Журнал медицинских специалистов

№ 3(9) 2018

МЕДИЦИНА Забайкалья



- **ЗА КАДРОМ**
  СТАТУС ОБРАЩЕНИЯ: «РЕШЕНО»
- **ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА**
  УСТЬ-КАРСКАЯ ИСТОРИЯ...
- **АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ**
  АНАТОЛИЙ ГОВОРИН: «65 ЛЕТ ДЛЯ ВУЗА – ВОЗРАСТ РАСЦВЕТА»

ПОД РУКОЙ ХИРУРГА БЬЕТСЯ СЕРДЦЕ...

ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ОБЪЕКТИВА

www.chitazdrav.ru



Уважаемые читатели журнала «Медицина Забайкалья», дорогие коллеги!

В каждом номере нашего издания мы стараемся размещать материалы, объединенные единой актуальной темой. В журнале, который вы держите в руках, такой объединяющей тематикой стало профилактическое направление здравоохранения – в самом широком смысле этого слова. Не ошибусь, если скажу, что с классическим высказыванием «Предупредить легче, чем лечить» согласен любой доктор. Поэтому темой обсуждения на страницах номера стали плановые операции, которые проводят забайкальские хирурги с целью предупреждения осложнений при хронических заболеваниях, вопросы диспансеризации, охраны материнства и детства, направленные на сохранение здоровья детей, предотвращение болезней, и, конечно, многочисленные акции и мероприятия, которые проводит для забайкальцев Краевой центр медицинской профилактики.

В рубрике «Авторитетное мнение» - беседа с ректором Читинской государственной медицинской академии Анатолием Говориным. Разговор об особенностях подготовки в сегодняшних реалиях медицинских кадров тесно переплетается с вопросами сотрудничества вуза с практическим здравоохранением региона. Как и прежде, на страницах журнала – ваши будни, ваши судьбы, ваши лица: о своей работе рассказывают молодой хирург из Петровска-Забайкальского Денис Дымочко, координатор здоровья Людмила Болдина, врач-психотерапевт Александр Кравцов, доктора из Усть-Карска Сергей и Инесса Корниловы, ветеран забайкальского здравоохранения Людмила Грищёва.

Появились в издании и новые рубрики - «Взгляд со стороны», где свое мнение о новых проектах забайкальского здравоохранения выражают люди, не имеющие непосредственного отношения к медицине, но чьей жизни и работы так или иначе коснулись эти программы, внесли в них позитивные коррективы. А также рубрика «Через призму объектива», где о наших с вами буднях рассказывают фотоснимки: просто, лаконично и правдиво.

Уважаемые коллеги, читайте, анализируйте, предлагайте и пишите сами – вам, с вашими знаниями и опытом есть о чем рассказать и чем поделиться. Новых вам профессиональных успехов, крепкого здоровья, счастья и благополучия!

Сергей ДАВЫДОВ,
министр здравоохранения Забайкальского края

СОДЕРЖАНИЕ

КОЛОНКА РУКОВОДИТЕЛЯ ***1***

АКТУАЛЬНЫЙ ВОПРОС
Операции на перспективу ***2***

ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ОБЪЕКТИВА
Под рукой хирурга бьется сердце ***6***

НЕПРОСТАЯ ТЕМА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ
Если речь идет о профилактике будущего ***8***

АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ
Анатолий Говорин:
«65 лет для вуза – возраст расцвета» ***11***

ИННОВАЦИИ
Диспансеризация дает результаты ***16***

ЗА КАДРОМ
Статус обращения: «Решено» ***18***

ИМИ ГОРДИМСЯ
Медицина стала смыслом жизни ***21***

ВИЗИТНАЯ КАРТОЧКА
Когда истина в… экспертизе ***24***

ИННОВАЦИИ
«Божественная болезнь» под контролем врачей ***27***

ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА
Усть-Карская история ***30***

ВЗГЛЯД СО СТОРОНЫ
Здоровье – дело каждого дня ***34***

МЕСТНЫЙ АКЦЕНТ
«В хирургии самое главное – доверие» ***37***

ЗОЖ
Приоритет медицинской профилактики
– подрастающее поколение ***40***

ОДИН ДЕНЬ ИЗ ЖИЗНИ КООРДИНАТОРА ЗДОРОВЬЯ
Всегда на связи ***44***

ФАКТЫ И ИЛЛЮЗИИ
Гипноз: лекарство или бегство от реальности? ***47***

ДЕЛА ДАВНО МИНУВШИХ ДНЕЙ
Ирония судьбы ***50***

НЕ ХЛЕБОМ ЕДИНЫМ
Дом с наличниками цвета неба ***53***

НЕСЕРЬЕЗНО О СЕРЬЕЗНОМ
"Нам бы чего-нибудь похуже" ***56***

ОПЕРАЦИИ НА ПЕРСПЕКТИВУ

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ - ГЛАЗАМИ ПРОФЕССИОНАЛОВ

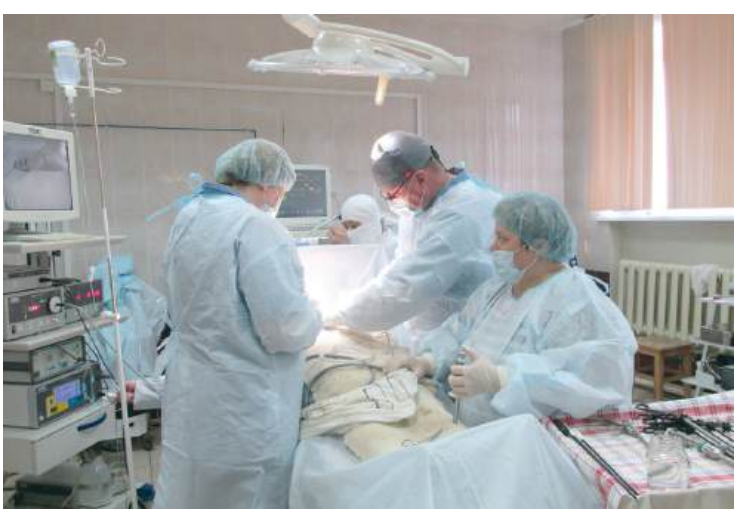
Основная цель плановой хирургии – превентивная: предупредить, не допустить, помочь избежать последствий. А еще – провести хирургическую операцию, необходимость в которой, как показывает практика, при ряде заболеваний возникнет рано или поздно обязательно, при максимально благоприятных для пациента условиях, позволяющих избежать осложнений. Итак, забайкальские хирурги – о плановой хирургии.



Сергей МЯСНИКОВ, главный хирург Забайкальского края, консультант по хирургии регионального Министерства здравоохранения:

- Что касается хирургии, то не зря говорят (и это знает любой хирург), что самая лучшая операция - та, которой не было. Экстренная хирургическая операция, которая проводится для спасения, для излечения, либо улучшения качества жизни – необходима, это всем понятно. Когда речь идет о плановой хирургии, решение все-таки остается не только за доктором, но и за самим пациентом. Нередко он, несмотря на рекомендации врача, от плановой операции отказывается, так как, вероятнее всего, опасается доверить свою жизнь по сути малознакомому человеку без острой на то необходимости. Немалую роль в таком решении играет авторитет хирурга, позволяющий ему убеждать пациента в необходимости какого-либо вида вмешательства. Хирург также должен быть и психологом, чтобы убедить пациента в этом.

Плановая хирургия – это причинение боли во благо, чтобы человек мог избежать еще больших страданий в будущем. Наиболее часто встречающиеся заболевания, с которыми хирургам приходится сталкиваться на практике: грыжи, желчно-каменная болезнь. Если пациента удается прооперировать в плановом порядке и избавить его от грыжи или





камненосительства, то можно быть уверенным, что данный вид операции уже не придется проводить в условиях осложнений, которые со временем нередко развиваются, таких как ущемление кишечника, развитие некрозов, перитонита, а при желчно-каменной болезни: механическая желтуха, желчный перитонит, нарушение свертываемости крови и другая полиорганная недостаточность. Нужно не забывать, что в таких условиях риск послеоперационных осложнений возрастает в разы, а вероятность благоприятного исхода, соответственно, уменьшается. При этом мы, хирурги, знаем, что любая операции связана с риском для жизни больного. Как при экстренной хирургии, так и при плановой всегда имеется определенная вероятность возникновения осложнений и летальных исходов, и для хирурга переживать это тяжело как морально, так и физически.

Если говорить о плановой хирургии, то основную нагрузку в нашем регионе несет Краевая клиническая больница - плановую хирургическую помощь здесь оказывают и читинцам, и жителям районов края. На сегодняшний день, несмотря на рост количества негосударственных учреждений, которые также оказывают плановую хирургическую помощь, и на тенденцию к дефициту врачебных кадров, объем вмешательств данного вида в ККБ остается прежним и даже растет.

Среди стационаров, которые расположены в районах края и активно развивают плановую хирургическую помощь, нужно отметить Агинскую окружную больницу, Краевую больницу №3 пос. Первомайский, Краевую больницу №4 г. Краснокаменска и Шилкинскую центральную районную больницу. Так, в Шилкинском районе выполняются довольно серьезные объемы плановых

операций, отлажена диспансеризация и плановая госпитализация, широкий спектр как диагностических мероприятий, так и так и различных хирургических вмешательств - плановых и экстренных. Серьезные объемы хирургических операций выполняются и в КБ №3 п. Первомайский, в том числе - с применением эндовидеохирургии, причем данная технология используется при различных патологиях. Плановая хирургическая помощь в этих больницах оказывается не только местным жителям, но и населению близлежащих районов, прикрепленных к ним приказом Министерства здравоохранения Забайкальского края.

Если говорить о плановой хирургии, то сложным моментом на сегодняшний день является отсутствие отработанной системы защиты врача при нарастающем потоке судебных исков. Отсутствие данной системы порождает определенные риски, которые приводят к тому, что опасаясь ответственности, жалоб и судебных преследований, некоторые врачи предпочитают при выборе диагностики и лечения методики с минимальным риском для врача, а это ведет к снижению эффекта от лечения. По числу судебных исков среди медиков на первом месте находятся именно хирургии, со временем это может привести к снижению плановой оперативной активности, росту числа экстренных пациентов с осложненными формами плановой патологии, а также к еще большей централизации в медучреждения третьего уровня из больниц первого и второго уровня.



Леонид ЛОБАНОВ, заместитель главного врача по хирургии Городской клинической больницы №1:

- Если подходить с позиций профилактических, то количество плановых операций должно быть как можно больше. Но при этом стационары отличаются и по выполняемым функциям. Если доля экстренной помощи, которую оказывает больница, невелика, то естественным образом увеличивается процент плановых операций. Если у Краевой клинической больницы дежурным является только один день в неделю, то и плановых операций



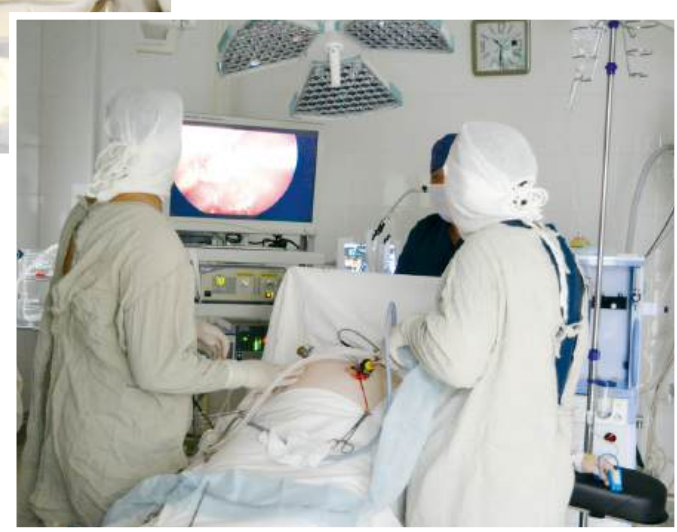




дежурный день и, конечно, возможности для проведения плановых операций сократились. Тем не менее, за последнее время количество плановых операций в ГКБ №1 держится примерно на одном уровне, плановая хирургическая помощь в учреждении по объему составляет около 15%, и профилактическая работа нашими хирургами проводится постоянно.

В первую очередь в плановом порядке выполняются операции по удалению желчного пузыря. Их в ГКБ №1 ежегодно проводится около 250. Носителями желчно-каменной болезни, как правило, являются люди солидного возраста, чаще женщины, 20-25% которых имеют камни в желчном пузыре – иными словами, практически каждый четвертый. Огромная разница: оперировать такого пациента экстренно, когда у него развились обострение, воспаление, а риск осложнений и травматичность намного выше, либо провести операцию по удалению желчного пузыря в плановом порядке. Если камни уже сформировались, то с годами, рано или поздно они все равно начнут себя проявлять. Поэтому вопрос хирургической операции – это только вопрос времени, делать ее все равно придется. И лучшим вариантом будет не затягивать, не откладывать на неопределенный срок, а избавиться от камней, несущих потенциальную угрозу.

Следующий очень важный момент профилактической хирургии – операции, проводимые при грыжах. Ежегодно количество таких вмешательств в Городской клинической больнице №1 также составляет около 250. Патология достаточно распространенная и может быть связана как с проведением предыдущих операций, так и с ее специалисты выполняют больше. Городская клиническая больница №1 по сути своей является дежурным стационаром и специализируется больше на оказании экстренной и неотложной помощи. С 2015 года у нашего стационара добавился пятый





врожденной слабостью передней брюшной стенки. Если пациент поступает с грыжей в экстренном порядке, в случае ущемления, то и операция получается расширенной - чаще возникают нагноения и рецидивы. Если имеется такая патология, нужно оперировать ее в плановом порядке – это является профилактикой ущемлений. Тем более, при проведении плановой операции мы все чаще устанавливаем сетчатые протезы, которые призваны закрывать слабые места. Если операция проходит на фоне воспаления, нагноения, то такой протез приживается значительно хуже. Нередки случаи, когда люди не обращаются за медицинской помощью в течение многих лет, и ущемление возникает уже в период пожилого возраста, когда в силу возрастных изменений, кроме обострившегося заболевания, имеется еще целый букет сопутствующих патологий и процесс выздоравливания становится более длительным и проблематичным. Очень важно, чтобы наши поликлиники выявляли таких пациентов, направляли их на лечение, чтобы люди своевременно получали плановую хирургическую помощь.







Плановых операций на щитовидной железе за год мы проводим около 100. Особенность нашего региона в том, что среди местного населения данный вид патологии очень распространен, нередки и злокачественные новообразования щитовидной железы. Если рассматривать операции в процентном соотношении, то на 100 проведенных вмешательств приходится 7-8% злокачественных новообразований, подтвержденных гистологическими исследованиями. Причем часто человек приходит на операцию с полной уверенностью, что имеющиеся у него узелковые образования носят доброкачественный характер. Как правило, это злокачественные образования на самых ранних стадиях. Операция в данном случае очень щадящая - такие вмешательства в ГКБ №1 проводятся на высоком уровне, имеются высококвалифицированные специалисты, современная аппаратура, позволяющая выполнять их бескровно, без шовного материала внутри, с минимальным риском повреждения голосовых нервов, из-за чего люди обычно боятся идти на тиреоэктомию.

Много плановых операций в Городской клинической больнице выполняются при помощи щадящих малоинвазивных методик, то есть ко всем плюсам плановых операций человек еще и быстрее восстанавливается после проведенного вмешательства. И выбор доступа зависит в какой–то степени от того, плановая операция или экстренная. Если оперировать приходится в экстренном порядке и процесс настолько запущен, что щадящий лапароскопический метод в принципе невозможен, то приходится прибегать к серьезной полостной операции.

Кстати, своеобразную профилактическую роль малоинвазивные методики играют и при проведении экстренных вмешательств. Так последние несколько лет в нашем стационаре очень высокий процент операций по удалению червеобразного отростка, которые мы выполняем лапароскопически – такого результата по данному показателю нет ни в одном стационаре края. Малоинвазивная методика в данном случае выступает способом профилактики спаечной болезни, а спайки чреваты и хроническими болями в этом месте, и кишечной непроходимостью, они могут повлечь за собой целый каскад осложнений. А при лапароскопических операциях проблем практически не возникает. Поэтому, развивая экстренную и плановую малоинвазивную помощь, мы тоже проводим профилактику различных осложнений.



Вадим СОЛОВЬЕВ, заведующий центром эндовидеохирургических операций Краевой клинической больницы:

- Лапароскопический метод всем давно известен – операции делаются через небольшие проколы: либо на грудной летке, либо на животе, объем их различный, сегодня, по большому счету, практически все виды операций можно выполнить лапароскопически. Развитие эндохирургии шагнуло далеко вперед, и каждый больной желает оперироваться именно лапароскопическим методом: и травматизм кратно меньше, и сроки выздоровления существенно короче, и косметический эффект тоже играет большую роль.

В связи с этим на базе Краевой клинической больницы недавно был создан центр эндовидеохирургических операций – подразделение скорее структурное, его деятельность распространяется на несколько отделений, специалисты которых выполняют такие операции, и призвана координировать проведение оперативных вмешательств данного вида. Подобный центр уже существовал ранее в ККБ на базе торакального отделения, сегодня решено возобновить его работу уже на базе отделения хирургии. Такая необходимость назрела в связи с тем, что постоянно растет количество больных, которым необходимо проведение операций с применением эндовидеохирургических методик. А также потому, что именно здесь, в ККБ сконцентрировано большое количество эндоскопического оборудования, и нужно в полной мере обеспечить поступление расходных материалов для данного вида операций - система должна работать четко, ведь материалы для таких операций дорогостоящие. Центр эндовидеохирургии по сути своей многофункциональный – больные будут продолжать получать лечение в профильных отделениях: гинекология, урология и пр., на базе нашего отделения хирургии будут выполняться операции при заболеваниях брюшной полости и грудной клетки.



Чаще всего плановые операции проводятся при патологиях желудочно-кишечного тракта, таких как калькулезный холецистит, грыжи пищеводного отверстия, при различных опухолях легких. Любая операция, тем более плановая, направлена, в первую очередь, на то, чтобы предупредить развитие различных осложнений хронических заболеваний хирургическим путем. Получается, что хирурги, чтобы такую возможность исключить, работают немного на перспективу. Та же желчно-каменная болезнь, при которой операция проведена своевременно, не несет различных осложнений в виде холедохоледиаза и механической желтухи. Лечение грыж – винтральной и диафрагмальной - также направлено на профилактику такого грозного осложнения, как ущемление, нередко сопровождающегося некрозом органов, развитием перитонита. Хирургическое лечение язвенной болезни тоже направлено на профилактику перфораций, кровотечений. Плановая хирургия – она по сути своей вся профилактическая: где хроническое заболевание - там и обострение, в результате которого возникают последующие осложнения.

Плановых операций в Краевой клинической больнице проводится очень много, но эндовидеохирургический центр создавался, прежде всего, с целью, чтобы этот объем был еще увеличен: выросло количество вмешательств, расширен спектр, в практике работы наших хирургов появились новые виды эндохирургических операций. Сейчас только в отделении хирургии, например, около 40% плановых операций выполняется эндохирургическим методом. В урологии эта цифра намного больше. Глобальная цель, которая стоит перед нашим центром - довести со временем их количество до 80%.

Подготовила Ирина Белошицкая









ПОД РУКОЙ ХИРУРГА БЬЕТСЯ СЕРДЦЕ...



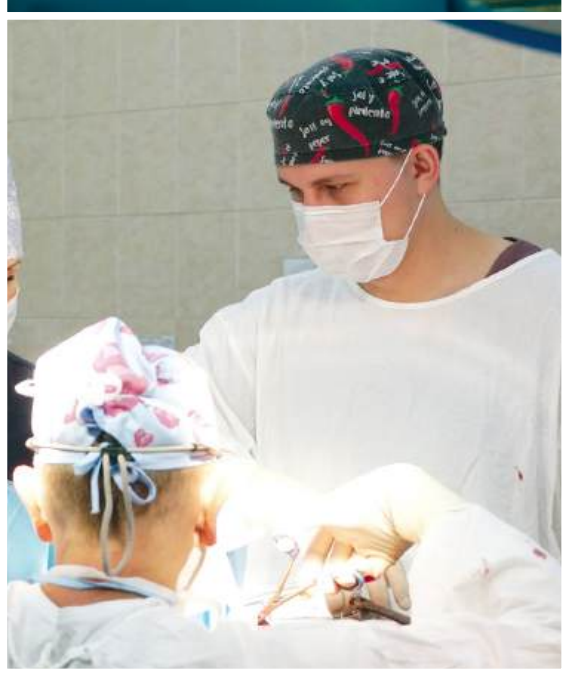












Краевая клиническая больница: операцию на сердце проводят сердечно-сосудистые хурурги кардио-хирургического отделения Григорий Сизов и Дарья Стебенькова, ассистирует клинический ординатор Александр Максимов.
Эльвира Паламова

ЕСЛИ РЕЧЬ ИДЕТ О ПРОФИЛАКТИКЕ БУДУЩЕГО

Особое значение медицинская профилактика приобретает, если речь идет о здоровье ребенка, о здоровье подрастающего поколения, о здоровье будущего страны. О том, как в Забайкальском крае обстоят дела с профилактикой детских заболеваний, их обострений и осложнений, рассказывает заместитель министра здравоохранения региона, начальник отдела охраны материнства и детства краевого Министерства здравоохранения Наталья ИГНАТЬЕВА.





ОТ САМЫХ МАЛЕНЬКИХ – К ПОЧТИ ВЗРОСЛЫМ

- Самое важное – это здоровье, но совершенно особое значение эти слова приобретают, если речь идет о здоровье ребенка. Здесь аксиома «Предупредить легче, чем лечить» актуальна, как никогда. И потому, что именно детский организм особенно чутко и эффективно откликается на своевременно проведенное лечение, и потому, что многие мероприятия профилактической направленности можно провести еще в самом начале жизненного пути малыша, и тогда заболевание не оставит на нем никакого следа.

Есть, к сожалению, болезни врожденные, при правильном обследовании их наличие устанавливается у малыша практически с рождения, либо на первом году жизни. И наша задача – организовать своевременное лечение и оздоровление таких деток, чтобы не допустить инвалидности, поскольку на течение и развитие большинства таких нозологий мы можем повлиять. Чем? Во-первых, ранним выявлением с помощью скрининговых обследований. По сути, скрининг - это выявление скрытых заболеваний, не проявляющихся до определенного момента, путем проведения тестов и обследований. Если результат скрининг-исследования положительный, то дальнейшее лечение проводится уже соответствующими специалистами. На территории Забайкальского края на первом жизненном этапе для малышей – сразу после рождения - проводится неонатальный скрининг, который осуществляется на базе Краевой детской клинической больницы, где имеется медико-генетическая лаборатория. Новорожденных детей мы обследуем на пять врожденных заболеваний: фенилкетонурию, муковисцидоз, адреногенитальный синдром, врожденный гипотиреоз и галактоземию. Для проведения лабораторных тестов у малыша из пяточки берется немного крови, которая наносится на специальный тест-бланк. Как это ни печально, но ежегодно 10-12 ребятишек с такими наследственными заболеваниями мы выявляем. Но главное - выявляем их своевременно, таким образом дети получают возможность проходить специфическую терапию, обеспечиваются необходимым им питанием. Все это очень важно - при своевременном лечении можно избежать многих страшных последствий и предупредить инвалидность ребенка. Например, если раньше от фенилкетонурии умирали в раннем возрасте, то сегодня с учетом ранней диагностики, правильно спланированного лечения, которое проводится на базе всех лечебных учреждений края, такие дети заканчивают школу, поступают в институт, живут 50 лет и дольше. По данным прошлого года на наследственные и врожденные заболевания обследовано 10763 ребенка, в период новорожденности выявлены двое детей - с муковисцидозом и с врожденным гипотиреозом, дети своевременно взяты на диспансерное наблюдение, получают заместительную и диетотерапию.



Еще одно серьезное профилактическое мероприятие - аудиологический скрининг, который тоже проводится у малышей, недавно появившихся на свет. Простая безболезненная процедура занимает несколько минут, но при этом дает возможность выявить у ребенка проблемы со слухом, тугоухость на ранних стадиях и вовремя начать лечение и коррекцию. Аудиологический скрининг осуществляется в два этапа: первый - в родовспомогательных учреждениях, если же тест подтверждает риск развития снижения слуха, то малыш направляется на второй этап обследования. И, к сожалению, или счастью – если своевременно, такие заболевания тоже выявляются. Таких малышей мы ставим на диспансерный учет, они получают лечение, обеспечиваются кохлеарными имплантами. Все это делается для того, чтобы обеспечить социализацию ребенка, дать возможность полноценно расти и развиваться, ведь слух играет огромную роль в общем

Наталья Игнатьева

развитии: от него зависят коммуникативные навыки и развитие речи, посредством слуха малыш получает информацию из внешнего мира. Проведение необходимого лечения дает возможность ребенку пойти и в дошкольное учреждение, и обучаться в дальнейшем в школе, в том числе и в общеобразовательной. В 2017 году аудиологический скрининг проведен 13677 детям, на первом этапе выявлено 392 ребенка с нарушением слуха, 376 из них обследованы в кабинете реабилитации слуха Краевой детской клинической больницы (второй этап скрининга), что составляет 95,9%. На учете в кабинете реабилитации слуха состояло 63 ребенка, 44 были сняты с учета по выздоровлению. В течение года семи детям проведена кохлеарная имплантация.



Мы всегда говорим о том, что профилактика – это, во-первых, предупреждение заболевания, во-вторых, обеспечение возможности как можно раньше выявить его в случае возникновения, чтобы обеспечить лечение - своевременное и в полном объеме, позволяющее избежать возникновения в организме маленького человека дополнительных изменений. Медицинская профилактика детских болезней складывается из нескольких составляющих – это и профилактические осмотры, и проведение вакцинации, и диспансеризация деток, которые уже стоят на учете у узких специалистов.



Некоторые условия проведения профилактических осмотров (в соответствии с Приказом МЗ РФ №514, который вступил в силу с 1 января 2018 года) сегодня изменились, но задача осталась прежней – обеспечить осмотр всех детей от 0 до 17 лет медицинскими специалистами. В каждой возрастной группе определен свой перечень врачей, лабораторных исследований, которые необходимо провести, чтобы выявить заболевания, если таковые имеются, как можно раньше.

Огромный пласт работы медицинских специалистов в сфере охраны здоровья детей - вакцинопрофилактика, защита от инфекционных заболеваний, которые можно предупредить с помощью профилактических прививок. Значительную работу, которую проводят медики в этом направлении, трудно переоценить: единая ежегодная европейская неделя иммунизации, профилактическая вакцинация в рамках Национального календаря прививок, а главное – информирование населения, которое проводится постоянно. Например, та же иммунизация туберкулеза - значимое профилактическое мероприятие, посредством которого служба охраны материнства и детства медицинских учреждений обеспечивает раннюю диагностику данного заболевания: сначала, до 15 лет, с помощью пробы Манту, старше – посредством флюорографического обследования.

Претерпевает со временем изменения и, казалось бы, такой незыблемый документ, как Национальный календарь прививок. Так, теперь в нем появился такой пункт, как вакцинация от пневмококковой инфекции - наряду с детьми проводится иммунизация и людей старшего возраста, страдающих бронхолегочной патологией. Это тоже один из методов профилактики, причем не только самого заболевания, но и смертности, поскольку бронхо-легочная патология входит в когорту заболеваний, которые могут привести и к летальному исходу. Вакцина от пневмококковой инфекции, необходимая для проведения иммунизации, в регионах будет приобретаться за счет средств бюджета субъекта - нами проведен расчет потребности, все предложения переданы в Министерство финансов края, на следующий год планируем начать в Забайкалье на постоянной основе иммунизацию и против этого заболевания.





РЕАБИЛИТАЦИЯ = ПРОФИЛАКТИКА

Составляющими профилактического направления работы является также медицинская реабилитация. Ведь если заболевание выявлено, и ребенок состоит на диспансерном учете, то с целью профилактики рецидивов, обострений и осложнений он в течение года должен обязательно пройти оздоровительные мероприятия, которые в комплексе и дают стабилизацию процесса - этого результата мы и хотим добиться, проводя профилактические мероприятия. Базами для проведения медицинской реабилитации в Забайкалье являются реабилитационное подразделение «Феникс» Детского клинического медицинского центра г. Читы и Центр медицинской реабилитации «Дарасун». А вся реабилитация делится на три этапа: первый – стационарный, второй - амбулаторно-поликлинический, третий – санаторный.

Амбулаторная база для проведения второго этапа реабилитации - подразделение «Феникс» ДКМЦ г. Читы, состоящее из двух отделений, одно из которых находится на ул.

Угданской, а второе в поселке КСК. Они обеспечивают оказание многопрофильной медицинской помощи детям с различными заболеваниями: с болезнями глаза и его придаточного аппарата (29,3%), с психоневрологической патологией (28,2%), бронхолегочными заболеваниями (21,7%), болезнями костно-мышечной системы (15,6%) и др. Как показывает практика, чаще всего дети поступают сюда на лечение с неврологической патологией, особенно малыши первого года жизни, которые имеют диагноз «перинатальное поражение центральной нервной системы» и нуждаются в реабилитации. В «Фениксе» они получают полный комплекс процедур: лечебных, физиотерапевтических, массажа - на сегодняшний день здесь представлена линейка всех имеющихся методик детской реабилитации.

При работе реабилитационного подразделения 299 дней в году в две смены количество посещений постоянно растет, потребность в лечении и процедурах увеличивается из года в год, детей на реабилитацию поступает все больше и больше – и из Читы, и из районов края. При этом имеющиеся площади и условия не позволяют нам внедрять дополнительные методики. Хорошей предпосылкой для решения назревших вопросов стало выделение участка для строительства центра детской реабилитации - земельный участок площадью 15000 кв. м. предоставлен в безвозмездное пользование. Департаментом государственного имущества и земельных отношений Забайкальского края. Строительство нового центра позволит не только, более чем вдвое, увеличить количество пролеченных детей, в том числе и детей-инвалидов, но и организовать оказание медицинской помощи по реабилитации детей на качественно новом уровне. Имеется также проект строительства нового детского реабилитационного центра, поэтому есть надежда, что в ближайшие годы наши мечты реализуются.

Еще одна хорошая реабилитационная база - реабилитационный центр «Дарасун». Те детишки, чей возраст не превышает четырех лет, могут лечиться здесь по программе «мать и дитя». Кроме того, возможность пройти курс реабилитации в детском отделении по полису обязательного медицинского страхования есть у детей, страдающих заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной, сердечно-сосудистой и нервной систем, опорно-двигательного аппарата, а также у часто болеющих ребятишек. На базе учреждения в летнее время действует летний оздоровительный лагерь, круглогодично по линии Министерства образования проводится оздоровление детей из социально-неблагополучных и опекаемых семей.

Отличная площадка по профилактике заболеваний костно-мышечной системы, нарушений осанки, улучшении деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем действует сегодня на базе средней школы №49 – в рамках пилотного проекта «Школа – территория здоровья». Программа является дополнением к традиционным урокам физкультуры с использованием специальных тренажеров узколокального и многофункционального действия. В данном проекте мы отработали уже год, и результаты действительно есть – у детей, которые прошли полный комплекс занятий, повысилась выносливость, окрепли те группы мышц, на которые были назначены упражнения. Но самое главное в том, что налицо заинтересованность ребят в таких занятиях, значит, и результаты не заставят себя ждать. Чем лучше сам ребенок будет понимать, что ему это необходимо – тем значительнее будет эффект. Тем более, что для его достижения не нужно даже покидать территорию школы, тратить дополнительное время и деньги. Потому и одна из самых главных задач медицинских специалистов - обеспечить понимание детей и их родителей, что предупредить возникновение и развитие заболеваний мы можем только совместными усилиями.

Подготовила Ирина Белошицкая









Рассказывая специально для читателей «Медицины Забайкалья» о Читинской государственной медицинской академии, ее сотрудничестве с практическим здравоохранением, о своих взглядах на образование, ректор вуза Анатолий Васильевич ГОВОРИН философски заметил:

- Медицинское образование и практическое здравоохранение как две руки – правая и левая. Кто из них правая, кто – левая, бывает по-разному, человек может быть левшой, или правшой - это не суть важно. Главное, что мы должны, поддерживая друг друга, вместе решать задачу по оказанию медицинской помощи забайкальцам. И за долгие годы сотрудничества сложились хорошие партнерские отношения и с региональным Министерством здравоохранения, и с медицинскими учреждениями. Нужно отметить, что в последние годы краевое министерство уделяет большое внимание профориентационной работе, проводит во всех районах мероприятия на базе медакадемии, чтобы как можно больше ребят выбирали медицинскую профессию, взаимодействует со студентами и выпускниками, которые вот-вот станут врачами...



АНАТОЛИЙ ГОВОРИН: «65 ЛЕТ ДЛЯ ВУЗА – ВОЗРАСТ РАСЦВЕТА»

ИДЕМ ЗАДАННЫМ КУРСОМ

В сентябре Читинской медицинской академии исполняется 65 лет - для вуза возраст небольшой, можно сказать, возраст расцвета. Сегодня наша академия представлена не только на территории Забайкалья, но и по праву считается одним из лучших вузов Восточной Сибири. Коротко обозначить, с какими результатами мы подошли к этой дате, можно, опираясь на рейтинг ЧГМА среди медицинских вузов страны. Существуют разные рейтинговые оценки, и по одной из них из 46 медицинских университетов и академий мы занимаем 14 место. Это очень неплохая оценка, особенно если учесть, что проводится она на основе семи ключевых показателей, причем единственный из них, по которому мы «хромаем», это обучение в вузе студентов из других стран. И хотя этот критерий с политической точки зрения важен, да и внебюджетное обучение имеет немалое значение для жизнедеятельности вуза, наша основная задача – работать на регионы, готовить врачей для Забайкальского края, а также для Республики Бурятии, с которой нас традиционно связывают очень хорошие тесные отношения. Собственный медицинский факультет республиканского университета пока не очень развит, поэтому на основании договоров мы готовим для медицинских учреждений республики врачебные кадры, и 75% врачей там - наши выпускники. Вуз достойно представлен и в системе образования страны - показателем его авторитета является обучение у нас студентов из других регионов. Нынешний год не стал исключением – в ЧГМА поступили учиться ребята из 29 российских территорий, в том числе – из Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска. Это и показатель авторитета, и одновременно большая ответственность для нас – необходимо постоянно поддерживать столь высокую планку.



Если оценивать приемную кампанию в этом году, я бы поставил «отлично»: мы набрали хорошо подготовленных детей, проходной балл на лечебный факультет составил 227, на стоматологический - 225, на педиатрический – 221, в

сравнении с другими читинскими вузами мы - лидеры. На 100% выполнен и набор на внебюджетное обучение. В общей сложности студентами вуза в этом году стали 480 выпускников школ, 235 из них будут обучаться в академии на бюджетной основе и 245 – на коммерческой.

ДОСТОЙНЫЕ УСЛОВИЯ – ДОСТОЙНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В значительной мере высокий уровень знаний наших студентов определяется достойной учебной и материальной базой, которой располагает сегодня наш вуз. Если говорить о подготовке на теоретических кафедрах, которые располагаются в главных корпусах на территории нашего городка и оснащены современным оборудованием. Уникальные возможности для подготовки студентов академии и проведения научно-исследовательских работ предоставляют и наши лаборатории - в рамках этого направления на базе академии действует научно-исследовательский институт с тремя лабораториями: молекулярной медицины, иммунологии гемостаза и генетической. Все они позволяют проводить исследования на самом высоком уровне. Два года назад генетическую лабораторию во время визита в Читу посетила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова - она занимается генетикой, и отметила, что была приятно удивлена, что в Чите проводятся генетические исследования такого уровня.

Клиническими базами для подготовки будущих врачей являются все клинические больницы краевой столицы, где и располагаются кафедры. Между ними и медицинскими учреждениями за долгие годы сформировались тесные взаимовыгодные отношения. Немаловажным фактором в развитии каждой кафедры являются личности их руководителей – они не просто пользуются авторитетом коллег и студентов, являются лидерами, но и исключительными специалистами в своей области, способными передать ученикам собственный огромный опыт и незаурядные навыки.

Стоматологический факультет имеет в своем распоряжении уникальную клинику, с поликлиническим отделением, где ведут прием наши сотрудники. Кроме стоматологических отделений здесь действует современный глазной центр, где предоставляется высокотехнологичная медицинская помощь. Работает клиника и на соседние регионы, причем лечатся здесь не только пациенты из Бурятии – мы имеем возможность оказывать стоматологическую и офтальмологическую помощь и жителям других территорий.

Созданы для студентов и достойные условия для проживания, мы располагаем прекрасными общежитиями, где проведен капитальный ремонт. В прошлом году был закончен ремонт в общежитии стоматологического факультета. Каждый факультет имеет свое общежитие, за которым закреплен свой куратор. Порядок и железная дисциплина – их неотъемлемые традиции, поэтому студенты с удовольствием живут в наших общежитиях, причем стоимость проживания здесь чисто симоволическая – она составляет 700 рублей в месяц. Содержание общежитий сегодня, конечно, тяжелое финансово-хозяйственное бремя для вуза, но мы его несем: содержим, ремонтируем, обеспечиваем и отказываться от него не собираемся. Имеется и общежитие для молодых преподавателей и семейных студентов. Да, мы поддерживаем студенческие семьи - это очень важно, потому что кризис, в который мы в очередной раз попали - длительный и тяжелый демографический кризис, так называемый рецидив «русского креста», заставляет задумываться о том, насколько это необходимо. Кроме того, у нас создана прекрасная база для





СТРОКИ ИЗ БИОГРАФИИ

Анатолий Васильевич ГОВОРИН - доктор медицинских наук, профессор. Заслуженный врач РФ, академик РАЕН. Родился 29 декабря 1952 года в с. Нерчинский Завод Читинской области. Окончил Читинский государственный медицинский институт в 1976 году. В 1979 г. был избран на должность ассистента кафедры госпитальной терапии, в 1984 г. защитил кандидатскую диссертацию, в 1992 г. - докторскую диссертацию, в этом же году А.В. Говорину было присвоено звание профессора. С 1989 года заведует кафедрой факультетской терапии. 26 мая 1999 года был назначен на должность ректора ЧГМА на основании выборов, проведенных коллективом.

А.В. Говориным опубликовано более 560 научных работ (12 монографий и 12 изобретений), профессор неоднократно принимал участие в международных научных форумах по кардиологии в Японии, Швейцарии, Австрии, на Кипре. Под его руководством выполнены и успешно защищены 12 докторских и 27 кандидатских диссертаций. В числе достижений на посту ректора - улучшение материальной базы академии, укрепление социальной защищенности профессорско-преподавательского состава и студентов, повышение рейтинговых показателей вуза. Награжден медалями «За заслуги перед отечественным здравоохранением», «За заслуги перед Читинской областью», нагрудным знаком «Отличник здравоохранения Российской Федерации», является почетным гражданином города Читы. Награжден орденом Серафима Саровского II степени за строительство храма Св. Луки.

занятий спортом, для развития творчества – сегодня в академии насчитывается 17 творческих коллективов различной направленности, имеется своя база отдыха «Арахлей», где наши студенты-отличники в качестве поощрения отдыхают бесплатно.

НА ЗАВИСТЬ ЛЮБОМУ ЦЕНТРАЛЬНОМУ ВУЗУ

Особенность Читинской государственной медицинской академии - молодой профессорско-преподавательский состав, такому количеству молодых докторов наук и профессоров может позавидовать любой центральный вуз. Политика подготовки кадров, начиная от ординатуры, аспирантуры, защиты кандидатских диссертаций, а потом и докторских - важнейшая задача для нашего коллектива. Сегодня мы имеем результаты, которыми можно гордиться, например, совсем недавно наш юный доктор наук, профессор Анатолий Сахаров, в 32 года блестяще защитив докторскую диссертацию по психиатрии, стал самым молодым доктором наук в нашей стране. В этом году моя ученица, которой 36 лет, защищает в Красноярском крае докторскую диссертацию, посвященную исследованию поражений сердца при циррозе печени.

Сейчас возобновляет свою работу совет по защите кандидатских и докторских диссертаций, многие годы эффективно функционировавший в академии, но в силу реорганизации временно закрывавшийся. И вновь на нашей базе продолжится подготовка кадров высшей квалификации: кандидатов, докторов медицинских наук - очень важное направление для региона, особенно на фоне такой серьезной проблемы, как отток специалистов.

Не обходит стороной эта беда и нас – приходят в мой кабинет молодые преподаватели, кандидаты и доктора наук, пишут заявления, увольняются и уезжают. За последнее время три доктора наук - молодых и перспективных - ушли из медакадемии. Говорю об этом с болью в сердце, анализировать причины нет смысла – они понятны, хотя мы создаем условия для сотрудников, и жилье у нас имеется, и общежитие. В свое время нам удалось принять участие в целевой программе, в рамках которой в Доме ученых, расположенном в районе стадиона ЗабВО, получили 37 квартир молодые преподаватели, которые имели ученую степень. Это сыграло колоссальную роль в стабилизации профессорско-преподавательского состава Читинской медицинской академии.



Немаловажное значение имеет и материальное стимулирование – зарплату своим преподавателям, на мой взгляд, мы платим достойную. При этом – каждому свою, принципы стимулирования в ЧГМА достаточно жесткие, вознаграждение дифференцированное – каждый получает свою собственную заработную плату по результатам ежегодной аттестации и суммы зачетных баллов. Причем очень большая ее часть выплачивается как раз из внебюджетных средств: за оказание медицинских и образовательных услуг, за научную деятельность, из средств грантов.





ВРАЧИ, КОТОРЫХ ОСОБЕННО ЖДУТ

Замечательно, что мы вернулись к целевой подготовке студентов. Считаю, что отмена государственного распределения в свое время была ошибкой. Ведь если человек учится за счет государства (а обучение в системе медицинского образования дорогостоящее), а затем уходит в никуда – в частные медицинские центры, например, то это неправильно. Ведь страдают-то в итоге пациенты, которые не просто пациенты, а налогоплательщики, за счет средств которых и обучался специалист. Распределение нужно возвращать, и человек, который учился на бюджетной основе, должен честно отработать три года там, где он нужнее всего, как это совершенно справедливо было в старые добрые времена. И единственной альтернативой распределению сегодня является целевая подготовка студентов. Замечательно, что принят закон о целевой подготовке, и в дальнейшем его планируется расширить. Договоры

на обучение по целевому направлению имеют нормальную юридическую силу: студент при поступлении преодолевает меньший конкурс, имеет другие льготы и должен после окончания вуза отработать предусмотренное время там, где его ждут в соответствии с договором. А если нет - компенсировать затраты на свое обучение с учетом инфляции. Это нормально, и это позволит нам укрепить систему кадров государственных медицинских учреждений.

То же самое касается и клинической ординатуры – в этом году почти 90% мест туда были целевыми, и это тоже правильно - и с государственных позиций, и с точки зрения пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРЕМЕН ОЦЕНИТ ВРЕМЯ

Изменения в системе подготовки врачебных кадров и первичная аккредитация – вопрос, на мой взгляд, спорный. Аккредитация – оценка подготовки наших студентов-шестикурсников, проводится в академии уже второй год (на стоматологическом факультете - третий). И преподаватели, к сожалению, или к счастью, не имеют к ней никакого отношения. Выпускники проходят испытания, и мы только на экране компьютера видим, как они это делают. Но, так или иначе, наши студенты и в этом году блестяще подтвердили свои знания, причем никаких проблем при этом не возникло.

А вот о том, что, минуя интернатуру, они приходят сразу на работу в первичное звено, можно и пофилософствовать, и поспорить. При этом плоды этих реформ мы ощутим только спустя какое-то время. Лично я отмену интернатуры считаю ошибкой, потому что год за годом видел на примере наших интернов, как они приходили в интернатуру в сентябре совсем еще детьми, и какими они были уже к маю: уверенными и ко всему адаптировавшимися. Разумнее было бы предварительно перейти на систему подготовки через субординатуру, как это уже было когда-то раньше. После пяти лет учебы и года в субординатуре выпускники были прекрасно подготовлены по четырем основным направлениям работы: терапии, педиатрии, хирургии и акушерству и гинекологии. Сейчас же они без всякого переходного периода прямо со студенческой скамьи приходят сразу в первичное звено. Конечно, чтобы помочь им, мы внесли в программу обучения изменения – теперь на шестом курсе делаем упор именно на знания, которые нужны врачу амбулаторного звена: неотложные состояния, первичную профилактику и др. Многое зависит

АКЦЕНТ - НА ПРОФИЛАКТИКУ

По данным разных авторов показатели здоровья человека зависят от здравоохранения максимум на 10-30%. Образ жизни, профилактика, генетика – вот три основных его составляющих. Очень важным является и отношение к жизни в целом, состояние в стране – это подтверждает известный факт, что в период массовой депрессии количество заболеваний, в частности сердечно-сосудистых, возрастает. При депрессии в два с половиной раза увеличивается и риск внезапной смерти.

Я по специальности - терапевт, кардиолог, уже 44 года занимаюсь лечением кардиологических больных, и весь мой профессиональный опыт – подтверждение тому, что профилактика является важнейшим направлением. Не зря это было заложено когда-то нашими корифеями, не зря считалось первостепенным и в советской медицине. Сегодня мы об этом забыли, потому что на первое место вышло оказание медицинской услуги. И чем более высокотехнологичной является эта услуга – тем она более дорогостоящая. А ведь решать многие «сердечные» проблемы можно, не доводя до кардиохирургии, и большинство людей доживают до преклонных лет именно так. Но при этом человек должен помнить, что если он курит, то в среднем он не доживает 20 лет. Он должен заниматься физкультурой – может быть, даже не спортом, а именно физкультурой. Он должен понимать, от употребления какой пищи развивается множество болезней. Но на первом месте, конечно, здоровье духовное: что мы думаем - то мы и есть, плохие мысли – плохие болезни, кортиковисцеральную теорию никто не отменял.

Отдельный факт, бич здоровья человека – массированная алкоголизация русского народа, почему-то особенно склонного к этому. Посмотрите, как вымирает Россия от алкоголя, который государство не контролирует. Никто не отвечает за производство суррогатов - на каждой бутылке в качестве производителя указано ООО. В первые годы своей работы я начинал дежурить в токсикологическом отделении. Тогда глубокая алкогольная кома с содержанием алкоголя в крови 5-6-8 промилле лечилась промыванием желудка, и через два часа человек уже был в порядке. Сегодня 1,5 промилле в крови может привести к полиорганной недостаточности и недельному лечению в реанимации. Это как раз и свидетельствует об уровне качества алкогольных напитков. И в первую очередь об этом должна знать молодежь, студенты Читинской медицинской академии - знают...





теперь и от наставничества, и от руководства лечебного учреждения, куда пришел работать молодой доктор, и от поддержки коллег на начальном этапе.



НА ПЕРВОМ МЕСТЕ – НЕ ОБУЧЕНИЕ, А ВОСПИТАНИЕ

Чем больше я работаю в вузе, а работаю я здесь уже очень давно – в этом году исполняется 20 лет, как я являюсь ректором, тем больше признаю правильность вывода, что на первом месте стоит даже не обучение, а воспитание. Если в наше непростое время, которое по многим причинам можно охарактеризовать как время бездуховности, удается воспитать порядочного и честного специалиста, который действительно будет выполнять клятву Гиппократа и достойно нести крест своей профессии – а она порой требует именно этого, то он априори будет хорошим специалистом. Потому что возможность получать информацию, обучаться, повышать свой профессиональный уровень у него сейчас имеется всегда – было бы желание. Но не дай Бог, если мы в процессе обучения медицине получим гениального злодея – а таких проблем тоже сегодня немало.



Мы живем в очень непростое время, время–испытание, когда между пациентом и врачом появились деньги. И врач, который раньше выступал как священник, стоял на страже здоровья, сегодня, к великому сожалению, превратился в продавца медицинских услуг. И это очень плохо. Я убежден, что со временем такое отношение изменится, но сложный период нужно пройти достойно, а это не у всех получается. Какую надо иметь сердцевину в душе, каким надо быть человеком, чтобы не поскользнуться на этом соблазне? Поэтому для наших будущих врачей так важно воспитание - чтобы они могли пройти свой профессиональный путь и не забывать заповеди. А заповеди по сути своей простые: относись к ближнему так, как хотел бы, чтобы относились к тебе. Если речь о медицине: относись к больному человеку так, как бы ты хотел, чтобы относились к тебе, когда ты сам заболеешь – а заболеешь ты рано или поздно обязательно, такова жизнь.

Огромное значение здесь приобретает воспитание не в процессе учебы, а у койки больного. К тому же с первых дней за каждой группой у нас закреплен преподаватель-воспитатель, который ведет своих подопечных до третьего курса. Такой подход к воспитанию позволяет нам видеть к окончанию учебы наших студентов врачами, обладающими сердцем, открытым для людей, и смотрящими в будущее с надеждой на лучшее. Правда, порой окунувшись в реалии жизни, они грустнеют и теряют часть оптимизма – но с этим уже ничего не поделаешь.

Основа образовательного процесса – это воспитание, это Учитель, который должен быть в обществе человеком номер один. Будет профессия учителя считаться достойной, престижной, уважаемой – будут хорошие педагоги, а, значит, и подготовленные дети, которые в дальнейшем станут настоящими специалистами. А сегодня, когда на педагогические факультеты поступают дети с минимальными баллами ЕГЭ и учителями становятся вчерашние двоечники, какой результат мы хотим получить? Я по образованию хоть и врач, но преклоняю голову и колени перед учителями. Кто твой первый учитель, что он сумел заложить в тебе, какие мотивации посеял в твоей душе - так все и будет в твоей дальнейшей жизни…

Записала Ирина Белошицкая



Диспансеризация взрослого населения - один из основных разделов работы первичного звена Краевой больницы №3, расположенной в поселке Первомайский. Еще с 2015 года для этих целей здесь открыт и действует на базе поликлинического отделения кабинет медицинской профилактики. Именно на него в соответствии с действующим законодательством возложены обязанности по организации, учёту и контролю за проведением диспансеризации взрослого населения. О том, какие новшества здесь удалось внедрить, чтобы сделать процесс диспансеризации менее затратным по времени и более удобным, как для пациентов, так и для медицинских специалистов, рассказывает главный врач Краевой больницы №3 поселка Первомайский Николай ГОРЯЕВ:



ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДАЕТ РЕЗУЛЬТАТЫ

- Основной процесс диспансеризации в нашей больнице сконцентрирован в кабинете медицинской профилактики, оснащённом в соответствии с требованием Приказа МЗ РФ «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики ХНИЗ и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях», а сама диспансеризация проводится строго в соответствии с планом-графиком, который имеется на каждом терапевтическом участке, и контролируется руководителем больницы и врачом кабинета медпрофилактики. Кроме того, по инициативе администрации нашей больницы при администрации посёлка был создан Общественный совет по здравоохранению, где предметом обсуждения становятся и вопросы диспансеризации определённых групп взрослого населения, а основные цифры по результатам диспансеризации доводятся до широкого круга населения. Материалы на тему диспансеризации и все необходимые разъяснения по этому поводу неоднократно публиковались в местной газете «Первомайские ведомости».



Для информирования граждан о необходимости пройти диспансеризацию мы используем все доступные способы: СМС-рассылки, приглашение по телефону, возможность рассказать об этом во время приёма врачей, а также старый проверенный способ - наглядную агитацию.

С введением нового порядка прохождения диспансеризации (Приказ МЗ РФ №869н от 26 октября 2017 года) процесс ее проведения упростился. Пациенты с первой и второй группами здоровья проходят диспансеризацию за один день. Для того, чтобы это стало возможным, пришлось провести дооснащение кабинета медицинской профилактики новым оборудованием. В текущем году он пополнился новым шестиканальным электрокардиографом, что позволило нашим специалистам проводить ЭКГ-обследование непосредственно в кабинете медпрофилактики. В результате за первое полугодие 2018 года в КМП было снято 256 электрокардиограмм.

Кроме того, кабинет медицинской профилактики оснащён в достаточном количестве анализаторами определения холестерина и сахара крови – эти методики обследования здесь также доступны. За первые шесть месяцев текущего года проведены экспресс-исследования 893 пациентов, что составляет 76% от всех обследований на содержание холестерина и сахара крови (остальные пациенты прошли через клиническую лабораторию). Имеют возможность использовать данные обследования



и мобильные бригады, находящиеся на выезде. За первое полугодие 2018 г. в кабинете медицинской профилактики было впервые выявлено 23 гипергликемии (К73.9) без наличия диагноза «сахарный диабет», а в дальнейшем у шести пациентов был установлен диагноз «сахарный диабет». Причем до прохождения диспансеризации обследуемые не знали о повышенном уровне содержания сахара в крови. У 30 пациентов зафиксировано повышенное содержание холестерина. После исследования липидного спектра вне рамок диспансеризации изменения в липидограмме обнаружены у 12 человек, шести пациентам назначена статинотерапия, с каждым из них проведено углублённое консультирование.

Новый Порядок утвердил онкологический скрининг для взрослого населения в определённые возрастные периоды, включающий исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом и маммографию (диспансеризация один раз в два года). С учётом проведения трехгодичной диспансеризации маммография была проведена 343 женщинам (291 человек по двухгодичной). Трое из обследованных женщин именно во время диспансеризации впервые узнали о наличии у них рака в 1-2 стадии и предрака молочной железы.

С 2018 года в нашей больнице стало проводиться исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом, для этого были закуплены тест-полоски. За первое полугодие нынешнего года проведено 644 обследования. Необходимо отметить, что с помощью данного метода было выявлено восемь патологических отклонений (кровоточащий полип, трещины и т.д.), в том числе заподозрено одно злокачественное новообразование поперечно-ободочной кишки. На втором этапе диагноз подтверждён - рак 1-2 стадии. Всего за прошедший период исследование кала на скрытую кровь проведено около 900 пациентам.

За первые шесть месяцев текущего года во время диспансеризации 210 человек впервые узнали о наличии у них различных заболеваний. 35 пациентам был выставлен диагноз «гипертензия», пациенты взяты на учёт, им назначена базисная терапия, проведены углублённое консультирование и обучение неотложным мерам с целью профилактики инсульта и инфаркта. Все они обеспечены памятками. 32 гражданам после диспансеризации пришлось обратить внимание на свой вес, поскольку медики указали на наличие ожирения, со всеми были проведены беседы и даны рекомендации по снижению веса.

В первом полугодии 2018 г. план диспансеризации в Краевой больнице №3 выполнен на 57,8% (норматив — 49,8%), за аналогичный период 2017 процент выполнения также был выше установленного норматива - 54,1%. На второй этап диспансеризации специалисты нашей больницы направили 625 пациентов, что составляет 53,2% от количества прошедших первый этап (норматив - 30%). В 2017 году было направлено на дополнительные обследования только 19,2% пациентов, осмотренных на первом этапе диспансеризации. Такое увеличение связано с новым Порядком, который закрепил положения о направлении на второй этап диспансеризации для проведения углублённого консультирования пациентов с такими заболеваниями, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, ХИЗНК, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, ХБП, а также консультирование лиц старше 75 лет по профилактике старческой астении, риска падений и т. д. В результате за первое полугодие 2018 года проведено 758 консультирований, что составляет 83,1% от подлежащих. Опыт работы коллектива Краевой больницы №3 пос. Первомайский показывает - диспансеризация даёт результаты!

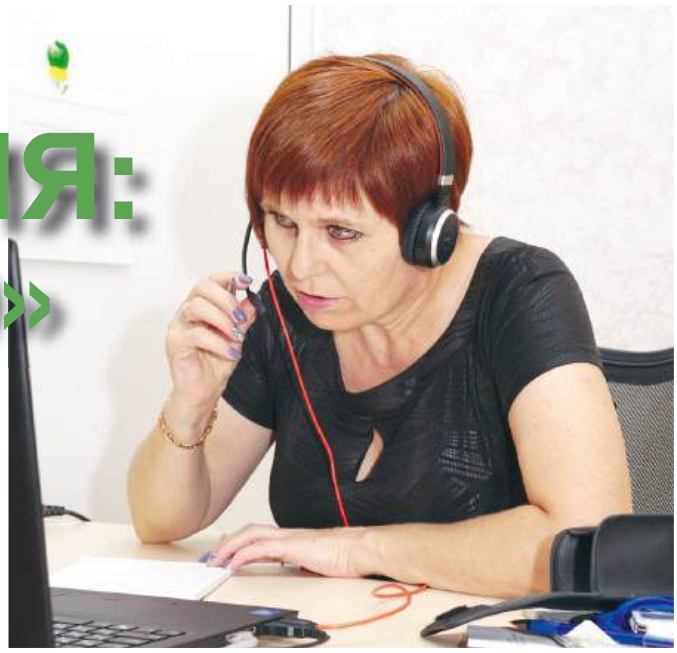








СТАТУС ОБРАЩЕНИЯ: «РЕШЕНО»



Наверное, это единственная служба в системе здравоохранения края, где ровно половина сотрудниц – Натальи. И многих из них звонящие уже узнают по голосам и даже просят именно ту Наташу, с которой привыкли общаться. Эта служба – «Горячая линия» Министерства здравоохранения Забайкальского края.

- Добрый день, что у вас случилось?

- Вы из Новокручининска звоните?

- Вы вызывали врача на дом?

…Голоса операторов сливаются в один негромкий фоновый шум. Стучат клавиши, обращение сразу же вносится в специальную программу, где распределяется по темам и категориям проблем. А после звонка сотрудница, если требуется, начинает обзванивать нужные службы и организации – на то, чтобы разрешить проблему, у нее всего 24 часа.

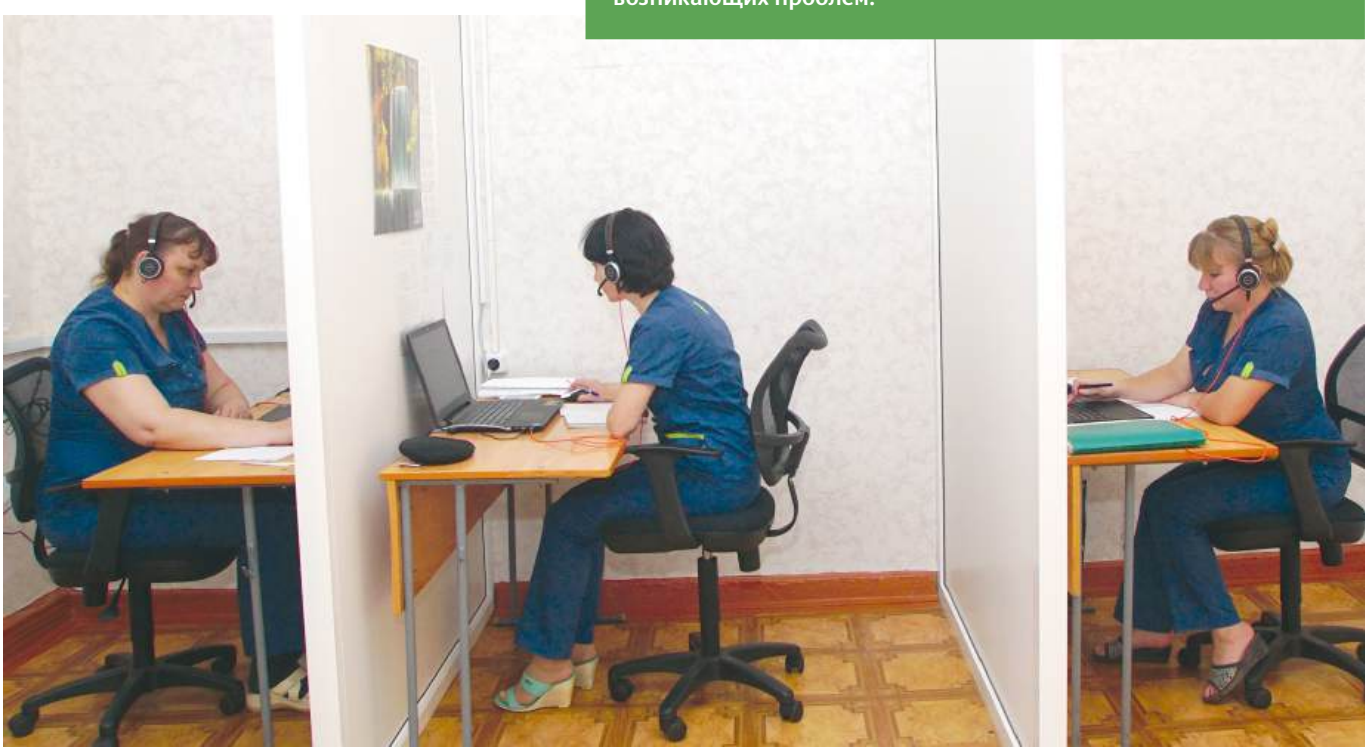
- Такого короткого срока нет практически ни в одном регионе, - говорит Наталья Трипутина, руководитель отдела «Горячая линия» Министерства здравоохранения Забайкальского края. – Но мы укладываемся.

В том виде, в каком горячая линия работает сегодня, забайкальцы познакомились только в мае этого года. И сегодня, чтобы получить ответы на свои вопросы, им достаточно набрать номер только одного телефона – 21-03-03.

До того, как служба приняла нынешний формат – круглосуточный, и единый номер телефона, в Министерстве здравоохранения края пробовали разные варианты. Были в ведомстве и назначенные ответственные - каждый по своей специализации, были и собственные «горячие» телефоны в медицинских организациях. Но наиболее удачной оказалась именно эта форма, чему подтверждение – ни минуты тишины в кабинете, где расположилась служба. А базой для ее размещения стал Читинский медицинский колледж. Он же вложился в закупку оборудования, ремонт и установку многоканального телефона. Всего на оснащение горячей линии было затрачено около полумиллиона рублей. Но если

«Решено»

Евгения Хусейновна Р. выражает огромную благодарность за внимательное и чуткое отношение сотрудников горячей линии Министерства здравоохранения Забайкальского края за профессионализм и доброжелательность. Очень рада, что появилась возможность в кратчайший срок решить большое количество возникающих проблем.



эти деньги монетизировать в количество разрешенных проблем, то наверняка большая доля затраченных средств уже оправдалась.

- У нас есть одна постоянная пациентка, - Наталья



Анатольевна улыбается, сама не раз с ней общалась, - которую уже все наши операторы по голосу узнают.

И это правда. Жительница одного из пригородных поселков на горячую линию во время моего знакомства со службой звонила уже в 15-й раз. И ей здесь всегда идут навстречу, впрочем, как и всем остальным – долг обязывает.

С десятого мая на «горячий» телефон поступило больше 3,5 тысяч звонков. И как здесь с гордостью говорят, все обращения были отработаны в срок. Хотя попадались и тяжелые случаи. Например, одной женщине из приграничного села нужно было пройти переосвидетельствование по инвалидности и получить другую группу, а предыдущую справку МСЭ она потеряла. Ситуация осложнялась еще и тем, что пациентка была практически прикованной к кровати, а близких, которые могли бы взять на себя хлопоты о ней, не было рядом. И тогда она обратилась в службу. И девочки, так



сяласково называет своих сотрудниц Наталья Анатольевна, отработали по максимуму: созвонились с ЦРБ, к которой прикреплена больная, с ФАП ее населенного пункта, с комиссией МСЭ, увязали все их действия и сегодня пациентке остается только ждать вердикта комиссии.



- Специалисты к ней на дом выезжали, в том числе лаборанты, надо же было еще все анализы собрать для экспертизы, - рассказывает Наталья Трипутина. – Но это один из случаев, когда приходится задействовать многих специалистов и разные организации. В основном же многие вопросы решаются через ответственных за взаимодействие с нами, которые назначены в каждом лечебном учреждении приказами.

К слову, здесь с удовольствием отмечают то, как плодотворно удается сотрудничать с Забайкальским краевым онкологическим диспансером. Все вопросы решаются оперативно и в срок.



«Решено»

Ирина Ивановна Д., находившаяся на стационарном лечении в Городской клинической больнице №1, выражает благодарность врачу лор-отделения К.В. Джумаеву, медицинским сестрам: Галине Федоровне, Любови Владимировне, Марине Валерьевне Гроздевой, а также всему медицинскому персоналу под руководством В.Н. Мальцева за внимательное отношение, доброжелательность, чуткость, тактичность и сочувствие по отношению к больным. Особо хочет отметить дежурного врача И.А. Помигалову, медбрата Михаила Андреевича за оказание экстренной помощи, за их профессионализм.



Может быть это, а, может, и по каким-то другим причинам, но количество проблем, с которыми обращались забайкальцы по поводу этого учреждения, снизилось.

- Неизменным остается число обращений по вопросам оказания помощи в амбулаторно-поликлинической сети, – констатирует руководитель отдела. - Они ежемесячно занимают примерно 29-30% от всех поступивших звонков. В основном люди звонят по поводу длительных сроков ожидания необходимого обследования, приема врачей, в частности, таких узких специалистов как кардиологи, эндокринологи и неврологи. На третьем месте в данной категории – трудности с получением направлений на исследования или госпитализацию. Чаще всего с такими проблемами сталкиваются жители районов края.

Поступающие жалобы сотрудники службы заносят в программу, которая была разработана специалистами Медицинского информационно-аналитического центра специально для горячей линии. Созданная с нуля система обработки запросов позволяет видеть общую итоговую цифру по месяцам и неделям. Кроме этого, есть функция, указывающая количество обращений, которые находятся в работе и те, по которым уже приняты решения. Последних, кстати, подавляющее большинство.

Самый большой пик звонков здесь – до 16.00 дня. Ночью, как правило, звонят в случае экстренных ситуаций – узнать, например, куда определили пострадавшего в ДТП родственника или же из других регионов.

- Нам звонят из Москвы, Санкт-Петербурга, Амурской области, Сахалина, Хабаровска, Улан-Удэ, Иркутска и других городов, - перечисляет Наталья Анатольевна. – Чаще всего обращаются с вопросами, как пройти санаторно-курортное лечение в наших здравницах. И в этом запросе лидирует Краевой центр медицинской реабилитации Ямкун.

Выдержать напряжение рабочего дня, а здесь операторы работают в день (восемь часов) и в ночь (16 часов), непросто. Обращаются сюда ведь люди не от радости, а порой находясь в отчаянном положении, и не всегда им удается удержать себя в руках. Так что нервное и эмоциональное напряжение иногда зашкаливают, но для этого рядом с операторами всегда их друг и соратник психолог Оксана Матвеева.

- Я горжусь девочками, - так же ласково называет сотрудниц Оксана Витальевна. – Они прекрасно справляются со своими задачами, и я вижу, как растет их профессиональный уровень. Они умеют разговаривать с пациентами, знают, как лучше всего разрядить обстановку и решить их проблему, а на разные непредвиденные случаи всегда рядом мы – Наталья Анатольевна и я.

Но прежде чем достичь такого уровня, специалисты немало потрудились. При отборе в операторы горячей линии осталась только одна пятая часть претендентов. А кто-то ушел уже во время обучения. Кандидатов отбирали по профессиональному образованию, предпочтение отдавалось медицинскому и любому высшему, кроме того, они проходили тестирование, в том числе - на стрессоустойчивость и коммуникабельность. А потом наступило время учебы: изучение государственных гарантий и законодательства в сфере здравоохранения, справочной информации по всем разделам предоставления медицинской помощи, а еще сотрудники должны ориентироваться и в вопросах оказания помощи льготным категориям граждан.

Операторы говорят, что, несмотря на то, что работа далеко не из легких, она интересна и дает возможность расширять кругозор. А с другой стороны – она из тех, что реально приносит людям пользу и помощь. И она стоит того, чтобы по завершению обработки запроса отпечатать зеленым шрифтом в статусе обращения одно слово: «Решено».

Эльвира Паламова

«Решено»

Татьяна Алексеевна А. выражает благодарность за чуткое, внимательное и отзывчивое отношение, профессионализм и добросовестность в работе сотрудников горячей линии Министерства здравоохранения Забайкальского края. Замечательно, что появилась такая линия, позволяющая в кратчайшие сроки решать вопросы, возникающие у пациентов.

«Решено»

Валентина Николаевна Е. выражает огромную благодарность за терпеливое, доброе, чуткое и внимательное отношение со стороны сотрудников горячей линии Министерства здравоохранения Забайкальского края. Желает всем здоровья и всего самого наилучшего.



В солидном возрасте, когда приходит время подводить промежуточные итоги и оценивать прожитый отрезок времени, многие задумываются о том, хотелось ли им изменить что-то в своем прошлом. Почетный гражданин города Читы, заместитель председателя Общественного совета по независимой оценке качества условий оказания услуг населению государственными медицинскими организациями, созданного при Министерстве здравоохранения Забайкальского края, Людмила Грищёва уверена, что пошла бы по тому же пути, который избрала, поскольку не мыслит своей жизни без медицины. Вот и теперь, имея законное право на заслуженный отдых, она продолжает активно работать в своей любимой отрасли, заниматься общественной деятельностью, делиться опытом с молодыми специалистами.



МЕДИЦИНА СТАЛА СМЫСЛОМ ЖИЗНИ

«НЕПРЕМЕННО ДОЛЖНА БЫТЬ ВРАЧОМ»

Как вспоминает Людмила Степановна, будущего врача в ней начала взращивать ее бабушка Зинаида Даниловна – женщина неграмотная, но обладавшая удивительной жизненной мудростью.

- Я всегда говорила, что у меня две мамы – это моя мать и бабушка… Жили мы в Омске. Родители работали, и все заботы о моем воспитании взяла на себя бабушка, которая оказала влияние на мой выбор профессии, - рассказывает наша собеседница. – Она была младшим медицинским работником в больнице, очень любила свою работу и постепенно пробуждала во мне интерес к медицине с помощью игр. Так у меня с раннего детства сформировалось убеждение, что я непременно должна стать врачом.

Отца Людмилы Степановны переводили с одного места работы на другое, поэтому семье не раз приходилось менять города и даже регионы. В первый класс Людмила пошла в Читинской области, с пятого класса она училась в городе Черемхово Иркутской области.



Юбилей поликлиники - 25 лет

- В черемховской школе мы с 9 по 11 классы проходили профессиональное обучение: мальчики – по специальности «слесарь», девочки осваивали навыки швеи или медсестры-воспитателя. Разумеется, я выбрала направление «медсестра-воспитатель», - вспоминает Людмила Степановна. – Один день в неделю у нас был посвящен профессиональным занятиям – мы помогали сотрудникам детского сада, яслей, местной больницы. Я выполняла эти обязанности с огромным желанием и интересом. Особенное отношение уже тогда у меня сложилось к пациентам хирургического отделения – было жалко людей, переживших сложные операции. Уже в те юные годы я была влюблена в медицинскую профессию и решила: непременно стану врачом.

К тому моменту, когда Людмила окончила школу, ее родители переехали в поселок Арбагар Читинской области, поэтому девушка поступила в Читинский государственный медицинский институт. Обучение доставляло ей радость, поскольку она всецело была готова отдать себя медицине.

После окончания ЧГМИ в 1971 году Людмила Степановна вместе с мужем врачом–травматологом Олегом Ивановичем Грищёвым отправилась по распределению в город Междуреченск Кемеровской области.

- В институте я интересовалась хирургией, посещала кружки по этому направлению и мечтала стать хирургом. Но одна из преподавателей на кафедре госпитальной терапии, смеясь над тем, что я часто забывала фонендоскоп, утверждала, что мне суждено быть терапевтом. Так и вышло – Кемеровский облздрав дал мне направление в терапию. Я плакала, упрашивала позволить мне работать в хирургии, но политика партии и правительства тогда заключалась в том, что важнее всего – укомплектование кадрами первичного звена, а именно терапевтического профиля, - вспоминает Людмила Грищёва.

В итоге свою профессиональную деятельность она начала в должности врача-терапевта цехового врачебного участка больнично-поликлинического объединения Междуреченска. Ей приходилось заботиться о здоровье работников горной промышленности. Тогда значительную роль в становлении


На демонстрации

молодого врача сыграл коллектив междуреченской поликлиники, которому Людмила Степановна искренне благодарна.

«ВСЕГДА ВСТРЕЧАЛА ЗАМЕЧАТЕЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ»

Через три года жизни в Кемеровской области Олег Иванович затосковал по родной Чите и убедил жену вернуться в Забайкалье. Однако места в областной столице для супругов не нашлось, и они вынуждены были уехать в Газимуро-Заводский район, где Олег Грищёв возглавил районную больницу, а Людмила Степановна продолжила работу врачом-терапевтом.

Через 2,5 года на семинаре главных врачей в Чите Олег Грищёв узнал о том, что поликлинике бурно развивающегося Камвольно-суконного комбината срочно необходим цеховой терапевт. Семья Грищёвых вернулась в Читу. Людмила Степановна заняла должность цехового терапевта в поликлинике № 1 поселка КСК и уже через два года возглавила ее.

- Главной нашей задачей на тот момент было добиться высокого уровня оказания первичной медицинской помощи. Из семи тысяч работающих на КСК 80 процентов составляли женщины, здоровье которых нужно было оберегать. На самом комбинате работали три фельдшерских здравпункта (причем один из них – круглосуточно) и один врачебный, где вели прием врачи-терапевты, гинекологи, стоматологи. Работали физиокабинет, комнаты гигиены, - рассказывает наша героиня. – Сотрудникам комбината, страдающим заболеваниями желудочно-кишечного тракта, предоставляли лечебное питание в диетическом зале. Работникам КСК выделяли путевки в санатории.

Став главным врачом в 1979 году, Людмила Грищева продолжила работу по улучшению качества оказания сотрудникам КСК первичной медицинской помощи, по развитию таких направлений, как профилактика и реабилитация. Поселок быстро рос, поэтому ему потребовалось отдельное здание поликлиники. В 1982 году оно появилось – просторное, трехэтажное. Людмила Грищева принимала самое активное участие в его возведении – неустанно следила за ходом работ, а потом приложила немало усилий для его оснащения необходимым медицинским оборудованием.

- Мне повезло, что на профессиональном пути я всегда встречала замечательных людей, которые помогали мне. Я благодарна главной медицинской сестре поликлиники №1 Тамаре Михайловне Киргизовой, заведующей терапевтическим отделением Нине Александровне Аверьяновой, моей медицинской сестре Ирине Сергеевне Хоробрых, которая позднее стала главной медсестрой поликлиники, заведующей фельдшерским здравпунктом Марии Ивановне Толокновой. Эти люди помогали в моем профессиональном становлении, а потом поддерживали меня, ставшую уже главным врачом, - отмечает Людмила Степановна.

В марте 1997 года нашу героиню назначили заместителем начальника департамента здравоохранения и социальной поддержки администрации города Читы, которое позже было переименовано в комитет здравоохранения. По ее воспоминаниям, это было страшное время: зарплату медицинским работникам не выплачивали по 8-9 месяцев, медики выходили на забастовки, из-за коммунальных долгов в учреждениях отключали отопление и электричество, оснащение медицинских организаций расходными материалами и оборудованием оставляло желать лучшего. Но те, кто стояли у руля городского здравоохранения, сумели уберечь его от окончательного разрушения: ни одно учреждение не было закрыто, пристальное внимание по-прежнему уделялось профилактике материнской и младенческой смертности, социально значимых заболеваний, подготовке и переподготовке кадров, разработке и утверждению муниципальных программ по здравоохранению.

По словам Людмилы Грищёвой, когда в 2000 году к власти в городе пришел Анатолий Михалев, отношение к здравоохранению изменилось в положительную сторону. Все долги за коммунальные услуги были погашены, заработную плату стали выплачивать регулярно, началось оснащение медучреждений новым оборудованием, шло укомплектование кадрами. Врачи и пациент, наконец, смогли вздохнуть спокойно. В Центральном районе города в 2006 году появилась еще одна детская поликлиника, началось возведение кардио-ожогового корпуса Городской клинической больницы № 1.

ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ И ТАЛАНТЛИВЫЙ КУЛИНАР

В 2007 году Людмила Грищёва решила уступить дорогу молодым и уйти с поста заместителя председателя комитета здравоохранения администрации городского округа г. Чита. До 2012 года она оставалась внештатным специалистом комитета по организационно-методической работе. Когда городские учреждения здравоохранения было решено передать на краевой уровень, она ушла на заслуженный отдых, но так


Коллектив поликлиники

и не смогла смириться с жизнью обычного пенсионера – ей хотелось и впредь посвящать себя медицине, передавать бесценный накопленный опыт. В 2013 году ее пригласили войти в состав новой организации – Общественного совета по независимой оценке качества оказания услуг в государственных учреждениях здравоохранения. Когда здравоохранение столкнулось с очередной реорганизацией, запомнившейся забайкальцам как оптимизация, Людмила Грищёва оставила Совет, но под занавес уходящего 2016 года вернулась, только уже в качестве заместителя председателя.



- Сейчас это структурное подразделение Минздрава называется Общественным советом по проведению независимой оценки качества условий оказания услуг населению медицинскими организациями. В него входят одиннадцать человек, - поясняет Людмила Степановна. – Мы оцениваем информированность пациентов в медицинских учреждениях Забайкалья, уровень предоставления комфортных условий пациентам, время ожидания в регистратуре и у кабинета специалиста. Также уделяем внимание доступности медицинских услуг для людей с инвалидностью. Сейчас мы проводим масштабную работу по анкетированию пациентов 17 забайкальских учреждений здравоохранения. В это число входят семь медицинских организаций Читы и 10 центральных районных больниц. Полученная информация позволит выявить недочеты в работе медицинских организаций и подготовить предложения для руководителей медучреждений по улучшению качества работы.



Участники Пироговского съезда, 1997 г.

Помимо самоотверженной работы в медицине, Людмила Грищёва всегда была активным общественным деятелем Читы. Десять лет она являлась депутатом пяти созывов Совета Черновского района города. Выставляя свою кандидатуру на должность мэра забайкальской столицы, Анатолий Михалев назначал Людмилу Грищёву своим доверенным лицом. Довелось ей также быть доверенным лицом когда-то кандидата в губернаторы Забайкальского края Равиля Гениатулина. В 2018 году в Чите начала свою работу городская Общественная палата, в состав которой вошла и Людмила Степановна.

У Людмилы Грищёвой огромное количество наград, подчеркивающих ее профессиональные заслуги, но особо она дорожит присвоенным ей в 2018 году званием «Почетный гражданин города Читы». Она до сих пор с трепетом вспоминает торжественную церемонию награждения на главной площади города в день рождения краевой столицы.

Счастливо сложилась у Людмилы Степановны не только профессиональная и общественная, но и семейная жизнь. По ее словам, именно семья всегда помогала ей справляться с жизненными и профессиональными трудностями, была верной поддержкой и опорой. Супруги Грищёвы воспитали двоих детей: сын имеет высшее педагогическое и юридическое образование, дочь – высшее экономическое. Дети подарили своим родителям троих внуков. Старший из них окончил Санкт-Петербургский государственный университет, владеет в совершенстве английским и испанским языками, в настоящее время работает в Париже. Внучка получает образование в Санкт-Петербурге в Институте психологии и социальной работы. Самая маленькая внучка учится в пятом классе ставропольской школы. Она обладает музыкальным талантом – стала победителем регионального конкурса юных дарований «Ступень к мастерству» в Ставрополе, лауреатом первой степени международного конкурса в Париже.

Людмила Грищёва обожает готовить. Говорит, что если бы так не любила медицину, то избрала бы в качестве профессии поварское дело. Супруги Грищёвы очень любят лес, проводят много времени на природе, они – заядлые ягодники и грибники. Чтение – также одно из серьезных увлечений Людмилы Степановны и Олега Ивановича, к которому они пристрастили и своих детей. В пример молодым супруги Грищёвы всегда открыты для новых знаний.

Юлия Болтаевская



КОГДА ИСТИНА В... ЭКСПЕРТИЗЕ

...На столе череп с золотыми зубами и огромной дырой в затылке. Рядом лежат человеческие кости. Эксперт крутит в руках череп и внимательно его рассматривает. По желтизне останков понятно, что им уже не первый год. А на полу рядом со столом – клочки одежды цвета земли. С первого раза и не догадаешься, что это – то ли бумага, то ли еще что. Полуистлевшая ткань потеряла все краски и сроднилась с последним своим приютом.



Останки и клочки – вещественные доказательства по уголовному делу, по которому до сих пор ведется расследование. И, несмотря на то, что судебно-медицинские эксперты в принципе на многие вопросы следствия уже нашли ответы, мне отвечают неохотно и туманно – тайна же. Одно лишь пояснили, что останки принадлежат двум лицам и пролежали они в земле почти десять лет.

- Мы должны качественно проводить свою работу, - говорит Александр Николаевич Брижко, начальник Забайкальского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы, - чтобы каждый виновный понес наказание. А для этого у нас есть квалифицированный персонал и желание хорошо работать. Единственное, чего бы еще хотелось – это обновить оборудование, чтобы использовать современные новейшие технологии.

О работе бюро до этого интервью представление я имела только по детективам. О чем честно и призналась. А Александр Николаевич рассмеялся и пошутил: мол, не смотрите сериалы по утрам, перефразировав известное выражение профессора Преображенского.



- Нас часто с патологоанатомами путают, причем сами медики, а что уж говорить про обычных людей? – подытожил мое заблуждение начальник бюро.

А обычные люди в бюро судебно-медицинской экспертизы приходят по собственной инициативе редко – снять побои или заказать проведение экспертизы по гражданскому делу. Чаще всего здесь устанавливают истинную причину смерти. В первом случае так и говорят – экспертиза живых лиц, а во всех остальных подразумевается работа с неживыми объектами.

Свою историю бюро судебно-медицинской экспертизы, можно сказать, начинает с сентября 1939 года. Именно тогда в штате областного отдела здравоохранения впервые появилась ставка областного судебно-медицинского эксперта. А через четыре года при горздраве открылось новое учреждение – бюро судебно-медицинских экспертиз. И только в 1951 году в результате реорганизации на базе городского было создано уже областное бюро судебно-медицинских экспертиз. Специалистов было крайне мало – направление деятельности новое, еще не совсем развитое. Так что в районах экспертизами занимались привлекаемые врачи местных больниц. Конечно, они не могли в полной мере выполнять экспертизы так, чтобы дать все ответы следствию. С открытием областного бюро эти вопросы стало решать гораздо проще.

Те скромные знания, с которых начинали

работать судебные медики, конечно же, теперь помнит только история. С тех пор значительно расширились возможности исследований, их спектр и оборудование, на котором работают эксперты. Сегодня судебные медики трудятся по семи направлениям.

С живыми лицами в бюро работают в отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц. Сюда как раз обращаются при половых преступлениях, спорных половых состояниях и те, кто желает «снять побои». По заявлению граждан все эти исследования могут производиться по их желанию на платной основе.

Череп, который изучал эксперт, лежал на столе медико-криминалистического отделения, являющегося еще одним из направлений работы судебно-медицинских экспертов. Здесь проводят одни из самых интересных экспертиз. Например, установить личность по зольным останкам, если труп пытались скрыть с помощью пожара. Или вот как в случае с этим черепом – кому он принадлежит: человеку какой расы, пола, роста, возраста и когда был захоронен. Кроме этого, здесь же проводят экспертизы в случаях огнестрельных или взрывных травм.



Самые многоаспектные экспертизы проводятся в отделе, который так и называется – отдел сложных экспертиз. И здесь действительно дела непростые – повторные в рамках уголовных дел, комплексные, когда приходится привлекать специалистов других направлений, например, автотехников в случаях ДТП. К слову, спорные ситуации, связанные с оказанием медицинской помощи, разбирают тоже тут. Здесь выявляют, а судьи дают оценку профессиональным нарушениям медицинских работников, качеству оказания медпомощи. Также в данном отделе устанавливают причинно-следственные связи между оказанной помощью и неблагоприятным исходом.

Следующим направлением являются судебно-биологические экспертизы. Работа здесь начинается с постановления следственных органов или определения суда. Цель экспертов – ответить на вопросы правоохранительных органов, например, обнаружить и установить, какому человеку принадлежат биологические следы. Это могут быть самые маленькие пятнышки на одежде или другие вещественные доказательства, обнаруженные на месте происшествия.

Впрочем, в этом отделе работают не только по запросам следствия, но и простых граждан. Например, здесь можно сдать биоматериал для установления родства.

Следующий отдел – отдел экспертизы трупов, можно сказать, является базовым подразделением бюро. Именно его сотрудники выезжают на осмотр трупа и места происшествия (обнаружения). Здесь устанавливают, от чего умер человек, как образовались повреждения на его теле и определяют их давность – получил ли он их при жизни или уже после своей смерти. Так что чаще всего сотрудники этого отдела появляются в качестве героев различных детективов. Правда, скорее второго плана.

- В последнее время, - подчеркивает Александр Николаевич, - в общем объеме наших работ насильственных смертей становится все меньше. И эта тенденция становится все более очевидной. А вот что связано со скоропостижными смертями от развившихся заболеваний – больше. И мы здесь начинаем работать как патологоанатомы. К сожалению, люди не ценят свое здоровье и часто не обращаются вовремя за медицинской помощью, а потом мы получаем такой вот итог.

В судебно-гистологическом отделении устанавливают причинно-следственные связи между заболеванием и смертью. Здесь определяют, какая именно патология могла в итоге привести к трагическому финалу. Выясняют и такой момент – был ли жив младенец в момент своего рождения. В связи с тем, что случаи, когда мамаши предпочитают выбрасывать своих только что появившихся на свет детей, встречаются все чаще, этот вопрос становится основным для квалификации их деяния. Соответственно, отразится это и на их дальнейшей судьбе.





...На тумбочке у компьютерного стола – ряд маленьких флакончиков. А в них по одной четверти налиты какие-то жидкости – мутные, прозрачные, с плавающими в них остатками веществ. Наталья Петрова, судмедэксперт, поясняет, мол, что это подготовленные пробы для определения этилового алкоголя. На экране монитора – ломаная линия. Хроматограф вычислил с учетом различных коэффициентов предельное содержание алкоголя – 3,71 промилле.

- Это у живого лица проба взята? – спрашиваю осторожно.

- Ну что вы, - Наталья Геннадьевна даже как-то смутилась, что ли.

Ну да, при такой концентрации этилового спирта кто бы выжил... Показатель-то высокий.



В судебно-химическом отделении определение в биологических жидкостях этилового алкоголя – процедура стандартная. На нее уходит минут 20. Кстати, этим исследованиям в этом году исполнилось 40 лет. Впервые их стали проводить, когда в 1978 году для бюро приобрели первый газовый хроматограф. Со временем спектр исследований расширился, и теперь в отделении выявляют вещества, которые могут повлечь ухудшение здоровья и смерть человека – медикаменты и химические вещества, суррогаты алкоголя. Впрочем, это не предел возможностей отделения. Именно для судебно-химического отделения Александр Брижко мечтает приобрести современное оборудование.

- Тогда мы могли бы проводить гораздо точнее наши исследования, - эмоционально говорит начальник бюро. – Ведь те же производители наркотиков не стоят на месте – они придумывают все новые и новые составы, а нам надо учиться их определять. А пока технически это невозможно. Но так ведь не должно быть.

Это то, что при хорошем раскладе должно бы появиться в бюро. В будущем судмедэкспертизы и генетические исследования. Пока они еще слишком дороги для бюджета. Пройдет время, и когда-нибудь эти исследования станут по карману региональной казне. Так что пока начальнику бюро приходится об этом только мечтать. Но ведь мечтатели, как известно, торят дорожки будущего. Вот мог ли предполагать тот самый первый судмедэксперт, который начал работать в далеком 1939 году, что появится методика, которая позволяет проводить сличение костей черепа с фотографией путем совмещения? Вряд ли. Имея только самые простые инструменты, максимум, что он мог сделать – это снять биометрические показания и прикинуть примерный вывод – к какой расе принадлежит череп. Так что все течет и все изменяется. Только основная задача - ответить на все вопросы, поставленные правоохранительными органами, остается неизменной. На это и работают все 130 работников бюро в более чем 20 районных и межрайонных подразделениях.

- Там, где нагрузка не позволяет нам иметь штатного судебно-медицинского эксперта, - поясняет Александр Брижко, - мы привлекаем врачей центральных районных больниц, которые после обучения и получения сертификата работают в качестве судебных медиков-совместителей. Стараемся не усложнять нашим гражданам вопросы транспортировки умерших. Если доставка умершего в судебно-медицинский морг – это обязанность правоохранительных органов, то забирать-то приходится родственникам. А, учитывая расстояния между населенными пунктами Забайкальского края – это достаточно дорого.

К слову, работа судебных медиков зачастую остается на втором плане и не заметна для людей. Случилось ли страшное ДТП в Петровск-Забайкальском районе, когда сорвался с трассы автобус с паломниками, упал ли вертолет – всеми этими случаями занимаются эксперты. Определение механизмов повреждения, установление из них того, что повлекло смерть человека, идентификация останков – вопросов множество. И работу эту никак нельзя сбрасывать со счетов. Ведь за любой трагедией могут скрываться как случайность, так и злые намерения. А вот эксперт может и должен разобраться в ее причинах и помочь установить истину. Зло всегда должно быть наказано...

Эльвира Паламова



мониторинг - вовсе не новинка для Забайкальского края. В России данный вид медицинского обследования начал развиваться в 90-е годы. В начале 2000-х годов оборудование для мониторинга появилось в Дорожной клинической больнице на станции Чита-2 в составе полисомнографической лаборатории, а чуть позже - в диагностической поликлинике при Читинской государственной медицинской академии.

- С момента открытия диагностического центра в 1991 году, преобразованного позднее в Клинический медицинский центр, в нашем учреждении проводили только рутинную электроэнцефалографию (ЭЭГ). Суть обследования заключается в регистрации биоэлектрической активности головного мозга в течение непродолжительного времени (10-15 минут). Однако в течение такой короткой записи не всегда можно выявить специфическую патологическую активность в ЭЭГ

«БОЖЕСТВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ» ПОД КОНТРОЛЕМ ВРАЧЕЙ

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в мире насчитывается около 50 миллионов человек, страдающих эпилепсией, то есть практически от одного до пяти процентов населения планеты в какой-то период своей жизни болели эпилепсией или больны ею сейчас. Не случайно в Европейской декларации по эпилепсии данное заболевание названо самым распространенным из серьезных мозговых расстройств и самым распространенным из всех медицинских расстройств. Выявить недуг как можно раньше специалистам помогает сложное и кропотливое медицинское обследование - электроэнцефалограмма с видео-мониторингом (видео-ЭЭГ мониторинг). С марта текущего года данное обследование забайкальцы могут пройти в Клиническом медицинском центре города Читы.

НЕ НОВШЕСТВО ДЛЯ КРАЯ, НО ПРОРЫВ ДЛЯ КМЦ

Как пояснила врач функциональной диагностики КМЦ города Читы Оксана Шкаленко, видео-ЭЭГ и уж тем более зафиксировать эпилептический приступ, - пояснила Оксана Шкаленко. - Еще в 1962 году специалист по исследованию эпилепсии Эрна Гиббс писала, что регистрация электроэнцефалографии в течение минуты поверхностного сна дает гораздо больше информации, чем один час обследования пациента в состоянии бодрствования.

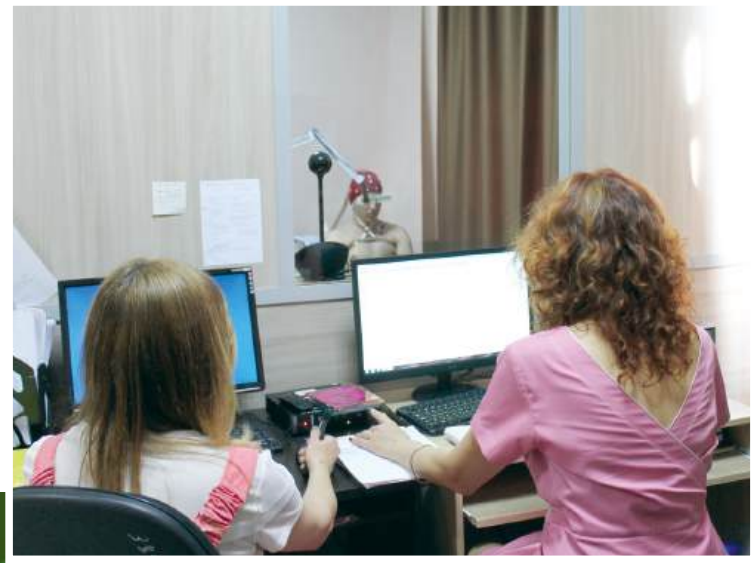
Руководство медицинского учреждения прислушалось к предложению врача функциональной диагностики внедрить видео-ЭЭГ мониторинг. В 2017 году приобрели оборудование российского производства фирмы «Неврокор», а также дорогостоящие электродные шапочки, изготовленные в США. Как уточнила наша собеседница, различие между рутинной ЭЭГ и видео-ЭЭГ заключается в задачах, целях и технической оснащенности исследований. Если рутинная электроэнцефалография является технически простым экспресс-методом, предварительным исследованием пациента, то видео-ЭЭГ – более сложное, но и более информативное исследование, для которого кроме аппарата-электроэнцефалографа, необходимы видеокамера, записывающее устройство, специально оборудованная комната со свето- и звукоизоляцией и комфортной кроватью. Чтобы обеспечить все необходимые для проведения исследования требования, в отведенных для этого помещениях КМЦ провели ремонт.





Оксана Шкаленко прошла обучение в одном из ведущих московских медицинских центров «Невро-Мед». Потребовалась подготовка ассистентов врача - медицинских сестер отделения функциональной диагностики.

Первый пациент появился в обновленном ЭЭГ-кабинете 16 марта 2018 года – во Всемирный день сна, что очень символично, ведь именно наблюдение за пациентом во сне открывает врачу тайны, которые хранит головной мозг больного. С момента запуска нового вида обследования по август текущего года видео-ЭЭГ мониторинг прошли более ста пациентов. Противопоказаний, за исключением инфекционных заболеваний кожи, для проведения обследования нет, его легко переносят как младенцы, так и люди преклонного возраста.

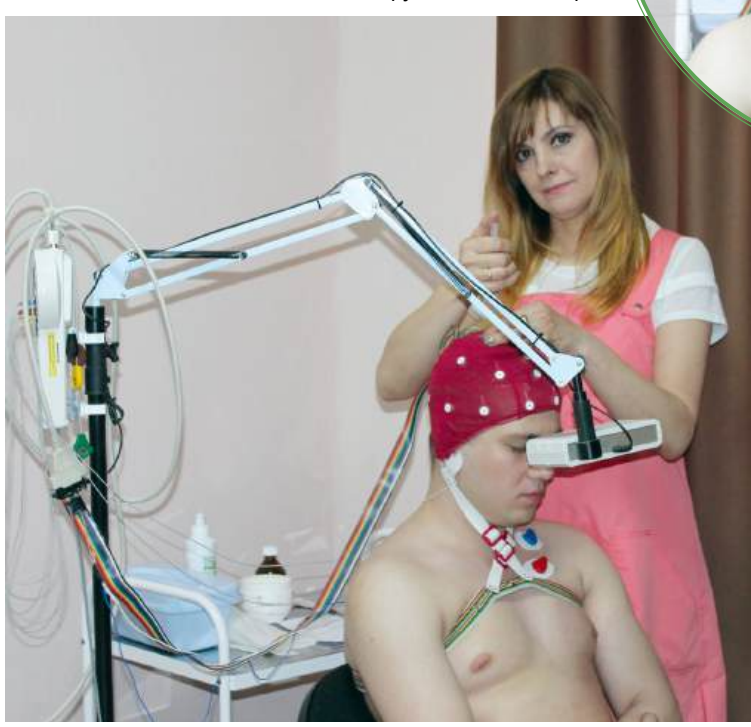


СОН ПРИОТКРЫВАЕТ ТАЙНЫ МОЗГА

Главное показание для проведения видео-ЭЭГ мониторинга – это подтверждение либо снятие диагноза



«эпилепсия», определение ее формы, которых насчитывается более 50, и осуществление контроля за ходом лечения пациентов, страдающих этим недугом. Обследование очень длительное и трудоемкое – по продолжительности оно занимает от двух до пяти часов.



- Сначала мы записываем электроэнцефалограмму головного мозга пациента в состоянии бодрствования – фоновую активность с проведением функциональных нагрузок: пробы с открыванием-закрыванием глаз, фотостимуляцией и гипервентиляцией. Важно отметить, что для видео-ЭЭГ необходим совершенно иной режим фотостимуляции, чем при рутинном обследовании, что дает дополнительную возможность выявить скрытую патологическую активность в головном мозге, - отметила Оксана Шкаленко. – Наблюдаем за пациентом в состоянии активного бодрствования, когда человек спокойно сидит с открытыми глазами, и в состоянии пассивного бодрствования – с закрытыми глазами, что отражает разные стороны деятельности мозга.



После этого ведется запись биопотенциалов мозга пациента в состоянии сна. По словам врача функциональной диагностики, чтобы человек легко заснул, проводится предварительная подготовка с полной отменой ночного сна или с его прерыванием в ранние утренние часы. Пока пациент спит, врач продолжает фиксировать электроэнцефалограмму и синхронно записывает видео.

- Зачем это нужно? Дело в том, что для нас важно все, что происходит с человеком во сне: каждое вздрагивание, гримаса, мигание глаз, подергивание уголка рта, движения рук и ног, которые мы сопоставляем с электроэнцефалограммой. Если подобные явления сопровождаются специфическими изменениями ЭЭГ, то это подтверждает их эпилептическую природу и диагноз эпилепсии становится очевидным, - заключила Оксана Владимировна. – Именно засыпание, первые две стадии фазы медленного сна, в отдельных случаях и пробуждение являются провокаторами появления патологической активности в головном мозге.

Разумеется, ночные вздрагивания, подергивания

конечностей, обмороки могут быть симптомами не только эпилепсии, но и других заболеваний, например, патологий сердечно-сосудистой системы. Видео-ЭЭГ мониторинг дает возможность дифференцировать эпилепсию от других недугов, поставить точный диагноз.



- Для проведения более детального обследования у нас, в отличие от других забайкальских клиник, помимо основных 19 электроэнцефалографических каналов используются дополнительные входы: электрокардиографический и два миографических канала, что позволяет определять разные фазы сна, дифференцировать артефакты и фиксировать сторону возникновения припадка. Кроме того, мы имеем возможность просматривать запись ЭЭГ в шести монтажах. Это помогает не только зафиксировать эпилептический приступ, но и установить локализацию эпилептогенной зоны, зону начала приступа. Такая информация нужна врачам для постановки вопроса о целесообразности хирургического лечения эпилепсии при неэффективности медикаментозной терапии, - добавила Оксана Владимировна.

Видео-ЭЭГ мониторинг является эталонным методом для диагностики эпилепсии. Он позволяет визуализировать эпилептические припадки, провести клинико-электроэнцефалографические сопоставления и уточнить форму заболевания у конкретного пациента. Обследование помогает контролировать процесс лечения, оценивать его эффективность, подбирать препараты и дозировку. Ключевым является оно при снятии диагноза эпилепсии и отмене препаратов в случае длительной ремиссии.

ЛЕЧИЛСЯ У ПСИХИАТРА, А НУЖЕН ЭПИЛЕПТОЛОГ

Важно уточнить, что на сегодняшний день видео-ЭЭГ мониторинг не входит в программу государственных гарантий, поэтому во всех медицинских учреждениях обследование является платным для пациентов. Но без него поставить правильный диагноз, назначить адекватную терапию, а, значит, улучшить качество жизни людей, страдающих эпилепсией, невозможно.

- Эпилепсия – тяжелое заболевание, которое чаще всего приводит к инвалидизации больного. Такие пациенты ограничены в выборе профессии, поскольку не могут работать там, где требуется концентрация внимания, в силовых структурах, им противопоказано водить автомобиль, - напомнила врач функциональной диагностики.

На видео-ЭЭГ мониторинг пациентов направляют эпилептологи клинического медицинского центра, Краевого противоэпилептического центра, а также неврологи, психиатры, психологи. В основном, это пациенты, переживающие различные эпилептические приступы. Однако встречаются случаи, особенно у детей, когда клинических приступов нет или они протекают незаметно для окружающих. В такой ситуации важно внимательное отношение врача, наблюдающего за состоянием пациента.

- Зачастую родители даже не догадываются, что у их ребенка в бодрствовании и во сне случаются эпилептические приступы. Вздрагивание, гримасничанье, замирание, остановка взгляда на несколько секунд, особенности речи многие не расценивают как тревожный сигнал. И только видео-ЭЭГ мониторинг может выявить истинную природу перечисленных явлений – являются они доброкачественными или же за ними скрывается заболевание, - подчеркнула Оксана Шкаленко. – Поэтому обследование необходимо обязательно проводить детям с задержкой нервно-психического и речевого развития, с когнитивными и поведенческими расстройствами.

Так один из пациентов нашей собеседницы – семилетний мальчик с задержкой нервно-психического и речевого развития впервые прошел видео-ЭЭГ, и уже в первой стадии сна аппарат зафиксировал эпилептиформную активность. Так выяснилось, что причиной проблем с его обучением и социализацией является эпилепсия. Теперь ребенок получает необходимую терапию.

- Обследовали мы также трехлетнего мальчика. К этому возрасту ребенок так и не научился говорить, из-за чего находился под наблюдением врача-психиатра. Видео-ЭЭГ мониторинг позволил выявить у малыша специфическую патологическую активность. Получилось, что ему требуется совершенно иной подход к лечению, - рассказала Оксана Владимировна. – Поэтому родителям и врачам нужно иметь в виду, что у детей с задержкой нервно-психического развития, особенностями поведения, у которых в жизни даже и не отмечались эпиприступы, в ЭЭГ нередко регистрируется эпилептиформная активность, которая «бомбардирует» их мозг и вносит свой негативный вклад в развитие ребенка. Особенно опасно, если очаг этой активности локализуется в функционально значимых отделах мозга, отвечающих за речь, двигательные и сенсорные функции. Потому так важно поставить диагноз эпилепсии на ранних стадиях, чтобы успеть предотвратить развитие заболевания на этапе, пока идет становление личности и обучение ребенка, и направить развитие малыша в нужное русло.

По словам Оксаны Шкаленко, ученые полагают, что количество людей, страдающих «болезнью блаженных, мудрецов и пророков», возможно, будет расти. Этому способствует увеличение продолжительности жизни населения, в результате чего некоторые могут обрести этот недуг в преклонном возрасте. Другой фактор – прогресс медицины, позволивший выхаживать недоношенных малышей и новорожденных с родовыми патологиями. Такие дети имеют риск развития эпилепсии. Но благодаря своевременному выявлению болезни с помощью видео-ЭЭГ мониторинга, они обретают шанс прожить полноценную жизнь.

Юлия Болтаевская

УСТЬ-КАРСКАЯ ИСТОРИЯ...

Те, кто приезжает в Усть-Карск в гости, особенно в первый раз, всегда удивляются, как здесь хорошо и спокойно. Наверное, рай по-русски рисуют именно так: светлые березы с кудрявой листвой вперемешку с хвойными деревьями, грибы-ягоды, весной - бескрайнее малиново-разливанное море цветущего багульника, и – ти-ши-на... И воздух, такого воздуха нет нигде - так считают не только приезжие, но и сами жители Усть-Карска. А дом врачей Корниловых – их знает каждый - стоит на берегу Шилки, она здесь, в районе Усть-Карска, особенно красивая и полноводная.



КОРНИЛОВЫ

Начиналось все когда-то очень романтично. Он, Сергей Корнилов – уже молодой доктор, отличник (и школа с золотой медалью, и вуз – с красным дипломом) отмел все предложения о работе в других регионах и вернулся после окончания Читинского медицинского института на свою малую родину – в Сретенский район, где местом работы по распределению ему был определен поселок Усть-Карск. Она – Инесса Корнилова, еще студентка-третьекурсница, но уже будущий врач, уже жена, преисполненная ответственности за свою пусть пока маленькую, но уже семью, прилетала сюда каждые выходные.

- Ан-2 – регулярный рейс - отправлялся из Читы три раза в неделю, по маршруту Чита-Нерчинск-Сретенск-Усть-Кара-Могоча-Тупик, ну и я тоже при каждой возможности старалась лететь в Усть-Карск. Два часа – и уже на месте, - вспоминает Инесса Викторовна. – Набиралось ли достаточно пассажиров три раза в неделю? Что вы, конечно, частенько еще и мест не хватало всем желающим. Это уже потом, спустя годы, все изменилось... А тогда дороги вообще никакой не было: ни на Урюм, ни на Сретенск, правда, «Заря» по Шилке ходила, да еще летом теплоход, а в распутицу мы были полностью отрезаны от всего мира. Потому и было страшно, что врач в наших местах, особенно хирург, должен был все время жить в состоянии боевой готовности – рассчитывать приходилось только на свои знания и опыт.

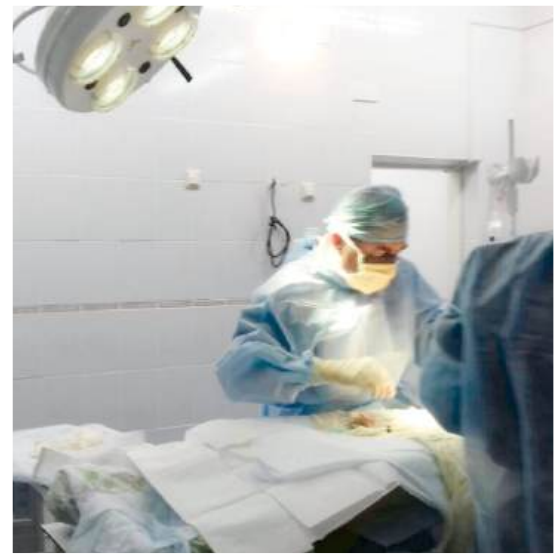
Начинающий хирург Сергей Корнилов понял это сразу – боевое крещение усть-карские реалии устраивали ему с самых первых дней работы. Всем известно, что в районах края врачам, особенно хирургам, приходится быть по-настоящему многостаночниками. Но в таких населенных пунктах, как временами отрезанный от всего мира в транспортном отношении Усть-Карск, это практически не имеет границ, если вдруг возникает экстренная необходимость. Кроме хирургических операций, которые положено проводить специалисту его профиля, Корнилову – а он оказался здесь в 80-е годы прошлого столетия единственным доктором, пришлось и стоматологией заниматься, и терапевтический-педиатрический приемы вести, и роды принимать, и кесарево сечение делать. А еще





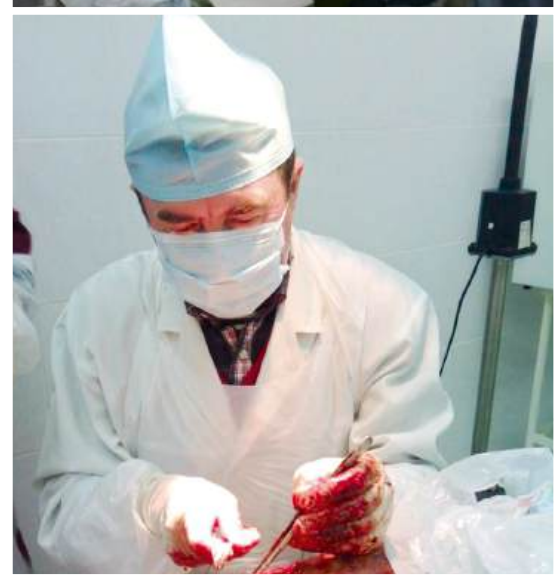
рентгеноскопию легких и костей проводить, и эфирный наркоз при операциях самому пациентам давать.

- Конечно, только в крайних случаях, когда выхода другого не было – обычно помогали читинские коллеги, вылетавшие к нам с санавиацией, и районные хирурги. Просто возможность добраться сюда была не всегда: по воздуху – из-за ночного времени и плохой погоды, а по земле мы на летние месяцы вообще без всяческих дорог оставались. В 1983 году, когда только начал работать, пришлось кесарево сечение самостоятельно проводить - под местной анестезией. Ребенок живой – сегодня уже взрослый мужчина, женщина тоже жива. На сердце приходилось оперировать при ножевых ранениях – три раза такие случаи были в моей практике. Двое живы, один – погиб, и то только потому, что печень у него была к тому времени практически разрушена. А что делать, выбора особого не было: либо использовать единственный шанс, опираясь на собственные знания и опыт, либо человек погибнет, - совершенно просто, без эмоций рассказывает Сергей Гаврилович о случаях из практики, которые обычно описываются в литературе и средствах массовой информации как врачебные подвиги.



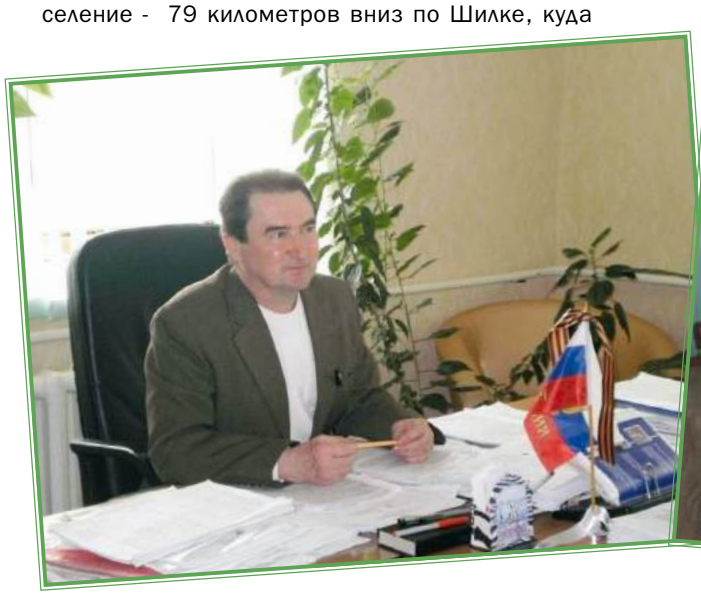
Он и жену Инессу с первых дней настраивал на то, что здесь придется быть врачом широкого профиля, и кроме изученной ей терапии непременно заниматься чем-то еще.

- Когда я только закончила пятый курс и приехала на работу, меня сразу посадили еще и на детский прием. Муж, конечно, мне всегда во всем помогал, и интернатуру я проходила здесь же, под его присмотром, у него всегда было чему поучиться - он у нас отличник, знания всегда были достойными. Да и вообще его еще в институте нам в пример ставили. Помню, на торжественном мероприятии, посвященном окончанию института, специалисты из облздравотдела и депутаты нам рассказывали о тех выпускниках, которыми гордится здравоохранение. Одним из примеров стал хирург Корнилов из Усть-Карска, который «и на все руки мастер, и без анестезиолога самостоятельно операции проводит, и большое кесарево сечение сам провел – спас и маму, и малыша». А я сидела в зале и слушала как будто со стороны, как про него рассказывают совсем незнакомые люди, хотя и видела это своими собственными глазами, – до сих пор помнит это ощущение Инесса Викторовна. - Когда приехала в Усть-Карск, мы даже на операции с ним вместе ходили – на всякий случай нужно было уметь все, учитывая отдаленность и отсутствие других докторов. Поначалу я вообще ему во всем помогала, это потом уже, когда дети появились (у Корниловых трое сыновей – авт.), времени не стало хватать. Он даже пластикой занимался, после огнестрельных ранений, когда нужно было внешний вид восстановить.



С тех пор прошло немало лет, но ничего особенно не изменилось – если возникает необходимость, руководитель больницы Сергей Гаврилович Корнилов и сегодня готов оказать землякам любую помощь. Как это сделал два года назад, когда мужчина лет 40 попал в деревне под пилораму – шкивом затянуло, после страшной травмы требовалось вмешательство на уровне коленного сустава. Позднее в районе благополучно провели преампутацию - человек остался инвалидом, но жизнь удалось сохранить. А в прошлом году, и в нынешнем тоже пришлось под местной анестезией операции при внематочной беременности проводить - от этой беды вообще ни одна женщина не застрахована. Огорчает местных врачей только, что возможности больницы с прошлых времен сильно поубавились: в период оптимизации здесь был закрыт операционный блок, количество коек уменьшилось до четырех круглосуточных и шести дневных.

Не легче в Усть-Карских условиях приходится и терапевту – поле его деятельности здесь тоже практически бескрайнее. Кроме жителей самого Усть-Карска в зону действия больницы попадают и близлежащие села: Шилкинский Завод, Старолончаково, Верхние и Нижние Куларки, Лужанки, Усть-Черная и Горбица – самое дальнее от Усть-Карска сельское поселение - 79 километров вниз по Шилке, куда можно только зимой добраться, по замерзшей реке.





Кроме того, Инесса Викторовна Корнилова еще и специалист по УЗИ-диагностике – раз в неделю ведет прием еще и в Кокуе:

- Раньше у меня, как у терапевта, было очень много пациентов с бронхиальной астмой, с хронической обструктивной болезнью легких – сказывалось горно-рудное производство, наложившее отпечаток на здоровье пожилых усть-карцев. Многие из них имеют целый букет заболеваний - к бронхо-легочным недугам добавляются еще и артриты, остеохондрозы, - вспоминает она. - Сейчас уже проще, появилось много способов лечения: и ингаляции, и гормональные средства. Тяжелых больных раньше было намного больше, чем сейчас, ребятишки поступали и с обезвоживанием, и с дизентерией поступали – сейчас мы уже много лет этого не видим, все-таки сказывается рост и культуры, и возможностей фармакологии. Да и прививочная работа, которая проводится на протяжении многих лет, тоже бесследно не проходит. Если раньше были случаи клещевого энцефалита, то сейчас уже столько лет мы о них не вспоминаем, потому что местные жители, в том числе и дети, привиты. А в наших условиях, когда вокруг тайга, это очень важно. Сказывается и то, что люди сами стали более сознательными, даже приходят и вопросы задают: когда начнете прививки от гриппа ставить? Вот недавно наша односельчанка рассказывала, что когда лечилась в Чите, врачи, изучая ее документы, удивлялись, что у нее все положенные прививки от кори сделаны, о которых в ряде медицинских учреждений начали вспоминать только сейчас, когда неожиданно для всех начали снова появляться случаи этого далеко не безобидного заболевания. Нет смысла скрывать: очень радует душу осознание, что ты людям здоровье несешь, большое удовлетворение от этого получаешь.





ВОЗРОЖДЕННАЯ ИЗ ПЕПЛА

История Усть-Карской больницы – единственная в своем роде. Сегодня, глядя на нее, уже и не верится, что когда-то принимать пациентов Корниловым приходилось совсем в других условиях.

- Старожилы вспоминают, что прежняя больница была построена еще в 1934 году – существовала так называемая гужевая повинность, и крестьяне доставляли лес из Горбиц – раньше там казачья станица была, они там какие-то казармы и таможню разбирали, и по бревнышку перевозили для постройки больницы в Усть-Карске. Чтобы обогреть старое здание, нужно было топить 27 печей, с чем с трудом справлялись три истопника, и все равно постоянно было холодно. Тем более, что по площади больница была немаленькая – раньше, до 1958 года, она ведь носила статус районной – существовал самостоятельный Усть-Карский район, который позднее упразднили, - рассказывает Сергей Гаврилович.

Тем не менее, больница здесь была очень нужна – почти шесть тысяч населения Усть-Карска и окрестных деревень постоянно нуждались в медицинской помощи. Ледовая дорога – единственный путь добраться до Сретенска – существовала для них 2,5 месяца в году, когда замерзала Шилка, по которой можно было преодолеть 130-километровое расстояние. В остальное время – только «лесные тропы-таежные дороги», как характеризуют их сами местные жители.



- В летний период расстояние около 200 км до центральной районной больницы, которая сейчас базируется в поселке Кокуй, наш санитарный уазик преодолевает часа за четыре. А когда ливни проливные были, то по технологической трассе на Урюм на 100 километров не меньше семи часов уходило, - поясняет Корнилов.

Особенно острой необходимость в строительстве новой больницы стала после наводнения, когда вода в помещении стояла на уровне метра. Капитальный ремонт был уже невозможен. Новую больницу начали строить в 1999 году, повыше от реки, чтобы избежать подобных опасностей. Но строили ее в деревянном исполнении, и в 2004 году она, уже практически готовая к сдаче и даже накрытая крышей, сгорела дотла, до самого фундамента. Горю местных жителей не было предела – глядя на пепелище, которое осталось от светлой двухэтажной красавицы, пахнущей свежей древесиной, многие плакали: столько сил, средств, времени и надежд было вложено! Предполагали, что сгорела больница не сама по себе – по чьему-то злому умыслу, но виновных так и не нашли. Пожар здесь случился не впервые – в 1993 году так же в огне погибла и поликлиника, но там причиной происшествия стал перекал неправильно установленных при строительстве печей, вот и случился пожар, который оставил усть-карцев без поликлиники, замену которой выстроили в 1999 году.

После пожара в Усть-Карске Борис Сормолотов, возглавлявший в те годы региональное здравоохранение, дал указание построить здесь новую больницу – на сей раз уже кирпичную, одноэтажную, типовую. Далась она непросто – только кирпич пришлось завозить за 600-700 километров!

- Построить больницу удалось благодаря помощи акционерного общества «Прииск Усть-Кара» - градообразующего предприятия поселка, и его генерального директора Валерия Котельникова – мецената, Строителя с большой

буквы, настоящего патриота наших мест: после трагедии рук он не опустил, от замыслов не отступил, потому что понимал важность этой больницы для своих земляков. В 2007 году медики и пациенты Усть-Карска отметили в новом здании больницы новоселье, которое стало праздником не только для жителей поселка – люди приехали на открытие даже из соседних сел. Причем, благодаря помощи прииска, поселок получил не только новое здание – удалось заменить также мебель и часть оборудования.

Сегодня больница обслуживает около 2,5 тысяч усть-карцев и жителей ближних сел. Врачебными кадрами в рамках небольшого штата она укомплектована полностью: кроме самого заведующего больницей Сергея Корнилова, который ведет еще и хирургический прием, и его жены – терапевта и специалиста по УЗИ-диагностике Инессы Корниловой, есть еще и стоматолог, и врач общей практики – он же педиатр.

- А вот медсестер у нас не хватает, многие уехали. Удалось сохранить еще очень нужное для нас отделение скорой помощи, которое функционирует до сих пор, и полностью укомплектовано и водительским составом, и фельдшерским бригадами. Помню, как до его создания в 1988 году мне приходилось самому еще и по вызовам ездить – сам заводил санитарный автомобиль и выезжал и в ночное время, и в выходные и праздничные дни. Тогда главным врачом района была Фаина Вишнякова, она сейчас на пенсии; вместе с ней, учитывая нашу отдаленность, мы все-таки добились, что у нас открыли отделение «скорой», - рассказывает Сергей Гаврилович о своей больнице.



ПРИТЯЖЕНЬЕ ЗЕМЛИ

Тот факт, что когда-то сюда приехали супруги Корниловы, местные жители считают большой удачей для Усть-Карска. Пути господни, как говорится, неисповедимы, и жизнь сама приведет туда, где ты и должен быть. Вот и Сергея Корнилова, у которого и медиков в семье не было, и в Кировскую военную академию без экзаменов готовы были принять, и после окончания Читинского «меда» на кафедре предлагали остаться, и в известную клинику Г.А. Илизарова на учебу приглашали. Но ему хотелось самому все попробовать. И выбрал он для этого поселок Усть-Карск – отдаленнее не придумаешь – сначала на три года по распределению, а потом и на всю жизнь. Уже 36 лет здесь работает, и жена рядом с ним – как говорится: и в горе, и в радости. Для нее медицина вообще была судьбой предусмотрена: начиная с деда - военного хирурга, служившего на флоте, в семье насчитывалось 16 врачей, сформировавших ее мировоззрение. И двое сыновей Корниловых пошли по пути родителей – в медицину: старший закончил ЧГМА, рентгенолог, жена у него - врач-терапевт, работали в Красноярском крае, сейчас – в Черемхово Иркутской области, а младший сын перешел на третий курс Читинской медицинской академии. Только средний сын выбрал службу в Санкт-Петербурге – после окончания Московского пограничного института они с супругой работают в Пулково.





- Усть-Карск - такое место, из которого, не зря говорят, невозможно уехать - есть в нем какая-то особая притягательность, - делится Инесса Викторовна Корнилова. – У меня и дети всегда при первой же возможности сюда стремились вернуться, даже моя мама удивлялась, что когда была возможность отдохнуть в Петербурге, они всегда хотели домой - медом, что ли, намазано? Может быть, это просто привычка, ведь столько сил отдано этому месту, знаешь всех и каждого, поколение за поколением - это формирует особое отношение и к людям, и к месту, где живешь. Такое ощущение только с годами появляется – людей постепенно узнаешь, все они проходят через твои руки, все лечение и выхаживание после хирургических операций на твои плечи ложится, когда болеешь за человека всей душой – все это бесследно не проходит, роднишься и с местом, и с пациентами. Люди к нам здесь относятся очень хорошо, и мы благодарны им за это. И это замечательно, для врача лечить – занятие по сути своей благостное.

Здесь, в Усть-Карске, действительно особая атмосфера места, где каким-то чудом удалось сохранить в целостности прежние ценности, во многих городах и поселках уже утраченные. Здесь трепетно относятся к истории: построили церковь, создали замечательный музей, выпустили три книги, где отражена местная история – все благодаря тому же прииску, конечно. Из черного гранита возвели мемориал памяти, для которого в этом году планируют установить еще и стеллы с журавлями.

- Детей ведь надо учить, и учить именно на примере отношения взрослых, только так они действительно проникнутся, - убеждена Инесса Викторовна. - Знаете, на 9 мая здесь ощущается такое единение, что за душу берет. А когда в этом году было наводнение, все объединились, прииск помог – четыре дня день и ночь отстаивали, строили дамбы – Усть-Карск ведь тоже топило основательно. Такое объединяющее отношение – это очень важно… А вы о нас писать собрались - мы ведь обычные люди, просто работаем. Здесь и кроме нас много медиков, заслуживающих внимания. Хотя журнал ваш мы читаем постоянно – вон они у нас на полочке лежат. Очень важно, что и до таких отдаленных больниц, как наша, он доходит. Особенность «Медицины Забайкалья» в том, что о медиках в нем пишут по-доброму, с душой. Очень приятно читать о своих забайкальских коллегах, а особенно о тех, кого знаешь. Мы ждем каждый выпуск…

Ирина Белошицкая

ЗДОРОВЬЕ – ДЕЛО КАЖДОГО ДНЯ

«Школа – территория здоровья» - под таким названием пилотный проект по развитию медицинской реабилитации, реализующийся в Забайкалье, действует в двух школах – средней общеобразовательной школе № 49 города Читы и казачьей школе села Мирсаново Шилкинского района. Проект не предусматривает ограничений по возрасту, и реабилитацию дети могут проходить так же, как и взрослые. Разумеется, под строгим контролем специалистов. Рассказать о первых результатах проекта в забайкальских школах мы попросили людей, хотя и не имеющих отношения к медицине, но очень заинтересованных в том, чтобы помочь ребятам укрепить здоровье и сделать их жизнь интереснее.

ТЕРРИТОРИЕЙ ЗДОРОВЬЯ СТАНОВИТСЯ ШКОЛА



Современная школа должна быть не просто местом для получения знаний, но и центром реализации детских инициатив, учреждением, способствующим сохранению здоровья подрастающего поколения. В этом уверен директор средней общеобразовательной школы № 49 города Читы с углубленным изучением английского языка Руслан НИКОНОВ. В учебном заведении с 2016 года успешно реализуется инновационный проект «Школа – территория здоровья», в рамках которого в образовательной организации появились залы для занятий суставной гимнастикой и кинезитерапией.

- Реализация целевой программы «Школа – территория здоровья» началась на базе учебного заведения в апреле 2016 года не только по нашей инициативе – идейными вдохновителями проекта выступили министр здравоохранения Забайкальского края Сергей Давыдов и председатель комитета образования администрации города Читы Оксана Кирик. Курирует реализацию программы губернатор Забайкальского края Наталья Жданова.





Многие помнят, что в советские годы в школах имелись даже стоматологические кабинеты. Образование и здравоохранение рука об руку занимались всесторонним развитием детей, заботились о сохранении их здоровья. С годами этот положительный опыт был утрачен, и вот сейчас снова предпринимаются попытки объединить усилия двух ведомств в создании условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья учащихся.

Наибольшую часть времени каждый ребенок проводит в школе, а, значит, именно школа должна дать ему возможность максимально заниматься спортом, вырабатывать у него положительное отношение к здоровому образу жизни. Поэтому в рамках программы «Школа – территория здоровья» мы ввели третий час физической культуры в учебной неделе, во время которого дети с 1 по 6 классы занимаются суставной гимнастикой, а учащиеся 7-11 классов – кинезитерапией на тренажерах Бубновского. Эти занятия обязательны для всех учащихся, как и обычные уроки физической культуры. Некоторые ребята, у которых имеются медицинские показания, занимаются дополнительно во внеурочное время.

Первое время мы заключали договоры с медицинскими организациями и приглашали вести занятия врачей лечебной физкультуры, а наши педагоги помогали им в этом и перенимали опыт. Позже трое учителей физической культуры прошли курсы повышения квалификации, теперь они могут самостоятельно вести занятия без присутствия врачей ЛФК.

Прежде, чем приступить к занятиям, все учащиеся нашей школы прошли комплексное обследование в Центре восстановительного лечения для детей «Феникс». У некоторых ребят врачи диагностировали нарушения в развитии опорно-двигательного аппарата, поэтому кинезитерапия необходима им, чтобы сохранить здоровье.

Важно отметить, что комплекс упражнений, а также



время и интенсивность их проведения для каждого ребенка назначается индивидуально. Учащимся выдают маршрутные листы, строго следуя которым, дети должны выполнять упражнения под наблюдением инструкторов ЛФК.

Когда мы только приступили к внедрению кинезитерапии в школе, мнения детей и родителей на этот счет были противоречивыми. Некоторые ребята жаловались, что упражнения кажутся им слишком трудными. Родители считали, что такие занятия не обязательны и не нужны их детям. Поэтому в первую очередь мы уделили внимание широкому информированию родителей - проводили собрания, выпускали буклеты, оформляли стенды. Сейчас отношение к нововведению преимущественно положительное. Повлияли на это заключения медицинских специалистов, отметивших улучшение состояния здоровья многих ребят, положительную динамику их физического развития.

Педагоги нашей школы тоже посетили несколько занятий по кинезитерапии, в том числе и я. Это было интересно, но сделать занятия регулярными у нас не получилось, поскольку нужны терпение и время. Убежден, что у детей будет все



иначе – благодаря регулярному посещению занятий, у них выработается хорошая привычка заботиться о своем здоровье. Надеюсь, что они продолжат заниматься собой в студенческие годы и в последующей жизни, закладывая это стремление в своих детях.

Одним словом, проект «Школа – территория здоровья» на сегодняшний день нужен и актуален, и у него большое будущее. Хотелось бы, чтобы в него включались и другие школы. Учиться приходят самые разные дети, у многих из них имеются серьезные проблемы со здоровьем, о которых не знают они сами, и не подозревают их родители. Лучше выявить эти проблемы как можно раньше и скорректировать их в условиях школы совершенно бесплатно.

Современная школа должна стать центром развития детских инициатив. Важно, чтобы после учебных занятий ребенок был загружен полезной деятельностью. Поэтому нововведения, подобные внедрению в учебный процесс занятий кинезитерапией, следует только поддерживать.

В нашей школе реализация целевой программы продолжится. Уже сейчас мы подготовили кабинет для стоматолога, осталось установить новое оборудование. Мы заключили договор с поликлиникой, согласно которому врач-стоматолог будет периодически осматривать учащихся. В планах у нас открытие кабинета врача-офтальмолога. Считаю, что это необходимо, поскольку с каждым годом за парты садятся все больше детей, страдающих различными нарушениями зрения.

Чтобы вырастить здоровое поколение, представителям образования и здравоохранения необходимо объединить усилия. Открытие в школах залов кинезитерапии, бассейнов, медицинских кабинетов – успешные шаги на пути к этому сотрудничеству.

«МАНЕВР», КРУТО ИЗМЕНИВШИЙ ЖИЗНЬ СЕЛА



Глава сельского поселения Мирсановское Шилкинского района Светлана Федоровна АБРАМОВА по натуре своей человек неугомонный – ее созидательной энергии впору позавидовать многим политикам куда более крупного уровня. Впрочем, и результативности тоже. Нужно отметить, что преобразования здесь ведутся не только в области охраны здоровья - за счет грантов и участия в программах различного уровня в селе появились красивая зона отдыха, спортивный комплекс, активно работают ТОСы (территориальные общественные организации самоуправления). А недавно еще и на развитие сельского хозяйства выиграли 20 миллионов рублей. Но все-таки самым запоминающимся проектом для Мирсаново, по мнению местных жителей, остается открытие в местной казачьей школе зала кинезитерапии, инициатором которого в свое время выступила глава сельского поселения Светлана Федоровна Абрамова:

- В нашем селе есть казачья школа - учатся в ней и мальчики, и девочки - которую мы создали, с одной стороны, именно для того, чтобы четко выделить для детей патриотическую линию, а с другой стороны двигателем стало желание во что бы то ни стало сохранить на селе школу – ведь поселение у нас небольшое, всего 1000 жителей. А для того, чтобы



учиться именно в нашей школе и проживать в интернате потянулись дети из других населенных пунктов, нужно было сделать ее объективно привлекательной для них. Первое, что мы сделали - окунулись в историю казачества, создали очень хороший музей. Вторым нашим шагом, точнее даже не шагом, а мощным рывком вперед стало открытие зала кинезитерапии.



Когда главный врач Краевой больницы №3 п. Первомайский пригласил меня на открытие у них в больнице центра медицинской реабилитации, я очень внимательно слушала выступление министра здравоохранения Сергея Олеговича Давыдова, особенно - когда он обмолвился, что такие кабинеты планируется создавать и в школах. Вот эта фраза мне и запала в душу – представляете, какая польза для ребятишек, да и популярность школы, имеющей такие возможности, резко возрастет! Обсудив все плюсы-минусы с главным врачом района Сергеем Юрьевичем Бянкиным, и выждав для приличия неделю, я поехала в Читу, на прием к министру Давыдову с одним вопросом: «В читинских школах планируете открывать залы медицинской реабилитации, так почему не сделать этого на селе? Ведь сельские жители и так обделены подобными начинаниями!». Поначалу министр слушал меня с недоверием, но когда я рассказала ему о нашей казачьей школе, о проектах, которые реализованы в сельском поселении Мирсаново, постепенно проникся энтузиазмом и предложил: «Сделаете помещение, которое будет соответствовать всем необходимым требованиям для создания такого зала - мы обеспечим школу оборудованием». На том и порешили.

Не знаю, может, у министра и были сомнения, что такому небольшому сельскому поселению, как наше, удастся такое помещение подготовить, да еще и все требования соблюсти, но мы были настроены решительно. И, используя все мыслимые и немыслимые возможности, его действительно сделали. Причем получился зал очень достойным и пригодным. Конечно, менее впечатляющим, чем в центральной районной больнице, но у нас и запросы были поскромнее – нам нужно было обеспечить профилактику для детей, в которой они очень нуждаются. Главный врач Шилкинской ЦРБ приехал, посмотрел, сообщил министру, после чего и я еще раз наведалась к нему с визитом, на сей раз с фразой: «Мы свою задачу выполнили - теперь дело за вами». Министр оказался человеком дела – так общими усилиями мы и реализовали в нашем селе Мирсаново этот проект, которым в итоге довольны все – и дети, и их родители, и вообще все местные жители.



Особенно сегодня, когда уже прошло время, и можно говорить о первых результатах. Приятно осознавать, что наши усилия не пропали даром - ребятишкам очень нравится, они там занимаются постоянно, даже летом. Мы обучили специалиста ФАПа, который сейчас проводит занятия в зале. Начали принимать людей, которые проходят курс лечения и по программам для взрослого населения. Ну, разве это не красота? Я очень довольна, что удалось такой «маневр» провернуть! Кстати, когда мы начинали принимать меры по «спасению» школы, в ней обучалось только 57 ребят, а сегодня их уже больше сотни – приезжают из близлежащих сел!

Недавно я выезжала в другой район с нашим народным коллективом - вокальной группой «Сударушка», они выступали с концертом. На нем присутствовали не только представители других районов, но и Краснокаменска, Читы. А когда между номерами нужно было заполнить время, я выступала с аналитической справкой – рассказывала о жизни в нашем селе. Слушали меня с интересом и очень удивлялись, когда речь зашла о зале кинезитерапии, даже не поверили некоторые. Хорошо, что у меня с собой фотоаппарат со снимками оказался – было что не только рассказать, но и показать!

Юлия Болтаевская,
Ирина Белошицкая





«В ХИРУРГИИ САМОЕ ГЛАВНОЕ - ДОВЕРИЕ»

Привлечение молодых медицинских специалистов в районы Забайкальского края – непростая задача региональных властей. Однако среди молодых врачей есть и такие, которые не боятся пройти испытание районным здравоохранением. Так и врачу-хирургу Петровск-Забайкальской центральной районной больницы Денису Дымочко некогда грустить об «огнях большого города», поскольку он в любое время суток готов прийти к своим землякам на помощь…



«БЛИЗКИХ ДОЛЖЕН ЛЕЧИТЬ САМ»

Нечасто встречаются примеры, когда человек практически со школьной скамьи начинает заниматься своей профессией. Судьба Дениса Дымочко сложилась именно так. Он родился и вырос в Хилке. Отец его работал помощником машиниста, а мать – медицинской сестрой детского отделения местной больницы. Денис Андреевич вспомнил, что в свои ранние годы он немало времени проводил у матери на работе и уже тогда начал мечтать об облачении в белый халат. Когда мальчику было 12 лет, семья потеряла кормильца. Мать вместе с Денисом и его младшей сестренкой вернулась в свой родной город Петровск-Забайкальский, устроилась работать старшей медсестрой городской поликлиники.

- Новая школа, новая обстановка и переходный возраст повлияли на то, что я перестал интересоваться медициной, - поделился Денис Дымочко. – Однако потом на нашу семью обрушилась череда новых несчастий: один из родственников попал в автомобильную аварию, у другой моей родственницы обнаружили онкологическое заболевание, которое уже не поддавалось оперативному лечению. Тогда я решил, что своих близких должен лечить сам.



В школе Денис учился в профильном классе с химико-биологическим уклоном. Чтобы помочь семье, он с 10 класса начал работать санитаром в Центральной районной больнице. Эта работа была для юноши не только способом заработка, но и возможностью учиться у настоящих мастеров своего дела.

- Чтобы поступить в Читинскую государственную медицинскую академию, мне приходилось много читать, заучивать, посещать дополнительные занятия. За то, что мне удалось добиться своей цели, я благодарен моему классному руководителю – учителю химии и биологии Ольге Иннокентьевне Мишариной. Она давала мне специальную литературу, помогала разбираться в сложных вопросах. Полезными были лекции преподавателей ЧГМА, которые приезжали к нам и проводили занятия, - отметил наш собеседник.



В 2009 году он поступил в медакадемию. Учеба давалась легко, поскольку Денис любил читать и читал много. Проблемы с успеваемостью создавала необходимость зарабатывать себе на жизнь.

- Поначалу приходилось работать на автомойках, затем я устроился санитаром в приемный покой Городской клинической больницы №1. Отработав там год, был принят санитаром отделения гнойной реанимации в Краевой клинической больнице, - рассказал о первых этапах своего профессионального пути молодой врач. – Мои коллеги – великолепные хирурги и реаниматологи, никогда не уклонялись от моих вопросов, не отказывались проводить для меня манипуляционные уроки, не запрещали посещать операции.

Определиться со специализацией нашему герою было непросто. С начала учебы он был по-настоящему влюблен в хирургию, но, работая в реанимации, заинтересовался и этим направлением. И все же свой выбор сделал в пользу первого варианта. Окончив академию в 2015 году, Денис Дымочко проходил интернатуру в отделении гнойной хирургии Краевой клинической больницы, дружный профессиональный коллектив которого он с теплотой вспоминает до сих пор. Заведующий отделением Борис Николаевич Хавень – профессионал высокого уровня, готовый всегда дать дельный совет, прийти на помощь. Настоящие мастера своего дела, по словам нашего героя, и остальные специалисты отделения: Антон Олегович Коваль, Олеся Анатольевна Чугай, Александр Витальевич Юдин, Дмитрий Петрович Фомин.

ВАЖНО ОСТАВАТЬСЯ «БЕСЧУВСТВЕННЫМ»

В мельчайших подробностях молодой врач помнит свою первую операцию – ампутацию нижней конечности, которую он провел в ККБ под надзором замечательного наставника врача-хирурга Алексея Шальнева.

- Перед тем, как приступить к операции, я должен был рассказать Алексею Викторовичу ее ход. Признаюсь, что удалось мне это не сразу. После того, как в теории операция завершилась успешно, я под присмотром наставника перешел к практике, - поделился воспоминаниями Денис Андреевич. – Провести ампутацию у меня получилось, хотя операция заняла почти 2,5 часа. Что я тогда испытал? Это были и страх, и гордость. А также я понял, насколько для хирурга важно во время оперативного лечения оставаться «бесчувственным», чтобы голова была свободна от посторонних мыслей, сердце было холодным, а все действия – четкими и отработанными.







Проведя под присмотром старших коллег немало операций и обретя хорошие практические навыки, Денис Дымочко имел все шансы остаться работать в Чите, но решил вернуться вместе с супругой Валерией в Петровск-Забайкальский.

- В Центральной районной больнице меня встретили хорошо. Коллектив оказался сплоченным. Поначалу ко мне приглядывались, учили проводить операции, следуя той тактике, которой придерживаются они сами. Так из того, чему меня учили в Чите, и того, что я освоил в ЦРБ, родилась моя собственная методика ведения оперативного лечения, - считает Денис Дымочко.

Работа врача-хирурга в Петровск-Забайкальском районе непростая. Если представить ее в цифрах, то это почти 30 тысяч населения, 40 коек в отделении стационара, около тысячи операций в год и порою 24 рабочих часа в сутках.

- Официально наш рабочий день длится с 8.00 до 16.40. Про обед мы часто забываем, потому что нужно принимать экстренных больных. После окончания рабочего дня мы берем на себя роль так называемых подежурных врачей, которые остаются на посту вместе с дежурным хирургом, дают консультации по телефону, а также выезжают на вызовы. К этому еще следует прибавить ночные вызовы и экстренные операции, - рассказал о своем рабочем графике Денис Андреевич.

Хирургу в муниципальном районе приходится быть универсальным специалистом, готовым взяться едва ли не за любую хирургическую патологию. Плюс в том, что в ЦРБ также работают оперирующие гинекологи и травматологи, которые по первому зову приходят на помощь к хирургам и сами всегда могут рассчитывать на них.

- Я считаю, что в хирургии самое главное – это доверие. Если оперирующий врач и ассистенты не доверяют друг другу, то тогда едва ли им удастся помочь своему пациенту, - считает наш собеседник.

Коллектив Петровск-Забайкальской ЦРБ судьба проверяла на прочность и сплоченность не раз. Так совсем недавно в больницу поступил 44-летний мужчина с ложной аневризмой бедренной артерии в результате ножевого ранения. Чтобы спасти пациента, заведующий хирургическим отделением Дмитрий Викторович Гринченко, Денис Дымочко и два врача-травматолога больше двух часов простояли у операционного стола, сохранив мужчине не только жизнь, но и возможность ходить на собственных ногах.

- Эта операция осталась в памяти потому, что она является ярким примером слаженности, сплоченности, доверия между врачами. Двое из нас тогда только пришли с ночного дежурства, кто-то пропустил обед, но, несмотря на это, все выстояли, не допустив ни летального исхода, ни ампутации, - отметил Денис Андреевич.

СВОБОДНОЕ ВРЕМЯ – СЕМЬЕ И САМОРАЗВИТИЮ

Денис Дымочко упомянул о том, что сначала старался считать проведенные операции, но вскоре сбился со счета. Когда кто-то из троих коллег-хирургов в отпуске, участвовать приходится буквально в каждом оперативном вмешательстве.

- Работа в районной больнице осложняется тем, что здесь, по сравнению с краевыми учреждениями, не так хорошо развита диагностика – оборудование не столь высокого уровня и реактивов для лабораторных исследований не всегда достаточно. Проблема еще и в самих людях: некоторые слишком критично относятся к своему здоровью и приходят к врачу едва ли не с простой царапиной, другие же, наоборот, болеют неделями и обращаются за помощью уже в запущенных случаях. В результате мы можем довольно поздно выявить онкологическое заболевание, - подчеркнул Денис Дымочко.



Помимо пациентов, страдающих различными недугами, все чаще на операционный стол попадают пострадавшие в дорожно-транспортных происшествиях. Не редки и всевозможные несчастные случаи.

- Самая долгая операция в моей практике длилась около пяти часов, - вспомнил молодой врач. - Женщина попала под поезд, в результате чего произошла травматическая ампутация нижних конечностей и правого предплечья, получены тупая травма живота, разрыв селезенки, тонкой кишки и диафрагмы. Произошло это ночью, как часто бывает. Конечно, после таких операций не чувствуешь ни рук, ни ног, и глаза не видят, но ничего не поделаешь - помогать людям надо.

По словам нашего героя, пережив такое трагическое потрясение, как утрата конечностей, не каждый пациент способен на его фоне найти в своей душе слова благодарности спасшему их врачу. И Денису Андреевичу не раз приходилось слышать такие выражения: «Зачем вы меня спасли? Что мне теперь делать? Как я буду смотреть в глаза родным, став для них обузой? У вас нет ни совести, ни души!» В таких случаях врачу приходится прикладывать немало усилий, вести долгие разговоры, чтобы вернуть пациенту стремление жить. Кто-то отказывается слушать слова поддержки и утешения, кто-то благодарен за свое спасение и рад, что обошлись лишь ампутацией.

Наверняка, каждому оперирующему врачу доводилось терять своих пациентов. Несколько таких случаев было и в жизни Дениса Дымочко.

- Врач не всесилен – многое зависит от состояния пациента, от его способности переносить заболевание, от настроя на лечение, от того, насколько своевременно он обратился за медицинской помощью. В моей практике встречались некурабельные больные, - признал Денис Андреевич. – Конечно, потерю пациента пережить трудно: такие ситуации действуют на нервную систему, сон, хочется опустить руки и никогда никого не лечить. Хорошо, что в таких случаях поддерживают коллеги, семья. В итоге приходит понимание, что есть еще много других людей, которым нужна моя помощь.

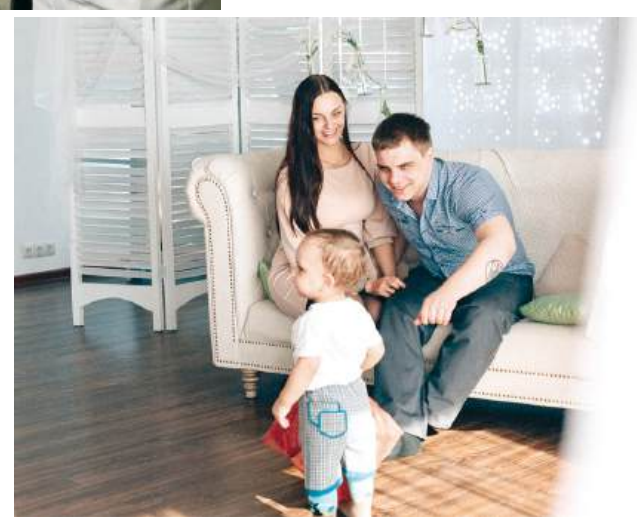
Работа в ЦРБ требует от врача постоянного самосовершенствования и развития. Порой из-за нехватки специалистов хирургам в районах Забайкалья приходится дополнительно осваивать патологоанатомическую специализацию. Есть сертификат патологоанатома и у нашего собеседника. Данное направление в медицине требует глубокого изучения научной литературы.

И все же в череде сложных операций, экстренных вызовов, обучающих семинаров и научно-практических конференций Денис Дымочко находит время для самого главного – своей семьи.

- Я человек семейный, поэтому все свободное время стараюсь проводить с близкими людьми. С женой и сыном Андрюшкой мы любим гулять по парку, выезжаем на отдых в лес. Из-за большого количества работы они так редко видят меня, поэтому каждая минута общения с ними дорога мне, - сказал молодой специалист.

Жизнь в районном центре вовсе не кажется ему менее интересной, чем в крупном городе, потому что каждый его день насыщен непростой работой, непрерывным самообразованием, любовью дорогих сердцу людей. Денис Дымочко считает, что и в ЦРБ врачу есть, куда расти. Он мечтает посмотреть на работу хирургов в столичных и даже заграничных клиниках, намерен освоить операции на поджелудочной железе и печени. Все еще впереди…

Юлия Болтаевская







ПРИОРИТЕТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОДРАСТАЮЩЕЕ

Стратегия по формированию здорового образа жизни, реализуемая в Забайкальском крае, направлена на все возрастные и социальные группы, но в первую очередь в зоне ее внимания – дети. О том, как реализуется в Забайкалье данное направление, рассказывает главный врач Краевого центра медицинской профилактики Марина ЗАГИРОВА:

- Специалисты медицинских организаций используют необходимые формы и методы информирования населения во всех подразделениях здравоохранения, обеспечивающих медицинское обслуживание детей: в поликлиниках и консультациях, стационарах круглосуточного и дневного пребывания в рамках постоянно действующего лектория «Основы здорового образа жизни», кабинетах здорового ребенка, Центрах здоровья, в образовательных организациях, а также во время проведения краевых информационных акций, в т.ч. в период летней оздоровительной кампании, «Ярмарок здоровья», подготовки волонтерских (добровольческих) отрядов.



В нынешнем году Краевой центр медицинской профилактики разработал и согласовал с Комитетом образования администрации городского округа «Город Чита» среднесрочный информационно-образовательный проект «Здоровым быть здорово!». Его цель - повышение информированности в области профилактики ряда инфекционных, социальнозначимых заболеваний и факторов риска их развития у детей и подростков с 1 по 11 классы пяти образовательных учреждений г. Читы. В программе, рассчитанной на три года - лектории по тематическому плану, информационные акции, тренинги, круглые столы, викторины, конкурсы рисунков и эссе, анкетирования с использованием презентаций, тематических видеодемонстраций, памяток и пр., содержащих информацию, рассчитанную как на учащихся, так и на педагогов, родителей школьников. В первом полугодии уже проведено 85 тематических лекций для 3136 школьников и 25 – для педагогов. При этом промежуточное анкетирование показало, что более 93% школьников удовлетворены совместной работой и считают ее интересной, познавательной и полезной.



С нового учебного года в этих образовательных учреждениях предстоит новый виток работы - начнется подготовка волонтеров (добровольцев)-школьников 8 и 10 классов по специально разработанной Центром медицинской профилактики программе с символическим названием «По зову сердца, чтобы жить». Ее направленность - профилактика заболеваний, факторов риска











ПРОФИЛАКТИКИ – ПОКОЛЕНИЕ



и их развития, знание клинических признаков и первой помощи при неотложных состояниях, формирование здорового образа жизни. Есть планы и по подготовке «пилотных» волонтеров - учеников начальных классов. Их задача – учить сверстников правильно чистить зубы и соблюдать личную гигиену. Имеется у этого проекта и другая цель: через обучение здоровьесбережению привить любовь и уважение детей к профессии медработника, ориентировать в будущем на выбор специальности медицинской направленности, реализацию себя в области здравоохранения родного края.

Нужно отметить, что уже более 15 лет учреждения здравоохранения Забайкалья ведут подготовку волонтерских отрядов из числа школьников, подростков, студентов. В Забайкалье и в других регионах страны более 20 тысяч молодых людей, прошедших школу жизни по принципу «равный поможет равному», и мы верим, что сегодня они продолжают применять полученные знания и передавать их подрастающему поколению, своим детям.



В соответствии с объявленным в Российской Федерации «Годом добровольца» в 2018 году Министерством здравоохранения Забайкальского края был разработан и издан ряд распоряжений по подготовке добровольцев (волонтеров) в сфере здравоохранения Забайкальского края, по взаимодействию медицинских организаций с волонтерскими (добровольческими) организациями. Чтобы сотрудничество стало более плодотворным, в марте текущего года было заключено соглашение о взаимодействии между краевым Министерством здравоохранения и Всероссийским общественным движением добровольцев в сфере здравоохранения «Волонтеры-медики». В основу работы по данному направлению легли план основных мероприятий по проведению «Года добровольца (волонтера)» по вопросам профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни на период 2018-2020 годов, программа подготовки волонтеров по направлению «По зову сердца, чтобы жить» для молодежи с 15-летнего возраста, критерии оценки деятельности добровольца, меры нематериального поощрения их работы.



В течение первого полугодия мультидисциплинарная бригада из числа специалистов ряда государственных учреждений здравоохранения: «Краевого центра медицинской профилактики», «Центра охраны семьи и репродукции»





Забайкальского краевого перинатального центра, «Центра по профилактике и борьбе со СПИД» Краевой инфекционной больницы, Краевого кожно-венерологического и наркологического диспансеров, Забайкальского Территориального центра медицины катастроф, Забайкальского краевого клинического фтизиопульмонологического центра подготовила уже шесть волонтерских отрядов, членами которых стали 76 ребят из числа лучших студентов и учащихся средних специальных учебных заведений. Подготовленные отряды принимают активное участие в реализации плана информационных и массовых мероприятий краевого Минздрава, перенимая опыт практической работы у старших товарищей.

Кроме того, волонтеры-медики из числа учащихся Читинской государственной медицинской академии и Читинского медицинского колледжа оказывают неоценимую помощь не только своим будущим коллегам-медикам, но и, в первую очередь, землякам-забайкальцам, осуществляя на плановой основе уход за пациентами паллиативного отделения Городской больницы №2, помогая при разработке и внедрении проекта «Бережливая поликлиника», принимая участие в программе для ветеранов войн и труда «Теплые ладошки».



Нельзя не отметить и опыт работы полноценного межведомственного волонтерского отряда из числа ведущих специалистов в области профилактики краевых учреждений здравоохранения и сотрудников наркоконтроля Забайкальского края, который более десятка лет сплоченно и слаженно работает в пришкольных и загородных детских лагерях отдыха в период летней оздоровительной кампании. Лица волонтеров уже узнают дети, повторно приезжающие на отдых, персонал, их ждут на площадках, чтобы задать вопрос или поделиться успехами. За два первых летних месяца 2018 года волонтеры более 30 раз выезжали на встречи с ребятами, чтобы поделиться знаниями по формированию здорового образа жизни, оказанию первой помощи при неотложных состояниях, по профилактике ВИЧ/СПИДа, ИППП, абортов, потребления психоактивных веществ с 3,5 тысячам ребят. А фотографии и видеоматериалы о деятельности забайкальских волонтеров в области формирования здорового образа жизни находятся в архиве Президентской библиотеки им. Б. Ельцина, имеющей федеральный статус.



Вопросы обеспечения эффективного партнерского взаимодействия медицинских организаций и добровольцев стоят на особом контроле у министра здравоохранения Забайкальского края, заслушиваются на межведомственном координационном совете по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни. Осенью нынешнего года вопрос развития добровольчества в сфере здравоохранения станет предметом обсуждения отраслевого общественного совета.





Она смущенно улыбается, встречая меня у подъезда в дом своей подопечной. Медсестры, как правило, не избалованы вниманием прессы, чаще на втором плане остаются. И вот там, на тылах, привычно скромно и надежно обеспечивают качество медицинской помощи в целом. Мы привыкли считать медсестру правой рукой врача. В проекте «Кординаторы здоровья», который уже больше полутора лет реализуется в Забайкальском крае, ее роль стала еще более значимой.



ВСЕГДА НА СВЯЗИ

Когда министр здравоохранения края Сергей Давыдов впервые озвучил идею о создании службы координаторов здоровья, возникло множество вопросов. Оно и понятно: проект новый, нигде в России не обкатанный, как будет работать не совсем ясно, и какие его перспективы – тоже.



Известно было только одно: в Забайкалье не хватает врачей-терапевтов. Понятно было и другое – проблему с доступностью медицинской помощи нужно решать, и как можно скорее. В итоге возникла идея, что, поскольку ближе всего к пациентам фельдшеры и медсестры, то им и следует поручить опеку пациентов. В первую очередь тех, кто пережил сердечно-сосудистые катастрофы и страдает тяжелыми хроническими заболеваниями. А поскольку координатор здоровья таких пациентов будет посещать на дому, то и о состоянии здоровья всех членов семей она будет в курсе. Так что в курацию специалистов подпали все члены семьи вне зависимости от возраста. В отдаленной перспективе в результате такой тесной курации больных должно снизиться количество вызовов скорой помощи, и нагрузка на участковых врачей-терапевтов.



...С Людмилой Болдиной, координатором здоровья и участковой медсестрой поликлинического подразделения №5 Клинического медицинского центра г. Читы, идем к ее подопечной - Любови Шевченко. Любови Николаевне – 92. Она весела, бодра и, несмотря на приличный список хронических болезней, ни на что не жалуется.

- Нам такая медсестра дана – от Бога, – говорит ветеран. – Мало того, что ко всем врачам, если нужно, запишет, так еще и позвонит, мол, не забыли ли про прием. Да она все время была такая, мы ж ее уж лет пять знаем.

- Шесть, - поправляет входящая в комнату Людмила Николаевна и начинает раскладывать на стуле мобильный кардиограф.

- А? – Любовь Николаевна разворачивается в сторону медсестры.

- Шесть лет, говорю, с вами работаю уже, - умиротворяющим тоном повторяет Людмила Николаевна пациентке и оборачиваясь уже ко мне, поясняет: – я шесть лет назад сюда переехала из Нер.-Заводского района. Там я фельдшером работала, а здесь участковой медсестрой в поликлинику устроилась.

- Да-да, - Любовь Николаевна соглашается и говорит уже мне: – вы представляете, я же теперь ни регистратуры, ни поликлиники толком не знаю. Не хожу ведь. Все она, Людмила Николаевна, делает. И к врачу запишет, и анализы, какие нужно, возьмет, и направления получит. Она тут в отпуск ушла, так мы же ее потеряли. Из отпуска вышла и сразу к нам, а я ее увидела – обняла да заплакала, да запричитала. Она меня спрашивает, почему я плачу, а я говорю, так мы ж без тебя как сироты брошенные...







Смеется ветеран и смотрит тепло на медсестру свою, а та свое дело делает - разложила аппарат и готовится проводить обследование.

У каждого координатора здоровья есть свой заветный синий чемоданчик. В нем – тонометр, глюкометр, планшет и все, что нужно конкретному больному. Проект курирует Забайкальская региональная общественная организация «Профессиональные медицинские специалисты», которая и оснастила координаторов необходимым медицинским оборудованием, а также регулярно снабжает медсестер методической литературой и спецодеждой. При необходимости медсестра из поликлиники принесет мобильный кардиограф и на месте снимет показания деятельности сердца.

- Любовь Николаевна, у вас все хорошо, - говорит с улыбкой медсестра, читая ленту кардиографа.

- Инсультов-инфарктов не предвидится? – весело отзывается ветеран.

- Нет, все нормально, – успокаивает Людмила Николаевна.

- Ну и хорошо, - ветеран поднимается и начинает одеваться, а попутно вспоминает. – У моей мамы, как и у меня сейчас, тоже было хроническое обструктивное заболевание легких. А какое тогда было лечение-то? Кодеин один! Она ж дышать не могла, лежала и жаловалась, что так хочет воздуха дыхнуть, а не может. Однажды попросила, чтобы мы ее к двери подвели подышать. Вздохнула и… умерла. Ей было 68 лет, в 1968 году ее не стало. А я-то дышу, у меня и ингалятор карманный, и аппарат, как его там? Ну, большой такой, с маской. Я то одним подышу, то другим, потом таблетки - и вот ни на что не жалуюсь. Так что медицина нам жизнь продлевает.

- Любовь Николаевна у нас умничка, - Людмила Николаевна хвалит свою подопечную. – Все что ни скажешь - сделает.

Такому взаимопониманию только позавидовать можно. И не скажешь, что чужие, какое тут! Родные почти друг другу люди.

- Да, мы тут уже сроднились, - подтверждают, смеясь, пациентка и медсестра. – Все друг о друге знаем.

- Это точно, – подхватывает беседу Наталья Сергеевна, дочь Любови Николаевны. – Мы к Людмиле Николаевне с любыми вопросами можем обратиться, и она никогда не откажет. В любое время позвонишь, спросишь совета, она и ответит. Так что проект нам очень помогает. Мне протезирование коленного сустава делали, а после него год еще восстанавливаться надо. Куда уж мне было в очередях стоять в поликлинике, если сама то на костылях, то с палочкой ходишь? Поэтому для нас этот проект – облегчение.

Всего на попечении Людмилы Николаевны десять семей. Есть и онкобольные, и с тяжелыми хроническими заболеваниями. Есть и семьи с детьми. При необходимости медсестра связывается со своим руководством, а оно - с Детским клиническим медицинским центром. И ребенка на контроль возьмут уже свои специалисты. Кстати, расходы на мобильную связь полностью компенсирует КМЦ. Так что координатор всегда на связи.

…Разговор прерывает телефонный звонок:

- Галина Ивановна, подождите немного, сейчас подойдем. – Людмила Николаевна выразительно смотрит на меня и говорит: – нас там уже заждались, идти нужно.

И хоть интересно разговаривать с людьми, повидавшими жизнь во всей ее красе, но надо торопиться – Галина Ивановна Пряслихина ждет.

В скромной чистенькой квартире нас ждала бабушка в платке и кофте с наградами. К визиту журналиста Галина Ивановна подготовилась основательно – даже документы свои достала: мало ли какие вдруг вопросы зададут.

- Так чо мине говорить-то? Про медсестру? А-а! Так хорошо работат, ладно, - характерно сглатывая окончания, чокая и вставляя гласные туда, где их нет, говорит подопечная. Забайкальский говор как-то очень к лицу бабушке, гармонично и с кофтой с наградами, и с платочком беленьким.

- У Галины Ивановны сахарный диабет, – вполголоса поясняет Людмила Николаевна, – сахар в крови скачет сильно. Кроме этого еще заболеваний целый список, а живет одна. Так что на постоянном контроле находится. Мы и созваниваемся с ней регулярно. То она мне звонит, то я - ей.

Галине Ивановне – 89. Выкормила, как она говорит, четверых детей, а вот во внуках, правнуках и праправнуках – запуталась.

- Внучки из Красноярска в гости приехали, - радуется бабушка. – Сколько же их у мине? Внуков-то десять, а не больше ли? Вика! – зовет с кухни внучку Галина Ивановна, - А внуков-то у мине скока? Десять, а ты усех посчитала-то? А

Лешкиных посчитала? А Наташкиных? А правнуков скока? Штук 20? Или боле? – Бросив попытки всех пересчитать, бабушка вздохнула и сказала, мол, все по своим домам живут, разъехались по стране кто куда, но не забывают, вот, в гости приехали, уже радость.

Пока Галина Ивановна считала свое потомство, Людмила Николаевна развернула свой кардиограф. Показания оказались хорошими. Потом сняла показания насыщаемости крови кислородом. И эти результаты порадовали.

- Че-та в этом году я себя плохо чувствую, наверное, до 89 полных-то не дотяну, - охая-вздыхая говорит Галина Ивановна. – Если бы не Людмила, то даже не знаю, че делала бы.



- Смотрите, - Людмила Ивановна достала пачку распечатанных методичек. – Галина Ивановна, я вам тут буклеты принесла, почитайте, изучите. Это как раз про то, что нужно делать, если вдруг симптомы инсульта или инфаркта появятся. Нужно обязательно почитать.



- Да у мине ж четыре класса школы, я ж ни «а», ни «б». – Но методички взяла, покрутила в руках, пригляделась. – Но прочитаю какие-то все равно, изучу… к ста годам-то… - шутит и озорно поглядывает на медсестру. – Людмила Николавна, - кличет, – краса ты моя, скажи, к какому еще раз врачу-то надо?

- Да он сейчас приедет, - мягко, словно ребенку, поясняет медсестра. – До шести часов как раз успеет.

- А-а, ну хорошо, подожду, - успокаивается опекаемая. – А я тут ее никак чаевничать со мной усадить не могу, - жалуется мне бабушка. – Все куда-то торопится. Даже гостинцев девчонкам своим не берет.

- Мне же еще к другим нужно успеть, - оправдывается Людмила Николаевна. – Сейчас к онкобольной - укол поставить, а потом еще к двоим надо забежать, – уже мне поясняет координатор.

Мы вышли из дома, а я подхватила ее кардиограф и сумку координатора – вес оказался ощутимым. Представила, каково это с такой ношей по этажам бегать.

- Привыкла уже, - опять смущаясь, говорит Людмила Николаевна, - сейчас машина подъедет и кардиограф заберет. Мы же его не каждый раз берем с собой.

- Но обходите своих пациентов регулярно?

- Это да, порой приходится по несколько раз на дню забежать, проверить, как назначения выполняются, как состояние больного. Но мне такая работа нравится, я вообще не могу на месте долго сидеть. А тут напрямую с пациентами работаешь, видишь их, знаешь все, и помогаешь реально. Для меня проект очень удобен, и для больных тоже.

…Подъехала машина, Людмила Николаевна передала аппарат, а мы пошли дальше: я – по своим делам, а медсестра – к своим больным… А я подумала: немудрено, что не хотели Людмилу Болдину из Михайловки, что в Нерчинско-Заводском районе, отпускать. Тут пациенты-то на время отпуска ее теряют, а что уж говорить, когда она из села родного в Читу уезжала?

Эльвира Паламова



Александр КРАВЦОВ, психотерапевт Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского, в гипнозе не видит ничего сверхъестественного, несмотря на то, что осваивать эту методику начал с первых шагов в профессии: «Сам термин в последнее время уже настолько искажен, что его порой уже боишься произносить. Слишком много вокруг гипноза сформировалось мифов – «спасибо» художественной литературе, недобросовестным специалистам, которые демонизируют, мистифицируют гипноз, ну и, конечно, средствам массовой информации и телешоу, которые используют гипноз для зарабатывания денег».



ГИПНОЗ: ЛЕКАРСТВО ИЛИ БЕГСТВО ОТ РЕАЛЬНОСТИ?

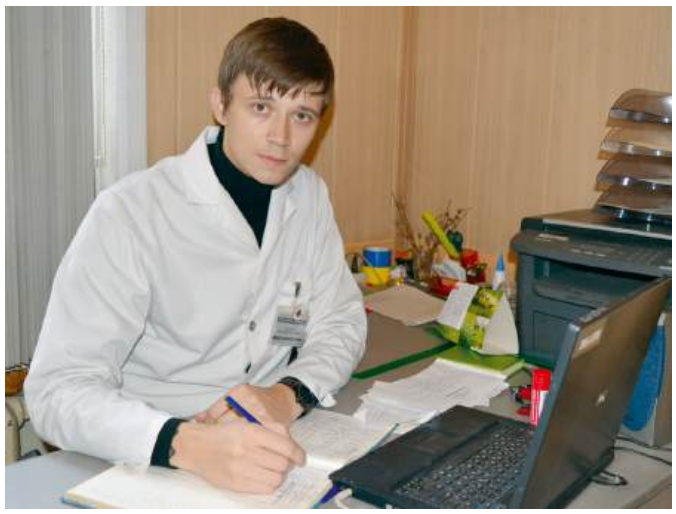
- Как вы считаете, гипнозом способен овладеть каждый?

- Думаю, да, по большому счету, это дело навыка. Но, конечно, у людей есть определенные качества, при наличии которых гипноз получается лучше. Например, гипнотизер должен в какой-то степени обладать харизмой. Существует несколько школ гипноза, одна из которых утверждает, что гипноз – это особое физиологическое состояние нервной системы, другая говорит о том, что физиология вторична, есть только способность личности внушать что-то другому человеку. При этом гипнотизируемый должен захотеть этому внушению поддаться. И чем харизматичнее специалист, тем больше к нему доверие и симпатия гипнотизируемого. И, кстати, именно эта школа победила в итоге в спорах, потому что физиологического маркера, когда речь идет о гипнозе, так до сих пор и не найдено. Вообще информация по гипнозу достаточно противоречива. Мне больше нравится альтернативная точка зрения, что гипноз - это состояние, характеризующееся особой мотивацией человека. Проще говоря, он хочет поддаться внушению. Именно так и бывает в









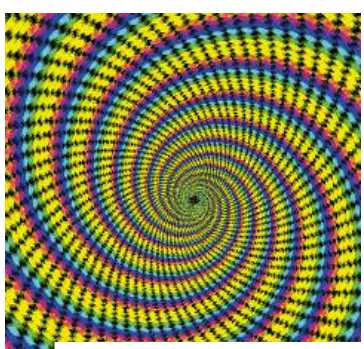
большинстве случаев, потому что если рассматривать некоторые расстройства личности, например, определенные виды психопатий, то зачастую это как раз люди абсолютно невнушаемые, которые не подаются переубеждению, да и вообще никакой коррекции.

Гипноз – это не сон, при нем человек сохраняет память, остается в сознании, более того, под гипнозом нельзя заставить человека сделать что-то против его воли и в чем-то его переубедить.

- В телешоу все как раз наоборот…

- Да, но это именно телешоу, не более и не менее того. У телешоу свои задачи – собрать публику, вызвать у людей эмоции, шоу создается именно для развлечения, а не для демонстрации профессионального гипноза. На самом деле гипноз – лишенное всякого мистицизма состояние, и даже ценность его в медицинской практике, по мнению многих специалистов, очень сильно преувеличена. Некоторые знаменитые врачи предупреждали - будьте осторожны с гипнозом, потому что польза от него не такая значительная, зачастую намного больший эффект дают методы традиционной психотерапии.

- Гипноз может причинить пациенту вред?



- Как такового физиологического вреда от гипноза нет. При этом скажу честно, несмотря на то, что я владею данной методикой, стараюсь без необходимости ее не применять. Объяснение простое: считаю, что некоторые люди проживают всю жизнь, не приходя в сознание. Зачем же им добавлять это еще? Задача психотерапии прямо противоположная – чтобы человек как раз пришел в сознание и осознал, что он делает, чем живет, что вокруг него происходит. Что бы он наконец-то разрешил противоречия, которые возникают в его жизни здесь и сейчас, а не погружался в другие состояния сознания. Поэтому я не сторонник гипноза, по крайней мере, в индивидуальной психотерапии.

- Ну, если вы его целенаправленно изучали, значит, все-таки применяете этот метод на практике?

- Разумеется. Собственно с гипноза начинается история психотерапии, как науки. До этого методы лечения неврозов сводились к религиозным, мистическим обрядам и ритуалам. Надо заметить, что изменённые состояния сознания, к которым относятся гипноз, транс, медитации и др., не являются патологическими. А трансперсональная психотерапия - эффективный метод, очень хорошо зарекомендовавший себя на практике. Его действенность неоднократно доказана, кстати, в том числе и нашим коллегой, читинским психотерапевтом Анатолием Ивановичем Колчиным, на эту тему им написана кандидатская диссертация, где показана эффективность трансперсональной психотерапии для лечения круга невротических расстройств.

- Сам пациент может просить о применении гипноза, или целесообразность его использования определяет только специалист?

- Если мы говорим о медицинской модели, то здесь неотъемлемы такие категории, как диагностика, лечение, показания-противопоказания. И как врач я не смогу провести человеку гипноз, если имеются противопоказания, или я знаю, что это подкрепит его проблему. Очень много пациентов, которые приходят на прием и просят их загипнотизировать. Чаще всего это проявление неосознанного желания быть волшебным образом исцеленным - своеобразный способ снять с себя ответственность за какие-то пороки поведения, или оправдать отсутствие собственного вклада в решение какой-либо проблемы. Хочется, чтобы все произошло само по себе, и при этом ничего не нужно было бы делать. Человек представляет, что он уснет, а проснется совершенно другим: станет лучше, добрее, не будет поддаваться каким-то манипуляциям и т. п. – в общем, в его жизни что-то наладится. Люди, которые просят их загипнотизировать, как раз обладают таким вот «волшебным» мышлением на уровне маленького ребенка. Они хотят, чтобы за них все сделали другие: родственники, психотерапевт – не важно. А задача психотерапевта – не воздействовать гипнозом, а работать с личностью пациента. При этом у психотерапевта нет никаких оснований для советов и поучений: он видит человека первый раз, не знает, правду ли он говорит, ведь любой пациент приносит не объективную информацию, а какое-то описание ситуации, сложившееся у него в голове. Если психотерапевт начинает давать советы или поучать, то пациент получает в свой актив еще одного человека, на которого можно переложить ответственность за свои проблемы. Психотерапевт должен не давать советы, а правильно формулировать вопросы, которые приводят самого пациента к ответам на них.

- Все мы ждем чуда, хотим выиграть в лотерею…

- Совершенно верно, и такое ожидание чудес порой впоследствии чревато разочарованиями, и большими финансовыми нагрузками на бюджет, к тому же, когда не реализуются ожидания, человек испытывает колоссальные душевные страдания. Таким состоянием людей охотно пользуются многие шарлатаны, причем с немалой выгодой для себя.



- Гипнотическое воздействие с криминальной точки зрения, когда на человека воздействуют на улице, выманивая деньги, цыганки останавливают прохожих, и они подчиняются, как завороженные, это тоже гипнотическое воздействие?

- Одна из школ гипноза - эриксоновская, вместо директивных слов гипнотизера «вы сейчас заснете», предусматривает косвенные внушения, запутывание человека, поток противоречивой информации, которая обрушивается на него. После такого воздействия внимание человека расфокусируется, и пока он сосредоточен на чем-то другом, можно заставить его совершить какой-то поступок на автомате. Примерно по такой же схеме действуют и шарлатаны: состояние сознания не меняется, просто наступает банальная перегрузка мышления. Особенно если вопросы, которые задают человеку для перегрузки мышления, имеют для него очень важное значение (касаются близких, например), тогда он может машинально сделать то, что для него на данном фоне выглядит второстепенным – например, отдать свой кошелек. Возможен и вариант гипноза с криминальными целями. Но в этом случае опять же играют роль особенности личности гипнотизируемого. Есть люди, очень сильно поддающиеся внушению, у них имеется какая-то своя история, в которой кроются вторичные психологические выгоды для человека – быть внушенным. Отдельная тема - потеря памяти, или так называемые конверсионные расстройства, способность человека к вытеснению информации – целенаправленному забыванию, защитная реакция организма на стресс, в том числе и защитная реакция личности от падения самооценки.

- Можно выделить среди других человека легко внушаемого?

- Да, однозначно. Признаки? Чаще всего это люди истероидного типа, у которых слабое «Я», они чувствуют себя полноценными через другого человека, через его реакции, находят в нем свое отражение, легко перенимают его позиции, в первую очередь для того, чтобы сблизиться с ним.

- В каких случаях применение гипноза – на пользу пациенту?

- Например, когда человек помнит свои чувства от психотравмы, но не помнит, что произошло. Когда пациент и психотерапевт ходят вокруг да около, но не могут определить причину, разумно попробовать гипноз. В моей практике был случай, когда молодой мужчина всю жизнь вспоминал свои ощущения от травмы в детстве, считая их самыми страшными воспоминаниями, но совершенно не помнил, с чем это потрясение было связано, что произошло тогда в его жизни. В памяти остались только последовавшие за событием ощущения и воспоминания: свет тусклой лампы, и как он сидит в углу и плачет. С тех пор как будто выключатель щелкнул - он опустил занавес между собой и людьми, а почему – не может вспомнить. Пациент с пограничным расстройством личности, несмотря на внешнюю адекватность и даже успешность, социально не мог адаптироваться в коллективе, не складывались отношения с женщинами, он вел себя по отношению к ним деспотично, агрессивно, так что с ним в принципе было невозможно выстраивать какие-то близкие отношения. Во время сеанса гипноза он вспомнил, что причиной психотравмы стала сцена сексуального характера – изнасилование, случайным свидетелем которой он оказался, она и произвела на него чудовищный эффект. Корень проблемы с помощью гипноза мы успешно нашли, но это не отменило другую часть лечения, ведь для исправления ситуации теперь ему предстояло вести себя по другому уже здесь и сейчас, в конкретных отношениях, потому что было очевидно, что это один и тот же сценарий.

- Вы погружаете человека в другой возраст?

- Это делается, опираясь на физиологию. Человеческий мозг вырабатывает электричество, а самая эффективная электрическая цепь та, импеданс которой ниже, т.е. ниже сопротивление. Когда человек находится в бодрствующем состоянии, его мозговые волны соответствуют бета-ритму – чем ниже частота колебания электрического тока в головном мозге, тем больше его работоспособность и эффективность его работы. При понижении ее до альфа-ритма, человек расслабляется, его внимание становится более разгруженным, он эту энергию направляет более сфокусировано, более точечно, и ему становится легче вспомнить. Есть даже такой психологический трюк: если вы потеряли какую-то вещь, попробуйте об этом подумать, как только проснетесь. Все просто – когда человек просыпается, его внимание полностью разгружено, колебания мозга соответствуют альфа-ритму и работоспособность мозга гораздо выше. Задача гипноза - погрузить человека в такое более эффективное состояние, чтобы он уже целенаправленно всю свою психическую деятельность переключил на конкретную психическую задачу.

- Медицинский гипноз отличается от гипноза вообще?

- Технически – нет, он отличается задачами, задача медицинского гипноза, как и любой медицинской процедуры – помочь человеку преодолеть страдания, вылечить. Техники и приемы у гипноза различного предназначения одни и те же.

- Много специалистов в Чите владеют гипнозом?

- В Чите достаточно специалистов, владеющих гипнозом, при желании такого специалиста можно найти запросто, эта помощь доступна, есть специалисты более загруженные, есть менее загруженные, но попасть на прием не составит труда, это точно.

- Что является противопоказаниями к проведению гипноза?

- Грубые психические расстройства, шизофрения, эпилепсия, - это абсолютные противопоказания. Есть и противопоказания относительные: состояния после инфаркта (не раньше 1,5 лет), после инсульта, онкологические заболевания - это связано с тем, что человек при гипнозе может очень быстро погрузиться в психотравмирующую ситуацию. Нам не нужно 10 сеансов, чтобы подойти к проблеме постепенно, пациент просто проваливается в нее, и если имеются заболевания сердечно-сосудистой системы, то мы может спровоцировать сосудистую катастрофу. Именно поэтому я считаю, что гипноз должен проводить именно врач, психотерапевт, хотя в юридическом плане здесь нет никаких ограничений. Когда дело касается относительных противопоказаний, то их невозможно просто заучить, здесь нужно понимать патогенез, клинику, иметь общее представление о том, как эти болезни протекают.

- Спасибо за интервью.

Беседовала Ирина Белошицкая



ИРОНИЯ СУДЬБЫ

О ЗАВЕДУЮЩЕМ «ЛЕНИНСКОЙ» БОЛЬНИЦЕЙ В 1931-33 гг. БЕРНАРДЕ ВОЛЬФОВИЧЕ ГААЗЕ

Каждое утро, вот уже 50 лет, я прохожу мимо красного кирпичного здания на углу улиц Ленинградской и Новобульварной. С 1997 г. это красивое строение, являясь памятником архитектуры, пустует. Это связано с различными причинами, перечислять которые нет необходимости, а ранее, с 1913 года, в нем кипела жизнь, вокруг этого здания и вырос постепенно больничный городок, в котором сегодня расположена Краевая детская клиническая больница, где сменилось уже несколько поколений специалистов, добросовестно выполняющих свой долг.

Нынче историческое здание, как ненужный заброшенный старик, смотрит глазницами пустых окон на бегущую мимо жизнь, и в обветшалых стенах витают образы давно ушедших людей, каждый из которых внес свой вклад в историю больницы. В жизни все имеет свое начало и конец, вроде бы это закон, но почему-то, глядя на эти стены, становится печально и грустно...

В начале 60-х годов мне приходилось общаться с уважаемыми людьми, проработавшими в «ленинской» больнице почти всю жизнь - это Василий Аркадьевич Коханский и Олег Николаевич Троицкий. Они делились своими воспоминаниями о прошлом больницы, рассказывали интересные случаи. Если бы я знал, что увлекусь историей медицины, то отнесся бы к их рассказам более внимательно. В последующем, работая в архивах, я находил документальное подтверждение рассказам своих учителей. Меня заинтересовало одно высказывание Олега Николаевича, что в 30-е годы больницу возглавлял человек по профессии скорняк, но тогда об этом человеке, да и не только о нем, ничего не было известно.

Работая в Государственном архиве Читинской области (Забайкальского края) с документами «ленинской» больницы, удалось в хронологическом порядке установить фамилии и некоторые данные, касающиеся практически всех руководителей больницы середины 30-х годов, для которых регламентом не предусматривалось обязательное медицинское образование. За двадцать лет (1924-1944 гг.) сменилось девять руководителей, и среди них действительно был человек, не имеющий медицинского образования - Бернард Вольфович Гааз, руководивший коллективом с 1931 по 1933 годы. Если о предшественниках и последователях этой загадочной личности было что-то известно, то из книги приказов, хранящейся в государственном архиве, известно только то, что тов. Б.В. Гааз был направлен в больницу им. В.И. Ленина горкомом партии. В те времена практиковалось направление членов ВКП (б) на должности по решению партии в различные организации как партийное поручение. Так начальником



Ленинская больница

отдела медицинской помощи застрахованным гражданам был Петр Яковлевич Сарин, не имеющий медицинского образования. Партийные работники по разнарядке направлялись на предприятия, сельхозартели, шахты и т.п.

Учитывая, что Б.В. Гааз был направлен в больницу решением горкома партии, я обратился в партийный архив, где, к моему счастью, обнаружились документы, прояснившие вопросы, витавшие в моей голове. Удалось восстановить основные этапы жизненного пути этого неординарного человека, пережившего все невзгоды своего времени: горнило первой мировой войны, гражданскую войну и политические репрессии 1937 года.

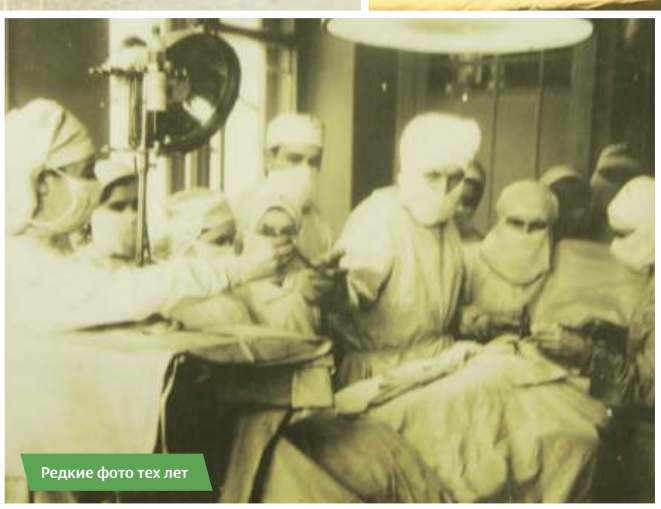

Хозяйственные постройки во дворе больницы

Б.В. Гааз родился в 1895 году в г. Кракове (Австро-Венгрия) в семье еврея-скорняка и с ранних лет обучался скорняжному и портняжному мастерству. В период первой мировой войны в 1915 г. Б.В. Гааз переехал в г. Билиц, где был призван в армию. После непродолжительного периода обучения военному делу в составе четвертой австро-венгерской армии, принимал участие в боевых действиях против русской армии. В том же 1915 г. попал в плен (всего за время событий в плен попало более двух миллионов австро-венгров). Вначале его направили в пересылочный лагерь в районе г. Киева, а затем, в составе команды военнопленных, по Транссибирской железной дороге он попал в лагерь для военнопленных в Чите. Всего в Забайкалье находилось около 32-х тысяч пленных.

Пленные солдаты в основном размещались в бывших казармах в Песчанке и Антипихе, офицеры имели возможность вместе с денщиками снимать частное жилье. Где находился конкретно Гааз, сказать невозможно. Известно, что все военнопленные привлекались к работам, за что получали вознаграждение. Размещение, обмундирование, питание были вполне сносными - условия содержания пленных регулярно проверялись комиссиями Красного Креста.

После революции 1917 г. в России пленные в Забайкалье оставались в лагерях, но снабжение их значительно ухудшилось. На основании Брестского мира в 1918 г. предполагалось освобождение всех военнопленных и расформирование лагерей. Репатриация должна была проводиться через Владивосток, затем по морю в Европу. Не каждый решался на такой сложный путь домой, часть пленных, в основном из рядового состава, осталась в Забайкалье, люди вступали в Красную Армию, устраивались на работу.




Редкие фото тех лет

В 1918 г. Гааз вступил в Красную Армию, но работал в тылу, занимаясь пошивом и ремонтом одежды; в боевых действиях не участвовал. В период правления атамана Семенова был арестован, затем отпущен, работал кочегаром в казарме казачьего управления.

После установления советской власти в 20-е годы Б.В. Гааз работал скорняком в артели «Швейпром», тогда же женился на жительнице Читы, проживал с семьей по ул. Уссурийской, 100 (ныне улица Чкалова). Занимался не только ремеслом, но и изучал русский язык (владел немецким и еврейским языками). К 1930-му году в семье было трое детей: две дочери и сын. В 1928 г. Бернард Вольфович вступил в партию большевиков, где проявил себя с положительной стороны, участвовал в партийной деятельности, был замечен товарищами по ячейке и горкомом ВКП (б). В конце октября 1931 г. по разнарядке горкома его направили на должность заведующего больницей им. В.И. Ленина Восточно-Сибирского окрздрава.

Больницу в то время возглавлял А.В. Каширов, заместителем по лечебным вопросам был В.А. Коханский, работали врачи: В.Ф. Тальковский, Г.М. Аксман, Я.М. Шольц, М.Е. Неймарк, Островитянина, В.Н. Биткина, Перфильева, М.Н. Павлов - всего по штатному расписанию в больнице числилось 110 человек.

На момент назначения Б.В. Гааза заведующий больницей А.В. Каширов был в командировке. Сам факт назначения вызвал возмущение в коллективе. Замещавший Каширова В.А. Коханский отменил распоряжение горкома до прибытия руководителя больницы из командировки, но «плетью обуха не перешибешь» - Каширов был отстранен от должности без объяснения мотива и к исполнению обязанностей с 28.10.1931 г. приступил назначенец горкома.

Можно только представить, как руководил учреждением здравоохранения человек, не владеющий медицинскими назначениями, плохо владеющий русским языком и грамотой, единственное, что он мог решать – хозяйственные вопросы.

Благо в больнице начмедом работал грамотный врач В.А. Коханский, думается, что Гааз не вникал в специальные вопросы, а делегировал их специалистам.

Судя по всему, Гааз Б.В. был неординарным человеком. В больнице ежемесячно проводились собрания коллектива, протоколы которых сохранились в архиве и по ним можно оценить обстановку того времени и отношение персонала к своему руководителю. Вполне естественно, что работники хозчасти характеризовали его как грамотного, знающего человека, который мог успешно решать проблемы управления хозяйством. В.Ф. Тальковский тоже положительно отзывался о заведующем больницей, в противоположность ему Я.М. Шольц очень негативно относился к своему земляку, считал его «малоинициативным человеком, не читающим текущую литературу», недобросовестным партийным функционером. Немаловажным фактом было и то, что в больнице Гааз был единственным членом ВКП (б).

Вполне возможно предположить, что в партийные органы были сигналы о деятельности заведующего больницей, т.к. персональное дело Б.В. Гааза рассматривалось на заседании ячейки ВКП (б) горздрава 14.10.1933 г., решение: «За развал работы в больнице, сокрытие партийного взыскания, за бюрократизм, члена ВКП (б) с 1928 г. Гааза Б.В. исключить из членов партии».

После такого решения и на основании постановления СНК РСФСР № 446 от 09.11.1932 г. о введении в расписание штатов больниц должности главного врача, Б.В. Гааз был отстранен от должности заведующего больницей и переведен на должность заведующего хозяйством больницы им. В.И. Ленина. В этой должности он проработал несколько месяцев, затем снова вернулся к ремесленной деятельности. Работал на разных должностях в артелях «Авангард», «Спартак», «Восток».

30 июля 1937 г. вышел подписанный Народным комиссаром Н. Ежовым секретный оперативный приказ № 00447 «Об операции по репрессированию бывших кулаков, уголовников и других антисоветских элементов». Всеми признано, что этот приказ породил волну ложных доносов, по которым арестовывали невинных людей.

На основании установленных лиц, сотрудников фирмы, в которой работал Б.В. Гааз, он был арестован 22.01.1938 г. по обвинению в принадлежности правотроцкистской подпольной организации по доносу А.М. Иванова. В квартире по ул. Уссурийской, 100 проведен обыск. Изъяты документы, фотографии, пистолет (приобретен для самообороны в 1931 г. в магазине), разрешение на оружие. При медосмотре выявлено малокровие. В заключении отмечалось, что он подвергался физическому насилию (подтверждено в ходе судебного разбирательства), после чего признался в принадлежности к контрреволюционной организации. На суде А.М. Иванов признался в оговоре. Суд вынес решение: «оправдать всех арестованных и освободить из-под стражи» (по делу проходило три человека).

До ареста Б.В. Гааз работал начальником производства артели «Кожобувь». Под арестом наш герой находился до 21.08.1939 г. В 1939 г. после освобождения восстановлен в рядах ВКП (б) и назначен директором универмага № 2 в Чите.

Кадровая чехарда в стране продолжалась до конца 40-х годов. Больницу последовательно (после Гааза) возглавляли Загоскин, И.М. Ковалевский, Г.С. Царев, П.Г. Русских, Т.А. Корчагина, Б.А. Ремизов – каждый из них возглавлял больницу в течение 1-2 лет, не более. Очевидно, что за такой короткий срок невозможно наладить, организовать работу, тем более создать свою систему управления и коллектив. Но мы все дети своего времени, и кому что выпадет по дороге судьбы - неизвестно…

Анатолий Пажитнов,
детский хирург



Коллектив Ленинской больницы, 1929 г.

ДОМ С НАЛИЧНИКАМИ ЦВЕТА НЕБА

Скромный дом с голубыми наличниками, которые весьма гармонируют с платьем цвета неба хозяйки. А белый передник с розовыми цветами добавляет нарядности и дарит ощущение праздника. Ну а тарелка горячих бууз на столе – свидетельство того, что в этом доме гостей умеют встречать и по русским, и по бурятским традициям.



- Как же так-то? Приехать в Угдан да не поесть бууз? – смеется Ольга Старновская и пододвигает ко мне тарелку с угощением, радушно предлагая, - вы кушайте, кушайте, пока они горячие.

Так под буузы и чай с малиновым вареньем и знакомимся. Супруги Старновские – Сергей Николаевич и Ольга Ивановна, на земле угданской, можно сказать, жизнь прожили. Сначала с родителями Сергея Николаевича здесь хозяйство обустраивали, поднимали, а теперь и сами эстафету в свои руки переняли. И вот уже лет тридцать здесь своим потом землю поливают, а та благодарит знатными урожаями.

- Я энергию положительную только тут черпаю, - говорит Ольга Ивановна. – На работе же много людей проходит через тебя – кто с настроением, а кто – без. Со всеми нужно поговорить, успокоить если требуется, посочувствовать. И, конечно же, устаешь сильно, а сюда приехал и порадовался – цветочку ли, ягодке какой. И снова свеженьким на работу едешь.





Ольга Старновская, главная медсестра поликлинического подразделения № 5 ДКМЦ города Читы, на себе ощущает живительную силу землетерапии, так что знает, о чем говорит. Уж 34 года, как медсестрой работает, все способы подзарядки изучила, все секреты, как на работу с настроением ходить, изведала.

- Это же счастье, когда на работу с удовольствием идешь, а потом с нее – на дачу свою. И удовлетворение испытываешь, когда сделал все как надо, когда все получается и ладится.

И веришь каждому ее слову, стоит только на хозяйство посмотреть. На любовно рассаженные овощи и цветы, на ягодные кустарники и деревца.

- Мы этот дом за озером первыми построили, - говорит Ольга Ивановна, - сами сруб поднимали. Я тоже как могла помогала его возводить. Вот сейчас его подновим, к зиме подготовим и можно весной будущей заезжать. Мы же здесь все лето живем, отсюда на работу ездим. В квартире-то что делать? Томиться только. А тут хоть дышать можно.

И есть где разгуляться рукам трудолюбивым на двадцати сотках. Супруги выращивают не только картофель да капусту. В их арсенале три сорта смородины – черной, белой и красной, так же три сорта малины – из нее живая

изгородь получилась, что разделяет часть огорода с овощами от ягодника. Огромная теплица из стекла и поликарбоната, ее, кстати, Сергей Николаевич сам сделал. А в ней мирно уживаются даже ярые антагонисты – помидоры с огурцами.

- Да нормально растут, плодоносят все, правда, огурцы уже отошли, - показывая на правую часть теплицы, говорит Ольга Ивановна, где висят уже пожелтевшие плети. – А помидоры еще спеют, вон смотрите какая красота.

Хозяйка сада-огорода раздвигает помидорную поросль, а там яркими всполохами рдеют Хохлома да Верлиока с Каспарами.

- Вы рвите, пробуйте, - предлагает Ольга Ивановна и, не дождавшись, сама срывает спелый плод и сует мне в руку. А я и не отказываюсь, впиваюсь зубами, на минутку вернувшись в детство, когда все самое вкусное срывалось с ветки. И да, это было вкусно.





В теплице, как оказалось, не только соседствуют помидоры с огурцами. Здесь вольготно себя чувствуют баклажаны с перцами, чьи яркие головки так и просились прямо в руки. А еще плелись между кустов помидоров тыквенные ветки. Ни один клочок земли не пустует. Все используется у рачительной хозяйки.

- А вот этот помидор у меня паданкой вырос.

- Ого! – изумляюсь я. Да как было не удивиться-то. Помидор-паданка практически не отличался от своих рассадных собратьев. К тому же и знатно плодоносил, тяжко огрузнув под их весом.



А под открытым небом у Старновских длинные гряды с морковкой, луком репчатым и пореем, свеклой и пастернаком, сельдереем и базиликом и, конечно же, укропом. Голубела цветочками соседка овощей - огуречная трава.

- У меня сватья ее для украшения столов использует. А я ее както раз посадила, она и растет теперь сама.

Сами растут то здесь, то там и кусты розово-бордовой космеи.

- Да я ее, когда пропалываю, где оставлю, там она и растет, - машет рукой Ольга Ивановна. – А если не пропалывать, то все зарастет ею.

Заходим за изгородь из малины, а там – смородина, сливы и яблоня.

- Вот только ранет в яблоньку дикую переродился, - сокрушается хозяйка, трогая ветки с покрасневшими ягодками. – Но я и такую ее люблю. Мы в детстве ее собирали, в воде с сахаром отваривали и такая вкусная вещь получалась! М-м-м просто!



- А мы ее после первых морозов собирали! – подхватываю я.

- Да-да, - соглашается Ольга Ивановна, - она тогда мягкая, спелая становится.

Но пробовать ягодки мы не стали, не время еще. Так что пробираемся в уголочек сада – там растут сливы.

- Мы ее этой весной и коврами закрывали, и чего только не делали, чтобы уберечь ее цвет от морозов, - рассказывает Ольга Ивановна и приподнимает ветку со спелыми ягодами. – Тут у меня внуки уже попаслись, но еще кое-что осталось. Нате, пробуйте.

Ну а мне только предложи. С ветки сорвать – это же самый смак. Попробовала я и смородину с малиной. Несмотря на последние деньки августа, на кустах все еще висели ягодные последыши. А они, как правило, всегда самые сладкие.

- Яблоню у нас морозом все-таки побило, – огорчается дачница. - Может, на следующий год зацветет. Все-таки трудно на этой земле что-то выращивать.

Хоть и сокрушается Ольга Ивановна, но результат сам за себя говорит, что никакие трудности супругам не страшны. Мастеровитость Сергея Николаевича да легкие руки Ольги Ивановны заставляют этот участок земли радовать своими

урожаями. Как-то привезли гости косточки сакуры, а хозяйка возьми да и брось их в землю на удачу. А теперь у теплицы видный куст японской вишни растет. Согревает сердца весною пышным цветом да тонким ароматом. Девятильник в лесу выкопали – вон куст какой богатый у дома растет с дивными шапками. Насушит хозяйка его и будет лекарство от девяти болезней. А мята прямо под ногами прорастает. Тоже к чаю хорошая добавка. Зимними долгими вечерами под ее аромат хорошо думается-мечтается.



- Вот выйду я на пенсию и буду вплотную дачей заниматься, – вздыхает Ольга Ивановна. – И сорта разные садить, и пробовать что-нибудь еще новое. Может, и в «Золотой сотке» поучаствую, – смеется.

Хотя, казалось бы, куда еще более? У Старновских в укромном уголке просто буйство цветов – там и кусты махровых пионов цвета цикламена, и марьины коренья, и тигровые лилии, а к ним еще хозяйка саранку посадила – семена карликовых лилий сама насобирала. Среди буйства розово-багровой космеи совсем спрятался розовый куст. А под садовыми великанами, превозмогая свой обычный рост, тянутся виолки – анюткины глазки – почти черные и темно-лиловые.

- Жить захочешь и не так вытянешься, - смеется хозяйка.

Бордюрные георгины с желтыми и красными головками, петунии и настурции, дельфиниум и дурман, а еще какое-то неопознанное растение с крупным белым цветком.

- Красота, правда же? – прямо светится от удовольствия Ольга Ивановна и наклоняется над белым чудом.

А в горшках на ступеньках дома – разноцветные лобелии: синие, сиреневые, голубые. Кстати, у цветочных грядок сплетенные из лозы стенки. Это Сергея Николаевича работа. Он же и беседку в таком стиле сотворил.

- Мы в прошлом году здесь все лето провели – комаров-то меньше гораздо было, – рассказывает Ольга Ивановна. – И ночевали тут, и все вечера проводили. Хорошо!

Садила как-то хозяйка и розы. Целых 59 кустов у нее их было. Какими только цветами они не цвели: розовые, кремовые, желтые... Каждый год выкапывали и в подполье спускали, а весной все заново – проращивание, пересадка. И все ради того, чтобы порадоваться их недолгому, увы, в условиях Забайкалья цветению. Но тем и дороже такие цветы – это как золотая медаль за умение. Но, к сожалению, не всегда и все зависит только от старания и желания. Чаще всего подножку ставит наш суровый и непредсказуемый климат. Вот и сыграл он с розами злую шутку. Нет теперь тех кустов. Но остался опыт.

Глядя на хозяйство супругов, просто поражаешься их трудолюбию. Земля ведь руки терпеливые да умелые любит. Чуть упустишь время – все, пропадет твой труд: или травой зарастет, или морозом ударит, а, может, как этим летом, вообще потопит все. Старновских, как и многих забайкальцев, вода тоже не обошла стороной. Но все утряслось понемногу. Воду откачали, дом потихоньку ремонтируют, а овощи, цветы да кустарники постепенно в себя пришли. Да и урожаем неплохим вознаградили.

- Мы всех родственников обеспечиваем: сваты приедут – им всего насобираешь, дети заглянут – как же их с пустыми руками отпустишь, - говорит Ольга Ивановна. – Я и на работу то кабачок, то морковки сорву, а когда ягода есть, то и ее баночку насобираю. Младший персонал у нас за скромную зарплату работает, а девочки все старательные, вот и радую их по мере сил. У всех же разные условия, а если я могу хоть так помочь, то почему нет?

Говорит Ольга Ивановна и собирает пакет с овощами – гостинец. Есть такие люди, которые считают своим долгом одаривать и теплом, и всем, что есть у них, всех вокруг. И отказываться – только обижать.

- Мы живем скромно, нам много и не надо ведь, - говорят супруги, - что есть, то и ладно. Главное, чтобы у детей и у внуков все было хорошо.

А детей Старновские хороших вырастили: трудолюбивых, семейных. Пятерых внуков подарили. Те каждую неделю к бабушке с дедушкой приезжают: на грядках попастись, с кроликами поиграть-поухаживать. А могут и вместе какими делами заняться. Сын с дочерью уже давно живут своими домами. Тоже, кстати, на земле. Потихоньку и хозяйствами обзаводятся: садом-огородом, курицами-кроликами. Никаких дел не чураются. Приучили родители к труду, примером своим да любовью заразили. И хоть дома поставили дети большие да современные, а все равно тянет их всех в старый, теплый дом с голубыми наличниками.

Эльвира Паламова

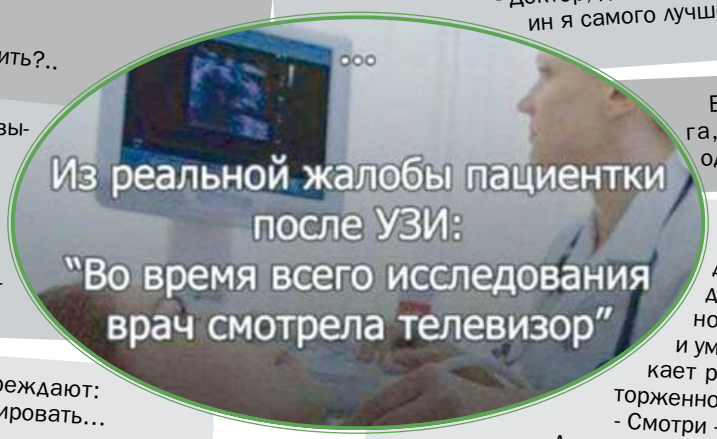


"НАМ БЫ ЧЕГО-НИБУДЬ ПОХУЖЕ..."

В магазине:
- Уважаемая, мне бы коробочку конфет, но так, чтобы не очень дорого...
- Вам для девушки?
- Мне для доктора.
- Отблагодарить или отомстить?..

Врач говорит пациенту:
- Самое лучшее для вас - бросить пить, курить и поддерживать интимные отношения с женщинами.
- Доктор, да мне бы чего-нибудь похуже - не достоин я самого лучшего...

- Доктор, я больше не могу выдерживать эту диету!
- Представляете, я вчера чуть не откусила своему мужу ухо.
- Ничего страшного. Подумаешь, всего восемьдесят калорий...



Белочка, живущая у нарколога, излечила от пьянства не один десяток пациентов...

Врачи-травматологи предупреждают: понты необходимо строго дозировать...

Новоиспеченный молодой папаша пришел в роддом, смотрит на своего новорожденного через стекло и умиленно сюсюкает. Потом толкает рядом стоящего друга и восторженно шепчет:
- Смотри - улыбается, улыбается!
Друг:
- Да он на тебя даже и не смотрит!
Папаша:
- Да я про медсестру говорю!..

Психиатр утешает пациента:
- Ну, не скорбите вы так... Депрессивная фаза обязательно сменится маниакальной...

Раньше у меня было все. Работа, квартира, друзья, любимая девушка, но потом врачи поставили мне страшный диагноз... «Годен!».



Одна подруга - подруге:
- Ну, была я сегодня у врача. Как оказалось - беременна!
- И что, имя ребеночку уже придумала?
- Да я пока все еще в раздумьях над отчеством...

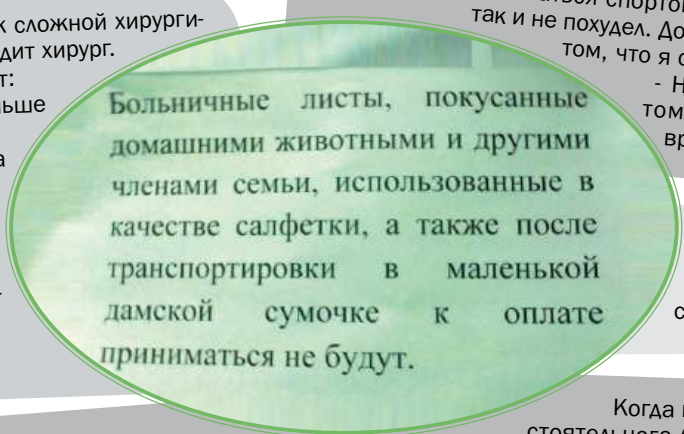
- Доктор, я случайно вместо витаминов принял 10 таблеток клофелина!
- Очень плохо!
- Но, конечно, такое больше не повторится.
- Да я знаю...

Опечатка в письме: "К бесплатной стоматологии я отношусь с лёгким сепсисом".

Врачи всегда рекомендуют своим пациентам то, что им рекомендовано рекомендовать.

Он так давно работает врачом в городской больнице, что давал клятву лично Гиппократу...

В операционной. Уже все готово к сложной хирургической операции, пациент лежит, заходит хирург.
Больной смотрит на него и говорит:
- Доктор, кажется, где-то я вас раньше видел...
Анестезиолог уже вводит пациента в глубокий наркоз, а хирург надевает перчатки и успевает ответить:
- Да, да, я вас тоже сразу узнал - это вы тогда меня обманули и продали диплом в два раза дороже его рыночной стоимости...



- Я начал заниматься спортом и правильно питаться, но так и не похудел. Доктор, наверное, проблема в том, что я слишком мало сплю?
- Нет, голубчик, проблема в том, что вы слишком много врёте.

Лина (7 лет):
- Мама, а какие самые весёлые профессии? Ну, кроме врачей.

Женщина после автомобильной аварии попала в больницу. Дежурный врач осматривает ее и диктует медсестре, заполняя историю болезни:
— Перелом правой ключицы. Перелом шестого и седьмого ребра справа. Ссадина на голове...
Он обращается к пациентке:
— Сколько вам лет?
— Двадцать семь.
— И сотрясение мозга, — диктует врач, — с полной потерей памяти.

Когда печальный финал болезни состоятельного бизнесмена уже не вызывал сомнений, доктор обратился к его жене:
- Вы должны быть готовы ко всему...
- Ой, ну насчет всего я вообще не обольщаюсь... В лучшем случае рассчитываю на половину...

(Собрано на просторах Интернета)



Журнал «Медицина Забайкалья» №3(9) 2018 (12.10.2018)

Главный редактор: И.В. Белошицкая.
Над номером работал редакционно-издательский отдел ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр».
Дизайн и верстка: ГУЗ «МИАЦ», М.В. Днепровский.
Адрес редакции, издателя: 672000, Забайкальский край, г. Чита, ул. Богомягкова, 23, каб. 301, телефон 8 (3022) 21-06-43.
Отпечатано в типографии: «Домино», 670000, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 54 «а». **Тираж:** 2500 экз. Распространяется бесплатно.
Учредители: Министерство здравоохранения Забайкальского края, ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр». Журнал зарегистрирован в Управлении Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Забайкальскому краю ПИ №ТУ75-00251 от 05.12.2016 г.

Партнеры издания: ГУЗ «Краевая больница №3», ГУЗ «Городская больница №2», ГПОУ «Читинский медицинский колледж», ГБУЗ «Забайкальский краевой клинический госпиталь для ветеранов войн», ГУЗ «Чернышевская ЦРБ», ГУЗ «Хилокская ЦРБ».

Использованы фото: Эльвиры Паламовой, Юлии Болтаевской, Елены Овчаренко, Ольги Герасимовой, Ирины Белошицкой, а также фото, предоставленные героями материалов и учреждениями здравоохранения Забайкальского края.

Фото обложки: Эльвира Паламова.

За содержание и достоверность рекламных объявлений ответственность несет рекламодатель.
Рекламируемый товар подлежит обязательной сертификации.

№ 3(9) 2018

МЕДИЦИНА
Забайкалья

www.chitazdrav.ru