

БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!

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

№6 (6/2017)

Газета медиков Забайкалья

СРЕДИ МНОЖЕСТВА ДРУГИХ ПРОФЕССИЙ самая гуманная - медицинский работник

Накануне Дня медицинского работника в Чите награждали лучших в профессии. В их честь был дан бал министра здравоохранения, ради них пели и танцевали победители и участники творческого конкурса художественной самодеятельности коллективов медицинских учреждений края «Муза милосердия». И бал, и конкурс проводились впервые. И тем, кого награждали, это, несомненно, пришлось по вкусу, как и множеству гостей, принявших участие в торжестве.

День профессионального признания, который отмечается каждое третье воскресенье июня почти уже 40 лет - самый подходящий повод, чтобы отметить самых достойных. Однако в Забайкалье решили продлить праздник, и чествование началось раньше - 9 июня.

Открыл торжество бал министра здравоохранения края. Первыми на танцевальную площадку, как и полагается, вышли министр здравоохранения Сергей Давыдов и главные врачи медицинских учреждений. Торжественные в своих белых рубашках и нарядных платьях руководители полностью соответствовали некогда сказанному: кто умеет хорошо работать, тот умеет и хорошо отдыхать. А лучший вид отдыха, как известно, смена деятельности. Так что вальс - чем не альтернатива трудовым будням?

Необычный старт мероприятия подхватили победители творческого конкурса. Подумалось даже, а почему подобное не проводилось раньше? Оказывается, медработники не только умеют хорошо орудовать шприцами, скальпелями, тонометрами и прочими медицинскими аксессуарами, но и



блестяще танцуют и пьют. К тому же совместные дела сплачивают коллективы, что, конечно же, сказывается и на общей атмосфере. Так что, возможно, в этом году родилась новая традиция.

Поздравить медицинскую общественность пришли Аягма Ванчикова, заместитель председателя Правительства Забайкальского края по социальным вопросам, Игорь Лиханов, председатель Законодательного собрания края, Юрий Ширшов, первый проректор ЧГМА и многие другие.

Медицинские работники края из рук Аягмы Гармаевны получили знаки и удостоверения почётного профессионального звания «Заслуженный врач Забайкальского края» и «Заслуженный работник здравоохранения Забайкальского края».

Игорь Дмитриевич, поблагодарив со сцены всех работников медицины края, особо отметил своих учителей - Валентину Петровну Гамову и Тамару Ивановну Кочеткову.

(Окончание на стр. 2)



СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ:

● Одним из основных вопросов, обсуждавшихся на последнем заседании Совета главных врачей и Школы организаторов здравоохранения, стал проект «Бережливая поликлиника», который в ближайшее время планируется внедрять во всех российских амбулаторных учреждениях. О планах и первых шагах по реализации проекта на забайкальской земле рассказывает заместитель министра здравоохранения Забайкальского края, начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению Марина КОНДРАТЬЕВА.

стр. 3

● Чтобы успешно бороться с болезнью, следует изучить причины, механизм ее развития. Однако, в основе большинства заболеваний лежит не один, а целый комплекс различных факторов. Не составляют исключения и сердечно-сосудистые заболевания - существует длинная цепочка факторов, которые, действуя по отдельности и все вместе, могут привести к болезни.

стр. 4

● Проблемы лечения туберкулеза обсудили участники Всероссийской научно-практической конференции «Туберкулез и сочетанные инфекции: вызовы и перспективы», которая состоялась в Москве 1-2 июня. Среди участников форума были и представители ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты».

стр. 5

● Язвенная болезнь представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, проникающего в подслизистый слой.

стр. 6

● Для того, чтобы детский летний отдых стал по-настоящему радостным и полезным, приходится немало потрудиться самым различным службам, в том числе - и краевому Министерству здравоохранения, и множеству медицинских организаций, расположенных на территории региона. О том, как решаются вопросы летнего отдыха, нашим читателям рассказывает заместитель министра здравоохранения Забайкальского края, начальник отдела охраны материнства и детства Наталья ИГНАТЬЕВА.

СРЕДИ МНОЖЕСТВА ДРУГИХ ПРОФЕССИЙ самая гуманная – медицинский работник

(Окончание, начало на стр. 1)



- Эти врачи учили меня правильно держать скальпель, делать сложные операции и принимать правильные решения. И сегодня я поздравляю всех, кто непосредственно ставит на крыло молодых врачей. Это наше будущее.

Переняв эстафету награждений, Игорь Лиханов вручил Благодарности от Председателя Законодательного собрания Забайкальского края десяти медицинским работникам.

- За эти 13 месяцев, за год с небольшим, мы вместе с вами сделали очень многое, – министр здравоохранения края Сергей Давыдов подвёл своеобразный итог деятельности команды. - Начат проект «Доступная поликлиника», «Доступная онкология», проводим модернизацию Скорой медицинской помощи. Мы теперь точно знаем, сколько недозвонено в «Скорую», когда они были сделаны и сколько было повторных звонков. Мы создали шесть межрайонных центров с первичными сосудистыми отделениями. В этом году будет открыт прекрасный лор-центр. Наконец-то в сентябре запустим нашу 13-летнюю боль - кардиологический центр. Мы начали все вместе заниматься информатизацией и хотим, чтобы к концу года у нас были электронные амбулаторные карты, чтобы убрать бумажный документооборот. У нас очень много идей, которые требуют реализации, и я хочу поблагодарить всех вас, потому что без командной работы воплотить их все просто невозможно. Хочу отметить, что мы стали дружнее работать и, значит, мы вместе все можем сделать.

Высказав самые тёплые пожелания коллегам, Сергей Олегович сообщил приятную и долгожданную новость:

- Я могу сейчас сказать совершенно точно, что с первого октября будет повышение зарплаты, а с первого января – еще.

И, конечно же, вручил заслуженные награды. Светлана Карпова, главный врач Городской поликлиники № 4, из рук министра получила Почетную грамоту Министерства здравоохранения Забайкальского края за победу во Всероссийском конкурсе «Женщина-лидер. XXI век». Главная медсестра поликлинического подразделения №4 Детского клинического медицинского центра города Читы Юлия Хитяева за победу в другом Всероссийском конкурсе – «Лучший организатор сестринской деятельности – 2017», также была награждена Почётной грамотой Министерства здравоохранения края.

За многолетний добросовестный труд в системе здравоохранения Забайкалья Почетной грамотой Министерства здравоохранения Забайкальского края были отмечены десять медицинских работников.

Практическая медицина всегда зиждется на достижениях современной науки. И, конечно же, свои ряды она пополняет за счет выпускников медицинских учебных заведений. Тесную взаимосвязь между этими двумя сферами отметил Юрий Ширшов, первый проректор ЧГМА:

- Сегодня к больному мы подходим мультидисциплинарной бригадой, практикуем мультидисциплинарный подход, и я считаю, что это правильно. И мы гордимся тем, что в этой мультидисциплинарной бригаде медицинская академия оказывает достойную помощь и является незаменимым звеном. Наша академия готовит молодых врачей, и мы с радостью их отдаем вам. Они гото-

вы идти на простой подвиг на благо края, благо России. Цените их - это люди с горящими сердцами. И когда их на местах будут встречать по-доброму, будут их опекать и наставлять - тогда всё сложится. Спасибо вам и здоровья!

Почетной грамотой за высокий профессионализм, большой личный вклад в развитие науки и взаимодействие с практическим здравоохранением Забайкалья были награждены несколько преподавателей ЧГМА.

Город Чита так же не остался в стороне и от имени главы городского округа «Город Чита» лучшим медработникам были вручены Почетные грамоты.

В рамках реализации пилотного проекта «мобильный фельдшер» Забайкальская региональная общественная организация «Профессиональные медицинские специалисты» провела конкурс на лучший обучающий фильм по использованию дистанционного метода диагностики сердечно-сосудистой патологии у



родной акции. Дипломы общественного признания и подарки им вручали Валентина Подойницына, заместитель председателя Общественной палаты края, и Николай Черняев, главный редактор газеты «Читинское обозрение».

Но и это оказалось еще не всё. В ходе акции родился гимн «Спасибо, доктор!», который и прозвучал со сцены. Её автором и исполнителем стала руководитель студии эстрадного вокала Ars nova Екатерина Истомина.

Приятные моменты чередовались с лучшими номерами творческого конкурса «Муза милосердия». Так гости и победители, дипломанты и заслуженные врачи познакомились с прекрасным коллективом народной песни вокальной группой «Краса» из Петровск-Забайкальской ЦРБ. Всполохами ярких танцевальных номеров, а также



пациентов из отдаленных районов. Победителем в этом конкурсе стала команда Шелопугинской центральной районной больницы. Она также была награждена дипломами и заслуженными подарками.

К сожалению, ни одна чрезвычайная ситуация не обходится без людей в белых халатах. И в этот день поздравить своих соратников по борьбе с ЧС пришел полковник Денис Емельянов, заместитель начальника ГУ МЧС России по Забайкальскому краю. В честь профессионального праздника он вручил приветственный адрес министру здравоохранения края Сергею Давыдову, а также медали МЧС России медицинским работникам, активно сотрудничающим с ведомством в ликвидации чрезвычайных ситуаций на территории края.

В феврале этого года городская газета «Читинское обозрение» организовала акцию общественного

признания «Спасибо, доктор!». Зародилась она по инициативе активного читателя Натали Такшеевой. Именно она её придумала, организовала и нашла спонсоров. В газету пришло около 300 отзывов, по результатам которых были выбраны пять врачей, ставших лидерами на-

замечательными голосами удивили агинчане. Вокальные номера представили Городская клиническая больница № 1 и Приаргунская ЦРБ.

Эльвира Паламова, фото автора



«БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА»:

ПЕРВЫЕ ШАГИ

Одним из основных вопросов, обсуждавшихся на последнем заседании Совета главных врачей и Школы организаторов здравоохранения, стал проект «Бережливая поликлиника», который в ближайшее время планируется внедрять во всех российских амбулаторных учреждениях. С конца 2016 года проект уже реализуется на территории нескольких регионов РФ. «Бережливая поликлиника» предусматривает сокращение неэффективных технологических процессов в медучреждениях – оптимизация работы регистратуры, врачей и лабораторий, увеличение пропускной способности поликлиники. Инициатива затронет также процедуры диспансеризации, получения льготных лекарств, уход за гражданами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью. Главная же цель проекта – создание в учреждении доброжелательной атмосферы.

О планах и первых шагах по реализации проекта на забайкальской земле рассказывает заместитель министра здравоохранения Забайкальского края, начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению Марина КОНДРАТЬЕВА:

- История «бережливой» производства началась еще в 20-30 годы в Советском Союзе, когда ее основоположник, руководитель Центрального института труда Алексей Гастев разработал систему научной организации труда (НОТ) и описал ее в книге «Как надо работать». Его система получила дальнейшее развитие в 50 годы в Японии – председатель совета директоров компании «Тойота» Оно Тайити организовал бережливое производство, основанное на философии «кайдзен» (непрерывное совершенствование). По мнению экспертов, эта система сыграла немалую роль в небывалом экономическом подъеме, произошедшем в прошлом веке в Японии. С тех пор ее взяли на вооружение многие страны, а Россия начала использовать эту систему на современном этапе в 2008 году.

Разработчиками программы «Бережливая поликлиника» по поручению Президента В.В. Путина выступили Министерство здравоохранения РФ, Администрация Президента РФ и госкорпорация «Росатом». В 2016 году пилотный проект начали реализовывать в трех российских регионах: Калининградской области, Ярославской области и городе Севастополе.

Что показали первые результаты?

- Первые итоги пилотного проекта в трех регионах показали, что в результате его внедрения время непосредственной работы с пациентами увеличилось в 2 раза, время оформления и записи на прием к врачу сократилось в 5 раз, очереди – до 8 раз, время ожидания пациентом приема врача у кабинета уменьшилось – в 12 раз. Также удалось развести потоки здоровых детей, которым нужны справки и профилактические осмотры, и больных, которые обращаются к врачу, в том числе с признаками инфекционных болезней. Для реализации проекта в регионах были созданы рабочие группы, которые определяли проблемные места медицинского учреждения и вместе с персоналом разрабатывали пути решения.

Проанализировав результаты, решили, что в 2017 году в этот проект войдет еще 20 российских территорий, а с 2018 года – все остав-

шиеся российские регионы. Помогать в реализации «Бережливой поликлиники» должны и страховые компании, потому что целью этого проекта является повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью.

Марина Валентиновна, в чем заключается суть проекта?

- «Бережливая поликлиника» – это совершенствование поликлиники с точки зрения организации времени и пространства. Три составляющих «Бережливой поликлиники»: бережное отношение к персоналу, бережное отношение к ресурсам и

персонала в процесс, постепенное усовершенствование, минимальные вложения, устранение потерь и перераспределение загрузки.

Какие проблемы предстоит решать в поликлиниках при помощи «бережливой» производства? Теоретически в «бережливом производстве» выделяются следующие виды потерь: перепроизводство (дублирование работ, излишнее согласование, лишние расчеты, ненужные отчеты, рассылка копий на всякий случай), излишние запасы (лишние канцтовары, шаблоны документов, неэффективное использование оборудования, избыточная инфор-

мация в компьютере), непродуманная система поставок расходников, реактивов, время ожидания (отсутствие регламента, частый сбор сотрудников на совещания, ожидание документов, ожидание в очереди), излишняя обработка, излишние перемещения (за счет неправильной организации рабочего места, сбор согласующих подписей по разным кабинетам, выполнение несвойственных функций), набор персонала, неспособного выполнять возложенные функции, а также составление планов, не учитывающих реалий, неточные указания руководителя и пр. В организации работы поликлиник эти виды потерь принимают такие формы, как неравномерная загрузка врачей и медперсонала, пересечение потоков больных и здоровых пациентов, большие временные затраты на поиск специалистов и нестандартизированные рабочие места, лишние передвижения пациентов и медперсонала, очереди перед регистратурой и кабинетами.

Система, на которой строится «бережливое производство», так называемая система 5S – 5 взаимосвязанных принципов организации рабочего пространства, которые приводят к снижению потерь, повышению безопасности и удобства в работе: сортировка, соблюдение порядка, содержание в чистоте, стандартизация, самоконтроль. Поэтому основными направлениями проекта станут перераспределение нагрузки между врачами и средним медперсоналом поликлиник, выравнивание нагрузки врачей, исключение очередей между кабинетами, оптимизация системы внутренней логистики, разделение потоков пациентов, переход на электронный документооборот и сокращение бумажной документации. Новый облик

поликлиники, удобная эргономика на рабочих местах – также неотъемлемые составляющие проекта. Вот, например, как будет выглядеть безопасность в рамках «Бережливой поликлиники»: бесконтактное открытие дверей, бесконтактная гигиеническая обработка рук и др.

Первым шагом реализации проекта «Бережливая поликлиника» в федеральном масштабе стало создание проектного офиса, который возглавили заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева. Следующими этапами станут составление дорожных карт, проведение подготовительных работ. Тот же порядок будет соблюдаться и на региональном уровне.

Как начнется реализация проекта «Бережливая поликлиника» в Забайкальском крае?

- Официально в проект мы вступим в следующем году, но предварительную работу начинаем уже сейчас. Первыми участниками «Бережливой поликлиники» станут поликлиническое подразделение №3 Детского клинического медицинского центра и подразделения Клинического медицинского центра г. Читы. Уже продумано, какие изменения и улучшения будут проведены в этих поликлиниках в первую очередь, какая перепланировка помещений будет сделана, как необходимо перераспределить потоки пациентов. То есть будем постепенно отработывать какие-то позиции проекта и внедрять их в практику сначала двух поликлиник, а со следующего года – и всех остальных.

Интервью вел Ирина Белошницкая



бережное отношение к пациентам. Суть проекта – в повышении доступности и качества медицинской помощи за счет оптимизации процессов и устранения потерь. Цели обозначены так: «сократить время пребывания пациента в поликлинике, оптимизировать работу регистратуры, персонала, врачей и лабораторий, создать доброжелательную атмосферу, повысить уровень доступности и качества медицинских услуг и улучшить условия оказания медицинской помощи, максимально вовлечь медицинский персонал в производственные процессы, улучшить условия труда работников медучреждений». Основные принципы проекта «Бережливая поликлиника»: 100% вовлеченность

ЦЕЛИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА "БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА"



ОБ ОСНОВНЫХ НАРУШЕНИЯХ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края осуществляет не только финансирование системы обязательного медицинского страхования, но и контролирует использование средств ОМС лечебными учреждениями края. В соответствии с годовым планом контрольно-ревизионный отдел ТФОМС проводит комплексные, тематические и контрольные проверки. Медицинские организации проверяются не реже одного раза в два года. В 2016 году было проведено 72 проверки в 65 медицинских организациях Забайкальского края. Нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования выявлено на сумму 15 132,8 тыс. рублей.

В результате проведенного ТФОМС анализа результатов контрольных мероприятий в 2016 году за проверяемый период 2014-2015 гг. установлены основные нарушения, допущенные медицинскими организациями в части использования средств обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи застрахованным гражданам. Небрежное отношение к ведению раздельного учета платных и бесплатных услуг медицинскими организациями привело к использованию ими лекарственных препаратов, медицинских изделий, продуктов питания и мягкого инвентаря, приобретенных за счет средств обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи лицам, не застрахованным в системе обязательного медицинского страхования и (или) получающим ее на платной основе. Так же проводились выплаты заработной платы, стимулирующих выплат, материальной помощи интернам, врачам психиатрам, психиатрам-наркологами, фтизиатрам и их медицинским сестрам, работникам противотуберкулезных, психоневрологических и психиатрических отделений, врачам и медицинским сестрам за ведение практики у студентов. Данные финансовые выплаты долж-

ны производиться только из средств краевого бюджета. Бюджетными же средствами оплачивались расходы, связанные с медицинским освидетельствованием на состояние алкогольного, наркотического или токсического опьянения, приобретение иммунобиологических препаратов для иммунопрофилактики. Медицинскими организациями приобретались материальные запасы, не относящиеся к их деятельности. Например: чернозем, воздушные шары, торты. Частым нарушением является дублирование медицинских услуг, оплаченных страховыми медицинскими организациями по реестрам из средств обязательного медицинского страхования с платными услугами. Это нарушение выявляется при сверке реестров счетов, предъявленных на оплату в страховую медицинскую организацию с договорами на оказание платных услуг. Такая двойная оплата нарушает, в первую очередь, права застрахованных граждан на получение бесплатной медицинской помощи в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий и является недопустимым.

Также в результате проведенных контрольных мероприятий выявлены нарушения, которые привели к нерациональному и неэф-

фективному использованию средств обязательного медицинского страхования:

- приобретение материальных запасов (лекарства и мягкий инвентарь) и медицинского оборудования, длительное время не используемых в процессе оказания медицинской помощи;

- проведение закупок лекарственных препаратов по ценам, превышающим предельно допустимые отпускные цены производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП.

Вышеназванные нарушения, допущенные медицинскими организациями, не способствуют обеспечению качества и доступности медицинской помощи, оказываемой в рамках обязательного медицинского страхования и приводят к ухудшению условий ее предоставления.

Хотелось бы обратить внимание медицинских организаций на то, что по итогам контрольных мероприятий они обязаны предоставлять информацию об устранении выявленных в ходе проверки нарушений. Формальный подход к разработке планов мероприятий по устранению нарушений, либо несвоевременное принятие действенных мер по устранению выявленных в ходе комплексной про-

верки нарушений может являться основанием для назначения проверки результатов работы по устранению нарушений и недостатков, ранее выявленных в ходе комплексной или тематической проверки (контрольной проверки).

Также по итогам контрольных мероприятий информация о медицинских организациях, допустивших значительные нарушения в использовании средств обязательного медицинского страхования, будет предоставляться в Министерство здравоохранения Забайкальского края для дальнейшего принятия мер в пределах компетенции, в том числе решения вопроса о привлечении руководителей медицинских организаций, в деятельности которых выявлены значительные или систематические нарушения, к дисциплинарной ответственности. В случае проверки ТФОМС, правоохранительные органы вправе затребовать акты проверок медицинских организаций, в которых выявлены факты систематического нарушения законодательства об обязательном медицинском страховании.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: КОГДА ФАКТОР РИСКА - УСЛОВИЯ ТРУДА

Чтобы успешно бороться с болезнью, следует изучить причины, механизм ее развития. Однако, в основе большинства заболеваний лежит не один, а целый комплекс различных факторов. Не составляют исключения и сердечно-сосудистые заболевания - существует длинная цепочка факторов, которые, действуя по одиночке и все вместе, могут привести к болезни.

Хронические неспецифические заболевания, среди которых ведущую роль играют болезни системы кровообращения, вполне обоснованно считают самой главной проблемой цивилизации. Действительно, бремя сердечно-сосудистых заболеваний, включающее экономические и иные затраты на медико-социальное обеспечение больных и инвалидов, утраченную прибыль от невыработанных человеко-лет, чрезвычайно высоко. Ежегодный экономический ущерб, обусловленный временной и стойкой утратой трудоспособности, преждевременной смертностью населения только от артериальной гипертонии и ее осложнений, составляет около 12 млрд. рублей, а затраты, связанные с лечением и реабилитацией, превышают 22,5 млрд. руб. Это опубликованные данные, в целом экономические потери по причине заболеваемости и преждевременной смертности значительно выше.

Особого внимания заслуживает состояние здоровья работающего населения РФ. Именно вредные и опасные условия труда в процессе производственной деятельности могут не только вызвать профессиональные заболевания, но и способствовать ухудшению тяжести соматических заболеваний, а в отдельных случаях - стать причиной развития так называемых производственно-обусловленных заболеваний. На развитие и прогрессирование указанных заболеваний наряду с генетическими, соматическими, поведенческими, социально-экономическими, экологическими и др. факторами риска существенное влияние оказывают неблагоприятные производственно-профессиональные факторы: физические (вибрация, шум, нарушение температурного режима), эргономические (гиподинамия и монотонный труд, перенапряжение, химические, биологические, стрессовые и т.д.

Сердечно-сосудистые заболевания не включены в принятый в 1964 г. Международной организацией труда Европейский перечень профессиональных заболеваний и в

Список профессиональных заболеваний, утвержденный в нашей стране в 1996 г., так как по определению МОТ «профессиональное заболевание - полученное в результате воздействия опасных факторов, возникающих в связи с трудовой деятельностью».

О наличии вклада производственно-профессиональных факторов в развитие и течение указанных заболеваний свидетельствуют следующие факторы:

- более высокий уровень заболеваемости, трудопотерь и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц трудоспособного возраста и жителей крупных промышленных регионов. Смертность от БСК в трудоспособном возрасте в РФ (на 100 тыс. человек населения в 2015 г.): мужчины - 745,9, женщины - 417,6. Ежегодно в РФ умирает 500 тысяч мужчин трудоспособного возраста и 130 тысяч женщин. Смертность от БСК среди населения трудоспособного возраста в ЕС (на 100 тысяч населения в 2015 г.): Франция - 118,1, Швеция - 176,4, Великобритания - 182,3, США - 188,1, Финляндия - 201,4, Чехия - 415,3, Польша - 324,4, Украина - 425,3, РФ - 623,9;

- полиэтиологичность заболеваний сердечно-сосудистой системы;

- многофакторность воздействия повреждающих агентов на организм работника, связанная с ходом научно-технического прогресса, наращиванием производственного потенциала и внедрением новых технологий в различных отраслях хозяйственного комплекса, появлением новых повреждающих факторов;

- наличие комбинированного и потенцирующего воздействия различных профессиональных и неспецифических повреждающих факторов, в том числе малой интенсивности, в сочетании с умственно-эмоциональным напряжением, гипоксией или монотонным трудом, стрессогенными ситуациями и общим фоновым физическим и психическим развитием и уровнем здоровья работающих.

При изучении воздействия на

организм работника таких физических производственно-профессиональных факторов, как средне- и высокочастотная вибрация, исследования, проведенные среди горнорабочих виброопасных профессий на шахтах Кузбасса (Данилевская Л.А. и др.) позволили в значительной мере объективизировать вклад этого повреждающего производственного фактора в развитие отклонений в функционировании сердечно-сосудистой системы и заболеваний. Риск развития ишемической болезни сердца среди этой категории работающих выше, чем у шахтеров, не работающих с виброинструментом, и он коррелирует со стажем работы и степенью тяжести вибрационной болезни.

Кроме того, при сочетании локальной вибрации с высокочастотным интенсивным шумом, неблагоприятным микроклиматом и нервно-эмоциональным напряжением, что характерно, например, для судостроительной, машиностроительной, металлообрабатывающей, деревообрабатывающей и других отраслей среди рабочих - рубщиков, заточников и т.д., наряду с выявлением признаков вибрационной болезни отмечены также клинические, биохимические и иные нарушения сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы, особенно ее симпатического звена, приводящие в дальнейшем к развитию выраженных сердечно-сосудистых изменений, нейроциркуляторной дистонии.

Одним из наиболее распространенных неблагоприятных факторов окружающей среды, в том числе производственной и среды обитания, является шум. Исследования показали наличие стойких изменений функционального состояния миокарда в зависимости от интенсивности шумового воздействия. К этим изменениям относились следующие: по данным ЭКГ отмечены тенденция к левосторонней девиации сердца, нарушения ритма и проводимости; по данным баллистокardiографии - снижение контрактильной способности сердца. Отмечено так-

же отчетливое напряжение регуляции сердечного ритма и повышение ригидности аорты, наклонность к артериальной гипертонии.

Существенное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы оказывает хроническое физическое перенапряжение, примером которого является такой общеизвестный и неоднократно описанный многими учеными факт, как развитие кардиомиопатий среди спортсменов большого спорта. Спорт высоких достижений (олимпийский, международный), как бы мы его не называли, всегда был профессиональным видом деятельности и на этапе приспособления организма спортсменов к высоким тренировочным и соревновательным нагрузкам приводил к развитию так называемого «физиологического спортивного сердца» - увеличению объема сердца, расширению полости левого желудочка и т.д. Однако при неконтролируемом увеличении нагрузок может нарастать гипертрофия миокарда.

Многочисленные исследования воздействия на организм человека различных химических повреждающих агентов свидетельствуют об их негативном влиянии на сердечно-сосудистую систему. В определенной степени вызванные ими заболевания можно назвать профессионально-обусловленными.

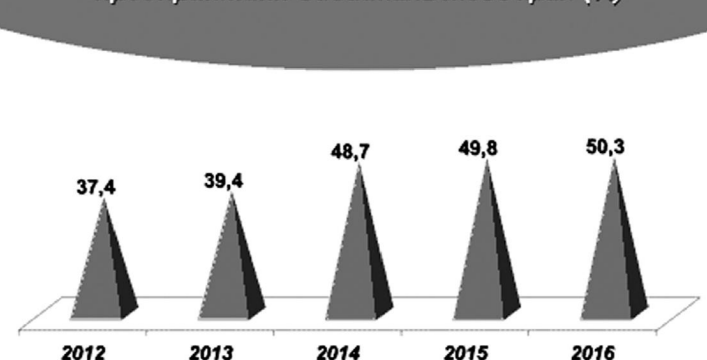
Так, например, воздействие кадмия и свинца вызывает симптоматическую артериальную гипертонию; хроническое воздействие

даже небольших концентраций сероуглерода и окиси углерода вызывает токсическое поражение печени, результатом которого в определенной степени является гиперлипидемия, далее следует развитие атеросклероза коронарных артерий, коронаростаз и в конечном итоге - развитие ишемической болезни сердца. При этом роль окиси углерода состоит в образовании карбоксигемоглобина, снижении тканевого дыхания и также ведет к развитию атеросклероза коронарных артерий.

Все это свидетельствует о необходимости проведения углубленных комплексных исследований по изучению потенцирующего эффекта и доли вклада профессиональных факторов в развитие и течение сердечно-сосудистых заболеваний с целью проведения дозозащитной диагностики, разработки и реализации программ их профилактики среди работающих во вредных и неблагоприятных условиях труда, упорядочения системы допуска к профессиональной деятельности с учетом прогноза развития не только профессиональных, но и профессионально-обусловленных заболеваний, реабилитации работников и, в конечном итоге, сохранения и укрепления трудового потенциала страны.

Н.И. Горяев,
гл. врач Краевой больницы №3,
главный внештатный
профпатолог МЗ ЗК

Число работающих во вредных условиях труда на предприятиях Забайкальского края (%)



АЛЛЕРГИЮ ПОБЕДЯТ ПЛАЗМАФЕРЕЗ И УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ

По статистике, каждый пятый человек в период цветения растений просто вынужден проводить время в помещении, либо принимать лекарства. Но, оказывается, аллергию можно победить. Эффективный способ борьбы с ней предлагают врачи отделения гравитационной хирургии крови Дорожной клинической больницы на станции Чита-2.



Для Ирины Размахниной пора, когда цветёт пыль и картошка - настоящий кошмар, спасения от которого, казалось раньше, нет и не будет. Постоянная пациентка отделения гравитационной хирургии крови аллергией на пыль этих двух растений страдает с 12 лет. О том, что избавиться от поллиноза можно без спреев и таблеток, узнала три года назад. Теперь, опережая коварную болезнь, заранее начинает лечение:

- Этот период переносить довольно тяжело, поэтому мне приходится прибегать к подобному рода проце-

дурам и такому лечению. Лечение очень эффективное, снимается острота протекания заболевания и однозначно чувствуется улучшение состояния.

Гравитационная хирургия крови - это очищение клеток организма от токсинов, продуктов воспаления, веществ, вызывающих не только аллергию, но и множество других заболеваний. В медицинской терминологии поллиноз - это иммунный ответ организма на различные аллергены, что проявляется зудом, першением в горле, приступами удушья и кожной сыпью. Высокая

заболеваемость и повсеместное распространение сделали аллергию медико-социальной проблемой. Осложнением аллергических заболеваний является бронхиальная астма. В Дорожной клинической больнице на станции Чита-2 для таких пациентов проводится лечение плазмаферезом и ультрафиолетовым облучением крови.

Процедура практически безболезненная, занимает 1,5-2 часа, а эффект даёт невероятный, отмечают пациенты. Оказывает процедура и стимулирующее влияние на им-



мунитет. Одновременно в отделении ее могут пройти 11 человек.

- Есть у нас пациенты, которые лечатся каждый год. Мы, конечно, рекомендуем проходить лечение до начала цветения, но, к сожалению, не у всех получается. И поэтому и во время сезона цветения и даже уже на фоне клинических проявлений поллиноза всё равно применяем наше лечение, и получаем хорошие результаты, - отмечает Елена Смолина, заведующая отделением гравитационной хирургии крови Дорожной клинической больницы на станции Чита-2.

Курс лечения - от 5 сеансов. Если заранее провести очищение крови, обновить плазму крови, можно, не опасаясь никакой пыли, смело отправляться прямо в лето.



Имеются противопоказания, требуется консультация специалиста.

* Лицензия на осуществление медицинской деятельности № АО-78-01-001147 от 8 сентября 2016 года.

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



Сестричка

Газета средних медицинских работников Забайкальского края



МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ - БЕЗ РИСКА

Межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» прошла 23-24 мая на базе МАУК «Центр культуры «Урал» в Екатеринбурге

Организаторами мероприятия выступили Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, правительство Свердловской области, Екатеринбургский научно-исследовательский институт вирусных инфекций, министерство здравоохранения Свердловской области, Уральский государственный медицинский университет, Свердловский областной медицинский колледж, Ассоциация организаций, осуществляющих содействие деятельности специалистов с высшим сестринским, средним медицинским и фармацевтическим образованием «Союз медицинских профессиональ-

ных организаций».

Участниками конференции стали более 300 делегатов из девяти регионов России: Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Челябинска, Омска, Перми, Тюмени, Кургана, Читы и Ямало-Ненецкого автономного округа. Благодаря содействию и материальной помощи Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональные медицинские специалисты», участниками мероприятия стали и два представителя Забайкальского края - А.С. Исаковский - член профессионального комитета ЗРОО «ПрофМедСпец» по специальности «Эпидемиология», помощника эпи-

демиолога Городского родильного дома и Н.Н. Коновальчикова - старшая медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных перинатального центра Краевой клинической больницы.

В течение двух дней конференции специалисты могли ознакомиться с экспонатами выставки, представленными ведущими российскими компаниями в сфере дезинфекционной деятельности (производства дезинфицирующих средств), лабораторной диагностики, деятельностью, связанной с обращением медицинских отходов, изготовлением специализированной одежды для медицинских работников.

Участники представили свыше 50 докладов по проблемам распространения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. В числе вопросов, на которых было заострено внимание: профилактика инфекционных заболеваний, обеспечение инфекционной безопасности при различных вмешательствах, проведение профилактических и первичных противоэпидемиологических мероприятий, развитие нормативной и методической базы инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, обмен опытом по внедрению федеральных клинических рекомендаций «Гигиена рук медицинского персонала». Внимание также было уделено взаимодействию и совместной работе эпидемиологической службы, врачебного и сестринского персонала



по профилактике внутрибольничного инфицирования.

В ходе пленарного заседания участники конференции рассмотрели актуальные вопросы надзора за инфекционными болезнями, статистические данные по заболеваемости инфекционной этиологии, меры профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в России.

Программа мероприятия предусматривала также посещение тематических симпозиумов. Особенно стоит отметить сателлитный симпозиум «Роль медицинской сестры в профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи», который прошел в Свердловском областном медицинском колледже. В центре внимания были важные проблемы формирования компетентности специалистов со средним медицинским образованием в условиях профессиональных рисков ИСМП, современные подходы обучения таких специалистов в системе дополнительного професси-

онального образования.

Наибольший интерес у участников конференции вызвал симпозиум «Гигиена рук - важное звено в профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи». На этой площадке прозвучали доклады специалистов по разъяснению Федеральных клинических рекомендаций «Гигиена рук медицинского персонала». Был представлен наш доклад, рассказывающий об опыте внедрения ФКР «Гигиена рук медицинского персонала» в работу отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных перинатального центра Краевой клинической больницы. Каждый симпозиум был примечателен оживленной дискуссией. По итогам конференции делегаты получили сертификаты участников, а также методическую литературу для дальнейшей работы.

А.С. Исаковский,
Н.Н. Коновальчикова



Проблемы лечения туберкулеза обсудили участники Всероссийской научно-практической конференции «Туберкулез и сочетанные инфекции: вызовы и перспективы», которая состоялась в Москве 1-2 июня.

В работе симпозиума принимал участие главный фтизиатр Министерства здравоохранения России в Центральном Федеральном округе, главный врач Воронежского областного противотуберкулезного диспансера Сергей Корниенко. С приветственным словом к делегатам обратился главный фтизиатр Минздрава России, президент Российского общества фтизиатров Ирина Васильева и президент Союза медицинских профессиональных организаций, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава России в Уральском Федеральном округе Ирина Левина.

В первый день конференции мы посетили три образовательные секции. Для себя я особо отметила доклад петербургского коллеги А.М. Пантелеева «Диагностика и лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией».

Во второй день мероприятия были разделены на три практических блока, в каждом из которых проходило по три параллельных мастер-класса. Участники смогли посетить три практических тренинга. Я приняла участие в работе мастер-класса по теме «Купирование побочных реакций химиотерапии».

В рамках конференции, Союзом медицинских профессиональных организаций проведен симпозиум «Современные аспекты сестринского дела во фтизиатрии», который отра-

жал значимость роли среднего медицинского персонала в обеспечении качества оказания противотуберкулезной помощи. Лучший опыт работы на своей территории представили медицинские сестры фтизиатрической службы Забайкальского края, Свердловской, Самарской, Новосибирской областей, а также Чувашии, Башкортостана и Санкт-Петербурга. Я, как член профессионального комитета по специальности «Сестринское дело в инфектологии» ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты», представляла Забайкальский край, выступив с докладом «Повышение приверженности к наблюдению и лечению у пациентов с ВИЧ и ТБ. Участие в проекте «Координаторы здоровья». В своем докладе я представила опыт работы медицинских сестер Забайкалья по деятельности в мультидисциплинарной команде, самостоятельному приему и первые результаты работы медицинских сестер «Центра» в проекте «Координаторы здоровья», который реализуется Министерством здравоохранения Забайкальского края. Доклад вызвал большой интерес и вопросы у участников секции касались именно работы медицинских сестер именно в проекте «Координаторы здоровья».

Докладчиков было много, но для меня более интересными были выступления Е.В. Хворовой (Самарская область) и Т.Н. Винокуровой (Чувашия). Эти доклады содержали информацию о новых методах лабораторной диагностики и работе

участковой медсестры по приверженности (онлайн - контроль за приемом противотуберкулезных препаратов). Жаль, что не удалось посетить одновременно несколько мастер-классов, а пришлось выбирать. Хотя хочу отметить, что онлайн консультирование пациентов широко используется специалистами среднего звена нашего края, а проведение в рамках наших краевых конференций по специальностям мастер классов для специалистов среднего звена в различное время дает возможность всем делегатам посетить все необходимые мастер классы.

Благодаря Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональные медицинские специалисты», я получила возможность не только принимать участие и представить опыт медицинских сестер ЦСПИД на мероприятии такого высокого уровня, но и внести хотя бы небольшой вклад в повышение рейтинга сестринского дела нашего Забайкальского края. Полученными знаниями я смогу поделиться со своими коллегами на краевых научно-практических конференциях по зачетно-накопительной системе для специалистов среднего звена.

Е.В. Воробьева,
ст. медицинская сестра
КДО о/п «Центр профилактики и борьбы со СПИД»
ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница»

ПОДЕЛИЛИСЬ УСПЕХАМИ

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ!

ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты» поздравляет с юбилеем **Анжеллу Васильевну КОНДРАТЬЕВУ,** главную медицинскую сестру ГУЗ «Приаргунская ЦРБ».

От чистого сердца желаем Анжелле Васильевне крепкого здоровья, простого женского счастья, благополучия, заботы и любви со стороны близких, понимания коллег, профессиональных успехов, вдохновения, исполнения всех желаний!

Анжелла Васильевна - доброжелательный и отзывчивый человек, всегда готовый прийти на помощь и коллегам по работе, и пациентам. Свою трудовую деятельность она начала в качестве постовой медицинской сестры

детского отделения. После прохождения специализации работала в качестве операционной медицинской сестры. Затем по семейным обстоятельствам переехала в Забайкальский край, где служит своему призванию уже 20

лет в качестве главной медицинской сестры Приаргунской ЦРБ. Ее труд отмечен почетным званием «Заслуженный работник здравоохранения Читинской области».



Язвенная болезнь представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, проникающего в подслизистый слой.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ



Распространенность язвенной болезни среди взрослого населения составляет в разных странах от 5 до 15% (в среднем 7-10%). Язвы 12-перстной кишки встречаются в 4 раза чаще, чем язвы желудка. Среди больных с дуоденальными язвами мужчины значительно преобладают над женщинами, тогда как среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин оказывается примерно одинаковым. В последние годы отмечена тенденция к снижению числа госпитализированных больных с неосложненным течением язвенной болезни, но к увеличению частоты язвенных кровотечений, обусловленных растущим приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

До середины XX столетия диагностика язвенной болезни вызывала большие сложности и, несмотря на возможности современной рентгенологии, диагностика язвенной болезни с помощью этого метода иногда весьма затруднительна, а выявление изъязвлений гастродуоденальной слизистой оболочки колеблется в пределах 75-85%. Процент ошибок при выявлении язв желудка и 12-перстной кишки с помощью рентгенологического исследования достигает 18,8-27%. И только внедрение в клиническую практику эндоскопов открыло большие возможности для изучения патологии верхних отделов пищеварительного тракта и сыграло большую роль в совершенствовании диагностики язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Эндоскопическое исследование позволяет выявить даже весьма незначительные изменения рельефа слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки в различных ее отделах, охватить труднодоступные для рентгенологического исследования кардиальный, субкардиальный отделы желудка, пилорический канал, постбульбарный отдел 12-перстной кишки, получить путем прицельной биопсии материал слизистой оболочки из краеобразующей зоны язвы, дна язвы и интактной, визуально, слизистой оболочки для морфологических исследований.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Общепринятая классификация язвенной болезни не существует. С точки зрения нозологической обособленности различают язвенную болезнь и симптоматические гастродуоденальные язвы, а также язвенную болезнь, ассоциированную с *Хеликобактер*.

В зависимости от локализации выделяют язвы желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала), двенадцатиперстной кишки (луковичной и постбульбарного отдела), а также сочетанные язвы желудка и 12-перстной кишки. При этом язвы могут располагаться на малой или большой кривизне, передней и задней стенках желудка и 12-перстной кишки. По числу язвенных поражений различают одиночные и множественные язвы, а в зависимости от размеров язвенного дефекта - язвы малых (до 0,5 см в диаметре), средних (0,6-1,9 см в диаметре), средних, большие (2,0-3,0 см в диаметре) и гигантские (свыше 3,0 см в диаметре) язвы.

В фазе обострения язвенной болезни неосложненные язвы чаще имеют округлую форму. Край язвы высокие, ровные и четко очерченные. Вокруг язвы слизистая оболочка отечна и гиперемирована, имеет вид приподнятого валика, который четко отграничен от окружающей слизистой и возвышается над ней. Дно язвы покрыто желтовато-серым налетом, иногда (при кровоточащей язве) - геморрагическим.

В фазе заживления происходит уменьшение глубины и диаметра язвы. Она приобретает овальную или щелевидную форму. В дне язвы бывает заметна грануляционная ткань. Происходит также заметное уменьшение воспалительного валика, отека и гиперемии слизистой вокруг язвы. Иногда можно заметить конвергенцию складок слизистой к области локализации язвы.

В фазе рубцевания на месте язвы образуется различной формы рубец. Средние сроки рубцевания — от 17 до 22 дней. Чаще образуются линейные и звездчатые белесоватые рубцы с различными нарушениями рельефа слизистой оболочки. При заживлении глубоких язв или при частых рецидивах болезни могут развиваться достаточно грубые деформации и стенозы.

Эндоскопическую картину язвенной бо-

лезни определяют язвенный или эрозивный дефект и воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

Внешний вид изъязвлений желудка и 12-перстной кишки в определенной степени зависит от их локализации, стадии развития, частоты предшествующих обострений. Чаще всего встречаются 1-2 язвы, реже - несколько язв, которые могут одновременно локализоваться в желудке и 12-перстной кишке. Множественные язвы больше характерны для острого течения заболевания. В 12-перстной кишке язвы располагаются исключительно в начальной ее части, чаще в луковице 12-перстной кишки на ее передней и задней стенках. Могут быть «зеркальные» или «целующиеся» язвы, располагающиеся одновременно на передней и задней стенке. Язвы задней стенки склонны к рубцеванию, что часто приводит к стенозу, пенетрации и кровотечению, редко возникают перфорирующие язвы. Язвы передней стенки чаще заживают без рубца. Язвы желудка располагаются чаще в антральном отделе и привратнике, реже в кардиальном отделе желудка. Язвы передней стенки желудка и большой кривизны - чрезвычайно редкость, следует дифференцировать их и язвенноподобный рак. Выделяют также медиогастральные язвы.

По характеру дефекта различают эрозию и язву, которая может быть острой или хронической. Эрозия - это поверхностный дефект, при заживлении слизистой оболочки полностью восстанавливается, в то время как при заживлении язвы чаще всего образуется рубец. Поверхностные дефекты слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки - эрозии - заживают довольно быстро, и строение слизистой оболочки на этих участках полностью восстанавливается, т.е. наблюдается рести-туция. В отличие от эрозий, при язвах разрушается мышечная пластинка, и дефект захватывает подслизистую основу (простые язвы) или язва пенетрирует в глуболежащие слои.

Острая язва представляет собой глубокий дефект слизистой оболочки, часто и подслизистой. В основе острой язвы может лежать не воспалительный процесс, а некроз с отчетливыми изменениями в сосудах. Заживает острая язва чаще без рубца. Хроническая язва отличается развитием фиброзной ткани, уплотнением ее краев и дна, развитием соединительной ткани, изменением сосудов с потерей их эластичности. Вокруг язвы часто образуются инфильтраты. Язвы в луковице двенадцатиперстной кишки чаще имеют диаметр от 0,3 до 0,5 см; от 0,6 до 1 см - считаются большими, язвы в желудке - от 0,5 до 1,2-2 см, но бывают гигантские - до 5 см в диаметре.

При эндоскопическом исследовании язва желудка имеет овальную или округлую, реже - эллипсоидную или щелевидную форму. Дно ее выполнено фибринозными наложениями желтоватого цвета. Край язвы возвышается в виде вала. Слизистая оболочка желудка вокруг язвы гиперемирована и отечна. При гистологическом исследовании материала, полученного при биопсии, выявляются признаки острого воспаления в области краев и дна язвы: отек, лимфоцитарная инфильтрация, гемостаз и лимфостаз, нередко атрофия желез с замещением их соединительнотканнми волокнами. В стадии заживления язвы гиперемия окружающей слизистой оболочки, а также воспалительный вал вокруг язвы начинают уменьшаться. Язва становится менее глубокой, постепенно очищается от фибринозного налета. При ее очищении на дне можно видеть регенерирующую слизистую оболочку.

Морфологические исследования биоптатов слизистой оболочки указывают на процесс заживления: уменьшаются слои некроза, полнокровие, отек и воспалительная инфильтрация. Репаративные процессы при этом заключаются в разрастании грануляционной ткани на дне язвы и наплывании эпителия с краев язвы. Это соответствует стадии «красного рубца». В дальнейшем на месте бывшей язвы выявляется более гиперемированный участок слизистой оболочки, образуется рубцовое изменение с конвергенцией складок краев язвы. При этом грануляционная ткань замещается соединительной, и рубец становится белесоватым - стадия «белого рубца». В этот период признаки воспаления в биопсионном материале отсутствуют. Морфологиче-

ские изменения слизистой оболочки желудка наиболее выражены в перилуцерозной зоне и пилорантральном отделе, в то время как в теле желудка слизистая оболочка интактна.

Язвы луковицы 12-перстной кишки чаще имеют неправильную форму (полигональную, щелевидную или линейную), неглубокие, открытое желтым налетом дно, отечные края легко кровоточат при прикосновении, слизистая оболочка вокруг язвы резко гиперемирована. При гистологическом исследовании слизистая оболочка луковицы 12-перстной кишки обнаруживает признаки дуоденита (без атрофии или атрофического), а при гистохимическом исследовании - уменьшение содержания кислых гликозаминогликанов, сиалопротеинов и сульфомуцинов.

Помимо определения характера язвенного поражения, его локализации весьма важна для выработки последующей терапевтической тактики оценка активности воспалительного процесса по микроскопическим признакам. Это связано с тем, что клиническая картина заболевания не всегда соответствует выраженности микроскопических и морфологических изменений в слизистой оболочке луковицы и нижележащих отделов 12-перстной кишки.

Эндоскопическим критерием активности язвенного процесса является выраженность воспалительных изменений вокруг язвы (отек, гиперемия, характер и степень эрозивного поражения луковицы, величина язвы). При глубоких, неоднократно рецидивирующих язвах спустя 2-3 мес. с помощью эндоскопического исследования выявляют рубец белесоватого цвета, конвергенцию складок и деформацию луковицы, выражены они гораздо в меньшей степени, чем в стадии рубцевания. При поверхностных язвах в случае первичного появления язвенного дефекта часто невозможно определить место бывшего изъязвления, кроме того, отсутствует деформация луковицы.

При язвах субкардиального и кардиального отделов желудка эндоскопическая диагностика затруднена из-за ряда факторов. Возможны перегибы желудка (в виде песочных часов), утолщение складок слизистой оболочки, рубцово-язвенная деформация, препятствующая проведению аппаратов. Достаточно хорошему расправлению стенок желудка воздухом мешает зияние кардии и постоянное срыгивание большого воздуха во время эндоскопического исследования.

Выявление язв большой кривизны желудка, которые составляют 1,5-5% всех язв желудка, также затруднено, поскольку последние выявляются на протяжении всей большой кривизны - от дна желудка до его выходного отдела и при наличии большого количества жидкости и слизи в «озерке», она может закрывать язву.

Язва луковицы 12-перстной кишки может локализоваться на любой стенке, однако чаще всего она поражает переднюю, заднюю стенки и большую кривизну луковицы. Чем ближе располагаются язвы желудка к выходному отделу, тем длительнее сроки их заживления. Так, язва антропилорического отдела заживает за 100, медиогастральные - в среднем за 75, а высокие язвы желудка - за 50 дней. Соответственно эндоскопическим признакам скорости заживления язвы 12-перстной кишки можно считать, что самые короткие сроки рубцевания - до 3 нед. - наблюдаются при округлых язвах. Одиночные язвы заживают быстрее, чем множественные.

Нужно помнить, что эндоскопическое исследование больных язвенной болезнью не ограничивается выявлением эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки. Оно включает также оценку состояния всей слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, характера и выраженности моторно-эвакуаторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта.

При эндоскопических исследованиях не всегда можно с полной уверенностью отнести увиденные изменения слизистой оболочки к той или иной нозологической единице. С целью дифференциальной диагностики, постановки окончательного диагноза и решения вопросов лечебной тактики эндоскописту приходится производить прицельную биопсию из язвы или интактной слизистой оболочки соответствующего отдела желудка или 12-перстной кишки для проведения морфологи-

ческих исследований.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Язвенную болезнь необходимо дифференцировать с симптоматическими язвами желудка и 12-перстной кишки, патогенез которых связан с определенными фоновыми заболеваниями или же конкретными этиологическими факторами (например, с приемом НПВП). Симптоматические гастродуоденальные язвы (особенно лекарственные) часто развиваются остро, проявляясь иногда внезапным желудочно-кишечным кровотечением или прободением язв, протекают с нетипичными клиническими проявлениями (стертой картиной обострения, отсутствием сезонности и периодичности).

Гастродуоденальные язвы при синдроме Золингера-Эллисона отличаются от обычной язвенной болезни крайне тяжелым течением, множественной локализацией (нередко даже в тощей кишке), упорными позносами. При обследовании таких больных отмечается резко повышенный уровень желудочного кислотообразования (особенно в базальных условиях), определяется увеличенное содержание гастрина в сыворотке крови (в 3-4 раза по сравнению с нормой). В распознавании синдрома Золингера-Эллисона помогают провокационные тесты (с секретинном, глюкагоном и др.), ультразвуковое исследование поджелудочной железы. Гастродуоденальные язвы у больных гиперпаратиреозом отличаются от язвенной болезни (помимо тяжелого течения, с частыми рецидивами, наклонностью к кровотечениям и перфорации) наличием признаков повышенной функции паращитовидных желез (мышечной слабости, болей в костях, жажды, полиурии). Диагноз ставится на основании изучения содержания кальция и фосфора в сыворотке крови, выявления признаков гипертиреозидной остеодистрофии, характерных симптомов поражения почек и неврологических расстройств.

При обнаружении язвенных поражений в желудке необходимо обязательно проводить дифференциальную диагностику между доброкачественными язвами, малигнизацией язвы и первично-язвенной формой рака желудка. В пользу злокачественного характера поражения говорят его очень большие размеры (особенно у молодых людей), локализация язвенного дефекта на большой кривизне желудка, наличие повышения СОЭ и гистаминустойчивой ахлоргидрии. При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании в случаях злокачественных изъязвлений желудка выявляют неправильную форму язвенного дефекта, его неровные и бугристые края, инфильтрацию слизистой оболочки желудка вокруг язвы, ригидность стенки желудка в месте изъязвления. Большую помощь в оценке характера поражения стенки желудка в месте изъязвления, а также состояния региональных лимфатических узлов может дать эндоскопическая ультрасонография. Окончательное заключение о характере язвенного поражения выносится после гистологического исследования биоптатов язвы. С учетом возможности ложнопозитивных результатов биопсии следует проводить повторно, вплоть до полного заживления язвы, с взятием при каждом исследовании не менее 3-4 кусочков ткани. В связи с отсутствием абсолютных эндоскопических дифференциальных признаков считается необходимым каждую язву желудка рассматривать как потенциально злокачественную.

Таким образом, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки на предварительном этапе необходимо дифференцировать от всех заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом в эпигастриальной области. И только дальнейшее комплексное обследование с проведением обязательной эндоскопии и цитологическим исследованием позволит окончательно диагностировать язвенную болезнь, имеющую порой атипичное течение, зависящее от локализации язвенного дефекта, возраста больного и многих других факторов, оказывающих влияние на ультрагенез и дающую нехарактерную клиническую картину данного заболевания.

А.В. Гордеев,
врач-эндоскопист

СУДЬБА НЕПРОСТАЯ, ДРУГОЙ НЕ ХОЧУ...

Один из наших земляков, врач-патриот, Петр Кандитович Флегонтов родился в селе Олочи Нерчинского уезда Забайкальской области 29 июня 1877 г. в семье купца (по другим сведениям — чиновника). Семья, о которой мы ничего не знаем, жила в достатке, что позволило Петру Кандитовичу получить образование, в 1902 г. в течение 6 месяцев жить в Германии. В 1910 г. Флегонтов окончил медицинский факультет Томского университета. Во время учебы он вместе с другими студентами заявил протест против смертной казни, поэтому вместе с другими единомышленниками попал под негласный надзор.

Первым местом работы молодого врача стала больница на станции Шиба. С 12 сентября 1912 г. П.К. Флегонтов работает в Читинской городской больнице, специализируется по детским и внутренним болезням. Больница в то время была крупным лечебным учреждением Читы, руководил ей знаменитый в Чите врач А.А. Цейтлин.

Во время 1-й мировой войны П.К. Флегонтов был мобилизован на военную службу и назначен ординатором Читинского военного госпиталя. В 1915 г. деятельность П.К. Флегонтова была отмечена орденом

Св. Станислава 3-й степени. В 1916 г. он назначен старшим врачом госпиталя, а в октябре 1917 г. — главным врачом Читинского военного госпиталя. До установления Советской власти в Забайкалье он служил врачом в различных воинских подразделениях 30-го Нерчинского стрелкового полка, 2-го Восточно-Сибирского тяжелого артиллерийского дивизиона.

18 июня 1918 г. П.К. Флегонтов назначен заведующим врачебно-санитарным отделом Управления Забайкальской области. В 1920 г. во время эпидемии чумы в Маньчжурии принимал участие в ликвидации вспышки в составе медицинского отряда. В 1921 г. он перешел на работу в Читинскую страховую кассу старшим врачом. Заведовал отделением медпомощи застрахованным П.В. Сарин, не имеющий медицинского образования. Занимаясь канцелярской организационной работой, Флегонтов постоянно практиковал, вел прием детей и взрослых, имел на это патент.

В апреле 1924 г. в здании бывшего детского-женского приюта открывается больница им. В.И. Ленина для застрахованных, и П.К. Флегонтов, как наиболее опытного врача, имеющего организационный опыт в страховой медицине, назна-

чают заведующим больницей.

Сложное материальное положение больницы, «сборный» коллектив особо не сказались на качестве медицинской помощи, т.к. врачебный коллектив был представлен известными в Чите В.Ф. Тальковским, Я.М. Шольцем, К.В. Кибардиным, М.И. Шерговым. В то время в больнице было центральное отопление, проведена телефонная связь, но материальное положение оставалось на довольно низком уровне. Чрезмерная централизация власти не давала экономической свободы и даже по таким вопросам, как приобретение суден для акушерского отделения больницы Флегонтов должен был обращаться за разрешением в рабмед.

Больница под руководством врача П.К. Флегонтова с первых дней завоевала авторитет среди населения и оказывала специализированную помощь населению не только Читы, но и всей области. Наряду с административной деятельностью, П.К. Флегонтов занимался и лечебной работой, дежурил по больнице, выполнял даже оперативные вмешательства, не будучи хирургом.

В 1928 г. больница им. Ленина стала хирургической, и Флегонтов в 1929 г. перешел на работу в Читинскую городскую больницу, заве-

довал 1-м терапевтическим отделением, лечебной частью, вел частный прием больных по детским и внутренним болезням по ул. Кудряковской, 25 (ул. Ленина). В книге приказов горбольницы сохранились тексты праздничных приказов от 7 ноября 1936 г. и 7 ноября 1937 г., в которых отмечалась «беспременно честная, добросовестная» работа П.К. Флегонтова. И страшно звучит ноябрьский приказ 1937 г. №42: «Доктор Флегонтов П.К. с 15 ноября из штата личного состава терапевтической больницы исключается».

После того, как были открыты архивы НКВД, удалось приоткрыть причины этого увольнения. Врач Флегонтов вместе с 7 врачами и аптечными работниками был арестован и до 1940 г. находился в Читинской тюрьме по обвинению по ст. 58-1, 58-11 УК РСФСР. В процессе следствия оперуполномоченный 2-го отделения 3-го отдела УНКВД установил, что «Флегонтов П.К., являясь членом шпионско-диверсионной организации, по заданию к-ва Маньчжоу-Го в Чите проводил подготовку к диверсиям путем бактериологической войны в тылу Красной Армии в период вооруженного нападения Японии на СССР». При обыске были изъяты документы,

деньги и ценности (золотые часы, облигации). Обыск и арест проводился в присутствии жены Мариам Ниловны, детей Бориса и Елены.

Постоянные допросы, фальсификация показаний, прямые угрозы, методы психологического и физического воздействия, абсурдность обвинения сломали волю заключенного, и он признал себя членом шпионско-диверсионной организации с 1935 г., руководителем которой якобы был Я.М. Шольц. Постановлением от 02.02.1940 г. констатировано: «... никаких доказательств, достаточных для ареста Шольца, Ковнацкого, Флегонтова и Берзон, упомянутой агентурной разработки не содержала. На основании п. «б» ст. 204 УПК дело по обвинению Ковнацкого, Флегонтова и Берзон прекратить и из-под стражи их освободить».

Измученный моральными пытками, уставший от необъяснимых обвинений, страдавший хроническим заболеванием П.К. Флегонтов выходит из тюрьмы. В свои 63 года он решает покинуть Читу. В мае 1940 г. он увольняется и уезжает к родственникам в Ленинград, где следы его затерялись.

А.Е. Пажитнов,
врач-хирург КДКБ



КРАЕВАЯ НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА
ГПОУ ЧИТИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
КОЛЛЕДЖ ИНФОРМИРУЕТ
О НОВЫХ ПОСТУПЛЕНИЯХ

Бойко А.Н. Рассеянный склероз у детей и подростков: клиника, диагностика, лечение / А.Н. Бойко, О.В. Быкова, С.А. Сиверцева. — М.: ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 408 с.

Данная книга является первой отечественной монографией, посвященной проблемам рассеянного склероза у детей и подростков. Бесспорна актуальность проблемы омоложения рассеянного склероза, хронического инвалидизирующего заболевания центральной нервной системы. Еще несколько десятилетий назад предположение о том, что дети и подростки могут страдать «взрослыми» демиелинизирующими заболеваниями, встречалось специалистами с недоверием. Сегодня неуклонно увеличивается количество больных с началом заболевания в возрасте моложе 18 лет. Значительный прирост числа случаев рассеянного склероза во всем мире происходит именно за счет этой субпопуляции больных.

Российские специалисты одними из первых в мире стали системно изучать эту патологию у детей и подростков с восьмидесятих годов XX столетия. Значительный объем научно-практических исследований и диссертационных трудов российских авторов был опубликован в отечественной и зарубежной литературе за последние 30 лет.

Настоящая монография является первым комплексным изданием, объединившим знания по рассеянному склерозу и проанализировавшим их в аспекте достижений современной мировой науки для широкого круга читателей.

Для детских и взрослых неврологов, педиатров и терапевтов, специалистов по медико-социальной реабилитации, аспирантов и ординаторов, студентов медицинских и биологических вузов.

Детская хирургия. Краткая версия национального руководства / под ред. А.Ю. Разумовского; отв. ред. А.Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 784 с.

Краткое издание национального руководства написано с учетом зна-

чительных успехов в современной детской хирургии. В сжатой четкой форме представлены новейшие методы визуализации патологических процессов различных органов ребенка и широко внедрение в клиническую практику малоинвазивных методов оперативного лечения.

В I разделе даны общие вопросы детской хирургии: особенности работы детского хирурга, методы клинических и инструментальных исследований, новые возможности обезболивания, интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, организация нутритивной поддержки, гипербарическая оксигенация и клиническая генетика в хирургической практике.

Во II разделе освещены частные вопросы детской хирургии. Большое внимание уделено современным высокоинформативным методам диагностики и малоинвазивным эндоскопическим технологиям оперативного лечения пороков развития и заболеваний черепно-лицевой области, органов грудной полости, живота, а также хирургии повреждений и ортопедических заболеваний у детей разных возрастных групп. Особое место занимает хирургия новорожденных.

Руководство предназначено для детских хирургов и хирургов общего профиля, педиатров, студентов старших курсов медицинских вузов, интернов, ординаторов, аспирантов, а также врачей смежных специальностей.

Сахарный диабет: многообразие клинических форм / Под редакцией академика РАН И.И. Дедова, члена-корреспондента РАН М.В. Шестаковой. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 224 с. ил.

Революционные открытия XXI века в области молекулярно-генетических технологий, нанотехнологий, иммуногенетики, протеомных и метаболомных исследований в медицине коренным образом изменили представления о таком хорошо знакомом заболевании, как сахарный диабет. В данной монографии представлены самые современные

данные о неоднородности (гетерогенности) сахарного диабета типа 1 и типа 2, о малоизученных немунных формах сахарного диабета в детском возрасте, а также о других формах сахарного диабета, развивающихся вследствие иных заболеваний (панкреатогенный диабет, посттрансплантационный диабет, гестационный диабет и др.). Предложены алгоритмы диагностики и персонализированного лечения редких генетически опосредованных форм сахарного диабета. Материалы, изложенные в данной книге, основаны на многолетнем опыте работы ведущего эндокринологического учреждения страны — ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России.

Для эндокринологов и диабетологов, врачей общей практики и терапевтов, а также учащихся медицинских вузов и слушателей институтов и академий постдипломного образования.

Сидорова И.С. Преэклампсия / И.С. Сидорова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 528 с. ил.

Книга посвящена одной из самых актуальных проблем в акушерстве. Преэклампсия — основная причина материнской и перинатальной смертности. В основе патологической преэклампсии — эндотелиальная дисфункция, повреждение сосудистого эндотелия, ишемические и коагуляционные нарушения в жизненно важных органах. Самое важное в решении многих вопросов по снижению числа осложнений и неблагоприятных исходов для матери, плода и новорожденного — это ранняя диагностика, правильная оценка степени тяжести преэклампсии в соответствии с современной международной классификацией, своевременное родоразрешение. Читатель найдет в книге современную классификацию преэклампсии и ее дальнейшие представления об этой патологии, анализ причин материнской смертности от преэклампсии, основные концепции этиопатогенеза, новейшие данные научных исследований. Подробно описано лечение преэклампсии и даны рекомендации по родоразрешению. Отдельные разделы книги посвящены гипертонзивным расстройствам, HELLP-синдрому, острому респираторному дистресс-синдрому взрослых, ДВС-синдрому, сочетанным формам преэклампсии. В заключительных главах описана новая научная концепция роли плода в развитии преэклампсии (нейроспецифические белки развивающегося мозга

плода человека — возможная причина преэклампсии), обозначена дальнейшая перспектива научных исследований и борьбы с этой тяжелой патологией.

Для врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, иммунологов, реаниматологов, эндокринологов, педиатров, врачей широкого профиля, студентов.

Уход за пожилыми: основы геронтологии, геронтопсихологии и гериатрии: учеб. пособие / О.О. Заварзина [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 224 с.

В учебном пособии отражены основные понятия, связанные с процессом старения, отражены его морфологические проявления. Дана оценка биологическим, социальным и медицинским аспектам старения и геронтогенеза. Представлены исследования отечественных и зарубежных ученых, отражающих различные подходы к процессу инволюции. Особое внимание уделено психологическим аспектам старения и особенностям функционирования органов и систем лиц старшей возрастной группы. Дано подробное описание психических нарушений у этой категории лиц.

Учебное пособие соответствует требованиям ФГОС ВПО третьего поколения по направлению подготовки «Социальная работа» (бакалавр).

Сведения, изложенные в пособии, могут быть полезными не только специалистам в области социальной работы, но и клиническим психологам, врачам-психиатрам и геронтологам, работающим в геронтологических центрах. Оно предназначено также специалистам при оказании помощи лицам старших возрастных групп, для разработки реабилитационных программ при решении гериатрических (клинических) и социальных проблем.

Озолия, Л.А. Влияние различных факторов на плод / Л.А. Озолия, И.В. Бахарева, А.В. Тягунова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 224 с.: ил.

В книге представлены сведения о влиянии различных факторов на плод, приводящих к нарушениям эмбрио- и фетогенеза, а также ставших причиной перинатальной заболеваемости и смертности. В книге уделено особое внимание влиянию экстрагенитальных заболеваний матери на плод, представлены возможные осложнения и тактика ведения при общих и уrogenитальных инфекциях во время беременности. Рассмотрено влияние лекарственной терапии, проводимой при беременности, на плод и новорожденно-

го, показано влияние фитотерапии, подчеркнута роль антиоксидантов в профилактике последствий оксидативного стресса. Уделено внимание влиянию вредных привычек матери (табакокурения, употребления алкоголя, наркотиков) на развитие плода и новорожденного. Авторы показывают необходимость и возможность раннего выявления вредных факторов, действующих на организм беременной, снижения или предотвращения их вредного влияния на плод и новорожденного, проведения профилактических и лечебных мероприятий как на этапе прегравидарной подготовки, так и в течение беременности для улучшения материнских и перинатальных исходов.

Издание предназначено акушерам-гинекологам женских консультаций и стационаров, а также студентам медицинских вузов, интернам, ординаторам и аспирантам.

Пронченко Г.Е. Растения - источники лекарств и БАД: учебное пособие / Г.Е. Пронченко, В.В. Вандышев. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 224 с.

В учебном пособии авторы привели краткую фармакогностическую информацию о 100 растениях, на основе которых получают различные биологически активные добавки для функционального питания, влияющие преимущественно на функции центральной нервной системы.

В структуре издания предусмотрены разделы, включающие сведения о производящем (лекарственном) официальном растении, его распространении, биологически активных веществах, накапливающихся в растении и содержащихся в его сырье. Приведены сведения об использовании сырья для производства лекарственных средств, его применении в народной медицине; результаты экспериментально-клинических исследований препаратов и биологически активных веществ. При описании неофициальных растений некоторые характеристики, сведения по которым вызывают сомнения или вовсе отсутствуют, не приводятся.

Учебное пособие послужит информационной поддержкой врачам при назначении лекарственных препаратов и биологически активных добавок пациентам. Предназначено для студентов-медицинских и фармацевтических образовательных учреждений, ординаторов, а также для врачей и провизоров.

ЧТОБЫ ЛЕТО ПОШЛО НА ПОЛЬЗУ

Для того, чтобы детский летний отдых стал по-настоящему радостным и полезным, приходится немало потрудиться самым различным службам, в том числе - и краевому Министерству здравоохранения, и множеству медицинских организаций, расположенных на территории региона. О том, как решаются вопросы летнего отдыха, нашим читателям рассказывает заместитель министра здравоохранения Забайкальского края, начальник отдела охраны материнства и детства **Наталья ИГНАТЬЕВА**:

На территории Забайкальского края основным учредителем летних оздоровительных учреждений является региональное Министерство образования, науки и молодежной политики, поэтому большинство вопросов подготовки к летней оздоровительной кампании являются его прерогативой. В задачи краевого Министерства здравоохранения входит подготовка медицинских работников, которые будут задействованы в летней оздоровительной кампании, по вопросам оказания неотложной медицинской помощи, санитарным требованиям. Такая подготовка проводилась заблаговременно – еще в мае совместно с Роспотребнадзором в Краевой детской клинической больнице прошел традиционный ежегодный семинар, участниками которого стали медработники государственных, муниципальных, частных и ведомственных летних оздоровительных учреждений. По итогам семинара был проведен тестовый контроль, на основании результатов которого участникам выдавались справки-

допуски, дающие право на работу и оказание медицинской помощи в летнем оздоровительном учреждении. Этот документ имеет срок действия два года, поэтому необходимое обучение медицинские работники обязаны проходить не реже одного раза за этот период. На сегодняшний день в лечебных учреждениях, в частности в центральных районных больницах, продолжается дополнительная подготовка с участием представителей отделений Роспотребнадзора на местах – она проводится специально для тех медработников, у которых необходимость получить справку-допуск возникла уже после окончания семинара.

В полномочия и функции краевого Минздрава входит и оказание содействия в подборе медицинских кадров по просьбе руководителей летних учреждений, рекомендации по профессиональной готовности конкретных медработников к обслуживанию летней кампании.

Под руководством краевого Минздрава ведется контроль

за проведением оздоровительной кампании, за медицинской помощью, которая оказывается в оздоровительных учреждениях, а также учет и регистрация заболеваний. Для этого организован еженедельный мониторинг, в процессе которого медработники летних оздоровительных учреждений предоставляют информацию о количестве заболевших, если они имеются, о профиле заболеваний, о наличии и видах травм, о необходимости госпитализации, ее своевременности и дальнейшей маршрутизации ребенка. Для этого у нас теперь создана и действует программа электронного мониторинга, куда каждое лечебное учреждение должно вносить всю информацию, необходимую для оперативного учета.

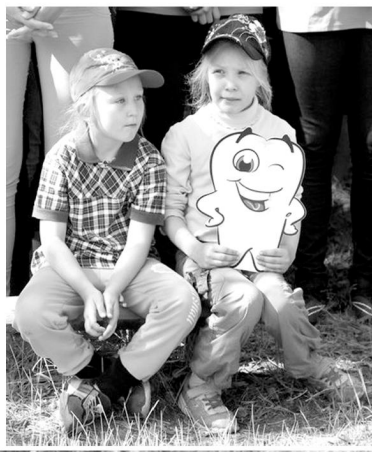
Кроме того, в функции краевого Минздрава входит также оценка эффективности оздоровления, которая производится после каждой смены, позволяющая оценить, насколько эффективно мероприятия летней оздоровительной кампании сказались на состоянии здоровья детей.

Сегодня летние оздоровительные учреждения Забайкальского края готовы к оказанию медицинской помощи в полном объеме: с начала июня действуют летние оздоровительные лагеря при школах, после 20 июня начали принимать детей летние стационарные лагеря, расположенные на территории края, все они укомплектованы медицинскими работниками.

Записала Ирина Белошицкая

ВО ИМЯ ЗДОРОВЬЯ И ХОРОШЕГО НАСТРОЕНИЯ

Программа летней спартакиады медицинских работников Забайкальского края, проходившей 10 июня в спортивно-оздоровительном лагере «Жемчужина» и приуроченной к празднованию Дня России, в этот раз немного отличалась от традиционной. И хотя медики по-прежнему состязались в пяти видах соревнований: мини-футбол, волейбол, дартс, перетягивание каната и прохождение туристической полосы препятствий, они впервые получили еще и возможность стать участниками массового флэш-моба, пострелять из макетов оружия времен Великой Отечественной войны и ощутить вкус настоящей армейской каши.



Возможность окунуться в историю Великой Отечественной войны получили благодаря клубу военно-исторической реконструкции «Забайкальский фронт», общественной организации «Ратник» и молодежному центру «Искра», представители которых организовали работу военно-исторической площадки.

По итогам соревнований у волейбольной сетки «золото» среди женщин по праву завоевала команда Краевой клинической больницы, «серебро» - волейболистки Дорожной клинической больницы, бронза досталась спортсменкам Могойтуйской ЦРБ. Кстати, участницей спартакиады медработников команда этой больницы стала в этом году впервые. Первую ступень пьедестала среди мужских волейбольных команд заняла Академия здоровья, вторую - Краевая клиническая больница, третьей стала команда Станции скорой медицинской помощи.

Чемпионами по мини-футболу жюри признало игроков Академии здоровья, немного уступили им футболисты Краевого клинического госпиталя ветеранов войн, третьей стала команда Дорожной клинической больницы.

По итогам состязаний на туристической полосе препятствий «золото», «серебро» и «бронзу» завоевали, соответственно, команды Академии здоровья, Краевой клинической больницы и Дорожной клинической больницы.

Рекорды меткости установили представители прекрасного пола Е. Заметалина (Краевая клиническая больница), С. Орловская (Забайкальский крайевой клинический фтизиопульмонологический центр) и А. Филаковская (Дорожная клиническая больница). Среди мужчин лучшие результаты в соревнованиях по дартсу показали А. Шильников (Территориальный фонд обязательного медицинского страхования), В. Мельников (Академия здоровья) и А. Грешиллов (Краевая клиническая больница).



Самых сильных, сплоченных участников, умеющих собрать силы в единый рывок, выявил конкурс по перетягиванию каната: 1 место – Дорожная клиническая больница, 2 место – Краевой клинический госпиталь ветеранов войн, 3 место – Академия здоровья.

По всеобщему мнению, особенно впечатлил в этот раз и конкурс болельщиков: плакаты, песни, номера-«кричалки» и даже форма – яркая, красочная и забавная. А по уровню спортивной подготовки болельщики не уступали участникам команд – акробатические и гимнастические номера некоторых из них стали «гвоздем программы». Самыми лучшими, активными, артистичными и преданными своим командам были признаны болельщики Краевой клинической больницы, Краевого клинического госпиталя



ветеранов войн и Дорожной клинической больницы.

В награду за победу и участие все чемпионы получили дипломы, премии и спортивный инвентарь. В этот раз спартакиада медицинских работников приняла 26 команд медицинских организаций края, в числе участников были крупнейшие медицинские учреждения: Краевая клиническая больница, Клинический медицинский центр, Детский клинический медицинский центр г. Читы, Городская клиническая больница №1, Краевая клиническая инфекционная больница, диспансеры и др. Всего же на спортивные площадки лагеря «Жемчужина» в этот день вышли более тысячи медицинских специалистов.

Ирина Белошицкая, фото Елены Овчаренко

Учредители: Министерство здравоохранения Забайкальского края, ГУЗ «Краевая клиническая больница», ГУЗ «Клинический медицинский центр г. Читы», ГУЗ «Городская клиническая больница №1», РОО «Ассоциация стоматологов Забайкалья», ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты», НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2» ОАО «Российские железные дороги».

Газета зарегистрирована в Управлении Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Забайкальскому краю пи №775-00225, №069956 от 12.08.2015 г. Будьте здоровы! № 6 (03.07.2017)

Главный редактор И.В. Белошицкая Верстка ГУЗ «МИАЦ»: М.В. Днепровский Время подписания в печать по графику в 15:30 29.06.2017 г. Фактически сдан в печать в 15:30

Адрес редакции, адрес издателя: 672000, Забайкальский край, г. Чита, ул. Богомякова, 23, каб. 339, телефон: 210643, факс: 282023 Бесплатно

Отпечатано в ООО «Читинская городская типография», 672000 Забайкальский край, г. Чита, ул. Кирова, 75 Заказ № 1676. Тираж 4000 экз.