Перепроектирование, строительство и формирование Центрального военного госпиталя

У истоков принятия решения по строительству Центрального госпиталя стояли начальники медицин­ской службы ГУПВ КГБ СССР Василий Александрович Еремин и Виктор Алексеевич Алышев.

Решение Коллегии КГБ при СМ СССР о строительстве Централь­ного госпиталя Пограничных войск было принято 27 июня 1968 г. От момента принятия решения до от­крытия госпиталя прошло 15 лет.

Начальник госпиталя – Александр Прокопьевич Горячевский приступил к исполнению обязан­ностей 14 октября 1980 г. В течение первых четырех лет (до открытия госпиталя 1 марта 1984 г.) проходило перепроектирование, строи­тельство, оснащение и формирование первой очереди госпиталя.

Организационная структура Центрального госпиталя на 250 ко­ек была утверждена заместителем Председателя КГБ при СМ СССР в за­дании на проектирование 15 октября 1968 г. в составе следующих от­делений: приемного, двух терапевтических, хирургического, невроло­гического,гинекологического, дерматологического, специализированного, стоматологического, рентгеновского, физиотерапевтическо­го, патолого-анатомического отделений, клинико-биохимической ла­боратории и аптеки (Приложение 3).

Эта организационная структура Центрального госпиталя дубли­ровала структуру окружного госпиталя Пограничных войск и не соот­ветствовала требованиям головного лечебного учреждения, предназ­наченного для оказания специализированной медицинской помощи, способного осуществлять методическое руководство деятельностью окружных госпиталей. 25 апреля 1980 г., за полгода до прибытия на­чальника госпиталя, заместитель Председателя КГБ СССР утвердил за­дание на проектирование второй очереди строительства Центрально­го госпиталя на 330 коек со следующей организационной структурой, практически не отличающейся от предыдущей (табл. 19). И эта орга­низационная структура Центрального госпиталя была типичной для окружного госпиталя Пограничных войск, предназначенного для ока­зания квалифицированной медицинской помощи.

в результате проведенных научных исследований А.П. Горячевским были разработаны и представлены руководству Пограничных войск новая организационная структура Центрального военного гос­питаля на 700 коек и концепция его дальнейшего развития как головно­го многопрофильного специализированного лечебно-профилактиче­ского учреждения Пограничных войск, предназначенного для оказа­ния специализированной медицинской помощи (Приложение 4).

Разработанная новая структура госпиталя состояла из 17 специа­лизированных медицинских центров, объединивших отделения хи­рургического и терапевтического профилей, а также лечебно-диагно- стические отделения. 1 декабря 1981 г. Минздравом СССР строителям и проектиров­щикам Центрального госпиталя было предписано устранить все заме­чания начальника госпиталя по проекту и по структуре госпиталя на стадии корректировки рабочих чертежей. И только после этого начальни­ком Пограничных войск КГБ СССР была утверждена разработанная новая организационная структура госпиталя на 700 коек. После утверждения пришлось предусмотреть третью очередь строительства госпиталя, так как сметная стоимость строительства госпиталя соот­ветственно увеличивалась в два раза.

В генеральный план застройки госпиталя пришлось в срочном порядке вносить многие изменения. Прежде всего надо было предус­мотреть перспективу развития госпиталя как в лечебной зоне (строи­тельство терапевтического корпуса и центра восстановительного ле­чения), так и в хозяйственной (расширение котельной, пищеблока, прачечной, складов). Потребовалось заложить инженерные сети с рас­четом развития госпиталя до 1000 коек; запроектировать все лечебно­диагностические отделения главного (хирургического) лечебного корпуса на 700 коек вместо 270, поскольку госпиталь для погранични­ков должен был непременно иметь перспективу своего дальнейшего развития.

Главный лечебный корпус предложено построить из двух корпу­сов (девяти- и двухэтажного), соединенных крытыми переходами. На трех нижних этажах предусматривалось размещение лечебно-диагно­стических, с 4 по 8 этажи - коечных отделений, на 9 этаже — операци­онного отделения и Центра интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации.

В основу планировочного решения главного лечебного корпуса было положено размещение на каждом этаже двух палатных секций с двумя параллельными коридорами, что позволило уменьшить длину здания, сократить графики движения персонала и больных в два раза и уменьшить охлаждаемую поверхность стен. Палаты и лечебно-диагностические кабинеты расположили вдоль наружных стен, подсобные помещения — во внутренней зоне. Пост дежурной медицинской сест­ры разместили у входа в палатную секцию, рядом с процедурными, ма­лой операционной и холлом. На этот пост вывели системы связи и на­блюдения за больными. Все двадцать палатных секций были рассчита­ны на 35 коек, для размещения в них двух узкоспециализированных коечных отделений — по 15 и 20 коек.

Специализированные лечебно-диагностические кабинеты, предназначенные для внутригоспитальных консультаций и амбула­торных больных, были вынесены из палатных секций в нейтральную зону рядом с лифтовым холлом, что ограничило хождение в палатную секцию больных и амбулаторных посетителей из отделения в отделе­ние. Питание ходячих больных было предусмотрено в общей столо­вой, приближенной к пищеблоку.

.

Про­ектом было предусмотрено оснащение госпиталя медицинским обо­рудованием только отечественного производства. 8 мая 1984 г. было получено долгожданное разрешение Минздрава СССР на оснащение строящегося госпиталя комплектным медицинским оборудованием из стран — членов Совета Экономической Взаимопомощи. Коллектива­ми госпиталя и фирмой «Хирана» (Чехословакия) был разработан и подписан контракт на поставку комплектного медицинского оборудо­вания, его монтаж, наладку и дальнейшее техническое обслуживание. Эти работы проводились коллективом госпиталя в течение четырех лет, с 1984 по 1988 год.

В 1981 г. А.П. Горячевским было разработано «Положение о Центральном военном госпитале» и проект его штата. Предложено 7 5% должностей штата госпиталя укомплектовать военнослужащими. В коечных и лечебно-диагностических отделениях должности врачей, среднего и младшего медицинского персонала — только военнослужащими. На врача-ординатора планировалось 10-15, а на дежурную медсестру до 20 больных. В штат госпиталя были введены должности главных меди­цинских специалистов Пограничных войск и врачей-консультантов.

С самого начала строительства госпиталя было предло­жено создать «дирекцию строящегося госпиталя» во главе с его началь­ником и наделить ее правами авторского надзора за строительством. В своей работе «дирекция госпиталя» руководствовалась «Положением о дирекции строящегося предприятия» и «Положением об авторском надзоре». На день приема в эксплуатацию госпиталя «дирекция» состояла из 10 офицеров и 8 прапорщиков (врачей и инженерно-технических работ­ников). Приказом начальника Пограничных войск КГБ при СМ СССР от 9 сентября 1982 г. председателем рабочей комиссии по приему в эксплуатацию объектов строительства был назначен начальник госпи­таля.

Особенно трудными в решении всех организационных вопро­сов по перепроектированию, строительству, оснащению и формиро­ванию госпиталя были первые восемь лет (1981 — 1988 гг.).

Перепроектиро­вание, строительство и формирование Центрального госпиталя на 700 коек вместо 270 явилось отправной точкой в развитии специали­зированной медицинской помощи в Пограничной службе и стало на­чалом третьего этапа развития медицинского обеспечения.

В период становления Центрального госпиталя в 1991 году была открыта часовня, где регулярно проводились богослужения для боль­ных и сотрудников. 6 декабря 2000 года часовня госпиталя была освя­щена в Главный пограничный храм Святого Благоверного Великого Князя Александра Невского, что стало возрождением Храмового пра­здника в Пограничной службе России.

В госпитале открыт Музей истории медицинского обеспечения Пограничной службы, установлен памятный камень «Создателям гос­питаля» и ежемесячно стала выходить госпитальная газета «Милосер­дие».

Становление специализированной медицинской помощи в госпитале

1. марта 1984 г. был открыт Центральный военный госпиталь — ведущее многопрофильное специализированное лечебно-профилак­тическое учреждение Пограничных войск.

Первые четыре года все отделения функционировали в двухэтаж­ном лечебном корпусе.

За 1980 — 1988 гг. было создано организационное ядро госпита­ля, налажена лечебно-диагностическая работа, начато строительство главного лечебного корпуса и объектов хозяйственной зоны. Началь­ники коечных и лечебно-диагностических отделений, а также стар­шие ординаторы проходили обучение в клинической ординатуре ве­дущих клиник Москвы и Ленинграда. Одновременно с учебой они ле­чили больных в своих отделениях, дежурили по госпиталю и контро­лировали строительство главного лечебного корпуса. У каждого буду­щего начальника отделения был свой подконтрольный участок — этаж, палатная секция или лечебно-диагностическое отделение. Количество больных, лечившихся в госпитале, увеличивалось из года в год, росло и лечебно-диагностическое мастерство врачей. Уже в 1985 г. на лечение стали поступать пограничники, получившие тяже­лые огнестрельные ранения в Афганистане, пострадавшие в автодо­рожных происшествиях. В связи с этим экстренная хирургическая по­мощь в госпитале увеличилась до 36,4%. Сложные хирургические вме­шательства составляли только 15,9%.

С 1985 г. в госпитале началось оказание специализированной ме­дицинской помощи врачами-специалистами. Были внедрены новые по тем временам методы проведения анестезиологического пособия, стало применяться мониторирование показателей гемодинамики в ходе операции и послеоперационном периоде. Был значительно расширен объем диагностических исследо­ваний (велоэргометрическая нагрузка, спирометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, тетраполярная реография, контрастные мето­ды рентгенографии и т.д.) и физиотерапевтических методов лечения. В результате этого к 1987 г. значительно сократился диагностический период, в отделения стали поступать «тематические» больные (паци­енты со сложной патологией).

Врачи проводили в командировках в войсковом звене по 130 — 150 суток в году, где оказывали практическую помощь в лечении ране­ных и больных. Госпиталь приобретал все большую известность в По­граничных войсках и лечебных учреждениях других ведомств.

1 мар­та 1988 г. были приняты первые пациенты в новый лечебный корпус. Отделения, развернутые в главном лечебном корпусе, были сформированы на базе ранее функционировавших отделений и каби­нетов.. Уже в пер­вую декаду, 10 марта, 1988 г. Была выполнена первая хирургическая операция в открытом операционном отделении главного лечебного корпуса. С 1980 по 1988 г. был самый напряженный период в истории ста­новления госпиталя. Решались задачи по подбору и подготовке меди­цинского персонала, поиску новых форм организации лечебного про­цесса, налаживанию взаимодействия между подразделениями, сплоче­нию коллектива. К концу 1988 г. было развернуто 300 коек, использо­вание коечной мощности достигло 68,3%, средняя длительность лече­ния одного больного не превышала 28 суток.

Дальнейшее становление и развитие госпиталя проходило в два периода, отличавшихся между собой по ряду качественных и количе­ственных характеристик. Первый период становления госпиталя про­должался с 1984 по 1994 г. Это было становление Центрального госпи­таля как ведущего, головного лечебно-профилактического учрежде­ния госпитального звена медицинской службы. Второй период начал­ся с 1994 года, когда госпиталь за 10 лет достиг по основным лечебно­диагностическим показателям уровня Центральных госпиталей Ми­нистерства обороны РФ и был преобразован в Главный клинический военный госпиталь ФПС России.

В первом периоде продолжалось расширение объема лечебно­диагностической работы и наращивание коечной мощности госпита­ля. Увеличивалось количество больных с тяжелыми заболеваниями, начали проводиться сложные оперативные вмешательства. Были до­стигнуты успехи в области торакальной, абдоминальной, челюстно- лицевой хирургии, гинекологии, проктологии и сосудистой хирургии. Травматологи госпиталя разработали концепцию оказания специали­зированной медицинской помощи при политравме. Значимой вехой в развитии специализированной хирургической помощи стало откры­тие отделения хирургической инфекции, уникального по своим воз­можностям при лечении раненых с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями.

.

На базе госпитальных отделений проходили рабочее при­командирование врачи пограничных частей и окружных госпиталей. Ежегодно в госпитале проводились сборы начальников медицинских служб пограничных округов и начальников окружных госпиталей.

В 1990 г. в госпитале была проведена I Всесоюзная научно-практи­ческая конференция врачей Пограничных войск, посвященная вопро­сам клиники, диагностики и лечения язвенной болезни. В 1991 г. со­стоялась II Всесоюзная научно-практическая конференция, посвящен­ная травматической болезни. Опыт работы врачей госпиталя был обобщен в 1993г. в сборнике «Организация и оказание неотложной помощи на этапах медицинской эвакуации». За этот период в меди­цинских журналах и сборниках было опубликовано 120 работ по акту­альным вопросам военной медицины.

В 1988 — 1994 гг. была достигнута проектная коечная емкость второй очереди госпиталя, развернуты все функциональные подразде­ления. По основным показателям работы и уровню оказа­ния специализированной медицинской помощи госпиталь встал в один ряд с Центральными военными госпиталями Министерства обо­роны РФ..

Второй период развития госпиталя характеризуется дальнейшей специализацией коечного фонда и процессами интеграции палатных и лечебно-диагностических отделений в специализированные меди­цинские центры (СМЦ).

Первый специализированный медицинский центр — Центр ин­тенсивной терапии, анестезиологии и реанимации — был открыт в 1988 г. В настоящее время этот Центр состоит из отделения реанима­ции, анестезиологии, гипербарической оксигенации, «искусственной почки», заготовки и переливания крови.

В 1994 г. был организован Центр лучевой диагностики в составе отделений рентгеновской, компьютерно-томографической, радиоизотопной, ультразвуковой диагностики и лаборатории технического обслуживания.

Центр восстановительного лечения, сформированный в 1994 г. в составе отделений физиотерапии и лечебной физкультуры, через год пополнился отделениями иглорефлексотерапии и психотерапии.

.. Объединение травматологического, нейрохирургичес­кого отделений и отделения реабилитации в Травматологический центр штатно осуществилось в 1996 г.

Примером дальнейшей специализации коечного фонда стало открытие в мае 1995 г. отделений неотложной, торакальной и абдоми­нальной хирургии, а в июле 1996 г. — отделения врачебно-летной экс­пертизы.

Формирование Кардиологического центра продолжалось с 1984 до 1999 г. В его состав вошли отделения реанимации и интенсивной терапии, неотложной и плановой кардиологии. Стройная система ор­ганизации в госпитале специализированной кардиологической помо­щи больным с заболеваниями сердца и сосудов позволила снизить смертность больных пожилого возраста в пять раз.

В 1995 г. был сформирован институт главных медицинских спе­циалистов ФПС России, включавший пятнадцать штатных должностей по основным медицинским специальностям и четыре нештатных.

За 17 лет работы госпиталя специализированную медицинскую помощь получили десятки тысяч больных и раненых. Возвращено в строй более 80% военнослужащих. Использование фактической коеч­ной мощности составило 79%. В результате рационального сокраще­ния диагностического периода средняя длительность лечения одного больного уменьшилась до 19 суток. На одного больного приходится 55 лабораторных и инструментальных методов исследования. Хирурги­ческая активность составляет 76,4%, сложные операции выполняются в 48,1%. Число умерших военнослужащих не превышает 0,8% (табл. 20).

Развитие специализированной хирургической помощи в госпитале

Развитие хирургии в Центральном госпитале началось с откры­тия 1 марта 1984 г. хирургического отделения. Основной задачей отде­ления было оказание квалифицированной хирургической помощи.. Первая операция в госпитале была проведена 10 марта 1984 г., в годовщину создания медицин­ской службы Пограничной службы.

С 1985 г. началось оказание специализированной офтальмологи­ческой, травматологической, урологической и оториноларингологи- ческой помощи. В марте 1988 г. в главном лечебном корпусе приступи­ли к работе вновь открытые хирургические отделения: полостной хи­рургии, травматологии и ортопедии, урологическое и гинекологичес­кое, оториноларингологическое и офтальмологическое. В 1989 г. пер­вых больных приняло отделение гнойной хирургии.Уже в 1989 г. объем операций в отделении полостной хирургии значительно расширился. За год лечилось 480 больных, а хирургичес­кая активность врачей составляла 85%. Выполнено 450 операций, при­чем 45% оперативных вмешательств выполняли по экстренным пока­заниям. Половина из них относилась к категории сложных. Среди ле­чившихся больных были в основном военнослужащие Пограничных войск, пенсионеры и члены их семей. В этом отделении оказывалась специализированная хирургическая помощь раненым и пострадав­шим в Афганистане, Республике Таджикистан. В 1994 г. на базе отделе­ния полостной хирургии были сформированы специализированные отделения неотложной, абдоминальной и торакальной хирургий.

В госпитале в настоящее время выполняются все основные виды сложных оперативных вмешательств (пластические операции на пи­щеводе, трахее, панкреатодуоденальной зоне, гемигепатэктомии при опухолевых поражениях печени, пластические операции на уретре, операции при аневризмах аорты, сложные реконструктивно-восста­новительные операции на крупных суставах и др.). Операции при зло­качественных заболеваниях составляют около 2% всех выполненных хирургических вмешательств, из них около 50% приходится на удале­ние опухолей желудочно-кишечного тракта и костной ткани. Раненых эвакуируют в госпиталь авиацион­ным транспортом чаще всего через 10 суток после ранения (49,4%), в сроки от 10 до 20 суток — 18,2%, а остальных — в более поздние сроки.

Большинство раненых составляли военнослужащие, проходя­щие военную службу по призыву (68,4%) и по контракту (31%), полу­чившие ранения от современных видов оружия, прежде всего высоко­скоростных пуль малого калибра и боеприпасов взрывного действия. В структуре боевой огнестрельной травмы у раненых преобладали по­вреждения конечностей (37,9%) и головы (8,0%). С осложнениями по­ступило 59,2% раненых. Гнойно-септические осложнения были диа­гностированы у 51,8%.. Хирургические вмешательства по поводу огнестрельных перело­мов длинных трубчатых костей составили 17,8% . Многоэтапные опе­рации выполнялись на желудочно-кишечном тракте. Они составили 16,8%.

В настоящее время 13 коечных отделений хирургического про­филя и Травматологический центр располагают 52% коечного фонда госпиталя. Работу коллектива хирургических отделений возглавляет и координирует главный хирург госпиталя. Пять начальников ведущих хирургических отделений являются главными специалистами ФПС России.

.

Операционное отделение в основном блоке имеет четыре опера­ционных зала. частота нагноения послеоперационных ран после «чистых» и «условно чистых» операций на протяжении всех лет не превышает 0,9%. Операционное отделение обеспечивает 120-140 операций за ме­сяц. Половину из них составляют вмешательства по неотложным пока­заниям.. Ургентная операционная размещается в приемном отделении. В среднем за год во всех операционных производится 2200-2500 хирургических вме­шательств. Послеоперационные осложнения составляют 3,75%.

Отделение неотложной хирургии предназначено для лечения больных, поступающих в госпиталь с острой хирургической патоло­гией и для оказания неотложной специализированной хирургической помощи раненым и пострадавшим пограничникам. Ежегодно врачи отделения оказывают неотложную специализированную хирургичес­кую помощь 200-250 пациентам и выполняют по 340-370 операций. Хирургическая активность составляет 87,9%. Количество экстренных оперативных вмешательств превышает 90%,. Так, послеоперационные осложнения составляют 3,4% , летальные исходы — 3,9%. В отделении разработаны комплексные ме­тоды диагностики и лечения больных с кишечной коликой, острым панкреатитом и желудочно-кишечными кровотечениями.

Отделение абдоминальной хирургии предназначено для хирур­гического лечения больных с заболеваниями органов брюшной поло­сти. В течение года врачами отделения выполняется 200-250 опера­ций, из которых 78% относятся к категории сложных. На долю отделе­ния приходится 11 % всех хирургических вмешательств в госпитале. Послеоперационные осложнения составляют 10-11% и возникают ча­ще всего у оперированных по поводу опухолей. За последние годы в отделении получила развитие хирургия желудка, печени, поджелудоч­ной железы и двенадцатиперстной кишки. В отделении раз­вернута эндоскопическая операционная. За год выполняются сотни лапароскопических операций.

Отделение торакальной хирургии специализируется на хирур­гии пищевода, легких, средостения, щитовидной и молочных желез. За год в отделении выполняется 100-120 операций, из которых 74% отно­сятся к категории сложных. Осложнения после выполненных опера­тивных вмешательств развиваются у 9,3% пациентов. Освоена видеоторакоскопическая резекция легкого, реконструкция анастомоза на шее после пластики пищевода, резекция дивертикула пищевода на шее.

В отделении сосудистой хирургии большое внимание уделяется лечению больных с атеросклерозом аорты и ее ветвей, венной эктази­ей, тромбозом и эмболией, а также травматическим повреждением ма­гистральных сосудов. На долю ангиохирургических операций, выпол­няемых в отделении сосудистой хирургии, приходится 5,5%. Число сложных операций — 63,4%, послеоперационных осложнений — 6,2%.

В офтальмологическом отделении выполняются сложные опе­рации при катаракте, глаукоме, патологии стекловидного тела, пере­садка роговицы и искусственных хрусталиков (в основном заднека­мерных), сложные оптико-реконструктивные операции при травмах глаз и их последствиях, лазерные операции на сетчатке при диабете, дегенерациях, отслойках, пластические операции на радужке и при­датках глаза. Отделение располагает специализированной операци­онной, хорошо оборудованной и оснащенной современным микро­хирургическим В отделении проводятся сложные офталь­мологические исследования: флюоресцентная ангиография, компью­терная периметрия, ультразвуковая диагностика, авторефрактомет­рия, офтальмометрия, гониоскопия, томография, лазерная функцио­нальная диагностика.Ежегодно микрохирургические операции на орга­нах зрения выполняются 6,2% хирургическим больным. Из них пост­радавшим с тяжелыми травмами (проникающие ранения и контузии) оперативное лечение выполняется в 40,3% случаев. Число сложных операций составляет 73,6%, послеоперационных осложнений — 12,5%.

Отделение челюстно-лицевой хирургии начало свою деятель­ность с двух первых операций — на околоушной железе и извлечения пуши из срединной зоны лица

, стационарным больным производится до 25 видов оперативных вмешательств, из которых 41,5% относятся к категории сложных. Наиболее серьезное внимание отводится лечению огнестрельных по­вреждений лица и челюстей с проведением щадящей хирургической обработки огнестрельных ран. За год в отделении выполняется до 120 оперативных вмешательств, при этом хирургическая активность со­ставляет 86,9%. Средняя длительность лечения раненых и больных не превышает 22 — 24 суток.

Стоматологическое отделение оснащено современным зубо­врачебным оборудованием и оказывает специализированную стома­тологическую помощь больным. В его составе имеются терапевтичес­кий, хирургический и ортопедический кабинеты, зуботехническая ла­боратория с гипсовочной, литейной, кабинетом фарфора и металло­керамики. Стоматологическая помощь оказывается с использованием новых методик и технологий.Оториноларингологическое отделение имеет операционную, смотровой, перевязочный и аудиометрический кабинеты, оборудо­ванные современными диагностическими приборами и операцион­ной техникой. В отделении выполняется широкий спектр оперативных вмешательств. За последние годы освоены операции при злокачественных заболеваниях гортани, в частности частичная резекция гортани и ларингэктомия, пластические операции на носу и ушных раковинах. Ежегодно выполняется 300-350 операций, из кото­рых 50% являются сложными. Хирургическая активность отделения составляет 65-70%, послеоперационные осложнения — 3,1%.

Большое внимание специалисты отделения уделяют оказанию неотложной помощи при травмах ЛОР-органов, которые составляют 15-22% от общего числа больных. Наиболее хорошо разработано хи­рургическое лечение переломов костей носа, позволяющее устранять косметический и функциональный дефекты.

Гинекологическое отделение — специализированное хирургиче­ское отделение, в котором оказывается помощь женщинам-военнослужащим и членам семей военнослужащих. Широко применяются нехирурги­ческие методы лечения, включающие лазеротерапию эрозий шейки матки, консервативное лечение ректо-влагалищных свищей. Врачи отделения освоили весь спектр гинекологических опера­ций, включающих пластические операции на влагалище и мышцах та­зового дна, экстирпацию матки неклассическим методом. Они уже не­сколько лет активно участвуют в проведении симультанных операций. Также ими освоены новые методики пластических операций и микро­хирургических вмешательств на придатках матки эндоскопическим путем. Хирургическая активность отделения составляет 95-97%, при­чем сложные операции составляют 56%. Послеоперационные ослож­нения развиваются в 6,2% случаев.. В урологическом отделении выполняется полный набор специа­лизированных урологических исследований, Хирурги-урологи проводят практически все виды операций на органах мочевыводящей системы, широко практикуя ор­ганосохраняющие операции на почках, мочеточниках, мочевом пузы­ре и уретре. Ими внедрен метод трансуретральной резекции при аде­номе предстательной железы, опухолях мочевого пузыря и склерози­ровании шейки мочевого пузыря. Широко используется лечение круп­ных кист почек пункционным методом. Ежегодно в отделении лечится 370-400 больных и выполняется 180-195 операций, или 8,2% от обще­го количества операций, выполняемых в госпитале. Доля сложных операций — 49-50%. Осложнения у больных в послеоперационном пе­риоде развиваются в 12,5% случаев.

Отделение гнойной хирургии — единственное в Пограничной службе, по своему оснащению не имеет аналогов.. В от­деление поступают больные с хирургическим сепсисом, острыми и хроническими воспалительными заболеваниями кожи, подкожной клетчатки и обширными гнойными ранами, острым и хроническим гематогенным и посттравматическим остеомиелитом различной ло­кализации, гнойными заболеваниями легких и плевры, брюшной по­лости (перитониты, абсцессы, инфильтраты), осложненная сочетан­ная огнестрельная и минно-взрывная травма, все виды кишечных сви­щей, ожоги. Сюда направляются также все больные из отделений гос­питаля с послеоперационными гнойными осложнениями.

. Отделение имеет свой опе­рационный блок, зал гипербарической оксигенации, стоматологичес­кий, рентгенологический, физиотерапевтический, функциональной диагностики кабинеты, оснащенные современной аппаратурой и ин­струментарием. палаты для больных по типу полубоксов. Отделение работает практически в автономном режиме. Немаловажным преиму­ществом отделения является еще и то, что оно территориально изоли­ровано от остальных отделений госпиталя.

У врачей отделения наиболее высокая хирургическая актив­ность, составляющая 98-100%. 40%> операций — симультанные. Из час­тей лечилось 16% пограничников, преимущественно с гнойно-септическими осложнениями огнестрельных ранений. Длительность лече­ния больных составляет 28,5 суток.

В проктологическом отделении хирургическая активность со­ставляет 87%. при этом 67% выполняемых операций относятся к кате­гории сложных. Послеоперационные осложнения у больных развива­ются в 10,9% случаев. Успешно проводятся: геморроидэктомия по Мил­лигану-Моргану, удаление эпителиальных копчиковых ходов с иссече­нием 1У-У копчиковых позвонков, операции по поводу свищей пря­мой и ободочной кишок, иссечение хронической анальной трещины с боковой дозированной сфинктеротомией. Ежегодно увеличивается количество операций онкологическим больным, резекции ободочной кишки, гемиколэктомии, экстирпация прямой кишки. В отделении ус­пешно лечатся больные с ранениями толстой кишки и тяжелой соче­танной травмой. Используются плановые санации брюшной полости, проточно-аспирационное дренирование ран. Производятся реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке.

Травматологический центр. В 1985 г. хирургическое отделение приняло первых погранични­ков, раненных в Афганистане Существенно расширился объем нейрохирургической помощи, внедрены оперативные вмешательства на позвоночнике и головном мозге. Это привело к необходимости выделения нейрохирургии в са­мостоятельное отделение с наличием специализированных коек.

Итогом напряженной работы стало создание в Травмато­логическом центре отделения реабилитации пострадавших от травм и увечий.

Первоочередной задачей Травматологического центра является комплексное оказание специализированной травматологической по­мощи и медицинской реабилитации раненых. В его состав вошли от­деления: травматологии и ортопедии, нейрохирургическое, реабили­тации, ортопедический кабинет, группа медицинского усиления и тех­ническая группа.

Отделение реабилитации предназначено для проведения спе­циализированного восстановительного лечения раненых и постра­давших в зонах боевых конфликтов. В центре используется метод раннего реаби­литационного лечения, широко применяются методы психотерапев­тической помощи, лечебной физкультуры, физиолечения. Проводятся малые хирургические операции. Имеются тесные связи с протезно- ортопедическими учреждениями, что позволило обеспечивать ране­ных пограничников протезами верхних и нижних конечностей.

Сложные операции выполнялись в травматологическом отделе­нии в 53,4%, в нейрохирургическом — в 84,3% случаев. Осложнения у оперированных нейрохирургами больных развиваются в 9,3%, а у больных, оперированных травматологами, — в 6,2%. В Центре выпол­няются все виды остеосинтеза костей эндопротезирование суставов; пла­стика костных дефектов ауто-и аллотрансплантатом; пластика связоч­ного аппарата; корригирующие операции на крупных суставах; плас­тические операции на сегментах и суставах; удлинение сегментов ко­нечностей; реконструктивные операции на стопах при статических деформациях; трепанация черепа; ламинэктомия; костнопластичес­кие операции на черепе и позвоночнике; операции на периферичес­ких нервах.

Развитие специализированной терапевтической помощи в госпитале

.

Терапевтическое отделение было открыто 1 марта 1984 г. и пер­воначально предназначалось для лечения военнослужащих из частей Пограничных войск, дислоцированных в Московском гарнизоне. В те­чение первого года в отделении проводилось лечение больных нейроциркуляторной дистонией, гастродуоденитом, язвенной болезнью и пневмонией.

В 1985 — 1987 гг. диагностические и лечебные возможности те­рапевтического отделения расширялись. Этому способствовало внед­рение в практику работы эндоскопических и ультразвуковых методов исследования, холтеровского мониторирования ЭКГ, велоэргометрии, спирографии, тетраполярной реографии, электрогастрографии, био­химических и серологических методов лабораторной диагностики. Отделение пополнилось терапевтами, завершившими обучение в кли­нической ординатуре по кардиологии, невропатологии, гастроэнте­рологии и общей терапии.

С открытием в 1988 году главного лечебного корпуса начали ра­боту специализированные терапевтические отделения. Несколько позже открылись кожно-венерологическое и пульмонологическое от­деления. Сегодня отделения терапевтического профиля располагают 48% коечного фонда госпиталя. Диагностический период у больных составляет 7 — 8 суток, у пациентов с острой пневмонией, язвенной и желчекаменной болезнями — 1 сутки. Среди поступающих в терапев­тические отделения 60% — военнослужащие. Средняя длительность лечения больных составляет 21 сутки, но более длительно лечатся больные хроническим колитом, сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца и ревматическими болезнями

Среди заболеваний органов пищеварения ведущее место занима­ют язвенная болезнь (39%), болезни панкреатодуоденальной зоны (21,6%) и кишечника (11,2%). Патология сердечно-сосудистой систе­мы представлена ишемической болезнью сердца (30%), гипертоничес­кой болезнью (19,5%) и нейроциркуляторной дистонией (12%). Патология органов дыхания в 40% случаев представлена острой пнев­монией, в 30% случаев — бронхиальной астмой и еще в 30% случаев — острым и хроническим бронхитом. В общей сложности терапевтическая помощь была оказана 252 раненым, поступившим с таджикско-афганской границы.

В Душанбинском окружном госпитале неотложная терапевтиче­ская помощь оказывалась раненным в грудь, живот, голову. Наибольшее внимание уделялось пострадавшим в результате минно-взрывной травмы. Острая постгеморрагическая анемия была наиболее выражена у пациентов с минно-взрывной травмой.

Кардиологический центр включает отделения реанимации и ин­тенсивной терапии, неотложной и плановой кардиологии. Основой для формирования центра стало кардиологическое отделение. Усилия коллектива отделения были сосредоточены на трех актуальных для Пограничных войск направлениях. Во-первых, дифференциальная диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы у погранич­ников 18 — 20-летнего возраста. Во-вторых, ранняя диагностика и дифференциальная диагностика гипертонической болезни и симпто­матических гипертоний. В-третьих, диагностика, тактика ведения и лечение нестабильной стенокардии. При изучении нейроциркуляторной дистонии у военнослужа­щих, направленных из частей и военных госпиталей, было установле­но, что под маской этого заболевания скрывались другие заболевания: пролапс митрального клапана, начальные проявления тиреотоксико­за, феохромоцитома, синдром Марфана, шейный остеохондроз с вер­тебрально-базилярной недостаточностью и др..

В отделении реанимации и интенсивной терапии Кардиологи­ческого центра, развернутого на 6 койках, ежегодно проходит лечение 190-200 кардиологических больных. Из них 28% — больные неста­бильной стенокардией, 29% — с гипертоническим кризом, 10% — с ин­фарктом миокарда и 21% — с нарушениями сердечного ритма. При ле­чении этих больных применяются современные схемы медикамен­тозной терапии с использованием круглосуточной управляемой внут­ривенной инфузией нитратов, антикоагулянтов, прессорных средств, антиаритмических препаратов. Широко производятся тромболизис, кардиоверсия, круглосуточный мониторинг функций сердечно-сосудистой системы.

После выведения из критического состояния больные перево­дятся в палаты интенсивного наблюдения неотложной кардиологии. отделении плано­вой кардиологии проводится обследование лиц с хроническими забо­леваниями сердечно-сосудистой системы, коррекция и подбор плано­вой медикаментозной терапии и военно-врачебная экспертиза.

В гастроэнтерологическом отделении на лечении находятся больные с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (60,1%), панкреатогепатобилиарной системы (21,0%) и 9,6% — с редко встречающимися патологиями. Преобладающей патологией (39,1%) у пациентов, поступающих на лечение в отделение, является язвенная болезнь.

Для изучения функционального состояния органов пищеваре­ния в отделении был открыт диагностический кабинет, оборудован­ный электрофизиологической аппаратурой, устройствами для непре­рывной аспирации желудочного сока, забора желчи. На его базе нача­ли проводиться современные методы электрофизиологического иссле­дования желудка, двенадцатиперстной и тощей кишок, поджелудоч­ной железы. Была разработана методика синхронной многодатчиковой рН-гастродуоденоеюнографии и прямой электродуоденографии; методика синхронной рН-гастродуоденографии, реографии поджелу­дочной железы, прямой электродуоденографии и забора дуоденально­го секрета. В повседневную практику внедрена рН-метрия с гистаминовым и атропиновым тестами. Применение этих методов исследова­ния позволило врачам контролировать эффективность лечения язвен­ной болезни, проводить отбор больных для хирургического лечения.

Все большую актуальность приобретает проблема диагностики и лечения хронических вирусных поражений печени..Еже­годно в отделении лечится 520-530 больных. Диагностический период составляет 1,7 суток, а средняя длительность стационарного лечения

* 21 сутки. Использование фактической коечной мощности достига­ет 90%.

В неврологическом отделении для обследования больных ис­пользуются методы лучевой и нейрофункциональной диагностики. Широко применяется компьютерная томография, допплерография сосудов, электроэнцефалография, электромиография. Контингент больных отделения многопрофильный. Это пациенты с заболевания­ми периферической нервной системы, сосудистыми, опухолевыми, посттравматическими и инфекционными поражениями головного мозга, а также больные рассеянным склерозом, миопатией, эпилепси­ей, неврозами, психозами и др. В среднем за год в отделении проводит­ся лечение 420-450 больных. Распределение основных нозологичес­ких форм следующее: неврозы — 14,7%, эпилепсия — 3,1%, психозы — 0,2%, другие психические расстройства — 6,1%, заболевания централь­ной нервной системы — 43,1%, болезни периферической нервной си­стемы — 6,2%, последствия остеохондрозов — 26,6%. Специалисты от­деления применяют в лечении больных медикаментозные средства, плазмаферез, гипербарическую оксигенацию, физиотерапевтические методы и лечебную физкультуру.

Пульмонологическое отделение. С первых дней специалисты от­деления избрали три наиболее актуальных для Пограничных войск на­правления работы — диагностика и лечение пневмонии, неспецифи­ческих заболеваний легких и заболеваний аллергической природы. Заболеваемость пневмонией в Пограничных войсках составляет 12-15%о, и тенденции к ее снижению не намечается. Час­то встречаются внутригоспитальные пневмонии, смертность от кото­рых достигала 35-40%. В 80 — 90-е гг. увеличилось число хронических неспецифических заболеваний легких и бронхиальной астмы у погра­ничников. Болезни органов дыхания в госпитале занимают второе место после гастроэнтерологической патологии и составляют 36,3%. Из них на долю пневмонии приходится 26,0%, бронхиальной астмы — 16,0% и хронического бронхита - 11%. Осложнения острой пневмонии встре­чаются у 1,7% больных. Такие аллергические заболевания, как поллиноз, острая и хроническая крапивница, выявляются у 13,4% больных. Средняя длительность лечения больных в отделении - 22 суток.

В терапевтическом отделении осуществляется дифференци­альная диагностика и лечение широкого спектра заболеваний внут­ренних органов. На протяжении 17 лет врачи отделения совершенст­вовали диагностику и лечение пациентов с ревматическими заболева­ниями, острыми и хроническими болезнями почек, гематологически­ми и эндокринными заболеваниями, с терапевтической, в том числе и боевой травмой. Больные ревматическими болезнями составляют 23% от общего числа. Были внедрены некоторые методы диагностики и схемы лечения. При этих заболеваниях стал применяться плазмаферез — вначале фракцион­ным, а затем поточным методом. На основании опыта работы отделе­ния и с учетом особенностей течения заболеваний у молодых лиц бы­ли разработаны критерии диагноза болезней Бехтерева, Рейтера, фаз их активности, а в последующем и клиническая классификация. Мно­гие больные с артритами получили рациональный комплекс лечения и были выписаны из отделения со стойкой ремиссией.

Пациенты с болезнями крови, по материалам отделения, состав­ляют 4-5%. Первоначально в отделении проводилась диагностика и ле­чение больных анемий различной этиологии, тромбоцитопенией и геморрагическими васкулитами. Здесь стали успешно лечиться боль­ные лимфогранулематозом, хроническими миелолейкозом и лимфо- лейкозом, острым лимфобластным и монобластным лейкозами.

Больные острым и хроническим гломерулонефритом, хрониче­ским пиелонефритом, амилоидозом почек составляют 8-9% от общего числа поступивших. В их лечении используется четырехкомпонент­ная схема медикаментозной терапии, инфузии альбумина, кишечный диализ, плазмаферез и гемосорбция.

Пациенты с эндокринными болезнями составляли 14-15%. В 1997 г. открыто отделение эндокринологии. За год в отделении проводится лечение 110-115 больных, большинство которых страда­ют сахарным диабетом или заболеваниями щитовидной железы.

В инфекционном отделении прошли лечение 519 пациентов, причем 61,7% из них — военнослужащие. В основном это пациенты с внутригоспитальной инфекцией, переведенные из других отделений госпиталя. У госпитальных больных преобладали воздушно-ка­пельные заболевания (48,9%). На втором месте были кишечные инфек­ции (16,4%) и вирусные гепатиты — 14,6%. Из них 84,2% составили больные гемоконтактными гепатитами (В и С). Бактериологически и серологически было расшифровано 81 % инфекционных диарей.

Отделение врачебно-летной экспертизы осуществляет обсле­дование и проводит экспертизу летному и техническому составу. Еже­годно в отделение поступает 220 пациентов. Специалисты отделения при обследовании летного состава используют диагностическую базу госпиталя и, кроме того, проводят барокамерные испытания с исполь­зованием различных функциональных тестов. В результате обследова­ния у летного состава выявляются заболевания органов пищеварения (21,4%), сердечно-сосудистой системы (21,3%) и дегенеративно-дис­трофические изменения позвоночника (21,3%).

Специализация и становление терапевтической помощи в гос­питале еще не завершены. Такие разделы внутренних болезней, как ге­матология, нефрология, ревматология, психиатрия, токсикология и наркология, получат свое развитие с вводом в эксплуатацию в 2002 г. терапевтического корпуса госпиталя.

Развитие интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации в госпитале

Центр интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации (Центр ИТ АР) был сформирован в 1988 г. В со­став Центра вошли отделения анестезиологии, реанимации, гиперба­рической оксигенации, «искусственная почка», заготовки и перелива­ния крови. Состав Центра позволяет оперативно решать вопросы, свя­занные с проведением интенсивной терапии и оказания анестезиоло-гической помощи всем категориям больных и пострадавших, которые поступают в госпиталь.

Отделение реанимации развернуто на 12 коек и оснащено сис­темой подачи лечебных газов, наркозно-дыхательной аппаратурой и мониторами для контроля функций сердечно-сосудистой и дыхатель­ной систем, дозаторами для круглосуточных внутривенных инфузий лекарственных препаратов. Прежде всего сюда направляются паци­енты из операционного отделения после плановых и срочных опера­тивных вмешательств для наблюдения и выведения из наркоза. Другую большую группу составляют пациенты с расстройствами витальных функций вследствие ранений, травм, отравлений.

Интенсивная терапия и реанимация проводится, в среднем за год, 686 больным, раненым и пострадавшим За последние годы число лечившихся в отделении составляет 21,7% от всех пациен­тов госпиталя. Основным контингентом отделения реанимации явля­ются больные после оперативных вмешательств различной степени сложности (80%), пациенты с тяжелой сочетанной травмой (8%) и раз­личной терапевтической патологией (12%). Достижением коллектива отделения является низкая, на протяжении многих лет, летальность, которая не превышает 2,6-3,7%, что во многом объясняется примене­нием современных методов реанимации и интенсивной терапии.

В непредвиденных случаях реанимационную помощь в лю­бом помещении госпиталя оказывает дежурный врач-реаниматолог и медицинская сестра.

В отделении анестезиологии ежегодно проводится 1100-1300 анестезиологических пособий (табл. 24). Экстренные пособия состав­ляют 20-22% от общего числа анестезий.

Средняя степень анестезиологического риска по шкале Москов­ского анестезиологического общества при плановых операциях со­ставляет 3,4 балла, а при экстренных — 4,7 балла.

В отделении широко применяется многокомпонентная, эпидуральная, спинномозговая анестезия как самостоятельный вид или до­полнение к другим видам анестезий. Щадящие методы обезболивания позволили сократить количество интра- и послеоперационных осложнений до 17% в год.

Отделение гипербарической оксигенации располагает двумя ле­чебными залами, оборудованными автономными системами кислородообеспечения, электроснабжения, водоснабжения, вентиляции и те­лефонной связью. Здесь имеются 5 барокамер.В среднем за год в отделении проводится 1180 барокамерных процедур. На одного больного — по 7,2 процедуры. Хороший лечеб­ный эффект достигается в 60-63%, а его отсутствие — в 3-8% случаев.

При проведении оксигенобаротерапии терапевтический эф­фект достигался у больных язвенной болезнью и с различными гной­но-септическими осложнениями. Достаточный эффект был полу­чен при лечении больных в раннем послеоперационном периоде с це­лью профилактики анастамозитов, стимуляции перистальтики кишеч­ника, профилактики полиорганной недостаточности. Отчетливый ла­бораторный (снижение гликемии) и клинический эффекты имели ме­сто при лечении больных сахарным диабетом.

Отделение «искусственная почка» имеет в своем составе диализ­ный зал, кабинет лазеротерапии и лабораторию. Его оснащение пред­ставлено аппаратами для гемосорбции, плазмафереза и ультрафиоле­товой обработки крови. Проводится лечение пациентов как с остры­ми, так и с хроническими заболеваниями. Существенную помощь спе­циалисты отделения оказывают пациентам с острыми отравлениями, для чего используется гемосорбция или плазмаферез непрерывно-по­точным методом. Плазмаферез используется при хронических заболе­ваниях: таких, как бронхиальная астма, полиартрит любой этиологии, болезни Рейтера и Бехтерева, геморрагический васкулит, полинейро­патия, токсико-аллергические реакции, панкреатит, гнойный перито­нит, псориаз, нейродермит. За год методами экстракорпоральной де­токсикации и гемокоррекции проводится лечение 384 пациентам, 30% которых первоначально поступают в отделение реанимации. На одно­го больного приходится 5,3 экстракорпоральных операций.

Отдаление заготовки и переливания крови располагает опера­ционным залом для забора крови, лабораторией, центрифужной и хранилищем крови и ее компонентов. Донорские контингенты фор­мируются из военнослужащих местного гарнизона. В течение года от­деление принимает на обследование и заготовку крови 1ООО-1100 до­норов. Для нужд госпиталя заготавливается в год от 400 до 500 литров крови и ее компонентов. В отделении выполняется определение груп­повой и резусной принадлежности крови, экспресс-диагностика гепа­тита и сифилиса, определение антиэритроцитарных антител у сенси­билизированных реципиентов, изучение некоторых гематологичес­ких показателей. Проводится иммунизация доноров и заготовка антистафилококковой и антисинегнойной плазмы, которая применяется для лечения раненых с гнойно-септическими осложнениями.

. Осу­ществляется заблаговременная заготовка аутокомпонентов крови для обеспечения плановых оперативных вмешательств, интраоперационная аппаратная реинфузия крови, управляемая интраоперационная гемодиллюция. Отработан порядок транспортировки гемотрансфузионных средств в окружные госпита­ли.

Развитие в госпитале службы диагностики

Специализированная диагностическая служба в госпитале пред­ставлена центром лучевой диагностики и нештатными центрами ла­бораторной, функциональной, эндоскопической диагностики. Центр лучевой диагностики предназначен для проведения рентгеновских, радиоизотопных, ультразвуковых и компьютерно­томографических исследований раненым и больным, подготовки среднего медицинского персонала, повышения квалификации врачей войсковых частей и окружных госпиталей.

Рентгеновское отделение было открыто в 1984 г. В его составе — пять рентгендиагностических, один флюорографический кабинет, пе­редвижной рентгенкабинет для проведения флюорографии. Выполня­ется широкий спектр обычных и рентгенконтрастных исследований, а их объем и качество удовлетворяют потребности лечебных отделений..

За год в отделении выполняется 15900 исследований, из них рентгенография органов грудной клетки составляет 46,5%, костей опорно-двигательного аппарата — 26,8%.Число флюоро­графий, производимых за год, составляет 4865 - 5190 исследований, из которых 51% — амбулаторные.

Отделение ультразвуковой диагностики.

Наряду с решением новых диагностических задач проводилась плановая закупка современного оборудования. Были приобретены ап­параты фирмы «Combizon», ультразвуковая диагностическая система фирмы «В&К».. Здесь проводятся ультразвуковые исследования ор­ганов брюшной полости (желчного пузыря, печени, поджелудочной железы, селезенки), мочеполовых органов (почек, мочевого пузыря, предстательной железы, органов мошонки), женских половых органов (матки и придатков, при беременности). Ежегодно в отделении проводится до 25000 ультразвуковых исследований, осматривается до 7 тысяч пациентов.

В отделении рентгеновской компьютерной томографии вы­полняются исследования головного мозга, ЛОР-органов, глазниц, ор­ганов грудной и брюшной полостей, забрюшинного пространства, мочеполовой системы, эндокринных органов, опорно-двигательного аппарата в полном объеме и в соответствии с международными стандартами, в том числе интервенционные методики, такие, как лечебные

и диагностические пункции.

Работа отделения организуется в тесном взаимодействии с дру­гими отделениями лучевой диагностики. Это — первый поток больных. Второй поток составляют пациенты, направляемые на исследования по заявкам из лечебных отделений по плановым или неотложным по­казаниям.

Отделение радиоизотопной диагностики имеет санитарный паспорт, предусматривающий проведение работ по II классу, что поз­воляет выполнять известные в медицинской практике диагностичес­кие исследования с применением открытых источников ионизирую­щего излучения.

Здесь выполняются исследования по изучению функционально­го состояния эндокринной, сердечно-сосудистой и мочевыделитель­ной систем. Осуществляются исследования, уточняющие органичес­кую патологию центральной нервной системы, органов дыхания и же­лудочно-кишечного тракта, метастатического поражения органов и тканей.. Отделение вышло на макси­мальное использование диагностического оборудования. Оно прово­дит около 2 тысяч исследований за год, или 0,32 радионуклидных ис­следования на одного больного.

Отделение (Центр) функциональной диагностики состоит из 6 подразделений: электрокардиографии, холтеровского мониторирования, нагрузочных проб, исследования функции внешнего дыхания, эхокардиографии и нейрофункциональных исследований. Отделение ориентировано на высокую специализацию, автоматическую обра­ботку данных и освоение наиболее совершенных аппаратов послед­них поколений. Получили развитие и совершенст­вование такие наиболее важные направления в функциональной диа­гностике, как исследования сердечно-сосудистой, нервной и дыха­тельной систем.

Ежегодно про­изводится свыше 34000 функциональных исследований. Каждому кар­диологическому больному выполняется 11,8 исследования, а хирурги­ческому — 5,2 (табл. 26).

Лабораторное отделение (Центр) состоит из 5 функциональ­ных подразделений (лабораторий): клинической, биохимической, клинико-биологической, бактериологической и экспресс-лаборатории. Профилизация лабораторий позволила комплексно развивать от­дельные разделы лабораторной диагностики. В госпитале выпол­няется весь перечень исследований, установленный нормативными документами.

Схема обследования больных в лабораторном отделении состоит из двух этапов: первый — скрининговые исследования, составляющие по-исковую программу, и второй — специальные исследования (как до­полнительные к поисковой программе) для уточнения диагноза при патологических процессах.В лабораторном центре количество скрининго­вых исследований составило более 70%, а перечень методов, входящих в скрининговые программы, составляет только 17%. Такой подход поз­волил значительно снизить число дублирующих и ненужных повтор­ных исследований, что привело к снижению количества анализов на одного больного.Проводится. прежде всего это лабораторная диагностика анемий, гемобластозов, коагулопатий, иммунодефицита, гильминто- зов и т.д.

В эндоскопическом отделении производится визуальное иссле­дование полостных органов желудочного тракта и бронхов, диагнос­тические и лечебные манипуляции..

Оперативная эндоскопия ста­ла доступным способом лечения большого числа заболеваний В структуре исследований преобладают осмотры верхнего и нижнего отделов желудочно-кишечного тракта (75% и 21% соответст­венно), а бронхоскопии составляют 4%. В среднем за год выполняется около 5000-6000 эндоскопических манипуляций, в том числе лечеб­ные эндоскопии, анестезиологические пособия, ургентные исследова­ния при подозрении на кровотечение, перфорацию, инородные тела верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, полипэктомии через эндоскоп. Раковые опухоли различной локализации встречались у 7,5% обследованных. Подтверждаемость рака, по данным гистологиче­ского исследования, составила 85-87%, а цитологического — 82-85%. Расхождений данных эндоскопических исследований с результатами, полученными при оперативных вмешательствах, не было.

Развитие восстановительного лечепия в госпитале

. Под ре­абилитацией подразумевают комплекс мероприятий медицинского, социально-экономического, военно-профессионального и психоло­гического характера, направленный на восстановление здоровья и бое­способности военнослужащих. Медицинская реабилитация включает в себя различные методы медикаментозной терапии, физиотерапии, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, лечебное питание, санацию очагов хронической инфекции, хирургическую коррекцию патологи­ческих изменений.

В военных лечебно-профилактических учреждениях обычно проводится медицинская и психологическая реабилитация. Основны­ми этапами медицинской реабилитации в настоящее время признаны следующие: госпитальный — в военных госпиталях, амбулаторно-по- ликлинический — в военных поликлиниках и санаторный — в специ­ализированных отделениях многопрофильных санаториев.

. был создан Центр восстановительного лечения (ЦВЛ). В состав ЦВЛ вошли уже развернутые и успешно функционирующие отделения физиоте­рапии и лечебной физкультуры, рефлексотерапии и психотерапии. Коечный фонд в составе Центра не предусматривался, чтобы не ско­вывать его мобильность .Основной задачей ЦВЛ является проведение госпитального и ча­стично амбулаторно-поликлинического этапа физической и психоло­гической реабилитации. Проводится этапная и заключительная ме­дицинская реабилитация с целью закрепления предшествующего ле­чения и создания оптимальных условий для восстановления у пациен­тов утраченных функций и их подготовки к выполнению обязаннос­тей военной службы и трудовой деятельности.

Основное внимание уделяется физической и психологической реабилитации раненых. В этих целях разработан комплекс мероприя­тий, В него входит воздействие на пора­женные зоны, массаж, лечебная физкультура, обучение ходьбе на про­тезах, психологическое воздействие в сочетании с необходимой меди­каментозной терапией.

Физиотерапевтическое отделение было открыто в 1984 г. и име­ло в своем составе три кабинета (физиотерапевтический, массажа и лечебной физкультуры) с соответствующим штатом и оснащением. В них проводилась плановая работа по физиотерапевтической помощи больным, находящимся на лечении в хирургическом и терапевтичес­ком отделениях,.За последние десять лет в отделении получили физиотерапевти­ческую помощь более 27570 пациентов, отпущено 650000 процедур, т.е. более 20 процедур на каждого больного. Охват физиотерапевтиче­ским лечением в среднем составляет около 63,6%. Число лечившихся больных в физиотерапевтическом отделении постоянно растет (в 1988 г. — 1058, в 1999 г. — 3842 пациента). Отделение лечебной физкультуры предназначено для использо­вания средств физической культуры в лечебно-профилактических це­лях. В связи с развитием системы медицинской реабилитации были расширены штаты отделения, введен кабинет биофункциональной коррекции, на который возложены задачи восстановления нарушен­ных или утраченных функций движения. За прошедшее десятилетие значительно обновилась материальная база отделения лечебной физ­культуры, имеются современно оборудованные залы для групповых и малогрупповых занятий, тренажерный зал и кабинеты для индивидуальных занятий с больными. Для больных организована лечебная гимнастика, механотерапия, дозированная ходьба и утрен­няя гигиеническая гимнастика..

Охват больных методами ЛФК составляет 43%.

Отделение психотерапии предназначено для оказания квали­фицированной психотерапевтической помощи раненым и больным в целях более быстрого и эффективного восстановления их здоровья и трудоспособности. В нем проходят лечение больные неврозами, пси­хосоматическими, посттравматическими и стрессовыми расстройст­вами (т.е. с пограничной нервно-психической патологией). Психоте­рапевтическая помощь проводится в объеме рациональной психоте­рапии, гипносуггестивной психотерапии, аутогенной тренировки, музыкотерапии, групповой психотерапии и наркопсихотерапии. В отде­лении проходят лечение лица, страдающие привычным употреблени­ем алкоголя и хроническим алкоголизмом. Используется методика «кодирования» и нейрофармакогенное блокирование алкогольной ре­цепции головного мозга методом аффективной контратрибуции. Ох­ват больных методами психотерапии составляет 6,5%.

Отделение иглорефлексотерапии работает в составе кабинетов мануальной терапии, рефлексотерапии и компьютерной рефлексоди­агностики. Здесь на практике используются иглорефлексотерапия, аурикулопунктура, микроиглотерапия, пучковая иглорефлексотера­пия, ЦЗЮ-терапия, электропунктура, точечный массаж, мануальная те­рапия и вакуумный массаж.

1. Организация работы специализированных медицинских центров госпиталя

При формировании внутригоспитальных медицинских центров соблюдались следующие принципы: единство объекта лечебно-диа­гностической работы - больные с патологией одной системы органов и тканей; единство системы неотложной специализированной меди­цинской помощи; единство лабораторно-инструментальной диагнос­тической базы; единство методов и средств реабилитации; единство территориальное и административно-организационное.

В СМЦ совместно работают врачи терапевтического и хирурги­ческого профилей, а также лечебно-диагностических отделений, В отделениях СМЦ возможно более рациональное распределе­ние обязанностей врачей-хирургов и врачей-терапевтов. Врач-хирург проводит отбор больных на операцию и само оперативное вмеша­тельство. В случае гладкого течения ближайшего послеоперационного периода больной передается для ведения подготовленным врачам-терапевтам, которые участвовали в обследовании и подготовке больного к операции. Это позволяет увеличивать количество оперативных вме­шательств, уменьшает среднюю длительность лечения пациента и, со­ответственно, количество хирургических коек. В настоящее время в госпитале функционирует 6 штатных и 6 нештатных СМЦ (рис. 3).

Штатными СМЦ являются центры: интенсивной терапии, анесте­зиологии и реанимации, травматологический, лучевой диагностики, кардиологический, восстановительного лечения и фармацевтичес­кий, Нештатные СМЦ: приемно-поликлинический, пульмонологичес­кий, гастроэнтерологический, «голова-шея», уронефрогенитальный, врачебной экспертизы, психического здоровья, функциональной и ла­бораторной диагностики, инфектологии — планируется ввести в штат после ввода в эксплуатацию строящегося терапевтического корпуса.

Приемно-поликлинический Центр состоит из приемного и кон­сультативно-поликлинического отделений, отделения «организации платных услуг населению», госпитализации и эвакуации. Основной за­дачей Центра является подготовка к наиболее полному обследованию больного в первые часы его поступления с установкой клинического диагноза. Для выполнения этой задачи в Центре имеются необходи­мые врачи-специалисты, оборудование и диагностические палаты. Такая организация рабо-

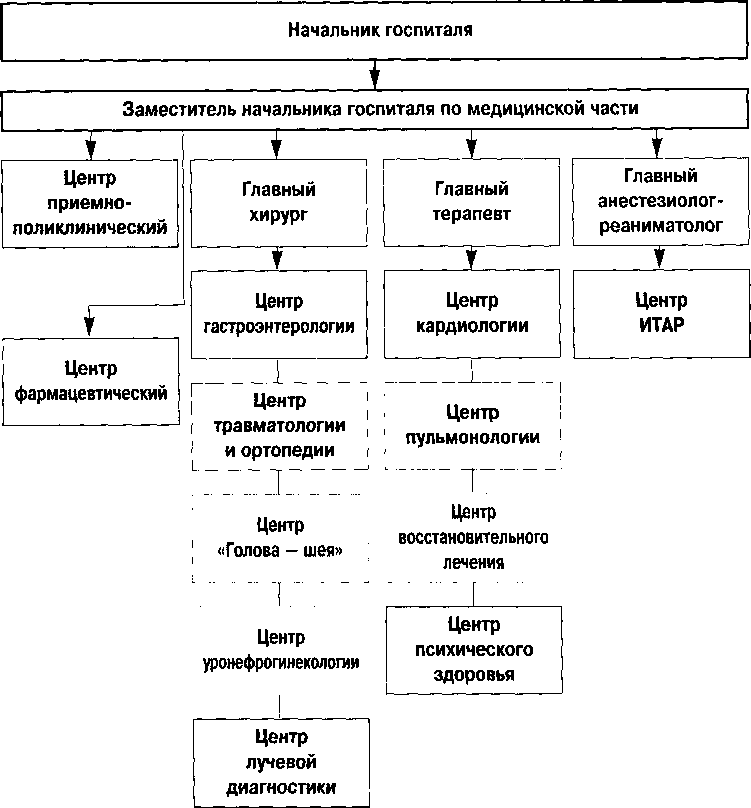


Рис. 3. Элементы новой организации структуры ГКВГ ФПС России

ты позволяет сократить сроки обследования, лечения больных и избе­жать ненужных перемещений по отделениям и кабинетам госпиталя как больных, так и медицинского персонала.

Приемное отделение. В процессе формирования этого отделе­ния можно выделить три последовательных периода его развития. Первый — отделение решало вопросы приема, сортировки, госпита­лизации и эвакуации больных. Второй — основные усилия были на­правлены на всестороннее первичное клиническое обследование по­ступающих на госпитализацию пациентов, а также амбулаторно-поли­клинический прием. Такой подход к диагностике привел к тому, что больной в профильное отделение поступал через 3 — 4 часа. С другой стороны, в реальных условиях был апробирован прообраз открытого позже консультативно-поликлинического отделения.

Третий период работы приемного отделения начался с открытия консультативно-поликлинического отделения госпиталя. Приемное отделение перестало выполнять несвойственную ему задачу по кон­сультации амбулаторных и поступающих пациентов.

Консультативно-поликлиническое отделение. Необходимость амбулаторного проведения военно-врачебной экс­пертизы военнослужащим региона требовала использования совре­менной диагностической базы. С учетом этого было создано и разме­щено непосредственно в госпитале консультативно-поликлиническое отделение. Для оказания амбулаторно-поликлинической помощи во­еннослужащим, пенсионерам и членам их семей, проживающим в п.Голицыно, был оставлен врачебный участок в составе кабинетов те­рапевта, гинеколога, стоматолога и педиатра.

В консультативно-поликлиническом отделении развернуты ка­бинеты основных врачей-специалистов, функциональной и ультра­звуковой диагностики. В составе отделения планируется открыть дневной хирур­гический и терапевтический стационары и отделение восстанови­тельного лечения. Ежегодно консультативно-поликлиническая помощь, военно­врачебная экспертиза и экспертиза временной нетрудоспособности проводится тысячам пациентов. Эти функции несвойственны Главно­му клиническому военному госпиталю, так как консультативно-поли­клиническое отделение госпиталя должно оказывать консультативную специализированную амбулаторную помощь и готовить больных к госпитализации.

Задачами отделения «организации платных медицинских ус­луг» является: оформление медицинской и финансовой документации на пациентов, поступающих на лечение в госпиталь за плату; контроль полноты выполнения врачами коечных отделений условий медико­экономического стандарта по обследованию и лечению больных; под­готовка электронной версии счета-фактуры и представление его в страховую компанию; статистический анализ качества оказания плат­ных медицинских услуг пациентам; составление финансового отчета о полученных госпиталем денежных средствах; методическая помощь врачам; медицинский менеджмент и маркетинг. Отделение обеспече­но компьютерной оргтехникой, статистической программой «Счет- фактура» и необходимой бланковой документацией. Платные услуги осуществляются в рамках обязательного и добровольного медицин­ского страхования по медико-экономическим стандартам, принятым в Москве.

Отделение госпитализации и эвакуации осуществляет подго­товку, планирование поступления на стационарное лечение больных и подготовку их к отправке в региональные управления. Плановый ха­рактер госпитализации выдерживается только в отношении больных из частей Московского региона, а также ряда западных региональных управлений.

Большое внимание отделение уделяет обеспечению эвакуации «на себя» раненых и больных из военных госпиталей, которые прибы­вают в аэропорты и на железнодорожные вокзалы Москвы. Для встре­чи и сопровождения назначается медицинский эвакуатор, который имеет при себе транспортную укладку для оказания неотложной меди­цинской помощи раненым и больным в пути следования. В ряде случа­ев, особенно при транспортировке тяжелых раненых, поступающих из «горячих точек», эвакуатором назначается врач-хирург или врач-реаниматолог. Такой подход к решению эвакуационного сопровождения раненых и больных стал правилом. Поэтому за 17 лет практической работы госпиталя при эвакуации раненых и больных мы не имели ни одного осложнения.

Специалисты отделения готовят и рассылают по частям извеще­ния о прибытии и убытии из госпиталя больных, приобретают билеты на воздушный и железнодорожный транспорт, готовят пакет выпис­ных документов, отвечают на запросы организаций и частных лиц.

В основные задачи СМЦ, кроме лечебной, входят научно-исследовательская и методическая работа.

Пульмонологический центр состоит из отделений пульмоноло­гического, торакальной хирургии, кабинетов бронхологического, ал­лергологического и реабилитации. Объединение терапевтов-пульмонологов и торакальных хирургов привело к значительному уменьше­нию сроков обследования и лечения этого тяжелого контингента больных.

Гастроэнтерологический центр состоит из двух гастроэнтеро­логических и трех хирургических отделений (неотложной, абдоми­нальной хирургий и проктологии), эндокринологического и эндоско­пического отделений, кабинета мониторного исследования желудоч­но-кишечного тракта. Центр с условным названием «голова-шея» состоит из отделения челюстно-лицевой хирургии, стоматологического, офтальмологичес­кого, оториноларингологического, кабинетов лазерного лечения, аудиометрического, зуботехнической лаборатории и мастерской оч­ковой оптики.

Уронефрогенитальный центр объединяет урологическое, нефрологическое, химиотерапевтическое и гинекологическое отделения, кабинеты рентген-урологических исследований, ударно-волновой литотрипсии, гинекологической эндокринологии и андрологии. Создан­ный для комплексного оказания помощи больным с патологией моче­половой системы, Центр располагается в лечебных корпусах на одном этаже.

Центр психического здоровья включает отделения острых пси­хозов и пограничных состояний, неврологическое, кабинеты психо­терапии, наркологический и реабилитации. Являясь учебно-методической базой для врачей-специалистов войск, а также психологов, Центр будет проводить большую методическую работу по психопрофилактике.

Центр инфектологии состоит из инфекционного, фтизиотерапевтического, кожно-венерологического пунктов и начнет функцио­нировать после реконструкции инфекционного корпуса.

Центр врачебной экспертизы функционирует с первых дней ра­боты госпиталя и состоит из отделения врачебно-летной экспертизы, терапевтического, патологоанатомического и госпитальных ВВК (хи­рургическая, терапевтическая).

Научно-методический учебный центр состоит из интернатуры (ординатуры) медицинского состава, отделений научно-исследовательского и медицинской информатики.

В Фармацевтический центр входят отделения: рецептурное, производственное, запасов и контрольно-аналитическая лаборатория.

. Благодаря цен­трализации служб в настоящее время непосредственно на командова­ние госпиталя замыкается только 16 коечных и лечебно-диагностиче­ских подразделений из 64. В ближайшие десятилетия дальнейшее уве­личение числа узкоспециализированных медицинских подразделе­ний будет происходить, в основном, в пределах перечисленных специ­ализированных медицинских центров.

В Главном военном клиническом госпитале им. акад. Н.Н.Бурденко создаются уже внутригоспитальные объединения центров до 300 коек. Это настоящие «госпитали в госпитале».

Начальники СМЦ и ряд начальников отделений госпиталя явля­ются главными медицинскими специалистами Пограничной службы по своему профилю. Поэтому в их обязанности входит методическое руководство, направленное на улучшение диагностики, лечения и реа­билитации больных по своему профилю.

Для проведения в госпитале научно-исследовательской работы необходимо создание Информационно-вычислительного центра, ко­торый в перспективе вместе с научно-методическим отделом составит научно-информационное объединение и будет выполнять роль «моз­гового» центра госпиталя. В качестве первого шага на базе научно-методического отдела госпиталя уже введены два новых отделения: науч­но-исследовательское и медицинской информатики.

1. Перспективы развития специализированной медицинской помощи в Пограничной службе

Главный клинический военный госпиталь — головное лечебное учреждение Пограничной службы, предназначенное для оказания спе­циализированной медицинской помощи. В настоящее время он по штату рассчитан на 700 коек, в его составе предусмотрено 64 отделе­ния. Дальнейшее увеличение количества специализированных отделе­ний в госпитале приведет к образованию трудно управляемого лечеб­ного учреждения и увеличению его штата, как это произошло на од­ном из этапов экстенсивного развития Главного военного клиничес­кого госпиталя им. акад. Н.Н.Бурденко.

Наш госпиталь — лечебное учреждение, развитие которого еще не завершено. Продолжается строительство третьей очереди в составе терапевтического корпуса с Центром восстановительного лечения. Учитывая сегодняшний экономический кризис и недостаточность финансирования, целесообразно направить основные усилия на ра­циональное использование материально-технической базы госпиталя и активный поиск новых технологий для расширения и углубления специализированной медицинской помощи, снижения ее затратнос­ти и повышения качества.

Перспективными направлениями в дальнейшем развитии Глав­ного клинического военного госпиталя являются: создание узкоспе­циализированных лечебных отделений; профилирование отделений интенсивной терапии; специализация подразделений реабилитации; организация центров специализированной амбулаторной терапии и хирургии, а также Центра специализированной консультативно-диа­гностической помощи.

Приоритетными направлениями для госпиталя являются расши­рение специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене медицинской службы с развертыванием дневно­го стационара и использованием методов традиционной медицины, а также укрепление интеграции между госпиталем и поликлиникой. Ос­новным направлением дальнейшего совершенствования специализи­рованной медицинской помощи в госпитале является стандартизация ее объема и качества, что позволит управлять качеством медицинской помощи и целенаправленно готовить врачей-специалистов.

В оказании узкоспециализированных видов медицинской помо­щи целесообразно взаимодействие с Главными и Центральными воен­ными госпиталями других силовых ведомств, таких, как Министерство обороны, Федеральная служба безопасности и Министерство внутрен­них дел. Возможная профилизация Центральных военных госпиталей значительно повысит уровень и качество оказания специализирован­ной медицинской помощи в Вооруженных Силах.

С учетом специфики пограничной службы, особенностей воен­ного труда, структуры заболеваемости личного состава определены следующие приоритетные направления развития Главного клиничес­кого военного госпиталя в области клинической медицины: неотлож­ная медицинская помощь, анестезиология и реаниматология, кардио­логия, пульмонология и аллергология, гастроэнтерология, травмато­логия, абдоминальная хирургия, гинекология, функциональная, луче­вая и лабораторная диагностика, восстановительное лечение.

Основными направлениями развития специализированной хи­рургической помощи в госпитале следует считать: совершенствование оказания специализированной хирургической помощи, широкое вне­дрение видеоэндоскопической хирургии и микрохирургии, пластиче­ской и имплантационной хирургии, рациональное снижение предопе­рационного и послеоперационного периодов; внедрение перспектив­ных методов диагностики, лечения, реабилитации во всех хирургиче­ских отделениях, формирование дневного хирургического стациона­ра (ДХС).

Эндовидеохирургия является ведущим направлением развития хирургии в госпитале. В ближайшие годы с ее помощью будут выпол­няться 70% торакальных операций, 80% операций на органах брюш­ной полости, 100% гинекологических вмешательств.

В торакальной хирургии. Развитие восстановительной хирургии пищевода, бронхов и трахеи. Внедрение эндоскопических методов ди­агностики и лечения при травмах и заболеваниях органов грудной клетки.

В абдоминальной хирургии. Развитие хирургии печени и подже­лудочной железы. Внедрение эндоскопических операций на кишечни­ке, желудке, печени и селезенке, лучевой терапии неопухолевых забо­леваний.

В травматологии. Лечение раненых и пострадавших с сочетан­ными повреждениями; внедрение пластической хирургии, операций по эндопротезированию крупных суставов, артроскопических опера­ций.

В нейрохирургии. Внедрение хирургических методов лечения инсультов, эмболизации наружной сонной артерии при менингиомах головного мозга с целью уменьшения кровопотери при удалении этих опухолей, методики оперативного лечения последствий огнестрель­ных ранений черепа и головного мозга, хирургическое лечение опу­холей головного и спинного мозга.

В ангиохирургии. Проведение реконструктивных операций на магистральных сосудах с применением современных материалов, ос­воение эндоскопических оперативных вмешательств при выполне­нии поясничной симпатэктомии.

В офтальмологии. Имплантация интраокулярных линз после экстракции катаракты и при последствиях травматических поврежде­ний, одномоментная хирургическая обработка с использованием мик­рохирургической техники при проникающих ранениях органа зре­ния, факоэмульсии катаракты. Внедрение В-сканирования, кератопахиметрии, компьютерной периметрии, рефрактометрии, флюорес­центной ангиографии.

В оториноларингологии. Внедрение методов микрохирургичес­кого вмешательства при заболеваниях и травмах. Лечение ультразву­ком, лазеротерапией при вазомоторном рините, хронических тонзил­лите и синуситах, пневмомассажем барабанной полости, эндоларингеальной электростимуляцией пареза голосовых связок.

В проктологии. Внедрение эндоскопических методов оператив­ного лечения заболеваний толстой и прямой кишки.

В урологии. Применение трансуретральной резекции при забо­леваниях мочевого пузыря и предстательной железы; органосохраня­ющих операций на почках при опухолевом поражении; хирургичес­ких методов лечения половых расстройств; бесконтактной ударно­волновой литотрипсии.

В гинекологии. Использование лапароскопии при гинекологиче­ских заболеваниях. Внедрение гистеросальпингографии и реографии маточных труб в диагностике трубного бесплодия; пластической хи­рургии яйцеводов в лечении женского бесплодия; криодеструкции жидким азотом при патологии шейки матки; лазеротерапии эрозий шейки матки.

В челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Применение пластической хирургии в лечении последствий травм и ранений че­люстно-лицевой области с использованием филатовского стебля; экс­тирпации околоушной слюнной железы с сохранением ветвей лице­вого нерва; криотерапии новообразований челюстно-лицевой облас­ти; лазерной терапии и вакуум-массажа при заболеваниях пародонта; эндооссального протезирования имплантатами; пломбировки зубов светоотражающими материалами; восстановление анатомической формы фронтальной группы зубов при травматическом отколе эмали и уголков зубов с использованием парапульпарных штифтов.

В гнойной хирургии. Внедрение активной хирургической такти­ки лечения гнойных ран и ожогов с использованием пленочных по­крытий, сорбционных методов с ранним применением пластической хирургии.

Основными направлениями развития специализированной те­рапевтической помощи в госпитале следует считать: совершенствова­ние оказания неотложной терапевтической помощи, сокращение диа­гностического периода, открытие в госпитале гематологического, нефрологического, ревматологического, психиатрического отделений; формирование дневного терапевтического стационара (ДТС).

В кардиологии. Совершенствование методов лечения нестабиль­ной стенокардии, инфаркта миокарда, купирования нарушений ритма сердца и гипертонического криза. Внедрение физического и психоло­гического методов госпитального этапа реабилитации. Организация диспансерного динамического наблюдения за больными хроничес­кой ишемической и гипертонической болезнями, а также пациентами, имеющими факторы риска заболевания сердечно-сосудистой систе­мы.

В гастроэнтерологии. Внедрение суточного мониторирования желудочной секреции, электрогастроэнтерографии и пункционной биопсии печени. Применение комплексного предоперационного об­следования и послеоперационной реабилитации больных с гастроэн­терологическими заболеваниями.

В пульмонологии. Внедрение современных методов немедика­ментозного лечения бронхиальной астмы. Освоение трансбронхиаль­ной пункционной биопсии. Профилактика и лечение пневмоний.

В неврологии и психиатрии. Внедрение методов ранней диагно­стики сосудистых заболеваний и опухолевых поражений головного мозга. Применение физического и психотерапевтического методов госпитального этапа реабилитации пациентов с острыми заболевани­ями центральной нервной систехмы.

В эндокринологии. Внедрение программы предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации пациентов с заболе­ваниями щитовидной железы. Разработка методических рекоменда­ций по диагностике и лечению заболеваний эндокринной системы. Организация диспансерного динамического наблюдения за военно­служащими с избыточной массой тела и нарушениями углеводного обмена.

В нефрологии. Внедрение пункционной биопсии почек. Разра­ботка методических рекомендаций по диагностике и комплексной те­рапии нефритов.

В гематологии. Внедрение программы предоперационной под­готовки и послеоперационной реабилитации пациентов после спленэктомии. Разработка схем диагностики, наблюдения и реабилитации па­циентов с анемиями различного генеза.

Дальнейшее развитие интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации в госпитале должно осуществляться на основе единой доктрины. Исходя из нее можно сформулировать задачи Центра ИТАР: оценка функциональных резервов и состояния больного; определе­ние степени риска хирургической операции и анестезии; проведение адекватной интенсивной терапии с целью подготовки больного к хи­рургической операции; анестезиологическое обеспечение хирургиче­ской операции, перевязок и сложных диагностических исследований; послеоперационная интенсивная терапия; проведение комплексной терапии с целью профилактики и коррекции функциональных расст­ройств и нарушений внутренней среды организма при шоке, массив­ной кровопотере, отравлениях и острых заболеваниях; интенсивная терапия у больных терапевтического, неврологического, инфекцион­ного профилей с опасными для жизни остроразвивающимися или прогрессирующими нарушениями жизненно важных функций орга­низма; выведение больных и пострадавших из терминального состоя­ния (расширенный реанимационный комплекс); интенсивное наблю­дение с использованием современной контрольно-диагностической аппаратуры.

Возможность осуществлять маневр силами и средствами (в том числе коечным фондом), имеющимися в наличии во всех отделениях Центра, позволяет своевременно и правильно перераспределять пото­ки поступающих в отделения больных и пострадавших. Руководство врачами, занимающимися вопросами оказания реанимационной по­мощи, интенсивной терапии и анестезиологическими пособиями в ус­ловиях дефицита врачей анестезиологов-реаниматологов, представ­ляет собой сложную проблему, которую без единого подчинения ре­шить не представляется возможным.

В отделениях реанимации (Центра ИТАР и Кардиологического центра) необходима разработка единой концепции лечения и мони­торинга реанимационных больных, а также внедрение современных методов мониторинга деятельности сердечно-сосудистой, дыхатель­ной, центральной нервной и других систем. В анестезиологии необхо­димо совершенствование проводниковых методов обезболивания, эпидуральных и спинномозговых анестезий, использования ингаля­ционной анестезии по низкому потоку. Внедрение новой формы реа­нимационной карты и протокола проведения анестезии.

Основными направлениями развития специализированной диа­гностики в госпитале являются: создание диагностического отдела; развитие узкоспециализированных направлений диагностики; техни­ческое переоснащение госпиталя; создание единой автоматизирован­ной системы управления диагностической службой; внедрение ком­пьютерных технологий в процесс диагностики.

В Центре лучевой диагностики, в классической рентгенологии предполагается использование цифрового стандарта, получение и об­работка изображений, т.е. переход на единый стандарт, в котором уже работают отделения радиоизотопной и компьютеротомографичес­кой диагностики. Подобный принцип позволит изменить технологию сбора, хранения и обмена видеоинформацией, производить цифро­вую обработку изображений, что повысит диагностическую чувстви­тельность методов исследования, особенно в случаях использования дополнительного контрастирования. Цифровой стандарт записи ви­деоинформации позволяет параллельно решать и такую важную зада­чу, как снижение лучевых нагрузок при выполнении традиционных рентгеновских исследований (в этом плане перспективна закупка малодозных цифровых флюорографических аппаратов и рентгеновских аппаратов, имеющих встроенные дозиметры, позволяющие рассчиты­вать индивидуальные эффективные дозы).

Освоение многофункционального рентгеновского комплекса, оснащенного ангиографической приставкой, позволит проводить в полном объеме лучевые исследования, такие, как аортография, каро­тидная ангиография, селективная ангиография, ангиопульмонография, селективный забор крови из сосудов, флебография. Внедрение этого метода позволит выполнять: внутрисосудистую тромболитическую терапию, имплантацию кавафильтров, катетеризацию артерий для длительной инфузионной терапии, рентгенэндоваскулярные и лапараскопические операции, ретроградную холангиопанкреатографию, низведение камней мочевых и желчных путей, миелографию и др.

В ультразвуковой диагностике планируется применение доппле­ровского цветного картирования, с помощью которого появится воз­можность ранней диагностики заболеваний брюшной полости, мало­го таза и поверхностно расположенных органов. В гинекологической практике метод позволит проводить исследования маточно-плацен­тарного кровотока, идентификацию врожденных пороков сердца пло­да, оценку гемодинамики на самых ранних стадиях беременности, дифференцировать доброкачественные и злокачественные образова­ния матки и придатков. Внедрение ультразвуковой ангиографии поз­волит улучшить диагностику новообразований, в том числе исследова­ния неоваскуляризации в узлах опухоли. Применение ультразвукового зондового датчика, вводимого в исследуемый орган через канал эндо­скопа, даст возможность исследовать полые органы (желудок, кишеч­ник, мочевой пузырь и др.).

В радиоизотопной диагностике предполагается внедрение од­нофотонного эмиссионного томографа (одно- или двухдетекторная гамма-камеры) с системой обработки данных, позволяющей получать цифровые трехмерные изображения и осуществлять регистрацию бы- стропротекающих динамических процессов. Особенно это важно для диагностики острых очаговых повреждений миокарда, заболеваний почек и др.

В компьютерно-томографической диагностике программа пе­реоснащения предполагает установку томографа, имеющего возмож­ность спирального сканирования, позволяющего получать тонкие со­прикасающиеся срезы и создавать высококачественные трехмерные реконструкции органов, в том числе и сосудистого русла. Это позво­лит проводить высокоточные исследования внутренних органов, со­судистого русла, головного и спинного мозга молочных желез и др., кинотомографию, бесконтрастную ангиографию и флюорографию.

Ближайшие перспективы Центра функциональной диагности­кисвязаны с интенсификацией и рационализацией диагностического процесса. Необходимым является исключение малоинформативных методик. В то же время планируется более широкое использование со­временных методов диагностики, таких, как суточное мониторирова­ние поздних потенциалов для выявления предрасположенности к фа­тальным нарушениям ритма, изучение вариабельности ЧСС, спект­ральный и частотный анализ с использованием методики преобразо­вания Фурье.

В разделе нейрофункциональных исследований планируется развитие методов исследования нейро-мышечной проводимости по­средством миографии, анализ вызванных потенциалов, внедрение ци­фровой электроэнцефалографии, мониторинга дыхания в период сна. Дальнейший прогресс в исследовании функции дыхания связан с вне­дрением спироэргометрии, определением диффузионной способнос­ти легких, газовым анализом, проведением общей бодиплетизмографии, широким использованием медицинских проб.

Развитие методов исследования сердца и сосудов связано с внед­рением основных современных технологий, таких, как цветное карти­рование кровотока, тканевой и энергетический допплер, исследова­ние второй гармоники эхосигнала, применение эхоконтрастных ве­ществ, аккустической денситометрии, цифровой стресс-эхокардиографии, а также трехмерной реконструкции сердца и сосудов.

Большая диагностическая информация, которую предоставляет Центр лабораторной диагностики, требует решения ряда задач. В ча­стности, выбора оптимальных тестов для различных видов патологии, разработка комплексов лабораторных тестов для целенаправленного применения их в диагностическом процессе и скрининговых про­грамм для профилактических осмотров, выявления вероятности уста­новления диагноза по лабораторным показателям, сравнение различ­ных лабораторных тестов по их диагностической ценности.

Для решения этих задач требуется оснащение лабораторий внут­ренней компьютерной системой, сочлененной с АСУ госпиталя. При соответствующем дополнительном математическом обеспечении они используются для создания базы данных по регистрации больных. Это позволяет получать оперативную информацию о структуре проводи­мых исследований, контингенте больных, оперативно принимать ре­шения, выявлять наиболее напряженные звенья в работе.

Бурное развитие нового поколения многоканальных анализато­ров. внедрение компьютерной техники в работу лабораторий обеспе­чивают высокое качество проводимых исследований, большую произ­водительность и точную органотопическую диагностику. Высокий ме­тодический уровень обеспечен в настоящее время при выполнении лаже таких рутинных исследований, как общий анализ мочи. Приме­нение автоматизированных систем для идентификации бактерий и определения чувствительности к антибиотикам приблизит микробио­логические исследования по временным параметрам исполнения к экспресс-диагностике, что даст возможность своевременно начать ан­тибактериальную терапию.

Число лабораторных тестов, выполняемых для целей диагности­ки, в 40-50 раз превышает количество инструментальных диагности­ческих исследований. Это свидетельствует о том, что лабораторные методы доминируют в диагностическом процессе, выявляя нарушения биохимических процессов, раннее развитие функциональных расст­ройств или морфологических изменений в органах и тканях. Лабора­торные данные во многом способствуют формированию диагноза, до­минируя в таких разделах медицины, как эндокринология, гепатология, нефрология, кардиология, онкология, вирусная и бактериальная инфекция, наследственные и приобретенные иммунодефициты, включая СПИД. Поэтому одной из задач является разработка алгорит­мов лабораторной поддержки диагноза при симптомах и синдромах. Однако эта область диагностики требует дальнейшей разработки и со­ставления единых для госпиталя алгоритмов компьютеризованных систем поддержки диагноза при применении всех методов, которыми располагает медицинское учреждение.

Магистральным направлением развития специализированного восстановительного лечения в госпитале является внедрение новых современных методов лечения и реабилитации: освоение методов ударно-волновой терапии, грязелечения, ароматерапии, искусствен­ного микроклимата, фитотерапии; увеличение объема инвазивных, внутриполостных методов и методик; использование адекватной ин­формационно-волновой терапии и принципов обратной связи; внед­рение метода криотерапии, управляемого кишечного диализа; расши­рение возможностей водолечения за счет использования комбиниро­ванных ванн, реабилитационного бассейна, терморелаксации; ком­пьютерной психологической диагностики; сенсорной терапии с цве­то-, арома- и музыкотерапией; методик нейролингвистического про­граммирования; гештальт-терапии; психосинтеза; психологической коррекции; поведенческой психотерапии; внедрение компьютеризи­рованных лечебно-диагностических аппаратных комплексов, позво­ляющих проводить точную диагностику функций суставов и мышц;

использование физиологических реабилитационных систем с помо­щью специализированных тренажеров; освоение системы дистанци­онного телеметрического мониторирования.

Организация реабилитационных мероприятий в госпитале как в многопрофильном лечебном учреждении должна проходить непо­средственно в специализированных медицинских центрах (кардио­логическом, травматологическом, гастроэнтерологическом и др.), в их соответствующих кабинетах восстановительного лечения. При таком направлении развития госпитального этапа медицинской реабилита­ции надо отметить следующие позитивные стороны:

1. Кабинеты восстановительного лечения являются структурным подразделением медицинского центра и комплектуются врачом-спе- циалистом по реабилитации этого центра.
2. Больные из специализированного центра не переводятся в многопрофильное отделение реабилитации, вследствие чего сокра­щается длительность лечения и возрастает его эффективность.
3. У больных не будет возникать психологического дискомфорта при смене лечащего врача, обслуживающего персонала и привычной обстановки. Пациент продолжит лечение и реабилитацию в специали­зированном центре, где наиболее профессионально, под контролем специалистов будет реализована программа реабилитационных меро­приятий.
4. В специализированном центре наиболее рационально будут использованы как методы хирургического, медикаментозного, так и специфического реабилитационного лечения. Исчезнет проблема разделения единого лечебного процесса на период лечения и реаби­литации.
5. Центр восстановительного лечения будет осуществлять мето­дическую и практическую помощь кабинетам реабилитации медицин­ских центров.

Внедрение этих направлений развития позволит на современ­ном уровне и в полном объеме проводить весь комплекс госпитально­го этапа медицинской реабилитации раненых и больных, а также ис­пользовать возможности Центра восстановительного лечения в оздо­ровлении и профилактике заболеваний военнослужащих.

Главному клиническому военному госпиталю в своем дальней­шем развитии необходимо сосредоточить основные усилия на разви­тии приоритетных клинических направлений и совершенствовании специализированной медицинской помощи путем создания штатных специализированных медицинских центров. В организации оказания узкоспециализированной медицинской помощи целесообразно взаи­модействие с Главными и Центральными военными госпиталями дру­гих силовых министерств и ведомств, с муниципальными лечебными учреждениями Москвы на безвозмездной основе.

Главным направлением приложения основных усилий Главного клинического военного госпиталя является научно-методическое обеспечение лечебно-профилактической деятельности военных гос­питалей Пограничной службы, включающее научный поиск и внедре­ние в практику наиболее эффективных методов обследования, лече­ния, реабилитации раненых и больных, выработку единых стандартов, методическое руководство лечебно-диагностической работой меди­цинских учреждений и подразделений.

Важной задачей госпиталя остается проведение научно-исследо­вательской работы по профилактике и лечению наиболее часто встре­чающихся заболеваний среди военнослужащих Пограничной службы.