

БУДУТЬЕ ЗДОРОВЫ!

№ 3 (3/2017)

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

Газета медиков Забайкалья

Совет главных врачей, прошедший 22 марта в административном корпусе Краевой клинической больницы, состоял из двух частей - торжественно-наградной и официально-деловой. И обе эти части оказались весьма насыщенными и информативными.

В итоговом мероприятии приняли участие губернатор Забайкальского края Наталья Жданова, первый заместитель председателя Законодательного собрания края Сергей Михайлов, руководство и специалисты краевого министерства здравоохранения, главные врачи центральных районных больниц, других медицинских организаций и ведомств.

ИТОГИ ГОДА: ЧТО СДЕЛАНО, ЧТО ДЕЛАТЬ И КАК ДЕЛАТЬ

ЮБИЛЯР И ВСЕ, ВСЕ, ВСЕ

Заслуженному врачу РСФСР Борису Сормолову исполнилось 70 лет. Юбилей человека, отдавшего всю свою жизнь делу сохранения здоровья забайкальцев - событие не рядовое. Поэтому вполне логично, что чествовали именинника именно на Совете главных врачей. Сергей Давыдов, поздравляя Бори-



са Петровича, заметил, что возраст Борису Петровичу не помеха - он теперь еще и член Общественной палаты Забайкальского края. А неофициально - наставник всей отрасли. И заканчивая свою поздравительную речь, молодой министр попросил разрешения у своего старшего коллеги обращаться за помощью, на что было дано «добро».

Губернатор края Наталья Жданова заметила, что «Борис Петрович - это целая эпоха в истории здравоохранения края». Этот посыл поддержали и другие поздравляющие - Роза Сариева, многие годы проработавшая с юбиляром в качестве его первого заместителя, развила мысль и сказала, что успех работы сормоловского периода - в хорошо подобранной команде.

Одна из вершин творчества руководителя - это создание команды единомышленников, потому что невозможно решить задачи, будь то семи пядей во лбу, в одиночку.

Когда настала очередь именинника выступить с ответным словом, то Борис Петрович смущенно высказался:

- Я, кажется, столько не сделал, чтобы меня так чествовали.

На что зал добродушно прогудел обратное.

На Совете были вручены также почетные профессиональные звания «Заслуженный работник здравоохранения Забайкальского края» нескольким руководителям медицинских организаций. Так, почетные звания получили:

- Елена Агафонова - и. о. главного врача Забайкальского краевого перинатального центра;

- Олег Дубинин - главный врач Краевого наркологического диспансера;

- Николай Зайков - главный врач Каларской центральной районной больницы;

- Ольга Белоусова - заместитель главного врача по организационно-методической работе Забайкальского краевого клинического фтизиопульмонологического центра;

- Вера Афанасьева - заведующая организационно-методическим кабинетом Краевой стоматологической поликлиники;

- Наталья Кривошеева - главный внештатный специалист эпидемиолог Министерства здравоохранения Забайкальского края.

После поздравительной части аудиторией были представлены новые исполняющие обязанности главные врачи Алексеевской, Газимурово-Заводской, Балеиской районных больниц, а также Забайкальского краевого патологоанатомического бюро и Забайкальского краевого онкологического центра.

СЛОЖНО, НО РАБОТАТЬ НУЖНО

Таковыми словами можно кратко прорезюмировать вторую часть Совета.

Об итогах деятельности отрасли здравоохранения за 2016 год и перспективах ее развития рассказал министр здравоохранения Сергей Давыдов.

- Мы пришли в сложные условия, - отметил Сергей Олегович. - Идет недофинансирование, высокая кредиторская задолженность, резкое снижение коечного фонда, резкий отток медперсонала, недостаточная материально-техническая база, отсутствие снижения динамики смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, психологическая неустойчивость общества к медицине, внутреннее сопротивление медиков, отсутствие доступности и качества оказания современной медицинской помощи.

Проиллюстрировав невеселую картину во всех этих сферах, Сергей Давыдов, тем не менее, обозначил точки роста, указав в целом концепцию развития отрасли и варианты решений проблем.

В первую очередь министр обратил внимание на доступность поликлинической помощи. Рассказав, что было сделано в прошлом году в этой сфере, а это и увеличение количества регистраторов, внедрение информационной системы обратной связи, дополнительных телефонных линий, мобильной связи, информационных табло, айпителефонии, холл-менеджеров, Сергей Олегович заметил, что, однако, при этом не все регистраторы до конца осознают свою роль как работников первичного звена. В связи с этим с нынешнего апреля все регистраторы до конца года пройдут обучение в учебно-методическом центре при медицинском колледже.

(Окончание на стр. 2)

СЕГОДНЯ

В НОМЕРЕ:

● 29 марта на базе П.Забайкальской центральной районной больницы открылось первичное сосудистое отделение, ставшее шестым по счету ПСО в Забайкальском крае.

стр. 2

● Все более актуальной становится проблема улучшения качества жизни пожилых людей и сохранение их экономически и социально активными. Эту важную функцию намерены взять на себя специалисты Центра гериатрии, который откроется на базе Забайкальского краевого клинического госпиталя для ветеранов войн.

стр. 3

● От инсультов в России умирает самое большое количество людей - 175 на каждые 100 тысяч человек. При этом ежегодно в России мозговую катастрофу переживают до полумиллиона человек, из которых половина умирает, а свыше 90 % становятся инвалидами.

стр. 4

● 14-15 марта состоялась Краевая научно-практическая конференция по специальности «Акушерское дело» в рамках зачетно-накопительной системы постдипломного образования. Делегатами конференции стали 169 человек из 74 краевых, 42 районных и 49 городских учреждений родовспоможения Забайкальского края.

стр. 5

● Имя Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого - Святителя Луки, великого подвижника Русской православной церкви XX века и крупнейшего ученого, врача, гордости отечественной хирургии известно в наши дни повсеместно. С Чистой связан небольшой, но очень значимый период жизни молодого, только начинающего врача-хирурга В.Ф. Войно-Ясенецкого.

стр. 7

● 11 марта в оздоровительном лагере «Жемчужина» проходила традиционная спартакиада медицинских работников Забайкалья, запомнившаяся участникам и болельщикам спортивным азартом, которым отличается атмосфера спортивных состязаний медиков. Они привлекают людей самых разных возрастов, дарят здоровье, бодрость, выносливость и силу, а главное - отличное настроение.

стр. 8

ИТОГИ ГОДА: ЧТО СДЕЛАНО, ЧТО ДЕЛАТЬ И КАК ДЕЛАТЬ

(Окончание, начало на стр. 1)

Доступная поликлиника – это, прежде всего, упрощение обращения к специалистам и обеспечение качественной медицинской помощи населению. И поэтому так важно развивать данное направление



как можно интенсивней. В прошлом году прошли испытания и другие проекты Министерства здравоохранения. Так, была пересмотрена маршрутизация больных с новообразованиями. В результате удалось сократить ожидание приема врача до нескольких дней. Кроме этого, материально заинтересовали врачей – за вовремя обнаруженную онкологию первой-второй стадий каждый врач получает добавку к заработной плате. Как показал отчет министра, в своей работе новая команда руководствуется для начала полным анализом проблемы, а уж потом на основании полученных данных ищет пути решения. Хотя и здесь случаются нестыковки, как получилось при попытке проанализировать ситуацию по централизации лабораторий. Такой подход помогает решать вопросы, учитывая по максимуму сложности и проблемы. Однако, не всегда всё зависит только от Министерства здравоохранения. Миграция населения, которая

стала одной из проблем края, затронула и сферу здравоохранения, а это так или иначе сказывается и на возможности обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи. Сегодня численность населения края – чуть более одного миллиона человек. Отток врачей и среднего медицинского персонала – головная боль министерства. Но чтобы её разрешить, необходима помощь властей, в том числе и на местах. Самое главное – это жилье. В этом году около 200 выпускников придут работать в нашу отрасль, а куда их селить? – задавал вопрос Сергей Олегович. В 2016 году покинуло отрасль 75 врачей и более 200 средних медицинских работников. Как показал мониторинг, основной причиной того, что люди покидают работу, стали выезд за пределы края и уход в другие структуры. В докладе министра болевые места не обошлись стороной, признавались недоработки, что позво-

ляло определять приоритеты в деятельности министерства. Мы можем вкладывать миллиарды, но не туда куда нужно, – сказал Сергей Олегович. – Для того, чтобы работать эффективно, нужно определять те места, где это необходимо, и выявлять, где можно сэкономить. Но самое главное – сделать так, чтобы помощь оказывалась своевременно, качественно и в полном объеме. По итогам Совета был принят за основу проект Решения. Присутствовавшая на мероприятии Аягма Ванчикова, заместитель председателя краевого правительства по социальным вопросам, отметила информативность Совета и внесла предложение в принимаемое Решение. По ее мнению, в документ необходимо добавить возможность создания социально ориентированных некоммерческих организаций, цель которых – пропаганда здорового образа жизни. Эльвира Паламова, фото автора



В ПЕТРОВСКЕ-ЗАБАЙКАЛЬСКОМ ОТКРЫЛОСЬ ПЕРВИЧНОЕ СОСУДИСТОЕ ОТДЕЛЕНИЕ



29 марта на базе П.-Забайкальской центральной районной больницы открылось первичное сосудистое отделение, ставшее шестым по счету ПСО в Забайкальском крае.

ПСО в П.-Забайкальском рассчитано на 30 коек – 15 для пациентов с острым коронарным синдромом, 15 – для пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. Обслуживать оно будет население сразу трех районов – П.-Забайкальского, Хилокского и Красночикийского. Петровск-Забайкальская ЦРБ для открытия здесь первичного сосудистого отделения выбрана не случайно, – прокомментировал первый заместитель министра здравоохранения Иван Шовдра. – Это одно из ключевых учреждений здравоохранения в Забайкальском крае, на базе которого работает многофункциональный межрайонный центр. С 2014 года здесь открыт травмацентр, имеется компьютерный томограф. В течение 2017-2018 годов планируется закупить Холтер-ЭКГ, временный кардиостимулятор, системы экстренного оповещения, функциональные кровати. Что касается кадров, то мы проработали по индивидуальной программе кардиолога, есть два невролога, реаниматолог. Выстроена маршрутизация пациентов,

тактика ведения. По сути, здесь создана достаточно хорошая база для оказания квалифицированной экстренной и плановой помощи населению трех отдаленных от краевого центра районов. Ведь, например, при инсульте важно оказать помощь пациенту в так называемое терапевтическое окно – 4,5 часа. Только тогда его можно не только спасти, но и вернуть к жизни без инвалидности. Также, по словам Ивана Шовдры, на базе П.-Забайкальской центральной районной больницы вскоре планируется открыть 10 реабилитационных коек 2 уровня и реабилитационный центр 3 уровня – кинезитерапию. Уже выбраны помещения, предусмотрена закупка лечебных тренажеров. За три месяца 2017 года в первичном сосудистом отделении П.-Забайкальской ЦРБ получило лечение 40 пациентов с инфарктами и 24 – с инсультами. Семь из них – жители Хилокского и пять – Красночикийского районов. Елена Овчаренко, фото автора

ТФОМС ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ - ИТОГИ 2016

Общий объем финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2016 году составил 12,8 млрд. рублей; для сравнения: в 2015 году этот показатель достигал 13,3 млрд. рублей, в 2014 году – 12,1 млрд. рублей.

Снижение объема финансирования территориальной программы в 2016 году в сравнении с 2015 годом на 0,5 млрд. рублей связано с уменьшением численности застрахованных граждан Забайкальского края почти на 40 тысяч человек. Финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2016 году можно считать бездефицитным (в отличие от краевой программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи), так как утвержденный в регионе подушевой норматив финансирования соответствовал требованиям федерального законодательства и составил 11,7 тысяч рублей на одного застрахованного гражданина в год (в 2015 году – 11,5 тыс. руб., в 2014 году – 10,1 тыс. руб.). По видам медицинской помощи финансирование территориальной программы ОМС осуществлялось следующим образом: - на финансирование стационарной помощи направлено 46,2% от общей стоимости территориальной программы ОМС (в 2015 году – 43,7%); - на финансирование высокотехнологичной медицинской помощи направлено 3,07% от общего объема средств (в 2015 году – 3%); - на финансирование медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, направлено 8,3% от общего объема средств (в 2015 году – 6,8%); - на финансирование медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, направлено 38,1% от общего объема средств (в 2015 году – 41,2%); - доля финансирования скорой медицинской помощи составила 4,4% (в 2015 году – 4,6%). С учетом выполненных за 2016 год объемов медицинской помощи средняя стоимость лечения составила: 1. по амбулаторно-поликлинической помощи: посещение – 481 руб.; обращение – 1020 руб.; неотложная помощь – 687 руб.;

2. законченный случай в стационаре – 29 331,2 руб.; 3. законченный случай в дневном стационаре – 11 158 руб.; 4. законченный случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи – 124 тыс. руб. В 2016 году в бюджете ТФОМС Забайкальского края формировались средства нормированного страхового запаса для финансирования мероприятий по повышению квалификации медицинских работников, приобретению и ремонту медицинского оборудования. Общий объем средств нормированного страхового запаса ТФОМС Забайкальского края на финансирование мероприятий в 2016 году составил 108 млн. руб. Данные средства в установленном порядке направлены на финансирование мероприятий по приобретению медицинского оборудования стоимостью более 100 тыс. руб. за единицу. По результатам межтерриториальных расчетов за 2016 год сложились следующие показатели: за медицинскую помощь гражданам, застрахованным в Забайкальском крае, оказанную за пределами территории страхования, направлено 269,7 млн. руб.; за лечение иногородних граждан медицинские организации Забайкальского края получили 141 млн. рублей. Такая разница между полученными и направленными в рамках межтерриториальных расчетов средствами не свидетельствует о низкой доступности для наших граждан специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, на территории Забайкальского края. В большей степени данная ситуация связана с существующими миграционными процессами: застрахованные на территории Забайкальского края граждане уезжают на учебу, работу в другие регионы, проживают за пределами территории страхования и при этом не переоформляют полисы ОМС, в том числе и по причине временного характера такого переезда.

В 2016 году специалистами контрольно-ревизионных служб Фонда проведено 77 проверок соблюдения требований законодательства в сфере обязательного медицинского страхования. В результате проведенных проверок выявлено нецелевое использование средств обязательного медицинского страхования в размере 15,6 млн. руб. (в 2015 году – 26,4 млн. руб., в 2014 году – 35,2 млн. руб.). Основными повторяющимися из года в год нарушениями, выявляемыми в результате проверок, являются следующие: выплата заработной платы персоналу, не участвующему в реализации программы ОМС (3,5 млн. руб.); оплата стоимости разработки ПСД для проведения капитального ремонта (833,5 тыс. руб.); приобретение оборудования стоимостью свыше 100 тыс. руб. за единицу (300 тыс. руб.); дублирование медицинских услуг, оплаченных за счет средств ОМС, с платными медицинскими услугами (658 тыс. руб.); приобретение иммунобиологических препаратов, вакцин (4,0 млн. руб.); оплата стоимости обучения медицинских работников на право проведения ими медицинского освидетельствования на состояние алкогольного опьянения, дополнительные выплаты медицинским работникам за руководство практикой студентов (2,9 млн. руб.); необоснованное получение средств за проведение диспансеризации определенных категорий граждан (1,7 млн. руб.). За 2016 год медицинскими организациями восстановлено 24,8 млн. руб., включая и суммы нецелевого использования средств за предыдущие периоды. Остаток невосстановленных средств к концу 2016 года составил 29,2 млн. руб. В системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края в 2016 году работали 12 штатных врачей-экспертов ТФОМС и страховых медицинских организаций. По состоянию на 01 января 2017 года в Реестр включено 167 внештатных врачей-

экспертов качества медицинской помощи. В соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 декабря 2015 года №271 «О создании Контакт-центров в сфере ОМС» с 01 июня 2016 года организована работа Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования Забайкальского края, введен в эксплуатацию Единый электронный журнал регистрации обращений. Во второй половине 2016 года - начале 2017 года в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11 мая 2016 года № 88 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи» внедрён институт страховых представителей, началась работа по информированию застрахованных лиц при проведении профилактических мероприятий. За 2016 год в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края получено 63 305 обращений граждан (за 2015 год – 89 634), из них жалоб – 271, в том числе 165 обоснованных (61%). Структура жалоб выглядит следующим образом: организация работы медицинских организаций – 19,2% (2015 г. – 25,6%); взимание денежных средств – 12,5% (2015 г. – 25%); качество медицинской помощи – 28,8% (2015 г. – 24,3%); выбор МО в сфере ОМС – 15,5% (2015 г. – 10%). В 2016 году при проведении медико-экономического контроля выявлены нарушения в 4,7 % случаев оказания медицинской помощи (в 2015 году – 7,4% случаев с нарушениями). При проведении медико-экономической экспертизы нарушения выявлены в 14,3% случаев (в 2015 г. – 14,3%). При проведении экспертизы качества медицинской помощи нарушения выявлены в 33,6% случаев (в 2015 году – 24,9%). ТФОМС Забайкальского края

ДОМ, ГДЕ ЗАБЫВАЮТ О ВОЗРАСТЕ

В последнее время в Забайкальском крае отчетливее просматривается тенденция старения населения. По данным статистики, 19,6 процента жителей региона – это граждане, возраст которых старше трудоспособного. В связи с этим актуальной становится проблема улучшения качества жизни пожилых людей и сохранение их экономически и социально активными. Эту важную функцию намерены взять на себя специалисты Центра гериатрии, который откроется в мае 2017 года на базе Забайкальского краевого клинического госпиталя для ветеранов войн.



«ПОЖИЛОЙ» - НЕ ЗНАЧИТ «БЕСПОЛЕЗНЫЙ»

Как напомнила главный врач учреждения Оксана Немакина, основная задача госпиталя – оказывать медицинскую помощь людям, относящимся к категориям, предусмотренным федеральным законом «О ветеранах». Для них в учреждении действуют 120 коек.

В госпитале работают два отделения терапии, отделение неврологии, физиотерапии с грязе- и водолечебницей, отделение лечебной физкультуры, а также лечебно-диагностическое отделение, в котором пациенты могут получить консультацию офтальмолога, оториноларинголога, паркинсолога, невролога, терапевта, хирурга, уролога, акушера-гинеколога, кардиолога, пройти ультразвуковое и рентгенологическое исследование.

В последние годы в нашем учреждении возрастает количество пациентов, которые являются ветеранами труда и пенсионерами. Население региона стареет – на тысячу человек в Забайкалье насчитывается 338 граждан старше трудоспособного возраста, – сообщила Оксана Владимировна. – Поэтому задача медицинского сообщества – сохранить качество жизни пожилых граждан, чтобы продлить им здоровые годы и, тем самым сохранить их активными в экономике региона.

Пожилый возраст не должен быть «противопоказанием» для госпитализации пациентов в стационар любого уровня и технологичности, однако и такие случаи сегодня случаются. Центр гериатрии, рассчитанный на 30 коек, создается как раз для увеличения доступности медицинской помощи пожилым гражда-

нам края.

– Сейчас проблемами людей преклонного возраста преимущественно занимаются участковые терапевты, загруженность которых и без того высокая. Если специалисты нашего Центра гериатрии смогут повлиять на улучшение состояния и качества жизни пожилых граждан, то таким пациентам уже не нужно будет часто посещать участковых терапевтов. Мы можем значительно разгрузить работу поликлиник, – отметила Оксана Немакина. – При этом важно помнить, что у врачей-гериатров совершенно иной подход: они оказывают медицинскую помощь пациенту, ассоциируя его состояние с возрастом, психическим и физическим здоровьем. Общепринятые стандарты в этом случае не всегда подходят: к примеру, назначение пожилому пациенту свыше трех препаратов может принести больше вреда, нежели пользы.

Кроме того, Центр гериатрии даст нашим землякам возможность получать консультации врача-паркинсолога – редкого в Забайкалье специалиста. За 4 месяца работы паркинсолог в госпитале для ветеранов помог 64 пациентам, в том числе консультируя на дому.

Важно отметить, что первое гериатрическое отделение, рассчитанное на 20 коек, открылось в начале 2017 года на базе Ясногорской центральной районной больницы. Можно сказать, что с этого события началась история гериатрической службы в Забайкальском крае, флагманом которой является Краевой клинический госпиталь для ветеранов войн.

– Нам бы хотелось, чтобы гериатрическая служба не была представ-



лена только амбулаторным звеном и нашим учреждением, но и чтобы специалисты в других областях медицины прошли обучение по специальности «гериатрия» и могли уже более внимательно относиться к проблемам граждан преклонного возраста, – отметила главный врач госпиталя.

В этом значительную помощь учреждению оказывает Читинская государственная медицинская академия. В 2016 году дополнительную специализацию по гериатрии освоили 13 специалистов – это терапевты и врачи общей практики. В этом году запланирована профессиональная переподготовка 23 медработников.

– Мы благодарны Медакадемии за сотрудничество. Для нас значимо, что на съезде терапевтов края, который проходил в учебном заведении, мы провели секцию по проблемам пожилых людей. Наше учреждение впервые прозвучало в ином качестве, что вызвало интерес к его работе, – поделилась Оксана Владимировна. – Кроме того, в 2016 году госпиталь стал клинической базой для двух кафедр ЧГМА. Заведующие кафедрами и ассистенты консультируют наших пациентов.

УСПЕШЕН, ТАЛАНТЛИВ И... НУЖЕН

Получить медицинскую помощь в Центре гериатрии могут женщины в возрасте, начиная с 55 лет, и мужчины – с 60 лет. Решение о госпитализации принимает врач-гериатр.

– Показанием для госпитализации является старческая астения, которая в последнее время, к сожалению, стала молодеть. В гериатрии пациентов разделяют на три категории: хрупкие, прехрупкие, крепкие. Некоторые люди в 90 лет остаются «крепкими» – сохраняют ясность ума, ходят в бассейн, занимаются лечебной физкультурой. А бывают такие, которые уже в 60 лет становятся «хрупкими». Представителям всех трех категорий мы и будем оказывать помощь в нашем

могут с размахом проводить праздники, особое внимание и почет пациентам госпиталя оказывают в День Победы и День пожилого человека. Оксана Немакина отметила, что в этом году важная дата 9 мая обещает быть особенно запоминающейся – планируются концерт, выставки и даже полевая кухня. По сложившейся доброй традиции госпиталя в этот торжественный день смогут посетить все желающие пожилые люди, у которых есть возможность приехать в учреждение. Кроме того, руководство госпиталя для ветеранов заключило соглашение с организацией волонтеров-медиков на реализацию проекта «Теплые ладошки», в рамках которого в учреждении будут проводиться



Центре, ориентируясь не столько на возраст, сколько на признаки старческой астении, – пояснила Оксана Немакина.

По ее словам, факторов «омоложения» астении множество – неблагоприятная экологическая обстановка, частое пребывание человека в стрессовых ситуациях. Зачастую усугубляет состояние пожилого человека уход с работы, особенно если человек сокращают по возрасту. Но и выход на заслуженный отдых порою не является поводом для радости, особенно тяжело его переживают бывшие руководящие работники, которые в новом статусе не могут найти применение своему опыту и обрести хобби по душе. Однако гитильнее, чем невостребованность в обществе, на здоровье пожилых людей сказывается чувство «ненужности» своим близким.

Поэтому в госпитале для ветеранов делают все возможное, чтобы вывести людей из тяжелого психоэмоционального состояния. Те, кому не противопоказано плавание, могут посещать занятия в бассейне. Взбодриться и вновь почувствовать себя молодым и сильным позволяет лечебная физкультура. В учреждении имеется богатая библиотека, в которой проходят литературные вечера. По субботам в программе обязательно танцы. Волонтеры по-

шахматные турниры, арт-терапия и другие интересные мероприятия. Все это также будет доступно будущим пациентам Центра гериатрии, на лечение в котором уже выстроилась внушительная очередь.

– 30 коек – это для нас проба пера. Со временем мы проанализируем эффективность работы гериатрических коек, их востребованность, – отметила главный врач учреждения.

Однако это далеко не все задумки коллектива госпиталя для ветеранов войн. С краевым правительством обсуждается вопрос о создании попечительского совета, что также будет способствовать улучшению качества оказываемой помощи.

В планах создание единого регистра пожилых забайкальцев, который будет содержать сведения о том, какие у гражданина заболевания, переживал ли он инсульт или инфаркт, получал ли высокотехнологичную медицинскую помощь, имеется ли у него инвалидность – одним словом, все то, что позволит любому врачу получить полное представление о состоянии здоровья конкретного пациента.

Юлия Болтаевская,
фото автора

РЕФРАКЦИОННАЯ ХИРУРГИЯ: ВЕРНУТЬ УТРАЧЕННУЮ ЗОРКОСТЬ

В офтальмологическом отделении №1 Дорожной клинической больницы на ст. Чита-2 впервые в Забайкальском крае проводятся микрохирургические офтальмологические операции глаз по технологии LASIK.

Как рассказала Анастасия Онегова – первая пациентка, которой год назад в Дорожной клинической больнице провели операцию на глазах по технологии LASIK – чувствует она себя замечательно, видит сегодня так же хорошо, как и в первые дни после операционного вмешательства. А саму операцию пациентка перенесла легко и длмлась она недолго. По словам Анастасии, восстановить зрение и избавиться от очков было ее мечтой, и осуществиться ей помогли в Дорожной клинической больнице.

LASIK – лазерный кератомилез (LASIK (Laser—Assisted in Situ Keratomileusis) – уникальная технология, при которой хирургическое вмешательство направлено на изменение оптической силы роговицы глаза. При проведении операции используется оборудование последнего поколения с одноразовыми расходными материалами – эксимер-лазерная установка Allegretto Wave Eye-Q 400Hz (WaveLight, Германия). Методика лазерной коррекции зрения LASIK появилась в 1989 году. Сегодня она является наиболее популярной во всем мире. По методике LASIK работают медицинские центры и клиники в 45 странах. За последние десять лет по всему миру было выполнено более 15 миллионов коррекций.

LASIK – это сочетание микрохирургического воздействия и эксимер-лазерной технологии. После лазерной коррекции зрение становится лучше за счет того, что лазер создает новую форму роговицы – «естественной линзы» нашего глаза, вследствие чего она начинает по-другому преломлять световые лучи, они фокусируются на сетчатке и изображение становится четким.

Во время эксимер-лазерной коррекции по методике LASIK верхние слои роговицы не затрагиваются, а испарение лучом лазера оптически искаженных участков происходит из средних слоев роговичной ткани. В результате такого воздействия форма роговицы приобретает оптические параметры, инди-

видуальные для каждого пациента. Это позволяет избежать послеоперационного помутнения роговицы, болезненного реабилитационного периода. Зрение восстанавливается в кратчайшие сроки. Скорость работы аппарата составляет всего 2 секунды на одну диоптрию. Операция безболезненна и длится не более 10 минут.

Сначала пациенту закапывают в глаз анестезирующие капли (наркоз или уколы анестетика не применяются). После того, как обезболивание действовало, используют веко-расширитель. Он удерживает веки от непровольных морганий. Пациента просят смотреть на светящуюся точку в приборе, чтобы отцентрировать положение глаза. Специальный прибором – микрокератомом – создается лоскут из поверхностных слоев роговичной ткани толщиной 130–150 микрон, а затем отгибается, открывая лазерному лучу доступ к более глубокому слою роговицы. Луч лазера испаряет часть роговицы, формируя ее новую поверхность. Лоскут возвращается на место и фиксируется за счет коллагена – собственного вещества роговицы. Наложения швов не требуется. Восстановление эпителия по краю лоскута происходит самостоятельно. После завершения лазерной коррекции роговица промывается при помощи специального раствора. Пациенту закапывают противовоспалительные капли. Затем коррекция аналогичным способом производится на втором

глазу. В процессе операции хирург просит внимательно слушать его команды и строго их выполнять, не обращать внимания на резкие звуки (жужжание, щелчки), фиксировать взгляд на светящуюся точку (от этого зависит результат операции!) и не совершать движений глазами, головой, руками и ногами.

Реабилитационный период после лазерной коррекции по методике LASIK минимальный: хорошо видеть пациент начинает уже через 1-2 часа после коррекции, но небольшие колебания зрения могут продолжаться некоторое время. Эти колебания не мешают обычному образу жизни. Пациент быстро возвращается в свой привычный ритм. Окончательно зрение восстанавливается в течение 3-5 дней, в зависимости от индивидуальных особенностей глаза. Врачи предупреждают пациентов о возможных неприятных ощущениях после лазерной коррекции, но в большинстве случаев – это лишь незначительный дискомфорт.

Рассказывая о преимуществах лазерной коррекции по методике LASIK, специалисты характеризуют ее как безболезненную процедуру, позволяющую обрести хорошее зрение при минимальном риске возникновения побочных эффектов и кратчайшем восстановительном периоде. Многолетние наблюдения за пациентами показали, что случаев ухудшения зрения в результате лазерного воздействия не обнаружено. Высокий уровень безопасности метода LASIK и совершенные лазерные установки последнего поколения сделали эту процедуру восстановления зрения простой и доступной.

Для оформления на операцию пациенту необходимо: результаты лабораторных исследований, паспорт, полис ОМС, страховое пенсионное свидетельство (СНИЛС) для оформления договора листка нетрудоспособности (при необходимости), наличные денежные средства для оплаты операции. День оформления на операцию нужно предварительно согласовать по телефону: (3022) 22-52-27, 33-44-55.

СПАСТИ РЯДОВОГО ЗЕМЛЯНИНА

На планете от инсульта каждый год умирает около 6 миллионов человек. Впереди только ишемическая болезнь сердца, а позади – онкология. При этом все знают про коварство и тяжесть лечения рака, но не принимают всерьез мозговые катастрофы. И совсем напрасно. По данным Национального регистра инсульта 31 % людей, перенесших эту болезнь, нуждаются в посторонней помощи; 20 % не могут самостоятельно ходить и лишь 8 % выживших возвращаются к прежней работе. От этой болезни в России умирает самое большое количество людей – 175 на каждые 100 тысяч человек. При этом ежегодно в России мозговую катастрофу переживают до полумиллиона человек, из которых половина умирает, а свыше 90 % становятся инвалидами.

- Мне сложно понять менталитет наших граждан, - говорит Оксана Давлетшина, заведующая неврологическим отделением для больных с острым нарушением мозгового кровообращения Регионального сосудистого центра Краевой клинической больницы. - Они до последнего надеются на авось. Ну, повисла рука, ну и что? А потом поступают к нам в отделение с инсультом, когда прошло уже более суток и надежд на полное восстановление практически не осталось.

При таком виде мозговых нарушений «терапевтическое окно», когда медицинская помощь может оказать самое активное воздействие, составляет три часа. Именно в это время возможно использование новой методики – тромболитизиса, когда при помощи препарата разбиваются тромбы, закупоривающие сосуды головного мозга. Этот способ возможен только при ишемическом инсульте, при геморрагическом тромболитизис противопоказан.

Использование тромболитизиса позволяет растворить тромб и тем самым снизить или вообще убрать негативные последствия сдавливания окружающих тканей мозга. И больной уходит из стационара на своих ногах совершенно не почувствовав на себе обычных последствий инсультов, когда люди теряют возможность вести обычный образ жизни. Сроки лечения так же сокращаются. Если при обычном лечении мозговой катастрофы больной в стационаре лежит три недели и больше, то после проведения тромболитизиса этот период сокращается до двух недель.

К сожалению, медицинская неграмотность населения и повсеместное кивание на «авось» приводит к тому, что подавляющая часть обращается за помощью спустя сутки после начала инсульта. И такое позднее обращение, естественно, сказывается и на результатах – высокая смертность, большой процент инвалидизации, долгий период реабилитации.

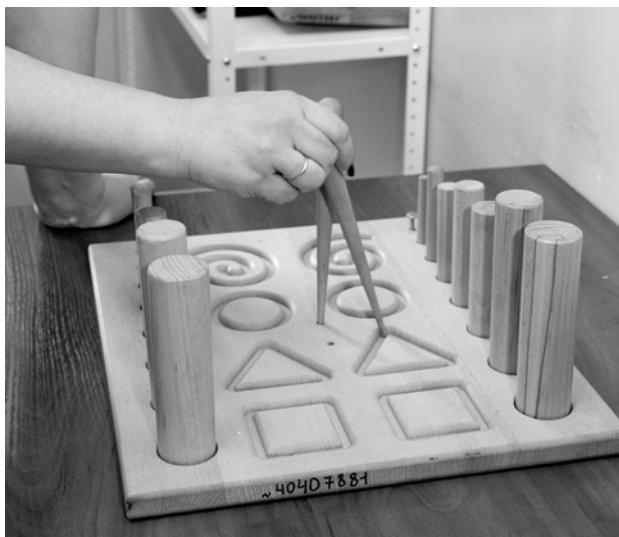
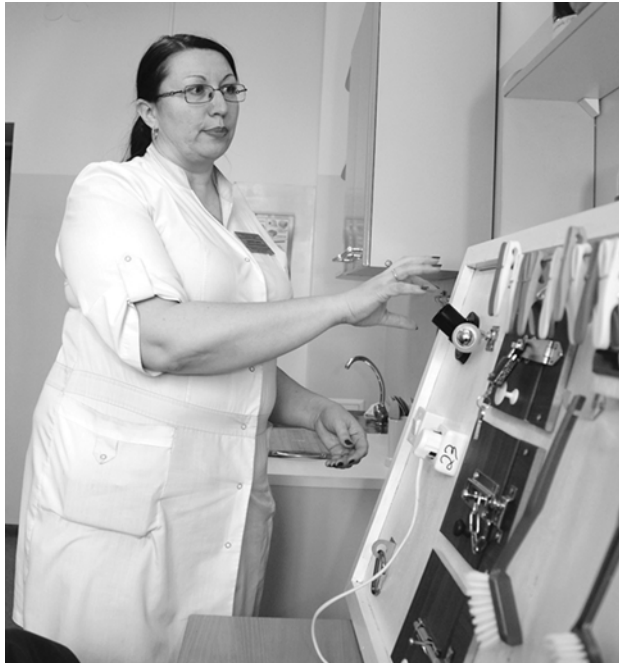
Не так давно в отделение поступил больной, артериальное давление которого составляло 300/180 ед. Человек находится без сознания и на аппаратном дыхании. Мужчине всего 59 лет. Несмотря на высокое давление, он пренебрегал регулярным приёмом гипотензивных препаратов. Как результат – инсульт.

Региональный сосудистый центр, действующий на базе Краевой клинической больницы, был открыт четыре года назад. В центре оказывается вся специализированная помощь при острых нарушениях мозгового кровообращения, с сердечными заболеваниями и с острым коронарным синдромом. Вместе с РСЦ в работу были запущены три первичных сосудистых отделения: в ГУЗ «ГКБ №1» г.Читы, г. Краснокаменске и п. Первомайский, которые также ориентированы на эти виды болезней. Больные с подозрением на инсульты и инфаркты доставляются сюда, минуя приемный покой, что обеспечивает возможность быстрее оказания медицинской помощи.

В первую очередь при помощи КТ или МРТ устанавливается вид инсульта – геморрагический или ишемический. Это и определяет дальнейшую тактику лечения пациента. Если диагноз ишемического инсульта верифицирован и нет противопоказаний к проведению тромболитической терапии, пациент направляется в отделение реанимации, где начинают проводить тромболитизис. Однако, позднее обращение пресекает возможность использовать этот метод. К примеру, в отделение в феврале поступило 68 человек. Из них в первые три часа – всего 16. А тромболитизис был проведен только одному. У остальных были выявлены противопоказания. То есть, только одному из этого числа удалось избежать участи быть инвалидом. А если бы обращались больше?

К сожалению, данные статистики свидетельствуют, что в 2016 году тромболитизис был проведен только 11, а с января этого года – 3. То есть, в среднем из 70-80 пациентов, которые поступают в отделение в месяц, только одному удаётся получить шанс пережить катастрофу с меньшими для себя потерями.

А что же делать тем, кто не смог избежать этой участи?



Для них в отделении разработана целая программа реабилитации. А, вообще, работа в отделении – это кардинально другое, чем то, как прежде лечились пациенты с инсультом. Они лежали в общей неврологии и с ними занимался только один врач-невролог с весьма скудным реестром возможностей. А сегодня с каждым таким больным трудится целая мультидисциплинарная бригада, состоящая из врачей и специалистов: ангионеврологи, кардиологи, физиотерапевты, инструкторы ЛФК, массажисты, медицинский психолог, логопед и эрготерапевт. И пациенту, пережившему мозговую катастрофу, проводится не только лечение, но и полноценная реабилитация, включающая в себя комплекс самых широких мер.

В отделении есть два специальных кабинета – бытовой реабилитации и эрготерапии и социальной реабилитации, кроме этого два зала с тренажерами для лечебной физкультуры.

Эрготерапия – новое направление в реабилитации таких больных, однако она все больше получает распространение в виду своей хорошей эффективности. Этот вид терапии направлен на восстановление двигательных функций, в развитие мелкой моторики, что в итоге помогает человеку максимально достичь самостоятельности и независимости в быту. В этом кабинете сплошь поделки и картины. Словно в детском саду или в начальной школе. И только приглядевшись, понимаешь, что вот этот манекен не просто игрушка, а своеобразный тренажер с замочками, пуговчиками, вязочками.

Так больные заново учатся справляться с самыми элементарными навыками одевания.

Человеку, перенесшему инсульт, приходится всему учиться заново – ходить, двигаться, принимать пищу, говорить. Даже простое движение по переключению бусинок из одной ячейки в другую для него сложнейшее испытание.

В комнате бытовой реабилитации пациент учится самым простым навыкам по обслуживанию себя – налить воду, нарезать хлеб, взять ложку. Для этого комната бытовой реабилитации оснащена самыми необходимыми предметами. Так здесь появились столовые приборы с ремешками для лучшего их захвата. И больному уже не нужно мучиться, сгибая непослушные пальцы, а достаточно закинуть ремешок на кисть руки.

Есть здесь и стенд, который сделала сама заведующая отделением. Открыть щелочку, повернуть ключ в замке, взять щетку и почистить одежду.

- Представляете сумасшедшую заведующую, которая в своем кабинете, шуруповертом все это прикручивала, – показывая на стенд, говорит Оксана Валерьевна. А я скажу: не сумасшедшая, а просто одна из тысяч фанатов в белых халатах.

Эльвира Паламова,
фото автора

ИЗ ПРАКТИКИ ДЕТСКОГО ОФТАЛЬМОЛОГА: АНАМНЕЗ - УЖЕ ПОЛОВИНА ДИАГНОЗА

Думаю, что у каждого врача есть больной или несколько больных, запоминающихся своими историями болезни. И я не исключение, поэтому решила рассказать о «своем» интересном пациенте.

Ребенок трех лет поступил к нам в отделение офтальмологии с мамой. Диагноз при поступлении: «Врожденная глаукома правого глаза». Направлен был из Хилокского района для обследования в условиях стационара и для определения дальнейшей тактики ведения больного.

Мальчик поступил в мою палату, прежде чем посмотреть его, я решила ознакомиться с записью врача, осматривающего его при поступлении. Казалось бы, ничего необычного, все банально, болен в течение нескольких месяцев, не лечился, поступил в плановом порядке на обследование. При первом осмотре я обратила внимание на наличие на коже верхнего века справа пигментного пятна, правое глазное яблоко визуально увеличено в размере (буфтальм), острота зрения ориентировочно - счет пальцев у лица, пальпаторно глаз плотный, но безболезненный. Далее ребенок, как положено, был осмотрен на специализированной офтальмологической

аппаратуре.

В голове уже примерно вырисовывалась картина заболевания, одно не давало покоя - наличие пигментного пятна на верхнем веке справа. Со слов мамы, это пятно не одно, таких пятен на теле ребенка имеется несколько. Пришлось выяснять у мамы более подробно. Мама рассказала, что появились пятна примерно в 3 месяца, в 7 месяцев ребенок был проконсультирован генетиком, нейрохирургом и выставлен диагноз: «Нейрофиброматоз».

«Примерно с двух лет я стала замечать, что у сына увеличивается в размере правый глаз, хотя он ходит в детский сад и его осматривал офтальмолог, но говорили, что все в порядке, - продолжила мама свой рассказ. - Затем я стала замечать, что он практически не видит этим глазом. Тогда я снова обратилась к офтальмологу, нам выставили диагноз «Врожденная глаукома правого глаза», назначили капли, мы начали капать, но так как они

очень жгучие, сын не давал их закапывать, а потом мы приехали к вам».

Мальчику было запланировано обследование под наркозом, а я продолжила тем временем изучать его амбулаторную карту.

Из Формы 112: «У ребенка с рождения отмечалось увеличение в размере роговицы правого глаза, в 3 месяца проведена тонометрия в условиях офтальмологического отделения КДКБ. ВГД 19 мм рт ст на обоих глазах, выставлен диагноз: «Мегакокорнея правого глаза». В 3 года мама стала отмечать резкое ухудшение зрения в правом глазу, офтальмолог по месту жительства выставил диагноз: «Врожденная глаукома правого глаза», назначены капли «Ксалатан», которые закапывали только три дня, лечение прекратили самостоятельно. В возрасте 5 месяцев появились пигментные пятна на лице и теле, по поводу чего в 7 месяцев ребенок был проконсультирован в поликлинике КДКБ нейрохирургом и генетиком, диагноз: «Нейрофиброматоз, 1 тип». После этого и до настоящего момента у данных специалистов не консультировался».

Было решено провести полное обследование ребенка в условиях медикаментозного сна, мальчик также был проконсультирован и узкими специалистами.

В итоге ребенку был выставлен диагноз: «Врожденная осложненная (нейрофиброматоз 1 тип) закрытоугольная далекозастывшая декомпенсированная прогрессирующая глаукома правого глаза. Осложненная миопия высокой степени с дистрофическими изменениями на глазном дне, непостоянная содружественная неакоммодационная монолатеральная эзотропия правого глаза».

Подводя итог, хотелось бы еще раз повторить утверждение русского ученого Г.А. Захарьина: «Правильно собранный анамнез - это половина диагноза. Он не только экономит силы и диагностические средства, но и раскрывает врачу первоначальную, а затем и окончательную картину болезни и ее этиологию».

Евгения Шульгина,
врач-офтальмолог ГУЗ КДКБ

Сестричка

Газета средних медицинских работников Забайкальского края



СЪЕЗД ПЕДИАТРОВ РОССИИ: ОТ ИННОВАЦИЙ К ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ

17-19 февраля 2017 года в Москве состоялся XVIII Съезд педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» с международным участием и V Всероссийская конференция с международным участием «Неотложная детская хирургия и травматология».

В рамках съезда, под эгидой Союза педиатров в новом формате прошел седьмой Форум детских медицинских сестер. Обширную научную программу Съезда, проходившего в течение трех дней, дополнили экспонаты проходящей 24-й Международной медицинской выставки «Здоровье матери и ребенка – 2016», где были представлены свыше 100 ведущих отечественных и зарубежных компаний из 30 стран. Во время церемонии открытия Съезда состоялось подведение итогов и награждения победителей конкурсов Союза педиатров России «Детский врач 2016 года», «Детская медицинская сестра 2016 года».

Делегатами от Забайкальской региональной общественной организации были главная медсестра реабилитационного подразделения Детского клинического медицинского центра г. Читы Марина Бобрякова, старшая медицинская сестра педиатрического отделения ПП №4 Детского клинического медицинского центра г. Читы Марина Винокурова, медицинская сестра кабинета доврачебного приема ПП №5 Детского клинического медицинского центра г. Читы Ольга Трубина, участковая медицинская сестра ПП №3 Детского клинического медицинского центра г. Читы Елена Адер.

Конференция отличалась высоким профессиональным уровнем докладчиков и динамичными дебатами, в ее программе были представлены доклады на темы: «Роль общественной профессиональной организации в непрерывном профессиональном развитии медицинских сестер педиатрического профиля», «Сестринские аспекты семейно ориентированного подхода выхаживания недоношенных на амбулаторном этапе», «Возможности перитонеального диализа при хронической почечной недостаточности», «Алотрансплантация трупной почки у детей», «Здоровый новорожденный в родзале – новые реалии».

Благодаря ЗРОО «ПрофМедСпец» мы получили возможность не только присутствовать на конференции такого масштаба, но и участвовать в работе постерной сессии медицинских сестер, которая проходила в холле перед залом «Ангара». Постерные доклады оценивались тремя комиссиями под председательством члена научного комитета доктора медицинских наук, профессора А.А. Модестова. По итогам постерной сессии третье место занял доклад нашей коллеги Ольги Трубиной - медицинской сестры кабинета доврачебного приема ПП №5 Детского клинического медицинского центра г. Читы. Характеризуя состоявшийся форум и участие в нем забайкальской команды, Ольга отметила: «Свой опыт работы мы представили на высоком уровне - на форуме педиатрических сестер, где он получил высо-



кую оценку авторитетной комиссии. Чтобы добиться такого результата - нужно обязательно работать в команде, такой как наша Забайкальская ассоциация средних медицинских работников. Подобные мероприятия – это возможность оценить масштабы и значимость нашей профессии, а также получить заряд для дальнейшей работы, развивать и внедрять новое и несущее пользу для пациентов».

- Хочу выразить благодарность ЗРОО «ПрофМедСпец» за возможность побывать на форуме, пообщаться с коллегами из других регионов нашей страны, приобрести новые знания и навыки. Спасибо за предоставленную мне возможность побывать на таком грандиозном мероприятии, пополнить багаж своих знаний. Хотелось бы как можно чаще бывать на таких форумах. Для нас, медсестер, это очень полезно и помогает в нашей работе, - отметила старшая медицинская сестра педиатрического отделения ПП №4 ДКМЦ г. Читы Марина Винокурова.

Участие в международном Форуме позволяет специалистам сестринского дела приобретать колоссальный опыт, повышать уровень престижа нашей профессии и доказывает, как возросла роль медицинской сестры в системе здравоохранения. В ходе проведения конференции, обмена опытом и неформального общения с коллегами из других регионов была получена информация о работе в области сестринского дела с внедрением новых организационных форм и технологий сестринской помощи в МО края.

Марина Бобрякова,

гл. м/с реабилитационного подразделения ДКМЦ г. Читы

ЛАБОРАТОРНУЮ ДИАГНОСТИКУ - НА НОВЫЙ УРОВЕНЬ

1-2 марта в Краевой клинической больнице прошла краевая научно-практическая конференция по специальности «Лабораторная диагностика». В ее работе приняли участие 194 специалиста из медицинских организаций района, города и края. По итогам ранжирования за 2016 г. медицинские организации, занявшие призовые места, были награждены почетными грамотами краевого Министерства здравоохранения.

Конференция была подготовлена Краевым советом сестер министерства здравоохранения Забайкальского края, ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты», профессиональным комитетом по специальности «Лабораторная диагностика», с участием Читинской государственной медицинской академии и Читинского медицинского колледжа и проводилась в рамках подготовки специалистов к предстоящей аккредитации.

С полной информацией о состоянии и развитии сестринского дела и специалистов лабораторной диагностики в нашем крае выступила главный внештатный специалист по сестринскому делу МЗ Забайкальского края Валентина Вишнякова. В своем выступлении она акцентировала внимание на рисках, связанных с оказанием медицинской помощи, на необходимости подготовки специалистов к предстоящей аккредитации, а также о создании и полном оснащении учебно-методического и симуляционного центра.

Все участники конференции прошли тестирование по специальности, получили пакет документов и специальную литературу, а также сертификат участника постдипломного образования.

Второй день конференции предоставил возможность фельдшерам-лаборантам посетить ведущие медицинские организации, познакомиться с внедрением новых технологий с использованием современного лабораторного оборудования. В практический блок вошли мастер-классы: «Определение гликированного гемоглобина на аппарате «НусоCard», «Правила забора, хранения и транспортировки образцов плазмы и сыворотки крови для лабораторного исследования методом ИФА, ПЦР при вирусном гепатите А», «Лабораторное исследование тропанина на анализаторе Cobas». Всего на мастер-классах прошли обучение 117 специалистов из районных, городских медицинских организаций.

В рамках конференции прошел и профессиональный конкурс на звание «Лучший лаборант 2017 года». I место заняла фельдшер-лаборант Ононской ЦРБ Марина Семисалова, II место - фельдшер-лаборант Краевой больницы №4 Юлия Немерова, III место было присуждено фельдшеру-лаборанту Забайкальской краевой туберкулезной больницы Тамаре Юндуновой. Все участники профессионального конкурса были награждены современной и удобной медицинской одеждой, грамотами, цветами, получили за счет средств ЗРОО «ПрофМедСпец» методическую литературу по лабораторной диагностике и абонементы для посещения бассейна. Участники конкурса, занявшие призовые места будут, представлены на II этап Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием 2017 г.».

В конкурсе постерных докладов и информационных памяток для пациентов по специальности «Лабораторная диагностика» на тему «Подготовка пациентов к лабораторным методам исследования» принимали участие индивидуальные авторы и группы. Было представлено восемь постерных докладов. Жюри оценило актуальность информации, наглядность изложения и выделило три лучших постерных доклада. I место заняла Лариса Волкова - медицинский лабораторный техник Карымской участковой больницы, II место - Ольга Ткачева - медицинский лабораторный техник П.-Забайкальской ЦРБ, III место - Зинаида Коробкова - медицинский лабораторный техник Городского родильного дома. Победители были награждены почетными грамотами и методическим пособием ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты».

По итогам конференции участники, прошедшие полную регистрацию, прослушавшие информационный блок, посетившие мастер-классы по специальности и сдавшие заполненные тест-анкеты с результатом не менее 70%, получили именной сертификат по зачетно-накопительной системе постдипломного образования (16 учебных часов). Дополнительные сертификаты лектора и дополнительные баллы получили участники за предоставленные доклады и участие в проведении мастер-классов.

Профессиональный комитет по специальности «Лабораторная диагностика»

АКУШЕРСКОЕ ДЕЛО: ОРИЕНТИРУЕМСЯ НА ПЕРЕДОВОЕ

14-15 марта в актовом зале ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр» состоялась Краевая научно-практическая конференция по специальности «Акушерское дело» в рамках зачетно-накопительной системы постдипломного образования. Делегатами конференции стали 169 человек из 74 краевых, 42 районных и 49 городских учреждений родовспоможения Забайкальского края.

Конференция, подготовленная Краевым советом медицинских сестер Министерства здравоохранения Забайкальского края, Забайкальской региональной общественной организацией «ПрофМедСпец», с участием Читинского медицинского колледжа, состояла из информационного и практического блоков.

Выступая перед участниками конференции, В.А. Вишнякова - главный внештатный специалист по сестринскому делу Забайкальского края, Министерства здравоохранения РФ по СибФО и президент Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональные медицинские специалисты», в своем докладе затронула вопросы непрерывного постдипломного образования специалистов, значимости внедрения многоуровневой непрерывной подготовки специалистов, предстоящей подготовки к прохождению аккредитации, вопросы управления рисками и др.

С докладами перед участниками конференции выступили

также главный специалист по акушерству и гинекологии министерства здравоохранения Забайкальского края В.Ф. Лига, начальник отдела организации контроля обращения лекарственных средств и медицинских изделий Территориального органа Росздравнадзора по Забайкальскому краю А.Б. Орлова, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО ЧГМА, профессор, д.м.н. Т.Е. Белокриницкая, ассистент кафедры педиатрии ФПК ППС ГБОУ ВПО ЧГМА, врач-неонатолог В.В. Кочерова.

Практический блок был представлен мастер-классами: «Управление рисками в работе среднего медицинского персонала», «Дистония плечиков. Тактика акушерки», «Диагностика состояния плода. Кардиотокография», «Организация школы здоровья для беременных женщин».

В рамках конференции состоялся конкурс профессионального мастерства «Лучшая акушерка - 2017», в рамках которого необходимо было пройти пять различных этапов. Все семь участниц успешно справились с заданиями и доказали свой профессионализм. 3-е место заняла акушерка А-Заводской ЦРБ Татьяна Лончакова, 2-е место - представительница Сретенской ЦРБ Юлия Паршина, а победительницей стала акушерка ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр» отделения «Центр охраны здоровья семьи и репродукции» Ольга Спиридонова. Также прошел конкурс постерных докладов, на котором были представлены 22 доклада. Все участники конкурсов получили грамоты, сертификаты и призы от ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты».



По мнению участников конференции, проведение подобных мероприятий позволяет ежегодно повышать профессиональный уровень специалистов «Акушерское дело», способствует обмену опытом работы, знакомству с новыми технологиями, что в дальнейшем позитивно влияет на качество оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам Забайкальского края.

Елена Сулова,
старшая акушерка ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр», член проф. комитета по специальности «Акушерское дело»

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА - ЭТО СЕРЬЕЗНО

Бронхиальная астма - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, в особенности по ночам или ранним утром. Эти эпизоды связаны с распространенной переменной обструкцией дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой спонтанно или под влиянием лечения. В то же время следует подчеркнуть, что диагноз БА в первую очередь устанавливается на основе клинической картины. Важная особенность - отсутствие стандартизированных характеристик симптомов или лабораторных или инструментальных исследований, которые могли бы с точностью установить диагноз бронхиальной астмы.



Выделяют несколько фенотипов бронхиальной астмы:

- аллергическая: наиболее легко распознаваемый фенотип, который обычно начинается в детстве, связан с наличием других аллергических заболеваний (атопический дерматит, аллергический ринит, пищевая аллергия) у пациента или родственников. Для этого фенотипа характерно эозинофильное воспаление. Пациенты с фенотипом аллергической БА обычно хорошо отвечают на терапию ингаляционными кортикостероидами;

- неаллергическая: встречается у взрослых, не связана с аллергией. Профиль воспаления дыхательных путей у больных с данным фенотипом может быть эозинофильным, нейтрофильным, смешанным или малогранулоцитарным. В зависимости от характера воспаления пациенты с неаллергической астмой могут не отвечать на терапию ингаляционными кортикостероидами;

- БА с поздним дебютом: у некоторых пациентов, особенно женщин, астма развивается впервые уже во взрослом возрасте. Эти больные чаще не имеют аллергии и, как правило, требуют более высоких доз ИГКС или являются относительно рефрактерными к ГКС-терапии;

- БА с фиксированной обструкцией дыхательных путей: некоторые пациенты с длительным анамнезом БА развивают фиксированную обструкцию дыхательных путей, которая формируется, по-видимому, вследствие ремоделирования бронхиальной стенки;

- БА у больных с ожирением: пациенты с ожирением и БА часто имеют выраженные респираторные симптомы, не связанные с эозинофильным воспалением.

Диагноз БА является сугубо клиническим и устанавливается на основании жалоб и анамнеза и устанавливается на основании анамнеза и анамнеза функционального обследования с оценкой обратимости бронхиальной обструкции, специфического аллергологического обследования (кожные тесты с аллергенами и/или специфический IgE в сыворотке крови) и исключения других заболеваний.

Важнейшим фактором диагностики является тщательный сбор анамнеза, который укажет на причины возникновения, продолжительность и разрешение симптомов, наличие аллергических реакций у пациента и его кровных родственников, причинно-следственные особенности возникновения признаков болезни и ее обострений.

Факторы, влияющие на развитие и проявления бронхиальной астмы:

1. Внутренние факторы: (генетическая предрасположенность к атопии; генетическая предрасположенность к бронхиальной гиперреактивности; пол (в детском возрасте БА

чаще развивается у мальчиков; в подростковом и взрослом – у женщин); ожирение.

2. Факторы окружающей среды, аллергии:

- внутри помещения: клещи домашней пыли, шерсть и эпидермис домашних животных, аллергены таракана, грибковые аллергены;

- вне помещения: пыльца растений, грибковые аллергены;

- инфекционные агенты (преимущественно вирусные);

- профессиональные факторы;

- аэрополлютанты (внешние: озон, диоксиды серы и азота, продукты сгорания дизельного топлива и др.; внутри жилища: табачный дым (активное и пассивное курение);

- диета (повышенное потребление продуктов высокой степени обработки, увеличенное поступление омега-6 полиненасыщенной жирной кислоты и сниженное – антиоксидантов (в виде фруктов и овощей) и омега-3 полиненасыщенной жирной кислоты (в составе жирных сортов рыбы).

Диагностика бронхиальной астмы
Клинические признаки, повышающие вероятность наличия астмы:

- наличие более одного из следующих симптомов: хрипы, удушье, чувство заложенности в грудной клетке и кашель, особенно в случаях: ухудшения симптомов ночью и рано утром; возникновения симптомов при физической нагрузке, воздействии аллергенов и холодного воздуха; возникновения симптомов после приема аспирина или бета-блокаторов;

- наличие атопических заболеваний в анамнезе;

- наличие астмы и/или атопических заболеваний у родственников;

- распространенные сухие свистящие хрипы при выслушивании (аускультации) грудной клетки;

- низкие показатели пиковой скорости выдоха или объема форсированного выдоха за 1 секунду (ретроспективно или в серии исследований), необъяснимые другими причинами;

- эозинофилия периферической крови, необъяснимая другими причинами.

Клинические признаки, уменьшающие вероятность наличия астмы:

- выраженные головокружения, потемнение в глазах, парестезии; хронический продуктивный кашель при отсутствии свистящих хрипов или удушья; постоянные нормальные результаты обследования грудной клетки при наличии симптоматики; изменение голоса; возникновение симптомов исключительно на фоне простудных заболеваний; наличие су-

щественной истории курения (более 20 пачек/лет); заболевания сердца; нормальные показатели пиковой скорости выдоха или спирометрии при наличии симптоматики (клинических проявлений).

Функциональные методы обследования

Исследование функции внешнего дыхания:

- пикфлоуметрия (определение пиковой скорости выдоха, ПСВ) - метод диагностики и контроля над течением БА. Измеряются утренние и вечерние показатели ПСВ, суточная вариабельность ПСВ. Суточную вариабельность ПСВ определяют как амплитуду ПСВ между максимальным и минимальным значениями в течение дня, выраженную в процентах от средней за день ПСВ и усредненную за 2 недели;

- спирометрия. Обратимость бронхиальной обструкции оценивается в тесте с бронхолитиком (200 мкг сальбутамола) по приросту ОФВ1 более 12%. Для выявления посленагрузочного бронхоспазма используется 6-минутный протокол нагрузки бегом (высокая чувствительность, но низкая специфичность). Бронхоконстрикторные тесты имеют диагностическое значение в некоторых сомнительных случаях в подростковом возрасте.

- в периоде ремиссии бронхиальной астмы показатели функции легких могут быть снижены незначительно или соответствовать нормальным параметрам.

Аллергологическое обследование:

- кожные скарификационные тесты;

- определение аллерген-специфических IgE для уточнения этиологических факторов, в том числе, когда выполнение кожных проб не представляется возможным (выраженный атопический дерматит/экзема, или невозможность прекращения приема антигистаминных препаратов, или существует реальная угроза развития анафилактической реакции на введение аллергена);

- ингаляционные провокационные тесты.

Прочие методы исследования:

- рентгенография грудной клетки (для исключения альтернативного диагноза);

- оценка эффективности противостагматической терапии;

- в анализах крови при БА характерных изменений нет. Часто выявляется эозинофилия, однако ее нельзя считать патогномичным симптомом;

- в мокроте могут выявляться эозинофилы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена;

- в дифференциальной диагностике используют следующие методы: бронхоскопию, компьютерную томографию.

В ГУЗ «КМЦ» проводятся следующие методы обследования: спирометрия, кожные скарификационные тесты, определение аллерген-специфических IgE, ведется прием узких специалистов: пульмонолог, аллерголог-иммунолог. Дополнительные методы: КТ ОГК, рентгенография ОГК, бронхоскопия.

Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы у взрослых

Проводят со следующими заболеваниями и состояниями в зависимости от наличия или отсутствия бронхиальной обструкции, определяемой при спирометрии.

При отсутствии бронхиальной обструкции: синдром хронического кашля, гипервентиляционный синдром, синдром дисфункции голосовых связок, ГЭРБ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь), риниты, заболевания сердца, легочный фиброз.

При наличии бронхиальной обструкции: ХОБЛ, бронхоэктазы, инородное тело, облитерирующий бронхит, стеноз крупных дыхательных путей, рак легких, саркоидоз.

Лечение

Основными целями лечения БА являются: достижение хорошего контроля симптомов и поддержание нормального уровня активности и минимизация риска возникновения обострений, фиксированного ограничения воздушного потока и побочных эффектов в будущем.

Лекарственные средства для лечения БА

1. Препараты для контроля заболевания - принимают ежедневно и длительно, для того, чтобы контролировать симптомы БА, в основном за счет противовоспалительного эффекта препаратов. К ним относятся ингаляционные и системные глюкокортикостероидные препараты, антилейкотриеновые препараты, длительно действующие ингаляционные В2-агонисты в комбинации с ингаляционными глюкокортикостероидами, антагонисты иммуноглобулина Е (иммуноотерапия).

2. Препараты неотложной помощи - препараты для снятия приступа быстро расширяют дыхательные пути и облегчают симптомы. К этим препаратам относятся: ингаляционные В2-агонисты, ингаляционные антихолинергические препараты, короткодействующий теофиллин.

Увеличение частоты использования препаратов для снятия приступов, в особенности в дневное время, может указывать на недостаточную степень контроля астмы.

С.С. Пляскина,
врач-пульмонолог
консультативного отдела
ГУЗ «КМЦ г. Читы»



НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА ГПОУ ЧИТИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ИНФОРМИРУЕТ СВОИХ ЧИТАТЕЛЕЙ О НОВЫХ ПОСТУПЛЕНИЯХ

СИЗЫХ Т.П. ЖЕМЧУЖИНА РОССИИ - АРШАН ТУНКИНСКИЙ (ИСТОРИКО-БИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ). - КРАСНОЯРСК: ПИК «ОФСЕТ», 2013. - 744 с.

Историко-биографическая монография приурочена к 100-летию курорта «Аршан» и к 200-летию открытия для общественности его источника. Это первое в Сибирском регионе подобное комплексное издание, основанное на уже ранее известных материалах архивов и вовсе не известных до настоящего времени, с обязательной ссылкой по ходу изложения на первоисточники. Параллельно отдельным

изданием выйдет в свет «Библиография курорта «Аршан Тункинский» и бальнеологии Сибири».

Особенности данной книги - наряду со строгой научной достоверностью материалов использовался публицистический подход к теме. Это своего рода историческая энциклопедия Аршана Тункинского с подробным, обстоятельным повествованием о сибирской бальнеологии, ее становлении и развитии через раскрытие частных аспектов «Аршана Тункинского».

Книга может быть полезна не только врачам, но и стать своеобразным учебником по бальнеологии

для студентов медицинских вузов, источником знаний по краеведению для студентов и школьников, интересующихся историей Восточной Сибири.

ЗАЙКОВ Б.А. ЗА ЗДОРОВЬЕМ НА КУРОРТ.- ЧИТА: ЭКСПРЕСС-ИЗДАТЕЛЬСТВО, 2017.-248 С.

В 2008 году в читинском «Экспресс-издательстве» к 150-летию юбилею курорта Дарасун вышла книга Б.А. Зайкова «Курорт Дарасун» под редакцией д.м.н., профессора Б.И. Кузника, которая быстро разошлась и стала библиографической редкостью. Данное 2-е издание (дополненное) является продолжением описания курорта в здравнице в современных условиях с учетом кардинальных изменений, которые произошли за эти годы в «Центре медицинской реабилитации Дарасун».

КИСЕЛЕВ О.И. ПАНДЕМИИ НАЧАЛА XXI ВЕКА. ГРИПП ПТИЦ И ПАНДЕМИЯ «СВИНОГО» ГРИППА Н1Н1 2009 ГОДА / КИСЕЛЕВ О.И. - СПБ.: ФОЛИАНТ, 2016. - 368 с.

Монография посвящена анали-

зу структуры, происхождения, генетических детерминант патогенности и трансмиссивности пандемических вирусов гриппа. Подробно описаны свойства и схемы применения лекарственных препаратов, разработка вакцин. Представлены расширенные разделы по противовирусным химиопрепаратам и противовирусным вакцинам.

Для широкого круга инфекционистов, вирусологов, иммунологов, специалистов в области фундаментальной медицины.

МНОЖЕСТВЕННАЯ МИЕЛОМА И РОДСТВЕННЫЕ ЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ / ПОП В.П., РУКАВИЦЫН О.А. [И ДР.]. - 3-Е ИЗД., ПЕРЕРАБ. И ДОП. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2016. - 224 С.: ИЛ.

В монографии изложена всесторонняя информация о диагностике и лечении множественной миеломы и родственных ей заболеваний, направленной на практическое применение современных знаний. В книге проанализированы новые данные по эпидемиологии, этиологии, патогенезу, классификации, факторам риска, характеру клини-

ческого течения, эволюции и прогнозу этих злокачественных заболеваний. Представлены возможности современных методов лучевой визуализации и лабораторной диагностики парапротеинемических гемобластозов. На основе доказательной медицины даны практические рекомендации по выбору терапии множественной миеломы, предложены актуальные алгоритмы и подробные схемы лекарственной терапии, как первичных пациентов, так и резистентных/рецидивирующих больных. Тщательно рассмотрены критерии оценки ответа на лечение с учетом международных стандартов. Показаны возможности терапии других парапротеинемических гемобластозов: макроглобулинемии Вальденстрема, системного амилоидоза легких цепей, моноклональной гаммапатии, РОEMS-синдрома и солитарной плазмцитомы.

Издание предназначено для врачей-гематологов, онкологов, терапевтов, интернов, клинических ординаторов и аспирантов.



зарет располагался до июня 1905 года. Собственно лазарет размещался на втором этаже, но, занимая здание, он обязался содержать и первый этаж, что было очень обременительно.» (Д.В. Скажутин).

В госпитале было два хирургических отделения: одним заведовал опытный одесский хирург, а другое главный врач отряда поручил В.Ф. Войно-Ясенецкому, хотя в отряде были еще два хирурга значительно старше. Войно-Ясенецкий заведовал инфекционным и глазным отделениями и оперировал. «Я сразу же развил большую хирургическую работу, оперируя раненых и, не имея специальной подготовки по хирургии, стал сразу делать крупные, ответственные операции на костях, суставах, на черепе. Результаты были вполне хорошими, несчастий не бывало. В работе мне помогла недавно вышедшая книга французского хирурга Лежара «Неотложная хирургия», которую я основательно проштудировал перед поездкой на Дальний Восток.» (В.Ф. Войно-Ясенецкий «Я полюбил страдания»).

ковской хирургической клиники Дьяконов заинтересовался темой и предложил Валентину Феликсавичу продолжать работу над ней.

В 1916 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий защитил докторскую диссертацию по регионарной анестезии. Оппонент его, профессор Мартынов, так отозвался о работе Валентина Феликсавича: «Мы привыкли к тому, что докторские диссертации пишутся обычно на заданную тему с целью получения высших назначений по службе и научная ценность их невелика. Но когда я читал вашу книгу, то получил впечатление пения птицы, которая не может не петь, и высоко оценил ее». За диссертацию Валентин Феликсавич был удостоен премии имени Хойнацкого от Варшавского университета в сумме девятьсот рублей золотом, однако денег этих ему получить не пришлось, потому что тираж книги был небольшой, быстро распродан, и нужного университету количества книг предоставить не удалось.

«С самого начала моей хирургической деятельности в Чите, Люба-

лигиозную деятельность осужден. «Так положено было начало одиннадцати годам моих тюрем и ссылки. Четверо моих детей остались на попечение Софии Сергеевны». София Сергеевна Велецкая была операционной сестрой в больнице, где работал В.Ф. Войно-Ясенецкий, она после смерти его жены взяла на себя обязанности по уходу за детьми Войно-Ясенецкого. Валентин Феликсавич считал, что сам Господь Бог послал ее детям в 1919 г., он спросил ее только, верует ли она в Бога, и этого было достаточно, чтобы доверить ей воспитание детей.

Во время своего первого ареста в тюрьме В.Ф. Войно-Ясенецкий продолжал работу над давно задуманной книгой «Очерки гнойной хирургии». Она выдержала много изданий, была удостоена Сталинской премии и до сих пор пользуется популярностью у врачей. Научная монография написана с большим литературным мастерством, глубоким знанием хирургии и любовью к людям. «Медики свидетельствуют, что монография Владыки Луки – дей-

госпиталя №1515. Здесь он много оперировал. Отчеты госпиталя свидетельствуют, что многие раненые выздоравливали. Приезжавший в госпиталь инспектор Н.Н. Приоров говорил, что ни в одном из госпиталей, которые он посетил, ему не приходилось видеть таких блестящих результатов лечения инфицированных ранений суставов, как у Владыки Луки. (В.А. Лисичкин).

В конце 1941 г. он начал читать лекции для врачей эвакогоспиталя раз в неделю, учил и на операциях, потому что молодые хирурги были неопытные и многого не знали, а гнойных больных было очень много. Остеомиелиты кроме него никто оперировать не мог. Не зная отдыха, в тяжелых тыловых условиях он делал уникальные операции. Осенью 1942г. в Иркутске состоялась 4х-дневная конференция главных хирургов эвакогоспиталей страны, где В.Ф. Войно-Ясенецкий читал трехчасовую лекцию по лечению инфицированных поражений суставов.

Имя Валентина Феликсавича Войно-Ясенецкого - Святыя Луки, великого подвижника Русской православной церкви XX века и крупнейшего ученого, врача, гордости отечественной хирургии известно в наши дни повсеместно. С Читой связан небольшой, но очень значимый период жизни молодого, только начинающего врача-хирурга В.Ф. Войно-Ясенецкого.

СВЯТЫТЕЛЬ ЛУКА. ЛИСТАЯ СТРАНИЦЫ БИОГРАФИИ...

В конце 1903 г. Войно-Ясенецкий окончил Медицинский факультет Киевского университета и получил диплом лекаря с отличием. Он мечтал стать земским врачом, видел себя «мужичком доктором», но помещала начавшаяся Русско-японская война. Весть о вероломном нападении Японии на русский флот в семье Войно-Ясенецких приняли с возмущением. Решение поехать на фронт военно-полевой хирургом у Валентина созрело сразу, как только он узнал, что Красный Крест в Киеве формирует военно-медицинский отряд. Он тут же записался добровольцем и в марте 1904 г. стал врачом Киевского лазарета Красного Креста. Родители и не думали отговаривать Валентина. Они знали о его твердом намерении быть там, где народу тяжелее всего. (В.А. Лисичкин).

Отряд Киевского Красного Креста под руководством доктора И.А. Юцевича выехал из Киева 30 марта 1904 г. и спустя 40 дней прибыл в Читу. Долгий путь до Читы по бескрайним просторам России, по грандиозной сибирской тайге оставили глубокий след в жизни Валентина Феликсавича: бескрайность, суровость и могущество Родины впечатлили молодого человека, он думал, как можно воевать с такой могущественной страной, ее народом и изучал учебники и монографии по медицине, взятые с собой в дорогу.

К началу Русско-японской войны Чита была крупным транспортным узлом и промышленным центром Забайкалья с населением чуть меньше 20-ти тысяч человек. Киевский отряд Красного Креста, прибывший в город поздним апрельским утром, торжественно встретили на перроне вокзала представители обществности, местных властей и простые жители Читы.

Лазарету были предоставлены здания 1-го Читинского батальона общей вместимостью около 140 человек. И по отчету врача удручающий вид барачных компенсировали природные условия, делающие из «этого уголка чудную санаторию». «Для транспортировки, в том числе тяжелораненых больных, главным врачом И.А. Юцевичем был разработан и создан образец фуры, которые затем использовали Ивано-Вознесенский и Ярославский лазареты. Однако к сентябрю в палатах «санатория» начала замерзать вода, и часть лазарета разместились в двух зданиях миссионерского училища, предоставленных епископом Мефодием. В это же время началось размещение больных в специально выстроенных 6-ти бараках, расположенных в непосредственной близости от железнодорожной платформы вокзала. Лазаретом так же был развернут продовольственный пункт и открыта баня для лиц, эвакуируемых на запад.

К 1 ноября 1904 года Киевский лазарет состоял из трех отделений: на станции Чита – на 240 мест, в зданиях миссионерского училища – на 100–120 мест и в здании ремесленного училища – на 100 мест. В здании ремесленного училища ла-

«В Чите я женился на сестре милосердия, работавшей прежде в Киевском военном госпитале, где ее называли святой сестрой, - пишет Валентин Феликсавич о своей жене Анне Васильевне Ланской. – Она покорила меня не столько своей красотой, сколько исключительной добротой и кротостью характера. Там два врача просили ее руки, но она дала обет девства. Выйдя за меня замуж, она нарушила обет, и в ночь перед венчанием в церкви, построенной декабристами, она молилась перед иконой Спасителя, и вдруг ей показалося, что Христос отвернул свой лик, и образ Его исчез из киота. Это было, по-видимому, напоминанием об ее обете, и за нарушение его Господь тяжело наказал ее невыносимой, патологической ревностью».

В Государственном архиве Забайкальского края сохранилась метрическая книга с записью о венчании «врача Валентина Феликсавича Ясенецкого Войно (до 1929 г. фамилию писали Ясенецкий-Войно) - 27-ми лет, первым браком с мещанкой девицей Анной Васильевной Ланской - 23-х лет, первым браком - 10 октября 1904 г. Венчание проходило в Старо-Читинской Михайло-Архангельской церкви. Церковь Михайло-Архангельский храм, с которой была связана жизнь декабристов, отбывающих каторгу в Чите, в действительности была построена задолго до прибытия декабристов, но в народе называлась церковью декабристов, и Валентину Феликсавичу это было известно (сегодня здесь располагается филиал краеведческого музея - Музей декабристов).

«Мы уехали из Читы до окончания войны, и я поступил в Ардаатовское земство Симбирской губернии», - писал В.Ф. Войно-Ясенецкий. Мечта стать мужичком доктором, желание помогать людям привели его в небольшие отдаленные больницы Симбирской, Курской, Орловской, Ярославской губерний, в Переславль-Залесский, где он много оперировал на мозге, сердце (при ранениях), желчных путях, желудке, почках, на костях, делал глазные операции.

После нескольких переездов В.Ф. Войно-Ясенецкий принимает решение ехать в Москву и начинать работу над диссертацией. «Ход мыслей его был таков: так как рядового врача может обидеть и выгнать любой земский чиновник, надо сделать доктором медицины. Доктора медицины никто не позволит оскорблять и поносить.» (М.А. Поповский).

Войно-Ясенецкого привлекала тема обезболивания операций, регионарная анестезия, о которой он впервые узнал из книги профессора Брауна «Местная анестезия, ее научное обоснование и практическое применение». В Любаже Валентин Феликсавич поставил себе задачу заняться разработкой новых методов регионарной анестезии и применил их на практике. Он произвел 538 операций под местным обезболиванием. Профессор мос-

же и Романовке я ясно понял, как огромно значение гнойной хирургии и как мало знаний о ней я вынес из университета. Я поставил своей задачей глубоко самостоятельное изучение диагностики и терапии гнойных заболеваний».

В Переславле-Залесском семья Валентина Феликсавича прожила шесть с половиной лет, где он много работал в городской и фабричной больницах, вел широкую хирургическую работу и был одним из пионеров в новых тогда крупнейших операциях на желчных путях, желудке, селезенке и даже на головном мозге. Кроме того, в 1915-1916 гг. Войно-Ясенецкий заведовал небольшим госпиталем для раненых.

В 1917 г. семья переехала в Ташкент, где Валентин Феликсавич по конкурсу получил должность хирурга и главного врача большой городской больницы. В 1919 г. революционная обстановка в Ташкенте, смерть жены Анны Васильевны от туберкулеза легких в возрасте 38-ми лет и оставленные без матери четверо детей, старшему из которых было двенадцать лет, а младшему – шесть, круто повернули жизнь Валентина Феликсавича. Он всегда был глубоко верующим человеком и очень занятым в больнице, но при всей своей занятости он находил время для посещения церкви, а вскоре принял сан священника.

Осенью 1920 г. в Ташкенте открылся Туркестанский университет, инициатором открытия которого был В.Ф. Войно-Ясенецкий. В 1923г. он создал и возглавил кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии в университете, но времена были тревожные и суровые. В Ташкенте начались гонения на православную церковь, на православных священников и верующих, и именно в этот период Валентин Феликсавич стал изучать богословие, сблизился с ташкентским духовенством и правящим священником Иннокентием (Пустыньским), который однажды сказал ему: «Доктор, вам надо быть священником!» «Слова Преосвященного Иннокентия, - вспоминал Валентин Феликсавич, - я принял как Божий призыв устами архиерея и, ни минуты не размышляя, ответил: «Хорошо, Владыко! Буду священником, если это угодно Богу!».

В.Ф. Войно-Ясенецкий, не смотря на смутные времена в стране и гонение на церковь, продолжал оперировать, лечить больных, читать лекции в университете для студентов и проповедовать в соборе. На прием к нему выстраивались очереди больных людей, а на проповеди в храм собирались прихожане со всего города. Вскоре В.Ф. Войно-Ясенецкий был тайно подстрижен в монахи с именем апостола-евангелиста, врача и иконописца Луки.

В 1921 г. Валентин Феликсавич был рукоположен в диаконы, а затем – в иереи. Его назначили священником ташкентского кафедрального собора. Через четыре года монах Лука был тайно возведен в сан епископа, а через десять дней арестован и за активную ре-

ствительно классический, фундаментальный труд, охватывающий практически все аспекты гнойной хирургии. Материал книги изложен необыкновенно ясно, четко, понятно и вместе с тем высокопрофессионально. Так мог писать только человек, который сам начинал работать без практической помощи и руководства», - писал в 1977 г. хирург, доктор медицинских наук профессор В.И. Колесов («Вестник хирургии», 1977, №9), но до этого признания было еще далеко. В те двадцатые годы вышла только часть очерков, над которой он постоянно работал в течение многих лет. В те времена, когда эта работа задумывалась, Валентин Феликсавич вдруг осознал, что когда книга будет издана полностью, на ней будет стоять имя епископа. В последующем так и получилось.

Вторая ссылка В.Ф. Войно-Ясенецкого началась сразу после литургии в Сергиевской церкви города. Городские власти хотели избавиться от Владыки Луки, несомненного христианина и неутомимого врача, к которому со всей округи стекались сотни пациентов. Нашелся формальный повод. Полная трагическая страница тюремная жизнь Святыя Луки воссоздана в его воспоминаниях и архивах КГБ, которые ранее были засекречены. Вторую ссылку сам епископ считал легкой.

Сначала он попал в лагерь «Макарха» на Северной Двине, где в тяжелых условиях жили раскулаченные крестьяне. Позднее Валентина Феликсавича перевели в Архангельск. Во время этой ссылки профессор получил разрешение работать в амбулатории и больнице, оперировать ему запрещалось, но больничные хирурги тайком пользовались его консультациями, а если поблизости не было начальства, то разрешали даже ассистировать.

Здесь он разработал новый метод лечения гнойных ран. «Его вызывали в Ленинград, и лично Киров уговаривал его снять сан, после чего обещал тут же предоставить ему институт. Но Владыка не согласился даже на печатание своей книги без указания сана». (В.А. Лисичкин). Третий арест и ссылка пришли в 1937 г. После изнурительных допросов, клеветы и издевательств, голодовок протеста Валентина Феликсавича отпустили в ссылку в районный центр Большая Мурта в ста километрах от Красноярск.

Началась Великая Отечественная война и В.Ф. Войно-Ясенецкий послал телеграмму в Москву М.И. Калинину: «Я епископ Лука, профессор Войно-Ясенецкий, отбываю ссылку в поселке Большая Мурта Красноярского края. Являясь специалистом по гнойной хирургии, могу оказать помощь в условиях фронта или тыла, там, где будет мне доверено. Прошу ссылку мою превратить и направить в госпиталь. По окончании войны готов вернуться в ссылку. Епископ Лука».

В октябре 1941 г. В.Ф. Войно-Ясенецкого назначили консультантом всех госпиталей Красноярского края и главным хирургом эвако-

«На основе глубокого анатомического анализа автор изложил топографию и пути распространения гнойного процесса при огнестрельных ранениях суставов. Ему удалось анатомически квалифицировать одиннадцать типичных форм гнойных затеков и показать клиническую симптоматику вариантов патологического процесса. Наилучшим способом ликвидации гнойного затека сустава проф. Войно-Ясенецкий считает радикальную резекцию, показанную при затяжных нагноениях сустава и даже признавая хроническую», - писал А. Гельштейн (Мед. газета, 1942. – 10 сент.). На этом совещании В.Ф. Войно-Ясенецкий встретился с главным хирургом эвакогоспиталя Читинской области В.А. Коханским. Позднее в 60-е годы в Областной больнице им. В.И. Ленина с В.А. Коханским работал внук Валентина Феликсавича - врач-уролог Алексей Войно-Ясенецкий.

Осенью 1942 г. Священный Синод при Местоблюстителя Патриаршего престола митрополите Сергии приравнял лечение раненых к доблестному архиерейскому служению и возвел епископа Луку в сан архиепископа и назначил на Красноярскую кафедру. Срок ссылки закончился в середине 1943 г. и архиепископ Лука возвратился в Москву, где получил назначение в Тамбов как архиепископ Тамбовский и Мичуринский.

За большие заслуги перед Русской православной церковью архиепископ Лука в феврале 1945г. был награжден Патриархом Алексием правом ношения бриллиантового креста на клобуке. «В 1946 г. я получил Сталинскую премию Первой степени за мои «Очерки гнойной хирургии» и «Поздние резекции при инфицированных ранениях больших суставов», - писал Валентин Феликсавич. Он получил много устных и письменных поздравлений от Патриарха, митрополитов, Академии медицинских наук, профессоров и ученых. Почти все деньги он пожертвовал на помощь сиротам – жертвам войны.

В 1945 г. Владыке вручили медаль «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.». В Прощенное воскресенье 1960 г. архиепископ Лука произнес свою последнюю проповедь. 11 июня 1961 г., в день, когда церковь праздновала память всех святых в земле Российской просиявших, Владыки не стало. Он был похоронен в Симферополе при Всехсвятском храме.

В экспозиции Музея истории здравоохранения Забайкальского края отражена страница жизни и деятельности В.Ф. Войно-Ясенецкого в Забайкалье. Недавно его посетил гость из Симферополя, который пришел специально для осмотра именно материалов о В.Ф. Войно-Ясенецком.

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

11 марта в оздоровительном лагере «Жемчужина» проходила традиционная спартакиада медицинских работников Забайкалья, запомнившаяся участникам и болельщикам спортивным азартом, которым отличается атмосфера спортивных состязаний медиков. Они привлекают людей самых разных возрастов, дарят здоровье, бодрость, выносливость и силу, а главное – отличное настроение.

Главные призы – здоровье, бодрость, выносливость



шел дистанцию Александр Чумаков («Академия здоровья»), вторым пришел Дмитрий Шатов (Клинический медицинский центр г. Читы), третьим – Виктор Овчинников (ЦРБ Читинского района).

В лыжной эстафете обошла всех соперников Краевая клиническая больница, 2 место завоевала Городская клиническая больница №1, 3 место – «Академия здоровья».

В стрельбе из пневматической винтовки самыми меткими были признаны Павел Ковач (Станция скорой медицинской помощи), выбивший максимальное количество очков (43) и Лора Тапхарова («Академия здоровья»), также набравшая 43 очка. Соответственно второе и третье места заняли Дмитрий Валько (Краевая детская клиническая

больница) и Максим Тимофеев (Городской родильный дом), Н. Ковригина (Клинический медицинский центр г. Читы) и Н. Константинова (Краевая клиническая инфекционная больница).

Наибольший ажиотаж присутствующих, как водится, вызвал последний вид соревнований, он же «сорвал» и самые энергичные овации болельщиков. Участники команд прыгали в мешках по глубокому снегу, на «креслах» из сплетенных рук представители сильного пола переносили своих соратниц по команде и бежали с санками, на которых долж-



Ежегодные зимние и летние спартакиады медицинских работников Забайкалья давно уже стали традиционными. Программа зимних состязаний включает в себя лыжный забег (мужчины - 5 км, женщины – 3 км), забег ветеранов – соответственно 3 и 2 км, эстафету, стрельбу из пневматической винтовки, в которой могут показать свое мастерство и мужчины, и женщины, а также финальный аккорд состязаний - «Веселые старты».

В этот раз в спартакиаде приняли участие представители 20 команд, выставленных медицинскими учреждениями Забайкальского края. Среди тех, кто приехал в этот день в оздоровительный лагерь «Жемчужина», были сотрудники Клинического медицинского центра, Краевого кожно-венерологического диспансера, Детского клинического медицинского центра, ТФОМС Забайкальского края, Аптечного склада, Краевого онкологического диспансера, Краевой клинической больницы, Городского родильного дома, и др. Ежегодно состав команд обновляется, присоединяются и совсем молодые участники, и спортсмены, имеющие спортивные разряды, и просто любители, основным стимулом для которых является здоровый образ жизни.

Встать на лыжи в этот день мог любой желающий. Первое место в лыжной гонке на дистанции 5 км среди мужчин с лучшим результатом (06.05.) занял Алексей Сысоев («Академия здоровья»), вторым пришел Юрий Иванов («Аптечный склад»), третьим был Денис Сережников (Краевая клиническая больница).



Среди женщин в лыжной гонке на 3 км первой преодолела дистанцию Ирина Перминова (04.43) (Краевая клиническая больница). Второе место завоевала Валентина Глызина, тоже представительница Краевой клинической больницы. Третьей финишировала Ирина Суворова (Городская клиническая больница №1).

Участники спартакиады – ветераны достойно и с хорошим временем прошли свои дистанции, мужчины – 3 км, женщины – 2 км. Тут места распределились так: лучшей среди лыжниц была Ольга Шубина (Городской родильный дом), второе место присуждено Елене Панфиловой («Академия здоровья»), третье – Инне Малковой (Краевая клиническая больница). Среди мужчин-ветеранов с лучшим временем про-



ны были удержаться дамы. Под шумные аплодисменты болельщиков решением жюри 1 место было присуждено Краевой клинической больнице, 2-е – «Аптечному складу», третьими стали участники команды «Академии здоровья».

Призеры спартакиады получили в подарок от организационного комитета заслуженные подарки, дипломы и призы. Нужно отметить, что зимние спортивные соревнования ежегодно пользуются у медицинских работников Забайкальского края большой популярностью. По мнению участников, подобные соревнования дают мощный заряд энергии практически-



ки на год, подвигая продолжать заниматься спортом постоянно. Многолетний опыт показывает, что именно медики в числе первых подают пример здорового образа жизни – одного из основных направлений профилактики. Участвуя в отраслевых спартакиадах – зимней и летней, служители медицины собственным примером убеждают пациентов следовать ему постоянно.

Ирина Белошицкая, фото автора



Учредитель: 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 №ТУ75-00225, №069956 от 12.08.2015 г.
Будьте здоровы! № 3 (3.04.2017)

Главный редактор И.В. Белошицкая
Верстка ГУЗ «МИАЦ»: Л.Г. Днепровская
Время подписания в печать по графику в 15-30 30.03.2017 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 № 823 Тираж 5000 экз.