинской науки, высокоэффективных технологий и современного медицинского оборудования. В качестве примера можно привести уникальный гибридный операционный комплекс кардиохирургического центра госпиталя. Эндоваскулярные операции и операции на «открытом сердце» или другом органе выполняются в одной «гибридной» операционной, после чего больной сразу с операционного стола размещается в рядом расположенную реанимационную палату.

Гибридный операционный комплекс позволяет также осуществлять телемедицинские сеансы с консультациями оперирующих врачей, ведущими экспертами России и привлекать в случае необходимости зарубежных коллег.

Врачами анестезиологами и реаниматологами кардиохирургического центра впервые в РФ разработана новая методика анестезиологического обеспечения хирургических вмешательств.

В её основе – мировые достижения в этой области и научно-практические разработки сотрудников госпиталя.

Также хочется отметить успехи в хирургическом лечении тромбоза легочной артерии (ТЭЛА). Эта операция была разработана ещё в начале прошлого века, но ввиду высокой смертности применялась редко. За последние три года в нашем госпитале около 100 пациентам в острой стадии ТЭЛА высокого риска смерти выполнены подобные операции. Благоприятный исход отмечен был в 95,5%.

Сегодня госпиталь Вишневого занимает первое место среди военных стационаров по объёму оказания кардиохирургической помощи (по данным ежегодного отчета Главного военно-медицинского управления Минобороны РФ).

Достигнутые успехи представляют собой результат многолетней, продуманной работы по повышению профессионального уровня врачей госпиталя и его оснащению новейшим, современным оборудованием.

На данный момент в госпитале установлены рентгеновские аппараты, компьютерный томограф, магнитно-резонансный томограф, ангиограф, аппараты для ультразвуковых исследований экспертного класса (позволяют выполнять контрастные исследования), денситометр, маммограф. Всё это позволяет поднять лучевую диагностику на самый высокий уровень при снижении лучевой нагрузки на пациента. Внедрены новые методики диагностики (МРТ сердца, биопсия миокарда, видеокапсульная эндоскопия желудочно-кишечного тракта), позволяющие вовремя провести дифференциальную диагностику между воспалительными, опухолевыми и функциональными заболеваниями.

В последнее время в практику медицинской помощи больным широко внедряется лазерная хирургия. Порядка 11 лазерных медицинских технологий применяются сегодня в госпитале в центрах сердечно-сосудистой хирургии, восстановительной и пластической хирургии, нейрохирургии, урологическом и офтальмологическом центрах, оториноларингологическом и других отделениях.

В будущем большие надежды мы возлагаем на внедрение и развитие новых высоких технологий. Это 3D-моделирование для предоперационного планирования операции и интраоперационной навигации, создание и внедрение в работу роботизированной хирургической системы, эндоскопическая транслюминальная хирургия, модифицированная брахитерапия, а также более широкое использование специального детектирующего оборудования (совместная система однофазного эмиссионного компьютерного томографа с рентгеновским компьютерным томографом «ОФЭКТ/КТ»).

Особенности ОФЭКТ/КТ-диагностики позволяют получать функциональное изображение органов и процессов, протекающих в организме, с высоким пространственным разрешением, а также дают возможность отслеживать распределение в организме биологически активных соединений, меченных позитрон-излучающими радиоизотопами.

Новые «модные» медицинские методики требуют к себе более продуманного и взвешенного подхода. Не всё модное – полезное и экономичное. Любая новая медицинская технология должна доказать свою эффективность на практике. И, конечно, никакая техника не заменит человека, врача. Робот не оперирует. Он помощник. Он не наделён возможностью принимать ответственное решение. Эта функция остается за человеком.

Новейшие информационные и компьютерные системы должны освободить врача прежде всего от монотонной, однообразной, часто примитивной работы. К примеру, бумажной, которая занимает иногда до трети рабочего времени медицинского работника.

В госпитале сформировано единое информационное пространство, которое включило в себя создание стандартного информационного программного интерфейса обмена в системах, автоматизирующих медицинские процессы госпиталя, создание подсистем функциональных отделений (например, «Поликлиника», «Переливание крови», «Лечащий врач», «Медснабжение») в составе автоматизированной информационной системы; внедрение в филиалах госпиталя подсистем «Приёмное отделение» и «Медицинская часть» и многое другое.



Серьёзным испытанием для всех подразделений госпиталя стали мероприятия по противодействию новому опасному заболеванию, охватившему буквально весь мир, – коронавирусной инфекции (2019-nCoV).

С первых дней пандемии был организован строгий контроль за санитарно-противоэпидемической обстановкой в госпитале и выполнении профилактических мероприятий, направленных на недопущение заболеваемости военнослужащих и гражданского персонала.

Оперативно был определён детальный алгоритм действий медперсонала в различных ситуациях, проработаны вопросы немедленной изоляции лиц с подозрением на заболевание от сослуживцев, госпитализации и лечения в стационарных условиях, установления медицинского наблюдения за контактными лицами. Все делалось для того, чтобы, как говорится, «на корню», в зародыше пресечь возможное возникновение и распространение опасной инфекции.

Сотрудники и специалисты нашего госпиталя работают в тесном взаимодействии с органами управления здравоохранения Москвы и Московской области, а также с территориальными управлениями Роспотребнадзора. Это касается решения вопросов, связанных с мониторингом, профилактикой и лечением заболеваний, вызванных инфекцией, а также лабораторной диагностикой биологического материала от больных. Санитарные врачи госпиталя имени А.А. Вишневого и его филиалов принимают активное участие в заседаниях различного рода региональных оперативных штабов.

За время борьбы с пандемией более 6 тысяч пациентов прошли лечение от коронавирусной инфекции в госпитале имени А.А. Вишневого и его филиалах.

В настоящее время мы понимаем новую коронавирусную инфекцию не как просто инфекционное заболевание, а как глобальную мультидисциплинарную проблему, требующую комплексного подхода и специалистов различного профиля.

Основными принципами работы врачей 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого является чуткое и внимательное, профессиональное отношение к пациенту, создание атмосферы сотрудничества и партнёрства в работе, широкое внедрение новейших медицинских технологий и других достижений науки. Слагаемые этих принципов в конечном результате формируют фирменный стиль и фирменный бренд госпиталя, позволяют надеяться на то, что военный госпиталь имени А.А. Вишневого и впредь будет оставаться одним из ведущих медицинских центров Российской Федерации, самым большим и успешным военно-медицинским учреждением Министерства обороны России.

И последнее: как говорится, «медицина слагается из науки и искусства, а над ними простирается чудесный покров героизма».

Это действительно так. Наше подвижническое служение, самоотверженность и ежедневный труд без права на ошибку равносильны подвигу, незаметному и даже будничному героизму, который вот уже более полвека совершает дружный, творческий, умный и доброжелательный коллектив нашего славного госпиталя. За что ему большое спасибо и низкий земной поклон!

Александр Есипов,
начальник 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого,
генерал-майор медицинской службы,
заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук





БОГОМ ДАННЫЙ ХИРУРГ!

Святитель Лука – народный глазной врач

Войно-Ясенецкий (святитель Лука) был разносторонним врачом-хирургом. Являясь умным, наблюдательным человеком, интересующимся широкими областями жизни и стремящимся помочь людям в любой ситуации, Валентин Феликсович не мог обойти стороной такой пласт медицины, как глазные болезни.

О малоизвестном вкладе святителя Луки в развитие отечественной офтальмологии редакция «Военно-медицинской газеты» попросила рассказать начальника офтальмологического центра 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого кандидата медицинских наук, врача высшей категории, полковника медицинской службы Александра СЕРИКА.

В.Ф. Войно-Ясенецкий прекрасно владел хирургическим и консервативным методами лечения заболеваний глаз. В его «арсенале» были и экстракция катаракты, и оптическая иридэктомия, и операция Сапезко (пересадка слизистой губы для лечения заворота век и трихиазы, как следствие трахомы) вместе с другими глазными операциями того времени. Некоторые операции он выполнял по собственной методике, как, например, экстирпация слезного мешка при гнойном дакриоцистите. Такой операцией (но по методу Кнаппа) в России владел только выходец из кафедры Военно-медицинской академии, заведующий кафедрой офтальмологии Ленинградского института усовершенствования врачей проф. Г.Е. Выгодский.

Оканчивая медицинский факультет Киевского университета Св. Владимира осенью 1903 г., он заявил о том, что намерен быть земским врачом, чем очень удивил своих товарищей. Они с широко открытыми глазами сказали: «Как, Вы будете земским врачом?! Ведь Вы учёный по призванию!». «Я был обижен тем, что они меня совсем не понимают, ибо я изучал медицину с исключительной целью быть всю жизнь деревенским, мужицким врачом, помогать бедным людям».

Зная, каким бедствием для народа являются глазные болезни, он сразу после окончания медицинского факультета Киевского университета Св. Владимира осенью 1903 г. стал посещать офтальмологическую клинику, созданную выпускником Военно-медицинской академии и организатором журнала «Вестник офтальмологии» профессором В.А. Ходиным.

Овладев практически всеми глазными операциями того времени, Войно-Ясенецкий хотел получить как можно больше практических навыков и, по словам его сестры Виктории, превратил на какое-то время квартиру семьи в глазной лазарет. «Больные лежали в комнатах, как в палатах. Валентин лечил их, а мама кормила». По существу это было нечто вроде бесплатной частной глазной клиники.

В результате именно слава В.Ф. Войно-Ясенецкого как глазного врача и офтальмохирурга на первых порах его деятельности в земствах возрастала наиболее стремительно, так что он был даже не в состоянии принимать всех желающих прооперировать глаза.

Слава о замечательном докторе, когда он работал земским врачом, настолько распространилась, что на прием к нему шли больные не только из ближайших мест, но даже из соседних губерний. Один нищий, к которому после операции вернулось зрение, собрал слепых со всей округи, и они длинной вереницей выстроились в ожидании медицинской помощи. Как говорили о нём современники: «Войно-Ясенецкий – это было явление! Богом данный хирург. Он был хирургом широкого профиля и мог операции выполнять и полостные, и глазные, и другие».

В 1916 году Войно-Ясенецкий защитил в Москве докторскую диссертацию и пришёл к мысли изложить свой богатейший опыт земского хирурга по гнойной хирургии, который реализовался в 1934 г. в «Очерках гнойной хирургии». В этой книге гнойным заболеваниям глаза уделена, казалось бы, всего одна глава, каких-то семь страниц. Но за этим кроется огромный опыт, многолетний труд, тысячи сохраненных глаз.

Войно-Ясенецкий долгие годы посвятил изучению гнойных язв роговицы. «Болезнь-ослепительница» конца XIX – начала XX века, трахома, широко распространенная среди крестьян вследствие грязи, нищеты, постоянной задымленности в избах, которые топились по-черному, поражала сотни тысяч людей: начинали слезиться и воспаляться глаза, наступала слепота.

В «Очерках гнойной хирургии» он описывает характерную микротравму – повреждение колосыми во время жатвы – как наиболее частый фактор развития гнойной язвы роговицы, подчеркивая более высокую вероятность развития этого заболевания у сельского населения.

Войно-Ясенецкий был сторонником активного хирургического лечения гнойных язв роговицы. Он сам провёл тысячи офтальмологических операций, возвращал зрение пациентам, считавшимся слепыми, излечивал целые семьи. Консервативному лечению, по его мнению, подлежали только неглубокие, спокойно протекающие язвы. Настоящее же гнойное воспаление роговицы в большинстве случаев требовало оперативного лечения. С высочайшей точностью, в мельчайших подробностях обоснована и описана техника проведения разреза роговицы при гнойных воспалениях глаза. Даны рекомендации по применению разрезов той или иной конфигурации для дренирования гнойного очага, снижения внутриглазного давления как фактора, провоцирующего прогрессирование язвы.

Изучая гнойные поражения роговицы, в своих наблюдениях он пришёл к выводу, что во многих случаях причина заболевания кроется в воспалении слезного мешка. Он предложил лечение таких язв начинать с удаления поражённого слезного мешка, настаивая на неотложности этой операции, разработал методику такого удаления, инициировал организацию кратковременных курсов для врачей, что называл «делом огромной важности», на которых бы они познакомились с производством разреза роговицы, удаления слезного мешка и пересадкой слизистой на веко. Эти 3 операции, по мнению Валентина Феликсовича, «вполне доступны каждому практическому врачу в самых глухих углах». Свои идеи он успешно пропагандировал ещё в 1922 г. на I научном съезде врачей Туркестана, по результатам которого профессорам Трубину и Войно-Ясенецкому было поручено составить практическое руководство по глазным болезням для врачей края, и не его вина, что он не смог выполнить это задание коллег.

С 1923 г. начался тяжёлый почти 20-летний период пребывания в тюрьмах и ссылках, порою невероятно тяжёлых. И где бы он ни был, продолжал работать врачом, выполнял операции, в том числе глазные. Повсюду (в том числе и в ссылке) он возил с собой набор офтальмохирургического инструментария и маленький стерилизатор для него.

Возвращаясь по Енисею из очередной ссылки, он встретил одного тунгуса, которому во время следования на север сделал пересадку слизистой с губы, так как тунгус был полуслепым от трахоматозного заворота век. Оказалось, что тунгус снова стал охотником и метким стрелком. Вообще лечение северного населения от трахомы в период ссылок особенно удавалось ему.

Глазные болезни были личной темой для Войно-Ясенецкого. В 1934 г. в Андижане он заболевает лихорадкой папатачи, которая на фоне имеющейся близорукости приводит к осложнению: отслойке сетчатки левого глаза и помутнению стекловидного тела правого глаза. Дважды левый глаз был оперирован известнейшим профессором Одинцовым, но, к сожалению, безрезультатно. В то время такие операции только осваивались. Левый глаз ослеп. С 1947 г. зрение единственного правого глаза тоже стало ухудшаться. В 1958 г. архиепископ Лука окончательно ослеп от катаракты, осложненной глаукомой на фоне сахарного диабета.

Но, как вспоминают современники, даже такой недуг не мешал Владыке совершать богослужения, без посторонней помощи он входил в храм, прикладывался к иконам, наизусть читая молитвы и Еван-

гелие и произнося проникновенные проповеди. По квартире он тоже передвигался сам, брал нужные вещи, отыскивал книги. В течение трёх лет, будучи полностью слепым, продолжал руководить Симферопольской епархией, в последнее время с помощью доверенных лиц, слушая, что ему читают, надиктовывая свои работы и письма. Практическую врачебную деятельность он оставил ещё в 1946 г., но продолжал помогать больным советами и иногда принимать пациентов, поражая местных врачей безошибочными диагнозами.

«Я принял как Божию волю быть мне слепым до смерти и принял спокойно, даже с благодарностью Богу».

Попутно отметим, что и как профессор медицины, и как священнослужитель Валентин Феликсович находился в добрых отношениях и переписывался с проф. И.П. Павловым, Л.А. Орбели, В.П. Филатовым и другими выдающимися медиками страны, в том числе офтальмологами.

Заслуги Валентина Феликсовича высоко оценены как светской властью, так и церковью.

В 1945 г. одновременно за архипастырскую деятельность и патриотические заслуги награждён правом ношения креста на клобуке и медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.».

А в феврале 1946 г. архиепископ Тамбовский и Мичуринский Лука за научную разработку новых хирургических методов лечения гнойных заболеваний и ранений, изложенных в его научных трудах, в частности «Очерки гнойной хирургии», в которой уделено место и гнойным заболеваниям глаза, стал лауреатом Сталинской премии I степени, получив 200 тысяч рублей, 130 тысяч из которой сразу же пожертвовал на нужды детей, пострадавших в войну.

По стопам отца, профессора Войно-Ясенецкого, пошли его дети: дочь Елена (врач-эпидемиолог в Ташкенте), сыновья Михаил (патологоанатом, заведующий лабораторией Всесоюзного института экспериментальной медицины в Ленинграде), Алексей (один из ведущих биологов страны, ученик Орбели, проводил исследования воздействия полётов на нервную систему лётчиков, работы его использованы в космонавтике).



Валентин Валентинович Войно-Ясенецкий (справа) и академик-офтальмолог В.П. Филатов

Непосредственно с офтальмологией был связан еще один его сын – Валентин Валентинович Войно-Ясенецкий – доктор медицинских наук, профессор офтальмологии, выдающийся отечественный специалист по патогистологии глаза, руководитель лаборатории Одесского НИИ ГБ и тканевой терапии им. В.П. Филатова. Он автор более 100 научных статей и книг, имел множество учеников, среди которых 4 доктора медицинских наук и более десятка кандидатов. Его работы имели большое значение в области изучения явлений тканевой совместимости.

Александр Серик,
начальник офтальмологического центра
3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого



Потерявший зрение архиепископ Лука в сопровождении своей пасты



СНЯЛИ КАМЕНЬ С СЕРДЦА

Уникальную операцию по вызволению сердца из «панциря», образованного кальциевыми и известняковыми отложениями, провели кардиохирурги 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого.

В госпиталь поступил 37-летний мужчина, Руслан Т., с раздутым животом, отеками ног, сердце которого не справлялось с перекачкой крови по организму.

— Из перикардовой сумки образовалось что-то напоминающее яичной скорлупы, но со стенками толщины и прочности страусиного яйца. Я бы сравнил это с камнем. Он врастал в сердечную мышцу. Приходилось молоточком стучать по сердцу и очень аккуратно по миллиметру отделять его кусочек за кусочком. Операция длилась пять часов. Я в своей практике сталкиваюсь с таким случаем всего второй раз. Первый был 30 лет назад, — рассказал начальник кардиохирургического центра госпиталя, профессор Александр Лищук.

Сложность операции заключалась в том, что сердечная мышца была под толстым слоем кальциевого отложения.

Чтобы добраться до нужной области, необходимо было избавиться от плотного «панциря», который покрывал полностью всё сердце. С такой ювелирной работой успешно справилась бригада кардиохирургов под руководством начальника центра кардиохирургии, доктора медицинских наук, профессора Александра Лищука.

Через двое суток после операции пациент уже был переведён в палату и смог самостоятельно передвигаться...

— Спасибо, что жив, — говорит Руслан. — в госпитале Вишневого — лучшие врачи в мире!

Кстати, Руслан Т. не имеет отношения к военной профессии и лечился в госпитале по полису обязательного медицинского страхования. 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Министерства обороны РФ работает в системе ОМС уже несколько лет.

Татьяна Петрова



Профессор Александр Лищук (в центре) в гибридной операционной госпиталя

Редакция «Военно-медицинской газеты» попросила более подробно рассказать о довольно редком кардиологическом заболевании, причинах возникновения «панцирного сердца», клинической картине, диагностике, истории и эффективности его лечения заслуженного врача РФ, доктора медицинских наук Владимира Бакшеева.

ПЕРИКАРДЭКТОМИЯ ПРИ КОНСТРИКТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ

Констриктивный перикардит (от лат. constrictio – сжатие) – тяжёлое последствие хронического воспаления перикарда, приводящее к снижению заполнения кровью желудочков сердца и нарушению их функционирования [Гиляревский С.Р., 2004].

Констриктивный перикардит (КП) характеризуется уплотнением и утолщением листков перикарда, облитерацией его полости, часто с кальцификацией (в 50% случаев) и формированием так называемого «панцирного сердца» [Герке А.А. 1950], приводящим к сдавлению камер сердца и ограничению их наполнения в период расслабления сердца (диастолы).

Прячась в тени основного заболевания, перикардит не всегда распознается при жизни и потому чаще является находкой патологоанатома. Однако, по мнению кардиохирургов, раннее выявление и патогенетическое лечение острых перикардитов снижает частоту развития хронических форм заболевания, которые имеют тяжёлое течение и приводят к инвалидизации [Шевченко Ю.Л., 1999].

«Cor testaceum»¹ – панцирное сердце с резко утолщённым, уплотнённым и обызвествлённым перикардом наблюдается в исходе спаечного перикардита. Панцирное сердце при компьютерном изображении выглядит как «сердце в яичной скорлупе», поэтому в англоязычной литературе его называют «Heart in an eggshell».

ПРИЧИНЫ

Как правило, перикардит вторичен и возникает на фоне или после перенесенных заболеваний (инфаркт миокарда, инфекционный эндокардит, пневмония, плеврит, тромбоэмболия лёгочной артерии), или является проявлением инфекционных (туберкулёз, сепсис и др.), системных заболеваний соединительной ткани (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, склеродермия и др.), аутоиммунных заболеваний, опухолей (кровенворной системы, лёгких,

молочной железы) и других процессов (хронические заболевания почек с развитием уремии, микседема [снижение функции щитовидной железы], радиационная терапия), закрытые травмы сердца. Отметим, что из-за растущего количества кардиохирургических операций (чрескожные коронарные вмешательства, установка кардиостимуляторов, катетерные абляции, пересадка сердца) послеоперационный перикардит в настоящее время нередко становится причиной развития констриктивного перикардита [Bertog S.C., 2004, Демин А.А., 2016].

В клинике перикардит диагностируют достаточно редко – в 0,1% случаев, его частота по данным аутопсии составляет 3-6%. Мужчины заболевают в 1,5 раза чаще, чем женщины.

Болеют преимущественно мужчины в возрасте 20-50 лет, что составляет 50-80% от всех болеющих констриктивным перикардитом [Гогин, 2011].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Драматическая картина может развиваться исподволь. На фоне отсутствия жалоб якобы выздоравливающего или «здорового» больного постепенно начинает развиваться слабость, утомляемость, снижение систолического артериального давления, что заставляет пациента обратиться к врачу. Последний находит признаки левожелудочковой сердечной недостаточности (отёк лёгких, двусторонний плевральный выпот, одышка при физической нагрузке, вынужденное положение сидя, опираясь на руки) и в далеко зашедших случаях признаки сердечной недостаточности по правому желудочку (жидкость в брюшной полости [асцит], отёки нижних конечностей, увеличение печени). Врачи знают, что когда к болезни подключается правый желудочек, который считается «мозгом сердца», то до финальной развязки уже недалеко и нужная срочная квалифицированная интенсивная комплексная помощь.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика основана на клиническом обследовании и инструментальных методах исследования. Обращают внимание на: «малое, тихое, чистое сердце», которое при выслушивании как бы и не слышно; ранний III тон – перикард-тон, высокое венозное давление (в яремных венах); Симптом Куссмауля – усиление набухания яремных вен на высоте вдоха; урежение (вместо учащения) пульса во время вдоха, снижение артериального давления, увеличение печени и нарушение ее функции, асцит, отёки нижних конечностей.

Электрокардиограмма характеризуется низким вольтажом зубцов QRS, отражающих сокращение сердца, наличием фибрилляции предсердий в 30-50% случаев.

Рентгенография позволяет выявить отложение извести по контуру сердца («панцирное сердце»). Экстраперикардальные спайки с плеврой и диафрагмой.

При компьютерной томографии и магниторезонансной томографии обнаруживают кальцинированный и утолщённый перикард.

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА

Существование констриктивного перикардита (КП) было известно на протяжении многих веков. Ещё в 1649 г. французский анатом Riolan J. (1580–1657) предсказал, что однажды хирург сможет освободить сердце от удушья [Riolan J. 1649].

В 1669 г. английский врач Lower Richard (1631–1691) описал пациента с одышкой и прерывистым пульсом у пациента с сужающимся перикардитом [Lower R., 1669].

Кальцификацию перикарда впервые описал швейцарский анатом Albrecht von Haller (1708–1777) [Haller A. 1755].

¹ Testaceum – вид стеной кладки в древнеримской архитектуре, при которой внешние стены выкладывались из обожжённого кирпича, а между ними заливался бетон, в который также выкладывался слой кирпича. Такие стены становились самыми крепкими и устойчивыми.



В 1842 г. английский врач Norman Chevers (1818–1886) был первым, кто чётко представил клиническую картину хронического КП [Chevers N., 1842].

В том же году ирландский врач Dominic Corrigan (1802–1880) описал перикард-тон при слипчивом перикардите – третий сердечный тон, который объясняется внезапным прекращением наполнения желудочков из-за перикардального сращения – панциря, ограничивающего дальнейшее увеличение объёма.

В 1873 г. немецкий терапевт Kussmaul A. (1822–1902) описал парадоксальный артериальный пульс при медиастиноперикардите [Kussmaul A., 1873].

Эпоним «болезнь Пика» был присвоен констриктивному перикардиту с асцитом и гепатомегалией (увеличение печени) в 1896 г. [Pick F., 1896].

Предсказание известного французского педиатра E. Weill (1858–1924) в 1895 г. (через 2 столетия после предсказания Riolan J., 1649) о том, что хирурги однажды освободят сердце от оболочки, которая душит его при сужающемся перикардите, привело в последующие годы к развитию хирургии перикарда [Weill E., 1895].

В 1898 г. французский военный врач и хирург Delorme E. (1847–1929) предложил удаление утолщённого фиброзного перикарда в качестве лечения выбора при констриктивном перикардите.

После этих ранних описаний болезни последовала чрезвычайная задержка, прежде чем было показано, что клинический диагноз поставить несложно и что хирургическая коррекция возможна, что и было показано в лекции одного из основателей Американской Ассоциации Сердца Пола Дадли Уайта в 1935 г. [White P.D., 1935].

О констриктивном перикардите как осложнении кардиохирургических операций впервые было сообщено в 1972 г. [Kendall M.E., 1972].

С 1982 г. Isner J.M. и соавт. в диагностике КП стали использовать компьютерную томографию (КТ), а в 1985 г. Soulen R.L. et al. опубликовал результаты магниторезонансной томографии при данной болезни.

ПЕРИКАРДЭКТОМИЯ

Идея разделения перикардиально-сердечных сращений оперативным путем была впервые высказана в 1898 г. Delorme E. Практического применения операция декортикации сердца (перикардэктомии) в то время не получила, т.к. представлялась слишком рискованной, а существовавшие терапевтические методы лечения еще не расценивались как абсолютно безуспешные.

Перикардэктомия при КП была впервые успешно выполнена в 1913 г. немецким хирургом Ludwig Rehn и впоследствии рассматривалась как лечебная, а не паллиативная процедура.

Первая успешная перикардэктомия в США выполнена Churchill E.D. в 1929 г. [Churchill E.D., 1929].

Большое распространение среди отечественных хирургов операция получила после опубликования А.Н. Бакулевым и Ю.Ю. Джанелидзе в 1948 г. сво-

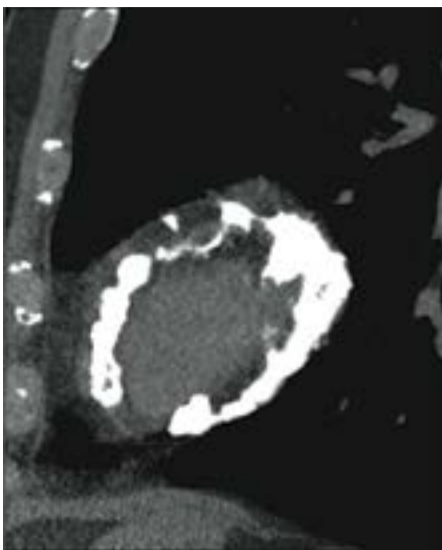


Рис. 1. КТ-изображение сердца. Видны обызвествлённые листки перикарда



Рис. 2. На операции: кальцинированный перикард («панцирное сердце»)



Рис. 3. Удаленные фрагментарные листки перикарда

их наблюдений [Волинский З.М., Гогин Е.Е., 1964]. Вопрос о хирургическом лечении слипчивых перикардитов специально обсуждался в 1955 г. на 26-м Всесоюзном съезде хирургов (г. Москва). Профессор Марк Адольфович Хелимский (1898–1970) – один из пионеров сердечно-сосудистой хирургии в Хабаровском крае, выполнил первую операцию перикардэктомии в 1955 г.

Совершенствование раннего распознавания заболевания и техники оперативных вмешательств позволяет снижать послеоперационную летальность. Так, по сводным данным советских хирургов, она равна 18,8%. Выздоровление и улучшение отмечено в 71%. По данным зарубежных хирургов, эти цифры соответственно равны 22,3 и 70% [Стуккей А.Л., 1959].

Необходимо подчеркнуть, что единственным методом лечения «панцирного сердца» является его хирургическая коррекция [Vistarini N., 2015]. Медикаментозная терапия симптомов сердечной недостаточности может улучшить симптомы в лёгких случаях, однако именно перикардэктомия является единственным способом обратить вспять физиологию констрикции [Bertog S.C., 2004].

В Российской Армии такие операции выполняются редко и являются прерогативой центральных госпиталей Министерства обороны России. Так, в 3 ЦВКГ под руководством начальника кардиохирургического центра профессора А.Н. Лищука (операционная бригада: хирурги А.Н. Колтунов, Г.А. Есион, И.Г. Карпенко, операционная медсестра И.В. Самсонова) в 2021 г. была выполнена перикардэктомия при «панцирном сердце» пациенту 37 лет, перенесшему острое воспалительное заболевание и вовремя не обратившемуся к врачу. До операции фракция выброса (ФВ) крови из левого желудочка была 32%, сразу после освобождения из «каменных оков» она увеличилась до нормы (45%). При проведении эхокардиографии обращает внимание сниженный конечно-диастолический размер левого желудочка (4,0 см при норме 4,6–5,7 см)

и нормальный конечно-систолический размер ЛЖ 3,4 (в норме от 3,1 до 4,3 см). Таким образом, у пациента была нарушена функция расслабления ЛЖ. «Панцирь» (или «яичная скорлупа») не давал сердцу полностью расслабиться и обеспечить нормальную сократительную функцию, что в клинике и проявлялось как «малое, тихое, чистое сердце». На рисунке 1 видно, что сердце находится в т.н. «яичной скорлупе». На рисунке 2 (во время операции) показан белесоватый «панцирь», покрывающий сердце, а на рисунке 3 – «камешки» (кальцинированные листки перикарда), от которых хирурги освободили сердце пациента.

ПРОГНОЗ

Смертность от хирургического вмешательства при КП находится в пределах 5–15%. Так, Murashita T. и соавт. опубликовали результаты перикардэктомии, выполненной по различным показаниям с 1936 г. в клинике Майо, которые показали, что до 1990 г. 30-дневная смертность составила 13,5%, после 1990 г. – 5,2%. Тем не менее 5- и 10-летняя выживаемость оставляет желать лучшего. И это, скорее всего, зависит от основного и сопутствующих заболеваний пациентов, перенесших перикардэктомию.

В большинстве случаев после проведенной перикардэктомии наступает выраженное улучшение.

Таким образом, сердце и его оболочки чувствительны ко всему, что происходит с организмом. «Панцирное сердце» – это полный драматизма заключительный этап множества болезней, которое сковывают жизнь сердца и мешают ему проявиться во всей своей красе» (В. Визоб).

И в данном случае «клин клином» не вышибается. Нужно во время обращаться к врачу, выполнять его рекомендации, чтобы не довести себя до операции.

Безусловно, хирурги спасут жизнь больного, но дальше жизнь свою спасает уже сам пациент. И в этом ему поможет врач, который научит, как это сделать.

НАШИ НАСТАВНИКИ

НА ЗАСЛУЖЕННЫЙ ОТДЫХ

В 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого торжественно проводили на заслуженный отдых высококвалифицированного врача-кардиолога и нефролога Валентина Егоровича Никулова.



Валентин Егорович в 1959 г. окончил Саратовский медицинский институт и был призван в армию, где служил на различных должностях в полковом медпункте и гарнизонном госпитале. В 1972 г. после окончания ВМедА имени С.М. Кирова назначен на должность старшего ординатора 12-го кардиологического отделения 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого. С 1975 г. – начальник 17-го нефрологического отделения, которое он создавал, комплектовал кадрами и организовывал работу по диагностике и лечению больных.

Большую благодарность Валентину Егоровичу за его труд и усердие в службе выразил начальник госпиталя генерал-майор медицинской службы Александр Есипов.

– Очень жаль расставаться с таким замечательным доктором, отличным специалистом, прекрасным че-

ловеком. Но двери госпиталя всегда остаются открыты для каждого нашего ветерана, ведь они отдали любимому медицинскому учреждению не один десяток лет. Они должны знать: им всегда здесь рады, – сказал Александр Владимирович.

Много тёплых слов и добрых пожеланий в адрес ветерана прозвучало от главного терапевта Министерства обороны Российской Федерации Михаила Паценко заместителя начальника госпиталя по медицинской части Александра Павлова, главного терапевта госпиталя Александра Прохорчика, главного хирурга госпиталя Руслана Долгих.

В ответном слове Валентин Егорович Никулов поблагодарил коллег и руководство за оказанное доверие и годы плодотворного сотрудничества, пожелав сотрудникам госпиталя успехов в работе и здоровья.

Надежда Антоюк



У ХИРУРГОВ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ!

В филиале № 6 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого открылось хирургическое отделение

Хороший подарок к Дню медицинского работника коллективу филиала №6 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого сделали военные строители. После тридцати лет эксплуатации было отремонтировано хирургическое отделение в главном корпусе филиала. Благодаря инициативе руководства учреждения и слаженной работе всего трудового коллектива вместе со строительной организацией удалось за короткий период провести масштабные работы, отремонтировать помещения, приобрести и установить необходимое для работы оборудование. Все вместе это позволяет открывать новые возможности в деятельности филиала.

Уникальность хирургического отделения состоит в том, что создавалось оно как отделение для лечения пациентов оториноларингологического, офтальмологического, стоматологического профилей.

Трудовой коллектив сумел сохранить традиции отделения. Начальник отделения майор медицинской службы Сергей Бурцев, выпускник ординатуры Военно-медицинской академии, за короткий промежуток времени сумел сплотить коллектив единомышленников. Он успешно освоил вторую специальность «ультразвуковая диагностика».

Полковник медицинской службы в отставке Владимир Никифоров является специалистом оториноларингологом высшей категории. Под его началом проходили обучение специалисты, которые

в дальнейшем продолжают свою работу в лучших клиниках страны. Талант врача и педагога позволил с успехом осваивать в отделении современные методы диагностики и лечения ЛОР-патологии.

Церемония открытия отделения была приурочена к профессиональному празднику – Дню медицинского работника и состоялась 11 июня, в день памяти Святителя Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Симферопольского и Крымского, врача-хирурга. Церемонии открытия предшествовала церемония освящения хирургического отделения, которую провёл отец Константин – настоятель Храма Святителя Николая.

На неё были приглашены не только коллектив филиала и строители, но и руководители 16 ЦВСГ, стоявшие у истоков организации медицинской помощи в гарнизоне: заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук Радик Таминдаров (начальник медицинской службы госпиталя с 1988 по 2009 г.), начальник гарнизона доктор военных наук, кандидат химических наук, полковник Валерий Иноземцев. Среди гостей в этот день были главный врач Вольской районной больницы Михаил Сахаров и другие.

Начальник филиала № 6 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого Петр Жирун в своём выступлении отметил, что такой ремонт отделения открывает новые возможности перед специалистами филиала. А для пациентов созданы комфортные



Коллектив филиала № 6 3 Центрального военного клинического госпиталя имени А.А. Вишневого и почетные гости

условия для получения лечения. Руководитель филиала от лица всего трудового коллектива поблагодарил всех, кто участвовал в этой работе, вручил благодарственное письмо генеральному директору ООО «Строй Пром Гарантия» Василию Уманцу. Вместе с ним и начальником отделения майором медицинской службы Сергеем Бурцевым была перерезана красная лента, открывая путь для лечения в филиале пациентов с заболеваниями хирургического профиля по оториноларингологии, офтальмологии.

После церемонии открытия начальник отделения провел для всех гостей экскурсию. Он с гордостью продемонстрировал палаты и вспомогательные помещения, отделанные современными высокотехнологичными материалами. Теперь в составе отделения появились палаты повышенной комфортности, палаты люкс на одного-двух человек.

Отделение укомплектовано новым оборудованием для эндоскопического обследования и лечения ЛОР-патологии, имеется диагностический микроскоп, эндоскоп, фиброларингоскоп.

Хотелось бы так же отметить, что филиал № 6 военного госпиталя имени А.А. Вишневого продолжает свою работу в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Все, кому необходима специализированная медицинская помощь, при наличии полиса ОМС могут лечиться в филиале бесплатно.

Благодаря содействию начальника 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого генерал-майора медицинской службы Александра Есипова имеется возможность получить консультацию регулярно приезжающих столичных специалистов и даже получать лечение в Москве.

Владимир Корзовых,
заместитель начальника филиала
№ 6 ФГБУ 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого
по медицинской части



Открытие нового отделения



Сотрудники 2-го хирургического отделения.
В центре – начальник отделения майор м.с. Сергей Бурцев

ПО ТРУДУ И ЧЕСТЬ!

С УДОВОЛЬСТВИЕМ ХОЖУ НА РАБОТУ!

19 июня свой юбилейный день рождения отметила старшая медицинская сестра Центра переливания крови заслуженный работник здравоохранения РФ Зоя Петровна Щеголькова. Её трудовой стаж в медицине – выше 60 лет, 54 года из которых – в Центральном военном клиническом госпитале имени А.А. Вишневого.



– Зоя Петровна, почему Вы выбрали профессию медицинской сестры?

– Честно говоря, сначала думала, что пойду по стопам своих родителей, они у меня железнодорожники. Но потом решила, что буду медицинским работником – помогать людям буду, спасать их. И ни разу об этом не пожалела. Понимаю, что это мое.

Окончила 18-е Московского городского медицинского училище, затем устроилась на работу в больницу Министерства путей сообщений медицинской сестрой на постоперационном посту. Работа требовала мгновенной реакции и готовности к любым неожиданностям. Тут и колебания давления, и за сердечными сокращениями, и за дыханием нужно следить – всё требует огромного внимания. Работа нравилась и приносила моральное удовлетворение. Во многом благодаря этой практике приобрела жизненный опыт, который необходим и до сих пор.

– Есть такое выражение: каждая медсестра мечтает быть врачом. У Вас не было такого желания?

– Конечно, было. После школы не получилось поступить в мединститут, а после медучилища уже не решилась. Не до того – уже были налаженный быт, семья... Но я совершенно не

жалею, потому что чувствую себя на своём месте. То, что теоретически учила в училище, это одно. А когда начинаешь работать на практике, сразу много опыта приходит, которым с радостью делюсь с молодым поколением, обучая его своим навыкам.

– Какими качествами, на ваш взгляд, должна обладать хорошая медсестра?

– Надо любить свою профессию. Уверена: и медикам, и учителям нужно просто любить людей. И тогда само по себе у тебя будут и терпение, и чуткость, и доброта, и готовность в любой момент прийти в любой жизненной ситуации на помощь. В медицине точно должно быть только так.

– Зоя Петровна, как старшая медицинская сестра какие наставления даёте своим подчинённым?

– Коллектив нашего центра – это одна семья, где все понимают друг друга с полуслова. У нас создана такая обстановка, что все мы с удовольствием ходим на работу. После работы можем посидеть, попить вкусного чая и посмеяться, чтобы не нести домой негатив. Когда у кого-то из коллектива случаются стрессовые ситуации, мы друг другу всегда помога-

ем. Особых наставлений никто никому не дает. Всё делаем вместе.

– Свой юбилей Вы встречаете красивой, здоровой. Как удается так отлично выглядеть?

– Спасибо, приятно слышать. Стараюсь следить за своим здоровьем. Регулярно сдаю анализы. Питаюсь правильно. Никогда не придерживалась каких-либо диет. Ем все, но понемногу. И очень много двигаюсь. Раньше занималась йогой, дочь у меня профессиональный тренер по йоге. А сейчас стараюсь много ходить пешком. Люблю позитивных открытых людей. Читаю интересные книги. И... гуляю с правнуком. Ему три месяца, но он уже узнает прабабушку и улыбается мне.

– Зоя Петровна, от всего коллектива Центра переливания крови и от себя лично разрешите поздравить Вас со значимым юбилеем! Крепкого Вам здоровья, счастья и добра!

За чашкой чая вопросы задавала
Юлия Герасимова,
заведующая отделением заготовки крови
и компонентов крови подвижное,
врач-трансфузиолог



КОВИД НАМ НЕ БЕДА, ЕСЛИ ДИЕТА ХОРОША

Весна закончилась, лето началось. Многие воспринимают это время года с оптимизмом, как возрождение природы, другие — с усталостью, накопившейся за далеко не самый комфортный сезон года. Тем более как в ушедшем 2020-м и наступившем 2021 году никак не удастся побороть напасть, постигшую человечество, в виде страшной коронавирусной пандемии. На борьбу с этой болезнью направлены огромные силы и средства государств, нацелены лучшие умы мирового и отечественного здравоохранения. Свою лепту в помощь больным и выздоравливающим от поражения ковидом могут внести и врачи-диетологи. Редакция «Военно-медицинской газеты» попросила рассказать об особенностях антиковидного питания врача-диетолога 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого Сергей ЕРМОЛИНА.

Казалось бы, какое отношение имеет диета к лечению такого опасного инфекционного заболевания, как COVID-19? Имеет. Как говорил Гиппократ, «во всякой болезни сохранять вкус к еде — хороший признак, противоположное — дурной». Гиппократ. Значит, сохранение аппетита или появление его в процессе выздоровления может быть одним из важных признаков благоприятного возможного исхода заболевания. А что есть? Давно разработана диета, которая позволяет всем даже заболевшим тяжелыми инфекциями правильно составить свой рацион. Более того, соответствующей коррекции принципиально подвергся и сам подход к назначению питания.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 года № 330 с целью оптимизации лечебного питания, совершенствования организации и улучшения управления его качеством в лечебно-профилактических учреждениях вводится новая номенклатура диет (система стандартных диет), отличающихся по содержанию основных пищевых веществ и энергетической ценности, технологии приготовления пищи и среднесуточному набору продуктов.

Ранее применявшиеся диеты номерной системы (диеты №№ 1-15) объединяются или включаются в систему стандартных диет, которые назначаются при различных заболеваниях в зависимости от стадии, степени тяжести болезни или осложнений со стороны различных органов и систем.

Наряду с основной стандартной диетой и её вариантами в виде щадящей, высокобелковой, низкобелковой и низкокалорийной используются в том числе специализированные диеты: диета при активном туберкулезе и других тяжёлых инфекциях № 11.

Эта нижеприведенная диета и охватывает особенности питания в этот трудный период, которые можно рекомендовать с пользой для всех заболевших.

ДИЕТА № 11 — (ВЫСОКОБЕЛКОВЫЙ ВАРИАНТ ДИЕТЫ)



Показания: 1) истощение после инфекционных болезней (вирусных, бактериальных), операций, травм. Во всех случаях — при отсутствии поражений органов пищеварения (в случае наличия таковых следует сразу переходить на диету № 2, которая приведена ниже); 2) туберкулез лёгких, костей, лимфатических узлов, суставов при нерезком обострении или его затухании, при пониженной массе тела.

Общая характеристика: диета повышенной энергоценности с преимущественным увеличением содержания белков, особенно молочных, витаминов, минеральных веществ (кальций, железо и др.), умеренным увеличением количества жиров и углеводов. Кулинарная обработка и температура пищи обычные.

Режим питания: 5 раз в день.

Примерное меню диеты № 11. 1-й завтрак: салат из свежей капусты с яблоками со сметаной, омлет, каша овсяная молочная, чай с молоком. 2-й завтрак: сыр, чай. Обед: борщ на мясном бульоне со сметаной, курица жареная с отварным рисом, компот. Полдник: отвар шиповника. Ужин: зразы мясные, фаршированные луком и яйцом, морковное пюре, запеканка из гречневой крупы с творогом, чай. На ночь: кефир.

В период выздоровления будет полезен переход на 2-3 недели на другую диету, которую мы обычно рекомендуем для больных гастритами и другими хроническими кишечными заболеваниями, так как она рассчитана при таком подборе продуктов питания на лучшее усвоение необходимых питательных веществ, в том числе витаминов и минералов.

ДИЕТА № 2 — (ОСНОВНОЙ ВАРИАНТ ДИЕТЫ)



Показания: 1) хронический гастрит с секреторной недостаточностью при нерезком обострении и в стадии выздоровления после обострения; 2) острые гастриты, энтериты, колиты в период выздоровления как переход к рациональному питанию; 3) хронические энтериты и колиты после и вне обострения без сопутствующих заболеваний печени, желчных путей, поджелудочной железы или гастрита с сохранённой или повышенной секрецией.

Общая характеристика: физиологически полноценная диета с умеренным механическим щажением и умеренной стимуляцией секреции пищеварительных органов. Разрешены блюда разной степени измельчения и тепловой обработки — отварные, тушёные, запечённые, жареные без образования грубой корочки (не панировать в сухарях или муке). Протертые блюда — из продуктов, богатых соединительной тканью или клетчаткой. Исключают: продукты и блюда, которые долго задерживаются в желудке, трудно перевариваются, раздражают слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, очень холодные и горячие блюда.

Режим питания: 4–5 раз в день без обильных приемов пищи.

Примерное меню диеты № 2. Завтрак: яйцо всмятку, сыр, каша овсяная молочная, чай. Обед: бульон мясной с вермишелью, котлеты мясные жареные без панировки с морковным пюре, кисель. Полдник: отвар шиповника. Ужин: рыба заливная, пудинг из риса с фруктовой подливкой, чай. На ночь: кефир.

Для уже ранее больных, но поправивших своё здоровье рекомендуем диету № 15. Это самый общий вариант основных диет, которую используют даже не задумываясь об этом, практически все здоровые люди.

ДИЕТА № 15 — (ОСНОВНОЙ ВАРИАНТ ДИЕТЫ)



Показания: 1) различные заболевания, не требующие специальных лечебных диет, и без нарушений состояния пищеварительной системы; 2) переходная диета к обычному питанию в период выздоровления и после пользования лечебными диетами.

Общая характеристика: энергоценность и содержание белков, жиров и углеводов почти полностью соответствуют нормам питания для здорового человека, не занятого физическим трудом. Витамины вводят в повышенном количестве. Допускаются все способы кулинарной обработ-

ки пищи. Температура пищи обычная. Из диеты исключают наиболее трудноперевариваемые и острые продукты.

Режим питания: 4 раза в день.

Рекомендуемые продукты и блюда: хлеб пшеничный и ржаной, мучные изделия. Борщи, щи, свекольник, рассольник; молочные; овощные и крупяные супы на мясном, рыбном бульонах, отваре грибов и овощей; фруктовые. Мясные и рыбные блюда различного кулинарного приготовления; сосиски, сардельки, варёные колбасы. Молоко и молочные продукты в натуральном виде и в блюдах. Обязательное включение кисломолочных напитков. Яйца в отварном виде и в блюдах. Блюда из различной крупы, макаронных изделий. Овощи и фрукты в сыром виде и после тепловой обработки. Зелень, фруктовые и овощные соки, отвар шиповника и пшеничных отрубей. Чай, кофе, какао. Масло сливочное, коровье топленое, растительные масла; ограниченно — маргарины. Исключают: жирные сорта мяса, утку, гуся, тугоплавкие животные жиры, перец, горчицу.

А для людей, не сильно поправившихся, разработана низкокалорийная диета. Я и приведу ее ниже.

ДИЕТА № 8 — (НИЗКОКАЛОРИЙНАЯ ДИЕТА)



Показания: ожирение как основное заболевание или сопутствующее при других болезнях, не требующих специальных диет.

Общая характеристика: уменьшение энергоценности рациона за счет углеводов, особенно легкоусвояемых, и в меньшей степени — жиров (в основном животных) при нормальном или незначительном повышении содержания белка. Ограничение свободной жидкости, повышенной соли и возбуждающих аппетит продуктов и блюд. Увеличение содержания пищевых волокон. Блюда готовят варёные, тушёные, запечённые. Жареные, протёртые и рубленые изделия нежелательны. Используют заменители сахара для сладких блюд и напитков (ксилит и сорбит учитывают в энергоценности диеты). Температура блюд обычная.

Режим питания: 5–6 раз в день с достаточным объемом для чувства насыщения.

Примерное меню диеты № 8. 1-й завтрак: салат овощной с растительным маслом, творог нежирный, чай. 2-й завтрак: яблоки свежие. Обед: борщ вегетарианский со сметаной (1/2 порции), мясо отварное, капуста тушёная с растительным маслом, компот из сухофруктов без сахара (на ксилите). Полдник: творог нежирный с молоком. Ужин: рыба отварная, рагу из овощей, чай. На ночь: кефир нежирный.

Примечания: 1. При гипертонической болезни I-II стадии применяют диету № 15 гипонатриевую — вариант диеты № 15 с ограничением поваренной соли до 5–7 г в день. Пищу готовят без соли и подсаливают во время еды. 2. Меню диеты № 15 и № 15 гипонатриевой целесообразно комплектовать из подходящих блюд других диет.

Только диета не сможет помочь победить COVID-19, но внести свой вклад в укрепление иммунитета сможет.

И дай Вам Бог не заболеть коронавирусом, а заболевшим благополучно перенести эту болезнь. И прививайтесь, прививайтесь. Чтобы там ни говорили, удачные вакцины именно в России и есть.

Сергей Ермолин,
врач-диетолог 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого



ФОТОВЕРНИСАЖ

САМАЯ КРАСИВАЯ СТРАНА

Екатерина Майорова, клинический медицинский психолог филиала № 1 госпиталя имени А.А. Вишневецкого, — увлечённый человек. В кругу её интересов — история России, изучение прошлого и настоящего старинных русских городов, посещение во время отпусков мест и регионов, которые мы привыкли называть «глубинкой страны». Из таких поездок Екатерина каждый раз привозит много фотографий, на которых старается максимально

выразительно и достоверно запечатлеть прекрасные мгновения бытия, потрясающе красивые виды природы, памятники архитектуры.

Нынешняя подборка фотографий — это своего рода фотоотчет автора о его путешествии на северо-запад нашей огромной страны — в Карелию, на Старую Ладугу, Новгородскую область и озеро Селигер.

Василий Долин

ДАТЫ
Июль 2021 г.

- 6 июля** — Всемирный день кардиолога
- 6 июля 2011 г.** — в штат госпиталя введён Центр гастроэнтерологии и гепатологии
- 6 июля 1885 г.** — Луи Пастер впервые успешно применил на человеке вакцину против бешенства
- 8 июля** — Всемирный день борьбы с аллергией
- 13 июля 2010 г.** — в штат госпиталя введён Центр нейрохирургии
- 14 июля** — День памяти святых Космы и Дамиана Римских, покровителей врачей и хирургов
- 15 июля** — День гинеколога
- 20 июля 1968 г.** — главный хирург Минобороны СССР А.А. Вишневецкий выполнил в госпитале свою первую операцию — холецистэктомию
- 22 июля** — Всемирный день мозга
- 25 июля** — День зубного техника
- 28 июля** — Всемирный день борьбы с гепатитом

Август 2021 г.

- 1 августа** — Всемирный день борьбы с раком лёгких
- 1-7 августа** — Всемирная неделя поддержки грудного вскармливания
- 3 августа** — Международный день алопеции
- 4 августа 1805 г.** — специальным положением императора Александра I утверждён центральный орган военно-медицинского управления Российской Армии. Отмечается как день создания ГВМУ Минобороны РФ.
- 6 августа** — Международный день «Врачи мира за мир». Он отмечается в годовщину страшной трагедии — дня бомбардировки японского города Хиросима 6 августа 1945 г.
- 8 августа** — Международный день офтальмологии
- 11 августа** — Международный день здорового сердца
- 31 августа** — День ветеринарного работника России

НАГРАДЫ. ЗВАНИЯ

Указом Президента Российской Федерации от 23 марта 2021 года № 159 за большой вклад в борьбу с коронавирусной инфекцией (COVID-19), проявленную самоотверженность и высокий профессионализм, заместитель начальника госпиталя по медицинской части полковник медицинской службы **ПАВЛОВ Александр Игоревич** награждён **ОРДЕНОМ ПИРОГОВА**

Указом Президента Российской Федерации от 12 апреля 2021 года № 217 за заслуги в области здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу начальника кардиологического отделения кардиологического центра подполковнику медицинской службы **БЕЗНОСИК Жанне Александровне** присвоено почётное звание «**ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**»

Указом Президента Российской Федерации от 15 октября 2020 года № 628 за большой личный вклад в борьбу с коронавирусной инфекцией (COVID-19) старшая медицинская сестра отделения сосудистой хирургии **СТЕБУНОВА Марина Александровна** награждена **МЕДАЛЬЮ ЛУКИ КРЫМСКОГО**

