

БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!

№5 (5/2017)

"Если врач - не только врач,
но и философ - это Бог".
Тиннокрай

Газета медиков Забайкалья

«ФЕСТИВАЛЬ ХИРУРГИИ ЗАБАЙКАЛЬЯ» ПРОШЕЛ В КРАСНОКАМЕНСКЕ



25-26 мая в Краснокаменске состоялась двухдневная региональная конференция по хирургии, которая в этом году обрела название - «Фестиваль хирургии Забайкалья». В мероприятии приняли участие 125 хирургов из Забайкальского, Калганского, Приаргунского, Нерчинско-Заводского, Борзинского, Кыринского, Нерчинского районов, а также специалисты из Читы, Краснокаменска и Агинского округа.

Открыл фестиваль министр здравоохранения Забайкальского края, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Сергей Давыдов.

Фестиваль не случайно проводится на краснокаменской земле - здесь всегда была очень сильная хирургия, здесь на базе Краевой больницы №4 создан один из крупнейших в крае многофункциональных межрайонных центров. И сегодня мы видим, что доверие населения к местным специалистам вновь возвращено, хирургическая активность поднимается, сюда едут на операции жители не только Краснокаменского, но и прикрупленных к центру районов.

(Окончание на стр. 2)

СЕГОДНЯ

В НОМЕРЕ:

● 30 мая отметила свой 90-летний юбилей одна из старейших профильных библиотек - краевая научная медицинская библиотека. Несмотря на свой солидный возраст, сегодня это одна из крупнейших отраслевых библиотек края с фондом более 145 тыс. экземпляров, а ее пользователи по разным видам обслуживания составляют более 4 тысяч человек.

стр. 3

● Забайкальская делегация медицинских сестер из восьми человек посетила 27-29 апреля Всероссийский конгресс по геронтологии и гериатрии в Москве. В работе конгресса приняли участие представители Японии, Канады, Израиля, различных регионов России. По количеству участников забайкальская делегация была самой многочисленной.

стр. 5

● Постхолецистический синдром - это синдром функциональной перестройки работы желчевыводительной системы после оперативного вмешательства. Он может развиваться сразу после проведения оперативного удаления желчного пузыря, а может проявиться спустя длительное время.

стр. 6

● В ближайших планах коллектива Клинического медицинского центра г. Читы - создание на базе консультативно-диагностического подразделения кабинета по диагностике и лечению диабетической стопы. Вести прием в кабинете будет врач-хирург. О синдроме диабетической стопы, о пациентах, относящихся к группе риска по данному заболеванию и планах по созданию кабинета читайте на

стр. 6

● Медицинское обслуживание на Забайкальских заводах было значительно хуже, чем в других областях. Одним из первых по времени возникновения был госпиталь при Нерчинском заводе...

стр. 7

● "Ярмарки здоровья" проводятся в Забайкалье уже пятый год. Сретенск был семнадцатым по счету районным центром, где побывали лучшие медики Читы. В течение двух дней врачи работали в районе, принимая всех, кто обратился за помощью. И местные жители были очень довольны возможностью получить квалифицированную помощь, не выезжая в краевую центр.

стр. 8

С ПРАЗДНИКОМ, ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!



Уважаемые коллеги, дорогие друзья!
От всей души поздравляю вас с Днем медицинского работника!
Не зря вас называют заместителями Бога на Земле -
ваш труд благороден и важен!

Мы многому научились и продолжаем осваивать новое, современные наука и технологии дарят такие возможности, которые казались невероятными еще пару десятков лет назад. Но по-прежнему в цене, прежде всего, человеческое участие, милосердие и золотые руки врача. Эти качества никогда не перестанут быть востребованными. Доброе слово доктора и теплое отношение медсестры - это кирпичики в основании восстановления здоровья больного, а позитивный настрой, дарящий радость и от работы, и от общения с коллегами, непременно передастся и вашим пациентам.

Накануне профессионального праздника хочется от всего сердца пожелать вам благополучия и уверенности в завтрашнем дне, вдохновения, благодарности пациентов и понимания коллег. Вы избрали когда-то профессию, предназначение которой - дарить здоровье другим, так пусть же и у вас этого богатства будет в достатке! Пусть ваши близкие, родные, друзья поддерживают вас, дарят вам тепло, уют, счастье. Покоряйте новые вершины, добивайтесь успехов, честно служите своему призванию, пусть ничто не омрачает вашего настроения и желания помогать людям. И пусть ваша жизнь будет наполнена улыбками земляков, которым вы помогли когда-то стать здоровыми и счастливыми!

С.О. Давыдов,
министр здравоохранения Забайкальского края

Дорогие друзья и соратники!
В наш профессиональный праздник -
День медицинского работника, все самые тёплые слова
и самые хорошие пожелания - вам!

Каждый день вы совершаете великий подвиг - оберегаете здоровье и спасаете жизни наших земляков. Ваше дело - не просто работа, а великое призвание! И нет в жизни большей радости, чем та, когда удаётся спасти жизнь, вернуть здоровье и увидеть счастливую улыбку на лице пациента. Ради этих минут признания нашего труда стоит проводить бессонные ночи у постелей больных, настойчиво искать и находить решения, как помочь нуждающемуся в медицинской помощи. Технологии в медицинской сфере сегодня шагнули далеко вперед. Теперь мы можем быстрее устанавливать причины недугов, быстрее проводить оперативные вмешательства, ускорять процесс выздоровления. Но никогда автоматика не сможет заменить простого человеческого участия, внимания и милосердия. Доброе слово и понимание порою приносят больше облегчения, чем все технологии вместе взятые. Поэтому пациенты всегда ценят и будут ценить, прежде всего, наше к ним отношение, профессиональное и уважительное.

Дорогие коллеги, желаю вам счастья и благополучия, крепкого здоровья и праздничного настроения! Пусть каждый ваш рабочий день будет наполнен вдохновением, словами благодарности пациентов. Желаю вам надежных коллег-единомышленников, верных друзей, любви, радости и мирного неба!

И.И. Шовдра,
первый заместитель министра здравоохранения
Забайкальского края





(Окончание, начало на стр. 1)

Считаю, что краснокаменская хирургия непременно выйдет на еще более высокий уровень, для этого есть все предпосылки – высококвалифицированные кадры, возможности и перспективы. Сам фестиваль для хирургов и травматологов Забайкалья – это возможность пообщаться, встретиться с коллегами и обменяться опытом.

Желаю всем удачи и плодотворной работы.

С основным докладом о состоянии дел в краевой хирургии выступил главный хирург Забайкальского края Сергей Мясников. По традиции в начале конференции были вручены грамоты и благодарственные письма от губернатора края, регионального Минздрава, местных депутатов и руководства города и района.

Научно-практическая часть конференции была как никогда насыщенной, профессионалы от хирургии затронули практически все направления – онкологию, урологию, проктологию, эндоскопирование, детскую и кардиохирургию. Отдельной темой прозвучала реабилитация, ведь основной процесс выздоровления пациента после хирургического вмешательства проходит именно в реабилитационный период. Именно поэтому вскоре в Краснокаменске будет открыто реабилитационное отделение.

Кроме того, в рамках фестиваля ведущие хирурги Забайкальского края провели пять операций, в том числе операцию по замене сустава жителю Краснокаменска провел министр здравоохранения региона, травматолог-ортопед высшей категории Сергей Давыдов.

Елена Овчаренко,
фото автора



В ЗАБАЙКАЛЬЕ СТАНЕТ БОЛЬШЕ ВРАЧЕЙ-ГЕРИАТРОВ

С первых дней лета в Чите на базе Краевого клинического госпиталя ветеранов войн началось обучение специалистов гериатрического профиля. В сентябре, после окончания переподготовки, более 10 вновь обученных врачей, специализирующихся на оказании медицинской помощи пожилым гражданам, отправятся работать в медицинские организации на территории Читы и в районах края.

В Забайкальском крае увеличение количества людей старшего возраста носит глобальный характер, влечет за собой не только увеличение их потребности в медико-социальной помощи, но и оказывает непосредственное влияние на медико-демографическую ситуацию.

В соответствии с порядком оказания гериатрической помощи, на 20 000 человек старше трудоспособного возраста должен приходиться один гериатр. В Забайкальском же крае на сегодняшний день всего 13 таких специалистов. В основном это сотрудники Клинического медицинского центра г. Читы, Краевого клинического госпиталя ветера-

нов, Краевой больницы №4 г. Краснокаменска, еще один врач-гериатр работает в Оловянинской ЦРБ.

За последние пять лет увеличение доли населения старшего трудоспособного возраста составило более 9,5%. Это объективно ведет к повышению численности граждан, испытывающих, кроме прочего, трудности с решением медицинских проблем. С каждым годом возрастает потребность мобильно и адекватно решать вопросы, связанные с обеспечением качества жизни лиц старшего возраста. Для увеличения продолжительности жизни и качества обслуживания пожилых людей, министерство Здравоохранения края

совместно с ЧГМА, в рамках развития гериатрической службы, открыли курсы по подготовке гериатров на базе госпиталя ветеранов. Акцент делается на специалистов районных больниц. Пройти цикл переподготовки имеют право врачи общей практики и врачи терапевты (в соответствии с действующим законодательством). Для врачей других специальностей предусмотрен цикл тематического усовершенствования с выдачей удостоверения, - сообщила главный врач Краевого госпиталя ветеранов войн Оксана Немакина.

СПАСИ ЖИЗНЬ – ОКАЖИ ПОМОЩЬ

Что делать, если человек потерял сознание, отравился, подавился, обжегся или получил серьезную травму? Медицинского работника на месте может не оказаться, а помощь нужно оказывать срочно. И что же делать? Конечно же, спасать, и немедленно! Счет может идти на минуты, и именно ваши действия могут оказаться теми самыми, которые в итоге станут спасательными.



Хорошо, если знаешь, что при приступе эпилепсии не следует вкладывать в рот ложку или вилку. Отлично, если умеешь накладывать жгут при кровотечениях. Великолепно, когда можешь сделать искусственное дыхание. Именно эти мероприятия могут помочь пострадавшему дождаться прибытия медиков и, в конечном итоге, стать залогом его спасения. Однако, увы, не все знают и умеют оказывать первую помощь.

Чтобы изменить положение в этой сфере, в отечественное законодательство были внесены изменения, которые вывели первую помощь из структуры медицинской. Это позволило допустить к оказанию такого вида помощи людям, не имеющим медицинского образования. К примеру, водители, сотрудники МВД, МЧС, пожарные в силу

профессиональных обязанностей должны обладать такими навыками. Но если с начинающими водителями, обучающимися в автошколах, более-менее всё понятно – там их должны научить, как оказывать такого рода помощь, то с работниками силовых структур, образовательных учреждений не всё так просто.

Обучением навыкам оказания первой помощи занимаются учебные центры. На территории края их несколько. Один из них - Учебно-методический центр Забайкальского Территориального Центра медицины катастроф. Центр работает уже шесть лет и за это время налажены хорошие контакты с краевым управлением ГИБДД – его сотрудники регулярно проходят обучение на базе Центра. Устанавливаются связи с краевым Министерством образования. Спасать людей учатся и водители Скорой медицинской помощи, а также работники домовых хозяйств.

Согласно приказу № 477н Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» определено всего восемь состояний, при которых предписано её оказывать, – врач-методист Светлана Сало, начальник учебно-методического центра, все эти моменты знает наизусть. – И всего 11 мероприятий, которые нужно уметь проводить при таких состояниях.

Но случается и такое, что людям кажется, что нет ничего проще, чем помочь человеку. Это уже другая крайность. Некоторые до последнего сомневаются, имеют ли они право спасать, а другие – в самонадеянность ударяются. Но даже если ты фельдшер и обладаешь медицинскими знаниями, то учиться-то полезно в любом случае. К слову, сама методика оказания первой помощи ежегодно меняется. А примерно раз в пять лет происходят изменения и в проведении сердечно-легочной реанимации. И это учителю ОБЖ простительно не знать, что предкардиальный удар не входит теперь в комплекс мер первой помощи, а медик просто обязан быть в курсе последних новостей.

С такими предубеждениями Светлане Алексеевне приходится сталкиваться постоянно. И чаще всего люди меняют свои представления, когда начинают отрабатывать навыки и разбирать ситуационные задачи. И бывает порою, что даже опытные фельдшеры не сразу ориентируются в ситуационных задачах. А ведь в реальности времени на размышление не будет, и чаще всего окажется, что и подсказать некому.

Проведённое Светланой Сало с работниками ГИБДД анкетирование водителей показало, что около 20 процентов попадали в ситуации, когда требовалось оказать первую помощь, а они не знали, как это сделать. Другой момент: в образовательной программе по обучению будущих водителей 16 часов отведено первой помощи. На самом деле опрос показал, что менее 50 процентов изучали, как проводить комплекс мероприятий при таких состояниях, в лучшем случае девять часов, а основная часть опрошенных заявила, что им на это отводилось от одного до четырёх часов.

Ситуация совсем не радостная. Только ответствен-

ные автошколы направляют своих преподавателей изучать основы оказания первой помощи, а остальные предпочитают нанимать медицинских работников, которые, зачастую, используют уже устаревшие методики. В то же время Правилами дорожного движения напрямую оговорена обязанность водителя транспортного средства оказать первую помощь при совершении дорожно-транспортного происшествия. За неисполнение предусмотрена административная ответственность.

Поправки, внесённые в Федеральный закон «Об образовании», также предусматривают обязательность усвоения преподавателями навыков первой помощи. Работа с детьми – всегда риск непредсказуемых ситуаций, когда нужно быстро сориентироваться и помочь ребёнку. Центром разработана специальная программа для учителей ОБЖ и биологии, а также для работников, выезжающих в лагерь и сопровождающих детей. Но пока работа в этом направлении продвигается сложно.

В интернете часто встречаю объявление о том, что всего за 600 рублей людей готовы дистанционно обучать, как оказывать первую помощь. Но как? Как можно научить делать реанимацию или накладывать жгут на расстоянии? – Светлана Алексеевна искренне недоумевает.

Это Светлана Алексеевна чуть чего побежит со своим инвентарём обучать всех желающих – хоть в район, хоть в город – дайте только помещение и аудиторию. При этом как бы не сопротивлялись курсанты, а каждого заставит лично поработать с манекеном, на себе ощутить каково это – чувствовать, что от твоих действий зависит чья-то жизнь. И любое твоё неправильное действие может оборвать эту хрупкую ниточку. Главное, чтобы каждый это прочувствовал сейчас, а не тогда, когда придётся горько раскаиваться в том, что не смог, не сумел...

Эльвира Паламова,
фото автора



Дорогие коллеги!

Поздравляю вас с нашим общим праздником – Днём медицинского работника!

С тех пор как мы надели белые халаты, мы встали на дорогу служения Человечеству. И никакие достижения технической мысли, фармакологии, науки без нас не будут работать ради людей. Только в наших руках всё, что накопило человечество, будет служить ему ради нашего общего будущего.

Хочу в этот день пожелать вам самого лучшего, что есть на Земле – яркого солнца и чистого голубого неба, самых красивых цветов и серебристого перелива птиц! Пусть будут ваши дни счастливыми и благополучными, дети благодарными, а пациенты понимающими! Пусть будут мирными дни и спокойной работа! Благополучия вам и радости, крепкого здоровья, успехов и удач!

В.А. Вишнякова,
президент ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты»

Милые коллеги, дорогие друзья!

Однажды дав клятву Гиппократу, мы взяли на себя одну из тяжелейших и благороднейших миссий – спасать Человека. Это труд, который требует милосердия и гуманизма, вечной готовности бежать на помощь, забывая о собственных невзгодах и проблемах. И каждый из нас, когда-то избрав эту дорогу, не свернул с пути, а продолжает дело своей жизни. Сегодня уровень медицины достиг таких высот, что даже еще пятьдесят лет назад подобное было сложно представить. И всё это ради Жизни на Земле. Пусть же будет судьба ваша благосклонна к вам, пусть каждый день дарит радость и смех! Желаю благополучия и огромного здоровья, семейного уюта и любви!

Ф.Р. Чепцов
и. о. главного врача Городской клинической больницы №1

Дорогие наши коллеги, с праздником!

Человек, который носит белый халат, совершенно справедливо ассоциируется с чистотой и спасением, с облегчением боли и исцелением. Ваш каждодневный труд неоценим, вы помогаете людям вернуть здоровье, а нередко спасаете и жизни наших земляков!

В День медицинского работника желаю вам успехов в вашем благородном, нужном людям труде. Следуйте своему высокому призванию, но при этом берегите собственное здоровье! Пусть в ваших сердцах никогда не угасает умение сопереживать, сочувствовать! Хотите пожелать вам благодарных пациентов, спокойных рабочих будней, твердости и терпения, надежного семейного тыла! Огромное спасибо вам за ваш милосердный труд! Будьте здоровы, успешны, счастливы!

М.В. Осипов,
директор ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»

Дорогие коллеги, друзья!

Сегодня наш праздник – День медицинского работника, поздравляем вас!

Однажды мы с вами сделали выбор – спасать Человека, его жизнь, его здоровье. И выбрав этот путь, мы с него не свернули, как бы нам ни приходилось: легко или тяжело. Никто кроме нас не поможет нашим согражданам сохранить самое важное и дорогое – здоровье и жизнь. Никто кроме нас не поможет появиться на свет ребёнку, сберечь здоровье его маме, залечить раны, излечить болезнь. Нам всем вручено самое ценное на Земле – жизнь и здоровье Человека.

Желаем вам, дорогие мои друзья, благополучия и удачи, мирного неба и солнечных дней! Здоровья и счастья, благополучия и хорошего настроения! Пусть будут благодарными наши пациенты, а коллеги – надёжными и верными товарищами!

Н.И. Рыкова,
главный врач Клинического медицинского центра г. Читы

Уважаемые коллеги!

Администрация НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2 ОАО «РЖД» поздравляет вас с профессиональным праздником – Днём медицинского работника!

Каждый день вы дарите людям здоровье, радость и счастье. Работа ваша сложна и ответственна, требует умения принимать решения и стремления к освоению новых технологий – качеств, от которых порой зависит человеческая жизнь. Пусть ваш высокий профессионализм, чуткое сердце и золотые руки всегда будут вознаграждены признательностью и любовью пациентов! Желаем здоровья, оптимизма, уверенности в завтрашнем дне новых достижений в медицине, материального и семейного благополучия!

П.В. Громов,
директор НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2 ОАО «РЖД»

Дорогие коллеги!

Позвольте в ваш профессиональный праздник – День медицинского работника, выразить вам огромную признательность и благодарность за ваш нелёгкий труд. Наша профессия – одна из самых гуманных и жизнеутверждающих. Сколько за всю мировую историю было спасено людей, благодаря нашим единомышленникам, никто не сможет подсчитать. Нет человека, которому бы не пришлось обращаться к вам за помощью. Даже появление любого из нас на свет не обходится без квалифицированной медицинской помощи, без ласковых рук акушерки и педиатров.

Желаю от чистого сердца, чтобы ваши желания всегда исполнялись! Пусть будут благодарными пациенты, коллеги – понимающими, а руководители – отзывчивыми! Желаю вам счастья и благополучия, отменного здоровья и хорошего настроения! Любви и радости!

И.Н. Попова,
президент РОО «Ассоциация стоматологов Забайкалья»

ПРОГРЕСС СЛУЖИТ ЗДОРОВЬЮ

По словам директора Дорожной клинической больницы на станции Чита-2 Петра Громова, главное в работе медицинского учреждения – сохранение человека в профессии. Поэтому внедряемые в практику больницы нововведения ориентированы на то, чтобы восстановить здоровье пациента в короткие сроки, безболезненно, без длительного реабилитационного периода.



ВЕРНУТ ЗРЕНИЕ ЗА 10 МИНУТ

Мощный рывок вперед Дорожная клиническая больница совершила в офтальмологии – специалисты офтальмологического отделения №1 проводят микрохирургические операции глаз по технологии LASIK (лазерный кератомилёз). Это уникальная методика, направленная на изменение оптической силы роговицы глаза. Лазер создает новую форму роговицы глаза, благодаря чему «естественная линза» начинает иначе преломлять световые лучи – они фокусируются на сетчатке и изображение становится четким.

Коррекция зрения по методике LASIK – процесс безболезненный, позволяющий вернуть хорошее зрение при минимальном риске возникновения побочных эффектов и кратчайшем восстановительном периоде. Операция длится не более 10 минут, при этом почти не причиняет пациенту дискомфорта. Анестезирующие капли помогают обезболить процедуру.

Операция проводится с применением векорасширителя, который удерживает веки от непровольных морганий. Пока пациент смотрит на светящуюся точку, специальное устройство – микрокератом – создает лоскут из поверхностных слоев роговицы, затем отгибает его, позволяя лазерному лучу проникнуть к более глубоким слоям роговицы. Луч лазера испаряет часть роговицы, формируя ее новую поверхность. Лоскут возвращается на место, при этом наложение швов не требуется, поскольку восстановление эпителия происходит самостоятельно. Роговица промывается, пациенту закапывают противовоспалительные капли. Аналогичная процедура проводится на втором глазу.

Зрение пациента улучшается уже через 1 – 2 часа после коррекции. Небольшие колебания зрения могут сохраняться некоторое время, однако они не мешают привычному образу жизни человека. Полное восстановление зрения происходит в течение 3 – 5 дней в зависимости от индивидуальных особенностей глаз.

Довольно длительный опыт проведения офтальмологических лазерных операций доказывает, что ухудшения зрения в результате воздействия лазера не обнаружено. Это дает право утверждать, что метод LASIK безопасен, прост, доступен и комфортен для пациентов.

ЛАЗЕР РАЗБИВАЕТ КАМНИ

Специалисты урологического отделения Дорожной клинической больницы первые в Забайкалье стали лечить мочекаменную болезнь с помощью трансуретральной лазерной литотрипсии. Суть методики заключается в удалении камней из всех участков мочевыводящей системы с помощью лазера при минимальном вмешательстве в организм.

Операцию проводят под наркозом. Врач вводит эндоскопический инструмент через наружное отверстие уретры, мочеиспускательный канал, мочевой пузырь и дальше по мочеточнику до самой почки в зависимости от локализации камней. Эндоскоп свободно продвигается по физиологическим путям мочевой системы, не травмируя их. После лазерного вмешательства в период послеоперационной реабилитации пациент может наблюдаться амбулаторно. Достижение под воздействием лазера минимальных размеров частицы камней выводятся из организма физиологическими путями, не повреждая их. Либо удаление частиц производится с помощью эндоскопических инструментов.

Разумеется, данный высокотехнологичный метод лечения показан не всем пациентам: наличие уратных камней, нескольких камней, дистанцированных друг от друга, ожирение, деформация позвоночника являются противопоказаниями для проведения лазерной операции. Грамотные специалисты Дорожной клинической больницы всегда определяют, кому из пациентов этот метод лечения пойдет на пользу. В целом же данная методика менее инвазивна и менее опасна по характеру возможных осложнений, чем традиционное оперативное вмешательство. Одна процедура, как правило, позволяет добиться хорошего результата в лечении мочекаменной болезни.

С ЗАБОТой О ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Передовое оборудование, которое имеется в Дорожной клинической больнице, позволяет врачам своевременно диагностировать онкологические заболевания молочных желез и назначать лечение. Для этого в медучреждении создан Центр комплексного лечения, диагностики и профилактики заболеваний молочных желез, в котором пациентки могут пройти ультразвуковые исследования молочных желез и лимфатических узлов, маммографию, получить рекомендации по профилактике.

С помощью нового УЗИ-сканера, который используют в клиниках мирового уровня, специалисты могут глубоко ис-



следовать ткани молочных желез, выявлять потенциальные маркеры злокачественных опухолей. Если в ходе обследования возникает подозрение на новообразование или иную патологию, женщине предлагают пройти дообследование для определения дальнейшего лечения.

Добркачественные новообразования молочных желез специалисты Дорожной больницы лечат с помощью уникальной операции – под контролем ультразвуковой навигации. Это позволяет в меньшей степени травмировать ткани молочных желез. После такой процедуры пациентки 2-3 дня наблюдают в дневном стационаре. И главное для женщин то, что при операции накладывается эстетический шов, сохраняются форма и объем молочной железы.

ЖИР УНИЧТОЖАЮТ «РОБОТЫ»



Борьба с лишним весом для людей, страдающих ожирением, – огромная проблема. Специалисты Дорожной клинической больницы помогают таким пациентам с помощью «роботов».

Уникальная роботизированная система представляет собой автоматический сшивающий аппарат, предназначенный для соединения тканей, который полностью контролирует этот процесс. Во время операции хирург управляет «роботом» с помощью джойстиков.

При такой процедуре травмирование тканей минимальное. Накладывается качественный акуратный шов. Сама операция занимает непродолжительное время, сокращается и процесс реабилитации.

Важно отметить, что при Дорожной больнице действует Центр метаболического синдрома для лечения ожирения без операции. В Центре забайкальцы проходят комплексное обследование и уже по его результатам получают назначения врача по нехирургической коррективке веса.

НЕ УПУСТИТ НИ ОДИН НЕДУГ

Поистине революционным для Забайкалья медицинским новшеством является единственный в регионе современный магнитно-резонансный томограф – MPT Brivo MR 355 мощностью 1,5 Тесла. Уникальность прибора в том, что качество изображения при обследовании пациентов сопоставимо с качеством реальных фотографий анатомических разрезов.

Новейший томограф позволяет обнаружить даже в начальной стадии злокачественные и доброкачественные новообразования, воспалительные процессы, протекающие бессимптомно, сердечнососудистые заболевания, инфекции.

Обследование с помощью данного прибора доступно беременным женщинам, детям любого возраста, пожилым. Протиполоказано данное обследование лишь некоторым пациентам.

Подготовила Юлия Болтаевская.

Имеются противопоказания, требуется консультация специалиста.

Записаться на прием к врачу на удобное для Вас время Вы можете на сайте, либо позвонив по телефону:
(3022) 33-44-55.

* Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-75-01-001147 от 8 сентября 2016 года.

Сестричка

Газета средних медицинских работников Забайкальского края



«Невский радиологический форум-2017» прошел 21-23 апреля в конгрессно-выставочном центре «Экспофорум» в Санкт-Петербурге под девизом «Учиться сегодня – лидировать завтра!».

ОБМЕНЯЛИСЬ ОПЫТОМ ПО РАДИОЛОГИИ

Невский радиологический форум - крупное собрание Санкт-Петербургского радиологического общества, объединяющее рентгенологов и радиологов России, ближнего и дальнего зарубежья. Ежегодно на него съезжаются 1,5 - 2 тысячи участников. Его целью является повышение эффективности диагностики путем обмена опытом, обсуждения на научных заседаниях, симпозиумах, конференциях, школах, интерактивных семинарах и выставках актуальных вопросов диагностической радиологии.

Программа форума предусматривает обмен опытом, результаты научных исследований, обсуждение актуальных проблем рентгенологии, ультразвуковой диагностики, радиологии. Повестка форума охватывает практически все основные разделы лучевой диагностики и лучевой терапии. Немало эмоций подарило торжественное открытие мероприятия, впечатлил своими масштабами и сам центр «Экспофорум».

Участники форума посетили практические мастер-классы, секции для молодых ученых, занятия в «Библиотеке клинических наблюдений», которые позволили врачам-рентгенологам и аспирантам перенять опыт публичных выступлений. Лично я присутствовала на заседании «круглого стола», посвященного теме «Безопасность пациентов при рентгенологических исследованиях. Что должен знать рентгенолаборант».

«Круглый стол» начался с выступления представителя компании «Дженерал-электрик» из Красноярска Елены Карловой, которая сначала поблагодарила рентгенолаборантов как главных участников диагностического процесса, разделяющих ответственность с врачом-рентгенологом за проведение рентгенологических исследований. В своем докладе Карлова отразила факторы, влияющие на лучевую нагрузку пациента и качество изображения при компьютерной томографии, рассказала о возможности снижения лучевой нагрузки на пациента. Продолжили «круглый стол» представители Москвы М.А. Глазкова и Е.А. Хачина лекциями о безопасности пациента во время исследований с контрастированием. На примере коронарографии рентгенолаборант московского реабилитационного центра Е.А. Хачина рассказала о роли рентгенолаборанта в безопасности пациента при проведении болюсных контрастных исследований. Лекция кандидата медицинских наук М.А. Глазковой была выстроена в игровой форме: «Вопрос лектора - ответ аудитории». Проходили дискуссии о принятии правильных решений по данным вопросам.

Также мне довелось посетить научную школу «Современные методы защиты пациентов и персонала от медицинского излучения». Открыл школу профессор НИИ радиационной гигиены Санкт-Петербурга М.И. Баллонов с докладом «Основы современной радиационной защиты в медицине». Он уделил внимание тенденциям медицинского облучения в мире и России, возможным последствиям облучения для здоровья пациента, отечественному регулированию медицинского облучения, современным методам защиты пациента.

Наиболее актуальными вопросами радиационной защиты в медицине на сегодняшний день остаются привлечение внимания врачей к проблеме защиты пациента, обучение основам радиационной защиты, внедрение в практику медицины и надзора современных методов защиты.

Доклад Ильи Шацкого «Особенности защиты пациентов от медицинского излучения в педиатрии» не оставил равнодушными ни одного из слушателей. «Важно сравнить пользу обследования с потенциальным риском его проведения для ребенка», — отметил выступающий. В его докладе прозвучали сведения о возможностях снижения дозовой нагрузки

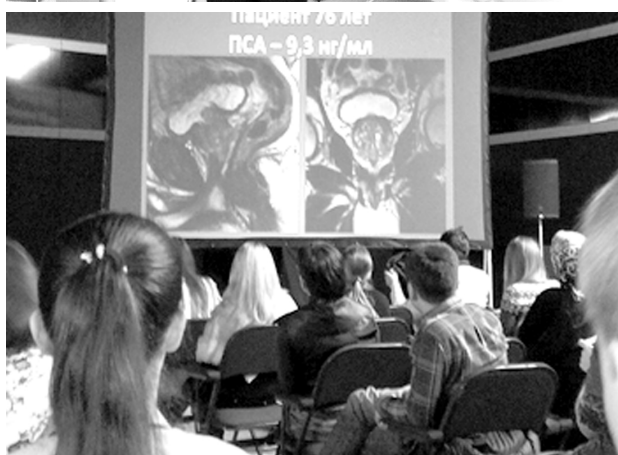
ки при обследовании детей.

Далее докладом «Практические аспекты дозиметрии пациентов и персонала в лучевой диагностике» выступила В.Ю. Голикова. Л.А. Чипига представила доклад на тему «Защита пациентов при проведении высокодозовых рентгенологических исследований».

Итогом форума стала договоренность между его участниками вести в дальнейшем активную работу по обмену опытом и примерами достижения поставленных целей.

Три дня работы прошли в необыкновенно сплоченной атмосфере, а дискуссии не прекращались ни на минуту. Участники покидали мероприятия с глубокой благодарностью организаторам, спонсорам форума, а лично я – с признательностью к Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональные медицинские специалисты», благодаря которой мне впервые выпала честь побывать на «Невском радиологическом форуме».

М.Г. Пыхалова



ВНИМАНИЕ – ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ

Забайкальская делегация медицинских сестер из восьми человек посетила 27-29 апреля Всероссийский конгресс по геронтологии и гериатрии в Москве.

Организаторами этого ежегодного мероприятия научного медицинского сообщества в области изучения старения, профилактики и лечения возраст-ассоциированных заболеваний выступили Министерство здравоохранения Российской Федерации, ФГБОУ РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП Российского геронтологического научно-клинического центра, Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров».

В работе конгресса приняли участие представители Японии, Канады, Израиля, различных регионов России. По количеству участников забайкальская делегация была самой многочисленной. Отметим, что в ее состав вошла представительница Министерства социальной защиты населения Забайкальского края, курирующая вопросы организации оказания сестринской помощи в социальной сфере.

Сестринская секция проходила под руководством Клаудии Консон, супервизора по сестринскому уходу в отделе гериатрии управления Министерства здравоохранения по Южному округу (Беер-Шева, Израиль). В своем докладе она говорила о том, как выстроена в Израиле работа медсестры: она постоянно должна думать о пациенте, о том, как можно улучшить его состояние. Также своим опытом в организации помощи людям пожилого возраста поделились представители Канады, Германии, различных регионов России.

Делегация Забайкальского края не осталась в стороне. Вниманию слушателей был представлен доклад на тему: «Работа «Координатора здоровья» с пожилыми людьми». Забайкальцы поделились своими начинаниями в реализации проекта «Координаторы здоровья», выслушали и приняли приглашения к сотрудничеству со стороны Общероссийской организации социальной защиты Москвы, специалистов по уходу за пожилыми людьми Канады и Израиля.

С целью обмена опытом представители делегации руководителей сестринских служб поликлинических подразделений Клинического медицинского центра города Читы посетили московскую городскую поликлинику № 22, реализующую проект «Московский стандарт поликлиники».

Главные медицинские сестры
поликлинических подразделений
ГУЗ «КМЦ г. Читы»



ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты» поздравляет с юбилеем **Нину Ивановну МОСКАЛЕВУ**, руководителя сестринской помощи по Красночикийскому району Забайкальского края.

От чистого сердца желаем Нине Ивановне крепкого здоровья, профессиональных успехов, побед, вдохновения, душевной гармонии, семейного благополучия, счастья!

Нина Ивановна закончила Улан-Удэнское медицинское училище по специальности «Лечебное дело» в 1987 году. Работала фельдшером в Заиграевском районе Бурятии,

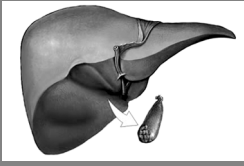
ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ!

медицинской сестрой палаты реанимации и интенсивной терапии в Красночикийской центральной районной больнице, старшей медицинской сестрой хирургического отделения Красночикийской ЦРБ. С 2009 года Нина Ивановна является руководителем сестринской помощи по Красночикийскому району Забайкальского края. Общий стаж ее работы в медицине составляет 30 лет, 25 из них Нина Москалева посвятила Красночикийской ЦРБ.

По отзывам коллег, Нину Ивановну отли-

чает чувство ответственности за порученное дело, добросовестное отношение к своей работе. Ее профессионализм по достоинству отмечен множеством наград. Так, в 2016 году Нина Москалева получила грант главы Красночикийского района «Лучший медицинский работник района» в размере 50 тысяч рублей. Средства гранта она передала учреждению – на эти деньги в ЦРБ закупили компьютеры для средних медицинских работников.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ



– это синдром функциональной перестройки работы желчевыделительной системы после оперативного вмешательства. Постхолецистэктомический синдром может развиваться сразу после проведения оперативного удаления желчного пузыря, а может проявиться спустя длительное время (несколько месяцев, лет).

Причины развития постхолецистэктомического синдрома

Римские критерии строго ограничивают рамки «ПХЭС» дисфункцией сфинктера Одди (мышечного образования в месте впадения общего желчного протока в двенадцатиперстную кишку), обусловленную нарушением его сократительной функции, препятствующую нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку при отсутствии органических препятствий. Основным фактором развития постхолецистэктомического синдрома является нарушение в билиарной системе – патологическая циркуляция желчи. После удаления желчного пузыря, являющегося резервуаром для вырабатываемой печеночной желчи и участвующего в своевременном достаточном ее выделении в двенадцатиперстную кишку, привычный ток желчи изменяется. В некоторых случаях нормальное снабжение кишечника желчью не удается обеспечить. Известно, что удаление желчного пузыря по поводу холелитиаза не избавляет больного от обменных нарушений, печеночной дисхолии. Литогенность желчи сохраняется и после операции. Выпадение физиологической роли желчного пузыря, а именно концентрация желчи в межпищеварительный период и выброс её в двенадцатиперстную кишку во время еды, сопровождается нарушением пассажа желчи в кишечник, расстройством пищеварения. Изменение хими-

ческого состава желчи и её хаотичное поступление в кишечник нарушают переваривание и всасывание жира, других веществ липидной природы, уменьшают бактерицидность дуоденального содержимого, приводят к микробному обсеменению двенадцатиперстной кишки, ослаблению роста и функционированию кишечной микрофлоры, расстройству печеночно-кишечной циркуляции желчных кислот и других компонентов желчи. Под влиянием микрофлоры желчные кислоты подвергаются преждевременной деконъюгации, что сопровождается повреждением слизистой оболочки двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишки с развитием дуоденита, рефлюкс-гастрита, энтерита и колита. Сохраняющаяся повышенная литогенность желчи может привести в дальнейшем к рецидивам ЖКБ, холангиту, транзитной гипербилирубинемии, билиарной гипертензии и холестазу.

Симптомы постхолецистэктомического синдрома

Основной симптом – болевой. Боль может быть как режущей, так и тупой, различной степени интенсивности. Встречается приблизительно в 70% случаев. Вторым по распространенности является диспепсический синдром – тошнота (иногда рвота), вздутие и урчание в животе, отрыжка с горьким привкусом, изжога, диарея, стеаторея. Также может подниматься температура тела, возникать жел-

Диагностика постхолецистэктомического синдрома

В ряде случаев диагностирование развивающегося постхолецистэктомического синдрома бывает затруднено смазанной, слабо выраженной клинической картиной. Для получения полноценной медицинской помощи пациенту в послеоперационном периоде и в дальнейшей жизни без желчного пузыря необходимо внимательно относиться к сигналам своего организма и однозначно сообщать об имеющихся жалобах своему врачу. Необходимо помнить, что постхолецистэктомический синдром – это состояние, требующее выявления причин его возникновения и соответствующей терапии.

По данным биохимического исследования сыворотки крови можно судить о наличии холестаза (повышение уровня билирубина, холестерина, ЩФ, ГГТП), воспалительно-дистрофических изменений в печени (повышение активности ферментов индикаторов цитолиза-АСТ, АЛТ, ЛДГ, что часто носит транзиторный характер). Для оценки повреждения поджелудочной железы следует определять уровень амилазы, липазы в сыворотке крови, диастазы мочи. Лабораторные исследования необходимо проводить во время или не позднее 6 часов после окончания болевого приступа, а также в динамике. Транзиторное повышение в 2 и более раз уровня печеночных или панкреатических ферментов в период не менее чем при двух последовательных приступах

более является важным в подтверждении дисфункции сфинктера Одди.

При УЗИ регистрируется расширение холедоха и главного панкреатического протока, которое указывает на нарушение тока желчи и панкреатического секрета на уровне сфинктера Одди. Бессимптомное расширение холедоха встречается у 35% больных после холецистэктомии. УЗИ может выявить присутствие конкрементов в желчных протоках, послеоперационное воспаление желчных путей, поджелудочной железы.

Рентген желудка с контрастным веществом может помочь выявить наличие и непроходимости в желудочно-кишечном тракте, рефлюкса.

Для исключения происхождения симптомов в результате иных заболеваний пищеварительного тракта, производят эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. Одним из самых информативных методов, позволяющих изучить состояние протоков билиарной системы, является РХПГ (эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография). В ходе этого исследования выявляются нарушения тока желчи, отмечают состояние желчных путей, протоков, ампулы Фатерова сосочка, выявляют мелкие конкременты, отмечают скорость выделения желчи. Также можно произвести манометрию сфинктера Одди и общего желчного протока. Диагности-

ческие возможности при обследовании больных с дисфункцией сфинктера Одди расширяются за счёт проведения КТ, ЯМР, которые позволяют выявить причину имеющейся желтухи (холангит, холестатический гепатит, опухоль желчных протоков, холедохолитиаз и другие).

Лечение постхолецистэктомического синдрома

Методы лечения постхолецистэктомического синдрома напрямую зависят от причин его развития. Лечение, как правило, включает в себя щадящую диету: соблюдение режима питания – еда небольшими порциями 5-7 раз в день, пониженное суточное содержание жиров (не более 60 грамм), исключение жареных, кислых продуктов, острой и пряной пищи, продуктов, обладающих желчегонной активностью, раздражающих слизистые оболочки элементов, алкоголя. Лекарственные средства назначаются гастроэнтерологом в соответствии с принципами медикаментозного лечения основной патологии. С целью устранения симптомов ПХЭС могут быть использованы препараты следующих групп: холинолитики, миотропные спазмолитики, селективные блокаторы кальциевых каналов, прокинетики, гепатопротекторы, соли желчных кислот, антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные средства, пребиотики и пробиотики, ферменты, антациды, сорбенты.

О.А. Лянная,

врач-гастроэнтеролог

«ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА»: ПРОМЕДЛЕНИЕ НЕДОПУСТИМО!

В ближайших планах коллектива Клинического медицинского центра г. Читы – создание на базе консультативно-диагностического подразделения кабинета по диагностике и лечению диабетической стопы. Вести прием в кабинете будет врач-хирург. О синдроме диабетической стопы, о пациентах, относящихся к группе риска по данному заболеванию и планах по созданию кабинета, аналогов которому еще не было на территории Забайкальского края, рассказывает главный врач Клинического медицинского центра г. Читы Наталья РЫКОВА:



- Проблема сахарного диабета не может быть оставлена без пристального внимания. Этот недуг (сахарный диабет) зачастую омрачается таким явлением, как диабетическая стопа. Для того, чтобы предупредить или снизить уже имеющиеся последствия такого осложнения, Клинический медицинский центр г. Читы проводит мероприятия по открытию на своей базе кабинета диабетической стопы.

Синдром диабетической стопы возникает как позднее осложнение сахарного диабета. Повышение количества глюкозы в крови, не снижаемое в течение длительного времени, негативно действует на крупные и мелкие сосуды, нервную, костно-мышечную ткани. Всё это усугубляется еще и тем, что в нижних конечностях, особенно стопах и лодыжках, из-за удаленности от сердца кровоснабжение хуже. В результате возникает диабетическая нейропатия – снижение болевой чувствительности, когда пациент не замечает мелких повреждений стопы. Игнорирование развития синдрома диабетической стопы может привести к тяжелым осложнениям – глубоким поражениям в виде язв, а в дальнейшем и гангрены, что приводит к ампутации нижних конечностей.

К группе риска синдрома диабетической стопы относятся пациенты с дистальной полинейропатией на стадии кли-

нических проявлений, лица с заболеваниями периферических артерий любого генеза, больные с деформациями стоп любого генеза, слепые и слабовидящие, пациенты с выраженным гиперкератозом, онихомикозом стоп, больные с диабетической нефропатией и ХБП>С3, одинокие и пожилые пациенты, злоупотребляющие алкоголем, курящие.

По данным ряда авторов, при стаже основного заболевания более 10 лет, данная патология диагностируется у 10-15% пациентов. При этом в 50-70% ампутации нижних конечностей приходится на больных с синдромом диабетической стопы. Нужно обратить особое внимание, что смертность таких пациентов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде достигает 70%. Но всех этих негативных последствий возможно избежать. И с этой целью мы как раз и создаём наш кабинет «Диабетической стопы».

Решить проблему данного синдрома можно только при междисциплинарном подходе врачей-эндокринологов, хирургов, сосудистых хирургов, неврологов, ортопедов. Такая совместная работа позволяет своевременно выявить риски, определить тактику и стратегию дальнейшего лечения.

Задачами кабинета являются выявление больных, имеющих высокий риск развития синдрома диабетической стопы; дифференциация СДС (нейропатическая, нейроишемическая, остеоартропатия); лечение трофических язв, за исключением больных с признаками критической ишемии конечности; диспансерное наблюдение (контроль - 1 раз в три месяца); изготовление индивидуальных разгрузочных повязок с использованием полимерных материалов и ведение больных с диабетической остеоартропатией; обучение больных и их родственников правилам ухода за ногами и хроническими ранами, самоконтроля состояния стоп; направление больных, имеющих тяжелые формы поражения, в многопрофильные организации для лечения в стационарных условиях, в том числе организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь; направление больных на изготовление ортезов и (или) индивидуальной ортопедической обуви; обучение больных правилам самоконтроля глюкозы крови, диете при СД.

Больных в наш кабинет смогут направлять врачи-эндокринологи, хирурги, участковые врачи и терапевты. Для этого будет необходимо оформить направление (№ 57), документ удостоверяющий личность, полис ОМС, выписку из амбулаторной карты с указанием данных лабораторных и



функциональных исследований, включающих: общий анализ крови, общий анализ мочи, б/химический анализ крови - мочевина, креатинин, анализ крови на глюкозу натощак и через 2 часа после приема пищи, результаты самоконтроля по глюкометру, гликозилированный гемоглобин (по возможности), исследование липидного спектра, рентгенологическое исследование стоп и голеностопных суставов в прямой и боковой проекциях, с описанием и предоставлением снимков, осмотр глазного дна (по возможности), ЭКГ с описанием, консультация врача-терапевта, выполненные направляющим учреждением здравоохранения.

При этом следует помнить, что имеются противопоказания для направления в кабинет по диагностике и лечению диабетической стопы, это:

- пациенты с тяжелыми формами раневой инфекции при наличии синдрома диабетической стопы, проявляющегося инфицированной глубокой язвой без вовлечения костной ткани, глубокой язвой (Вагнер 3 степени) с вовлечением в процесс костной ткани, наличием остеомиелита, гангреной пальца или стопы;
- пациенты с ишемической и нейроишемической формой СДС при наличии гемодинамически значимой патологии сосудов (стеноз магистральной артерии более 50% или окклюзия магистрального сосуда) без трофических расстройств и гангреной стоп;
- пациенты с сопутствующими трофическими расстройствами, гнойнонекротическими процессами, гангренами нижних конечностей и сопутствующей гемодинамически значимой патологией сосудов направляются на госпитализацию.

Таких больных нужно направлять на специализированное лечение в хирургическое отделение, минуя кабинет «Диабетической стопы».

В ближайшее время мы планируем проведение дополнительного обучения медицинского персонала по вопросам современной тактики лечения синдрома «Диабетическая стопа» за пределами Забайкальского края, а также приобретение оборудования для диагностики состояния стопы.

МЕДИЦИНА НА НЕРЧИНСКОЙ КАТОРГЕ (К 100-ЛЕТИЮ ЗАКРЫТИЯ НЕРЧИНСКОЙ КАТОРГИ В ЗАБАЙКАЛЬЕ)

(Окончание, начало в №4)

Болезни давали право на сокращение срока каторги и перевод в «богодулы» (больные, не способные к труду арестанты, выделявшиеся в отдельные камеры, а иногда и тюрьмы). Таким путем с Нерчинской каторги было переведено на поселение не менее ста человек – партийных, а также беспартийных разночинцев, рабочих, солдат, крестьян и матросов (А.К. Кузнецов, Л.П. Езерская, А. Соболев, М.А. Беневская, С.Я. Деркач, фельдшер Кривоносенко, А.А. Филиппенко и др.). С 1909 г. применение этой льготы тюремного устава к политическим заключенным было прекращено распоряжением из центра.

Фельдшер **Тихон Павлович Крылов** прибыл в Горный Зерентуй в качестве старшего медицинского фельдшера конвойной команды в 1899 г. Через два года он уволился с военной службы, но остался при Зерентуйском тюремном лазарете. «Он ротный, но трезвый, любит свой труд, очень опытный, достаточно грамотный, отзывчивый к нуждам больных, чрезвычайно неглупый и политически вполне благонадежный», – так характеризовал Крылова врач В. Круковский.

В 1911 г. Т.П. Крылова командировали в Александровскую тюрьму, где вспыхнула эпидемия тифа. Здесь ежедневно умирало по 18-20 человек. Фельдшер Крылов потребовал улучшения условий содержания и лечения больных, сжег всю развалившуюся одежду заключенных и заставил выдать новую, произвел полную дезинфекцию тюрьмы, добился строительства новой кухни. Эпидемия была остановлена.

В воспоминаниях политкаторжан часто упоминается о медицинской помощи на каторге, которая не всегда была доступна и квалифицирована. В особо серьезных случаях больных увозили в Зерентуйскую больницу, но таких случаев было крайне мало. При серьезных заболеваниях вызывали Н.В. Роголева. Однако регулярной медицинской помощи Мальцевская тюрьма все-таки не имела, и, большей частью,

заболевшие обходились советами и лечением каторжанки Марии Беневской, хотя она попала на каторгу, не успев окончить Медицинских курсов. Например, каторжанка Аустра Тиавайс перенесла воспаление легких в общей холодной камере, и к ней ни разу не был вызван врач. «Вспоминается также случай, когда целая камера болела инфлюэнцей (гриппом) абсолютно без какой-либо медицинской помощи. В течение долгого периода политических лечил ротный фельдшер Василий Никифорович /фамилии не сохранилось/, но, по правде сказать, от этого был только вред. Так, А. Измайлович при выдергивании зуба он вырвал часть десны, Л. Орестову он чуть не залечил от ревматизма салицилкой, давая ей такие дозы, что она впадала в обморочное состояние».

Были среди женщин-каторжанок хронические больные. Ольга Поляка в очень сильной степени страдала астмой. У нее под рукой постоянно была кислородная подушка. Астмой болела Надежда Деркач. Екатерина Эрделевская страдала эпилептическими припадками. Полина Шакерман какими-то странными припадками, при которых она впадала в забытие, падала и билась. Вначале все очень пугались этих припадков, но потом привыкли и научились справляться своими средствами. Часто бывало, что все хроники заболели сразу. Бились Катя Эрделевская и Полячка, задыхались Надежда Деркач и Ольга Поляка. Происходило это, вероятно, потому, что припадки вызывались какой-нибудь общей причиной, общим волнением. Очень серьезной больной была Мария Спиридонова. Время от времени она впадала в бредовое состояние и целыми сутками лежала в забытии, без сознания.

Летом 1910 года заболела Мария Марковна Школьник (член партии эсеров, участница революционного террора в Российской империи в начале XX века, находилась в Мальцевской тюрьме). Из Горного Зерентуя вызвали доктора, который нашел у нее аппендицит. Товарищи посылали заявления началь-

нику каторги, прося перевести больную в Зерентуйскую больницу, но ответа не получили. Положение больной казалось безнадежным, она не могла есть, ей грозила голодная смерть. Как раз в это время приехал из Петербурга тюремный инспектор Семеновский для ревизии тюрьмы, он и распорядился о переводе больной в Горный Зерентуй. Начальник Мальцевской тюрьмы разрешил одной из каторжанок, Паулине Меттер, сопровождать М.М. Школьник.

Солдаты на носилках перенесли больную женщину в Горный Зерентуй и поместили в одну из больничных камер вместе с Паулиной. «Я пролежала там несколько недель. Тюремный доктор один не мог совершить операцию. Я попросила начальника тюрьмы Чегоданова пригласить еще других врачей, и он с готовностью согласился и взялся устроить это». Два дня чистили камеру, которая должна была служить операционной, но когда все было готово, вплоть до кипячения инструментов в самоваре, один из приехавших на консилиум врачей, молодой казачий доктор Ушаков, высказался против операции в обстановке нашей тюремной больницы. Причина – инфекционное заболевание – рожа, чем сильно напугал тюремного врача, и операция не состоялась. Видя свое безвыходное положение, Школьник решила просить Чегоданова хлопотать о переводе в Иркутск. Чегоданов разрешил. Операцию сделали в Иркутске, а оттуда Мария Марковна сбежала. Это был единственный удачный случай побега с Нерчинской каторги.

По правилам 1866 и 1870 гг. политссыльным запрещалось заниматься медицинской практикой. Однако в ряде случаев медики трудились в тюремных лазаретах и занимались частной практикой, так как других благонадежных врачей и фельдшеров не было. Систематический недостаток медицинских кадров, крайне высокая заболеваемость и смертность населения вынуждали прибегать к помощи ссыльных каторжан.

В 1892 г. в Акатуй прибыл **Лев Владимирович Фрейфельд** (1863-1939). Будучи студентом медицинского факультета Харьковского университета, был осужден за принадлежность к народофильскому кружку. В 1890 г. суд приговорил его к смертной казни, замененной 10 годами каторги (отбывал в Акатуйской и Горно-Зерентуйской каторгах). Еще на этапе он помогал своим товарищам по несчастью, оказывая медицинскую помощь, но не только им, к нему обращались и солдаты конвойной команды и местное население.

По прибытию в Акатуй, ему пришлось лечить жену начальника тюрьмы Архангельского, но состояние ее не улучшалось. Ввиду тяжелого состояния больной из Нерчинска прибыли врачи на консилиум: шурин начальника тюрьмы доктор Стацкевич и военный врач Роголов. Это были весьма опытные и серьезные



врачи. «С первой же встречи со мной у постели больной они отнеслись ко мне чисто по-товарищески, как к младшему собрату, и все время консультировали со мной. Они укрепили мой авторитет – доктор Рудаков, жил в Нерчинском Заводе, т.е. в 15 верстах от Зерентуя, и наезжал не ежедневно. Больницей фактически заведовал фельдшер, пользовавшийся расположением и доверием начальника Зерентуйской тюрьмы Зеленского». Тяжелый недуг приближал развязку и медикам, Ферфельду и прибывшему фельдшеру предстояло облегчить предсмертные страдания. Они по очереди дежурили у постели больной, но здесь с тяжелым недугом справился сам крепкий организм. Е.Н. Архангельская вскоре поправилась, у нее остался лишь паралич нижних конечностей. Этот случай принес популярность ссыльному медику.

В Акатуйской каторжной тюрьме была больница на 10 кроватей, которой заведовал прибывший из Читы классный фельдшер **Иван Семенович Кривоносенко** (1858-1920). До его прибытия Л.В. Фрейфельд фактически заведовал больницей. Все 10 коек были заняты в основном уголовными арестантами, большинство которых нуждалось просто в отдыхе, в некоторой изоляции и в лучшем питании. Были тяжелые больные туберкулезом, больные, страдающие от последствий побоев и травм. Фельдшер И.С. Кривоносенко, кроме лечения, оказывал большую услугу каторжанам, через него вели переписку с родными и друзьями. Выписывали газету и журнал. В 1906 г. Кривоносенко сам отбывал каторгу на Акатуе.

Вскоре Л.В. Фрейфельда перевели в Зерентуй, здесь он был встречен как «спаситель» жизни Архангельской. «Мои медицинские познания и врачебное искусство были, конечно, весьма преувеличены, тем не менее, раздутая популярность способствовала тому, что я скоро был приглашен в качестве врача сначала к начальнику каторги Томлину, затем к помощнику его Фищеву. Меня сделали врачом-про-

фессионалом. Я тогда носил еще кандалы, ходил с бритой головой и пр. В Зерентуе при тюрьме имела больница на 40 коек мужских и 10 женских. Врач, заведовавший больницей – доктор Рудаков, жил в Нерчинском Заводе, т.е. в 15 верстах от Зерентуя, и наезжал не ежедневно. Больницей фактически заведовал фельдшер, пользовавшийся расположением и доверием начальника Зерентуйской тюрьмы Зеленского». Фрейфельд фактически замещал врача во время его отсутствия. Работы в тюремной больнице было очень много, особенно с арестантами южного и восточного происхождения, которые абсолютно не переносили сурового забайкальского климата. Они страдали цингой и туберкулезом легких. Фрейфельд поселился в больнице, где он занимал маленькую палату, но на ночь его запирали, как и всех остальных арестантов.

«...А когда я поселился в деревне, ко мне отовсюду стали ездить больные крестьяне. Лечил я их бесплатно; впрочем, некоторые зажиточные больные тяготились этим и иногда привозили что-нибудь съестное, большей частью – свежую рыбу, которая в изобилии водилась в реке Ингоде. Вызывали меня частенько и в Нерчинский Завод. К этому времени я обзавелся необходимыми настольными учебниками и выписывал медицинский журнал».

Даже в таких условиях медики постоянно стремились к знаниям, повышению квалификации и облегчению страданий своих товарищей. При всех тяготах и лишениях они выполняли свой врачебный долг. В результате Февральской революции 1917 г. все политические заключенные были освобождены, каторга ликвидирована.

Г.И. Погодаева,
зав. отделом НМБ ГПОУ «ЧМК»



1 М. Спиридонова, 2 Измайлович, 3 Биценко, 4 Школьник, 5 Езерская, 6 Фельдшер, 1907г.





Экстренная помощь

- падение с высоты;
- травма;
- ножевое или пулевое ранения;
- ДТП;
- инсульт;
- инфаркт миокарда

20 минут



Неотложная помощь

- повышение температуры;
- хроническое обострение болезней;
- болезни органов грудной клетки;
- болезни органов ЖКТ;
- общая слабость.

2 часа

ВЫЗОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Нам всем хочется, чтобы бригада «Скорой» приезжала сразу, как мы положим трубку телефона. Но даже у городской «неотложки» есть время. За 20 минут врачи «скорой» должны приезжать только в экстренных случаях, связанных с угрозой для жизни человека. 2 часа у них есть на то, чтобы оказать неотложную помощь.

СЕМНАДЦАТЫЙ ДЕСАНТ

Этот проект партии «Единая Россия» действует в Забайкалье уже пятый год. Сретенск был семнадцатым по счету районным центром, где побывали лучшие медики Читы. В течение двух дней врачи работали в районе, принимая всех, кто обратился за помощью. А таких оказалось немало: ведь в районной больнице нет кардиолога, а врач-гинеколог один на весь район. Однако, несмотря на то, что пациентов было очень много, никаких неудобств для медиков и больных это не создало, благодаря прекрасной организации процесса. Списки были сформированы заранее, очередь расписана, люди приходили к назначенному времени и попадали к врачу практически без всяких очередей. И были очень довольны этим обстоятельством, как и самой возможностью получить квалифицированную помощь, не выезжая в краевой центр.



«Мне по состоянию моего здоровья надо наблюдаться два раза в год в Чите, ездить на консультации, - рассказывает одна из пациенток Людмила Черепанова. - Но это и физически трудно мне, и материально. А тут врачи приехали сами, и спасибо им за это!»

Благодарить есть за что: некоторые медики выездной бригады отправились в дорогу, отработав сутки в больнице. И все-таки, несмотря на долгий путь, врачи начали прием по графику. Как говорит координатор проекта и бесменный его участник, сосудистый хирург высшей квалификации, заместитель председателя комитета по социальной политике Законодательного собрания края Алексей Саклаков, большинство специалистов ездит с «Ярмаркой» постоянно: «Каждый раз, возвращаясь из очередной «Ярмарки здоровья», я слышу от уважаемых докторов только один вопрос: «А мы куда-

нибудь еще поедим?» Нас останавливает только то, что это не основная наша работа. Примерно, раз в квартал мы отрываем людей от основной работы, от дома, достаточно серьезно готовимся и выезжаем. В Сретенском районе на прием пришли почти 400 человек - мы работали, что называется, до последнего пациента. Это трудно, конечно, но - важно и нужно».

ЖЕНЩИНЫ АКТИВНЕЕ - И ЖИВУТ ДОЛЬШЕ

Перед дверью, за которой принимает читинский онколог Сергей Сошников - молчаливая очередь. И то понятно: подозрение на такое заболевание всегда вызывает у человека страх. Но если на ранней стадии диагностировать любую болезнь, в особенности онкологию, - то она и лечение будет поддаваться лучше, и человек сможет прожить долгие годы.

Потому доктор Сошников и ездит с «Ярмаркой здоровья» по районам уже не первый год. «Онкология на сегодняшний день лечится, и очень хорошо, - говорит он. - Важно, когда приходит на прием человек, уже знающий, что у него есть какие-то проблемы, но еще важнее - когда приходит человек, считающий себя здоровым, а мы выявляем опухоль на нулевой - первой стадии. Это значит, что человек будет жить».

К середине дня через руки Сергея Ивановича проходит 20 человек. 18 из них он направляет на дообследование, чтобы исключить вероятность опухоли. Абсолютное большинство пациентов - женщины, и врач по этому поводу только качает головой: «К сожалению, мужчины к врачам палкой не загощишь. К тому же сейчас самая активная и занятая часть населения в России - это женщины. В районах чаще всего и работа есть именно у них, а значит, есть и профосмотры, и выявляемость заболеваний выше. Вот и получается, что мужчины живут меньше...»

Но у женщин в Сретенском районе с врачами тоже беда. На 14 поселений, в числе которых есть и труднодоступные, положено 6 гинекологов. В реальности же врач всего один - заведующая родильным отделением ЦРБ. Она одна и роды принимает, и текущий прием ведет, и экстренную помощь оказывает. Очередь расписана едва ли не на год вперед, и когда стало известно о том, что «Единая Россия» везет в район свою «Ярмарку здоровья», самая длинная

запись оказалась у Татьяны Глушенко. Только за первый день работы она приняла 75 пациенток и не уходила из больницы до тех пор, пока в коридоре ждали люди.

СЕЛЬСКИЙ МЕДИК - ВСЕГДА ПОДВИЖНИК

«Мой коллега ушел на пенсию в марте, с тех пор я одна. Раз в два-три дня принимаю роды, веду прием в женской консультации, экстренные случаи, УЗИ - все на мне, - рассказывает Елена Болотова, заведующая родильным отделением ГУЗ «Сретенская ЦРБ». - Не едут сегодня молодые врачи в село, хотя Кокуй ведь и не деревня, это город, у нас тут есть и кинотеатр, и интернет. Но не едут. Говорят - развлечений у вас нет. Конечно, трудно: район у нас протяженный, работы много. Но у нас и опыт можно такой заработать, который положен врачу, если он хочет лечить людей! Тем более что и зарплата нормальная, и жилье дают».

Сама Елена Юрьевна проработала врачом 14 лет. Когда-то уезжала из Кокуя в Нижний Новгород, но вернулась обратно. Говорит, здесь и климат лучше, и люди. Земляки такое отношение очень ценят. Так что, когда в рамках «Ярмарки здоровья» проходила церемония вручения почетных дипломов «Народный доктор», в зале кокуйского кинотеатра «Авангард» яблоку было негде упасть: местные жители пришли не только посмотреть концерт артистов краевой филармонии, но и порадоваться за своих врачей.

Благодарность и ценные подарки получили фельдшер ФАПа с. Нижние Куларки Людмила Попова, техник-лаборант клинично-диагностической лаборатории ГУЗ «Сретенская ЦРБ» Нина Погадаева, заведующая педиатрическим отделением ГУЗ «Сретенская ЦРБ» Валентина Новгородова, врач-фтизиатр структурного подразделения ГУЗ «Сретенская РБ №1» Геннадий Самитин, заведующая инфекционным отделением ГУЗ «Сретенская ЦРБ» Юлия Долгова, заведующая терапевтическим отделением ГУЗ «Сретенская ЦРБ» Людмила Яцкова, заведующая терапевтическим отделением структурного подразделения ГУЗ «Сретенская РБ №1» Ирина Кэрунту, и, конечно же, Елена Болотова. Много теплых слов прозвучало в их адрес - и от коллег из Читы, и от местной власти, и от имени депутата Законодательного Собрания от Сретенского района Ивана Нагеля, который взял на себя все финансовые затраты в работе «Ярмарки». «Иван Константинович в своей работе очень много внимания уделяет состоянию медицины на селе. Одна из составляющих - это повышение престижа профессии врача. Сельский медик - это всегда был подвижник. Поэтому мы сегодня чувствуем лучших работников нашей медицины, воздаем должное их огромному труду и заслугам», - говорит помощник депутата Тамара Кочмарева.

Клара Хоменко

На фото: рабочие моменты «Ярмарки здоровья»

КРАЕВАЯ НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА
ГПОУ ЧИТИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
КОЛЛЕДЖ ИНФОРМИРУЕТ
О НОВЫХ ПОСТУПЛЕНИЯХ



Ахмедов В. А. Заболевания желудочно-кишечного тракта у беременных / В. А. Ахмедов, М. А. Ливзан. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 128 с.

В процессе ежедневной практической работы врачам-гастроэнтерологам и терапевтам приходится сталкиваться с проблемой недостаточной информации в отношении вопросов правильности оказания медицинской помощи при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта у беременных. Указанная проблема в немалой степени обусловлена нехваткой практических руководств, посвященных обучению врачей, особенностям тактики оказания специализированной помощи данной категории. Реше-

нию этой задачи посвящено настоящее учебное пособие. Для удобства читателей весь материал изложен в виде тематических рубрик, в которых отражены особенности течения заболеваний, современная тактика последовательного оказания помощи при заболеваниях пищевода, желудка, кишечника, печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы у беременных. Книга включает 5 глав, также для лучшего усвоения материала и проверки знаний представлены тестовые задания по каждой главе и эталонные ответы.

Издание предназначено для последипломного обучения врачей-гастроэнтерологов и терапевтов.

Белялов Ф. И. Лечение болезней в условиях коморбидности / Ф. И. Белялов. — 10-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 544 с.

В книге рассмотрены особенности диагностики и лечения заболеваний внутренних органов у пациентов с коморбидными болезнями и состояниями. Приведена оригинальная классификация лекарственных препаратов в зависимости от влияния на сопутствующие заболевания. Представленная информация поможет врачу назначить более эффективное и безопасное лечение. Основу книги составляют рекомендации международных и российских медицинских обществ, результаты крупных рандомизированных исследований лекарственных средств.

Книга рассчитана на кардиологов и врачей других специальностей, которые не ограничиваются знаниями в своей области.

Интерстициальные и орфанные заболевания легких / под ред. М. М. Ильковича. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 560 с.: ил. — (Серия «Библиотека врача-специалиста»).

В руководстве представлены

основные заболевания и синдромы, проявляющиеся поражением интерстициальной ткани легких и рентгенологическим синдромом легочной диссеминации, а также редко встречающиеся в клинической практике так называемые орфанные заболевания легких. В пульмонологии эти группы заболеваний являются наиболее сложными в диагностическом плане: ошибочный диагноз ставится в 80% случаев. Особое внимание уделено идиопатическому легочному фиброзу, другим идиопатическим интерстициальным пневмониям. Наряду с этим в книге нашли отражение лекарственные и профессиональные заболевания легких, легочные синдромы при диффузных болезнях соединительной ткани, системные васкулиты с поражением органов дыхания, легочные диссеминации опухолевой природы, болезни накопления.

Издание рекомендовано врачам-интернистам — терапевтам, пульмонологам, рентгенологам, фтизиатрам, онкологам, торакальным хирургам, врачам общей практики, а также студентам старших курсов медицинских вузов.

Мачарадзе Д. Ш. Пищевая ал-

Легрия у детей и взрослых: клиника, диагностика, лечение / Д. Ш. Мачарадзе. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 392 с.

Книга содержит последние эпидемиологические и иммунопатологические данные, касающиеся особенностей пищевой аллергии у детей и взрослых, характера клинического течения болезни. Предложен рациональный, научно обоснованный подход к ее диагностике (алгоритмы обследования пациентов, включая компонентную алергодиагностику), а также новые задачи лечения и профилактики пищевой аллергии. Описаны особенности дифференциальной диагностики данной болезни, рассмотрен вопрос о взаимосвязи пищевой аллергии с atopическим дерматитом, изложены особенности диагностики и терапии эозинофильного эзофагита, роль пищи в поддержании контактного дерматита на металл (никель), а также особенности реакции на алкоголь.

Издание предназначено для аллергологов-иммунологов, гастроэнтерологов, дерматологов, педиатров, терапевтов, врачей общей практики.