

МЕДИЦИНА

Забайкалья

◆ ВИЗИТНАЯ КАРТОЧКА

ГАРАНТ
БЕЗОПАСНОСТИ

◆ ВСЕГДА НА ПЕРЕДОВОЙ

В РЕЖИМЕ
ЭКСТРЕННОГО
РЕАГИРОВАНИЯ

◆ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

ТЕРРИТОРИЯ ИСЦЕЛЕНИЯ

Борис
СОРМОЛотов

«Во главу - интересы пациентов, а не наличие денег»





Уважаемые читатели, дорогие коллеги!

Качество жизни напрямую зависит от нашего здоровья, а здоровье наших земляков, во многом, - от нас с вами. Поэтому в новом номере журнала «Медицина Забайкалья» собраны материалы, рассказывающие о направлениях медицинской помощи, которые относятся к разряду «стратегических». Конечно, здесь представлены далеко не все тенденции, определяющие стратегию сегодняшнего здравоохранения – в одном номере журнала это сделать невозможно, и мы не ставили перед собой такой цели. О других направлениях, медицинских технологиях, проектах, значимых для региональной медицины, вы сможете прочитать в следующих номерах издания. Но в центре внимания, по-прежнему, останутся повышение доступности и качества медицинской помощи – задача, с которой мы все вместе обязательно справимся.

На страницах номера, который вы держите в руках, актуальное интервью об основных проектах, начало которым было положено в прошлом году, и которые сегодня воплощаются в жизнь нашими общими усилиями. Вашему вниманию представлены и новые медицинские технологии – во фтизиатрической службе и медицинской реабилитации.

Среди материалов издания - рассказ о работе нескольких крупнейших медицинских учреждений: напряженные будни Городской клинической больницы №1, принимающей на себя основную нагрузку «дежурных дней», экстренная помощь, которую обеспечивает в самых труднодоступных районах Забайкальский территориальный центр медицины катастроф, и, конечно, здравоохранение районов края, которое в данном номере журнала представляет Агинская окружная больница.

Но главное, в каждом материале - лица наших коллег, их будни и праздники, их нелегкая работа, во главу которой ежедневно ставятся жизнь и здоровье пациентов. Все они – золотой фонд забайкальского здравоохранения, профессионалы, преданные своему делу, имеющие высокий уровень подготовки, которыми гордится отрасль.

Особая благодарность всем вам - читателям и авторам - за помощь в работе над журналом.

 **С уважением,
Сергей ДАВИДОВ,
министр здравоохранения
Забайкальского края**

СОДЕРЖАНИЕ

КОЛОНКА РУКОВОДИТЕЛЯ.....	1
ИНТЕРВЬЮ <i>Суть стратегии - повышение доступности и качества....</i>	2
АКТУАЛЬНЫЙ ВОПРОС <i>Ориентир - новое оборудование.....</i>	5
ПЕРСОНА НОМЕРА, ШТРИХИ К ПОРТРЕТУ <i>Борис Сормолов:</i> <i>"Во главу - интересы пациентов, а не наличие денег"....</i>	6
ВИЗИТНАЯ КАРТОЧКА <i>Гарант безопасности.....</i>	10
МЕСТНЫЙ АКЦЕНТ <i>Агинская окружная больница: курс - на развитие.....</i>	14
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ - НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ <i>Забайкальская фтизиатрия: опыт и тенденции.....</i>	18
ГОВОРЯЩИЕ ЦИФРЫ <i>Три волшебные буквы: ВМП.....</i>	22
ВСЕГДА НА ПЕРЕДОВОЙ <i>В режиме экстренного реагирования.....</i>	24
ИННОВАЦИИ <i>О делах сердечных, а точнее - сердечно-сосудистых... </i>	28
В ЦИФРАХ И ФАКТАХ <i>На основании мнения пациентов.....</i>	31
МИЛОСЕРДИЕ <i>Лечить добрым словом.....</i>	32
ПОРТРЕТ НА ФОНЕ ПРОФЕССИИ <i>Под прицелом микроскопа.....</i>	35
ПОДРОБНО О НАБОЛЕВШЕМ <i>Главное - преодолеть себя.....</i>	36
ПАРТНЕРСТВО <i>Цель - сохранить человека в профессии.....</i>	40
ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ЗДОРОВЬЯ <i>"Быть здоровым и жить счастливо!".....</i>	43
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ <i>Территория исцеления.....</i>	44
ЮРИДИЧЕСКИЙ АСПЕКТ <i>Люди в белых халатах: право на защиту.....</i>	46
НЕСЕРЬЕЗНО О СЕРЬЕЗНОМ <i>"Наркоз сегодня - без клубнички".....</i>	48

СУТЬ СТРАТЕГИИ-ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА

В прошлом номере журнала «Медицина Забайкалья» министр здравоохранения Забайкальского края Сергей Давыдов рассказал об основных направлениях, по которым развивается сегодня региональная медицина, о задачах и проектах, которые планируется воплотить в жизнь в ближайшее время. Сегодня, спустя три месяца, о том, как реализуются на практике некоторые из них, нашим читателям рассказывает заместитель министра, начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению краевого Минздрава Марина КОНДРАТЬЕВА:

- Стратегические задачи остаются прежними – это повышение доступности и качества оказания медицинской помощи. На это направлены все проекты, которые были внедрены в прошлом году и продолжают реализовываться сегодня: «Доступная поликлиника», «Координаторы здоровья», «Доступная онкология», «Мобильный фельдшер».

- Интересно, какие первые шаги сделаны для реализации проекта «Координаторы здоровья», который действует только в Забайкалье?

- Изначально планировалось «пилотировать» проект в Чите, на базе Клинического медицинского центра, но интерес к нему проявили, а потом и подключились, практически все медицинские организации районов края, особенно - районы Агинского Бурятского округа. Для работы с населением выделены координаторы, на каждого из которых приходится по 10 семей. Ответственное лицо - главная медсестра учреждения, курирует реализацию проекта заведующий поликлиникой, а сам процесс проходит под обязательным контролем врачей. Основной показатель нужности проекта в том, что уже сегодня, когда делаются только первые шаги в его реализации, мы получаем большое количество позитивных отзывов от населения. В них люди говорят о

том, что это упрощает контакт с медициной, облегчает запись на приемы к врачам, и др. Медсестры объясняют и учат, оказывают не только патронажную, но и диспетчерскую помощь. Пока проектом охвачено лишь небольшое количество населения, но в будущем он начнет действовать в краевом масштабе. Со временем же, в идеале, проект может принять и межведомственный характер, распространившись на специалистов социальной защиты населения и министерства образования, службу психологической помощи, которая у нас активно развивается – сегодня практически все районы и учреждения укомплектованы психологами. «Координаторы здоровья» - интересное начинание, а главное – это реальная забота о людях, особенно о пациентах, часто посещающих поликлиники, теперь они смогут по максимуму получать помощь, не выходя из дома.

- Наверное, особенно довольны пенсионеры?

- Конечно, это и было изначально рассчитано, в первую очередь, на людей пожилого возраста и пациентов, часто посещающих поликлинику, перенесших инсульты и инфаркты, страдающих хроническими заболеваниями. Параллельно проект должен коснуться и членов их семей.

Стратегические задачи остаются прежними – это повышение доступности и качества оказания медицинской помощи. На это направлены все проекты, которые были внедрены в прошлом году и продолжают реализовываться сегодня: «Доступная поликлиника», «Координаторы здоровья», «Доступная онкология», «Мобильный фельдшер».

Как сами медсестры отнеслись к участию в проекте, ведь нагрузка на них, наверное, увеличилась?

- Сначала немного опасались, как удастся со всем этим справиться, потом поняли, что этой работой уже частично занимались и раньше, обслуживая вызовы на дом, общаясь с пациентами по телефону, по электронной почте. Теперь это стало более систематизированным, отработана логистика процесса, участникам проекта обязательно разъясняется, как они должны действовать в рамках юридической и санитарно-эпидемиологической безопасности.

- Специалистов со средним медицинским образованием коснулась и программа «Мобильный фельдшер»?

- Да, но в процессе реализации она претерпела некоторые изменения. На стадии внедрения мы делали упор на оснащение фельдшеров ФАПов планшетами, чтобы они могли связаться с ЦРБ, с участковой больницей, там, где такая возможность есть. Проконсультироваться, показать пациента, снять кардиограмму и отправить, чтобы ее

**Марина
Кондратьева**

расшифровали. Со временем мы к планшетам закупили кардиофлешки, которые подключаются к аппарату, когда датчики установлены на тело пациента, и позволяют передавать данные либо в ЦРБ, либо в Краевую клиническую больницу, где в кардиодиспансере сосредоточена расшифровка кардиограмм и даются рекомендации по дальнейшему ведению пациента. Причем сегодня этими комплексами заинтересовались не только работники ФАПов, но и скорой помощи, стационаров, потому что это намного удобнее и быстрее, чем носить с собой переносной аппарат. Ведь главное в кардиограмме – грамотно ее расшифровать. Мы планируем подключение к комплектам такого сервиса, как автоматическая расшифровка, и его возможности вполне достаточны для расшифровки кардиограмм, не выходящих за рамки нормы. Если же программа фиксирует тревожные изменения, то без помощи высококвалифицированного специалиста не обойтись.

- Самого пристального внимания требуют сегодня сердечно-сосудистые заболевания. Что делается для усиления этого направления?

- В первую очередь, стараемся максимально приблизить помощь пациентам к первичным отделениям и региональному сердечно-сосудистому центру – единственному центру, где имеется ангиограф. Чтобы качественно лечить тот же инфаркт миокарда или бороться с закупоркой коронарных артерий, необходимы такие методики, как коронароангиография и стентирование. Провести их можно только в условиях Краевой клинической больницы, для этого мы были вынуждены изменить маршрутизацию – теперь практически все пациенты с острым коронарным синдромом из Читы и прикреплённых к ней районов поступают сюда.

В районах края доставка пациентов осуществляется в межрайонные центры, на базе которых функционируют первичные сосудистые отделения. Основная наша проблема в том, что сегодня пациенты с инсультами поступают слишком поздно, за временными пределами «терапевтического окна» – первых 4,5 часов, позволяющих проведение тромболитика, который зачастую не только возвращает пациента к жизни, но и помогает сохранить важные функции организма. Чтобы изменить ситуацию, мы начали мощную просветительскую кампанию, цель которой – популяризация здорового образа жизни, правильная диагностика инсульта, обучение населения определению признаков сосудистой катастрофы у себя или у своего родственника, своевременное обращение за медицинской помощью.

- Марина Валентиновна, программа централизации лабораторий уже начала действовать?

- Для начала мы организовали серьезный глубокий аудит в Улетовской и Оловянинской ЦРБ – больницах, где на сегодняшний день работают много врачей-лаборантов, требуются большие затраты на содержание лабораторной службы. Результаты проверки говорят сами за себя: очень низкая нагрузка на персонал, проведение необоснованных исследований и их дублирование, и напротив – неназначение нужных исследований пациентам из-за отсутствия реактивов. Причем из-за дефицита реактивов и низкой квалификации персонала недоступными для пациентов оказываются именно современные методы обследования.

Пилотный проект начал действовать в Чите, в нескольких медучреждениях, где объемы исследований небольшие и лечение проходят, в основном, плановые больные: Краевом клиническом госпитале ветеранов войн, Краевом физкультурном диспансере и Городской больнице №2. При этом экстренные исследования по-прежнему будут проводиться на местах, потому что



оставлять медорганизации вообще без лабораторной диагностики нельзя, экспресс-лаборатории здесь будут по-прежнему продолжать действовать. А вот плановые исследования перевели в Клинический медицинский центр – оснащенный мощным современным лабораторным оборудованием, рассчитанным на проведение большого количества анализов, имеющий все необходимые реактивы, цена которых при закупке за счет больших объемов оказывается существенно ниже. Предварительные подсчеты показывают, что если централизацией будет охвачена лабораторная служба всего края, то экономия должна составить не менее 350 миллионов рублей в год. Но степень реализации этого проекта пока еще только рассматривается, обсуждается в медицинском сообществе.

- Как планируется избежать дублирования лабораторных исследований, ведь нередко пациент сдает одни и те же анализы сначала при медосмотре, потом в поликлинике перед госпитализацией, потом уже в стационаре...

- Проектом предусмотрена установка лабораторной информационной системы (ЛИС), которая в связке информационной шиной НЕТРИКА будет показывать все исследования, проводившиеся конкретному пациенту. Если их

Предварительные подсчеты показывают, что если централизацией будет охвачена лабораторная служба всего края, то экономия должна составить не менее 350 миллионов рублей. Но степень реализации этого проекта пока еще только рассматривается, обсуждается в медицинском сообществе.

результаты показывают необходимость динамического контроля – тогда повторные исследования действительно нужны. При этом программа позволит избежать проведения «для галочки» лабораторных исследований, кратность которых определена в управлении назначениями. Например, исследова-

ние крови на вирусный гепатит целесообразно проводить не чаще, чем раз в полгода и система будет предупреждать о том, что человек данное исследование уже прошел, а его результаты можно будет распечатать и выдавать дубликат столько раз, сколько это необходимо пациенту.

- А непосредственная экстренная помощь, служба скорой медицинской помощи, какие перспективы в ее работе?

- Для повышения ее доступности планируется создание единого диспетчерского центра на базе Станции скорой медицинской помощи г. Читы и межрайонных диспетчерских центров, которые будут создаваться с учетом площади района, расстояний до близлежащих районов и плотности населения. Такие межрайонные центры созданы в Акшинском, Агинском, Борзинском, Краснокаменском, Могочинском, Сретенском, Петровск-Забайкальском, Шилкинском и Читинском районах. Центр будет представлять собой единый колл-центр, занимающийся сбором всей информации по вызовам, отслеживанием свободных бригад, машин и с помощью системы ГЛОНАС определять, какая находится ближе к пациенту и какая станция или подстанция «скорой» будет обслуживать данный вызов. Расстояния в Забайкальском крае очень большие, и при существующем сегодня количестве машин и бригад не удается повсеместно достигнуть 20-минутного прибытия к пациенту. Поэтому в качестве вариантов решения проблемы рассматривается создание при-трассовых модулей, и дежурство бригад скорой помощи на трассе.

- Деятельность межрайонных центров направлена не только на экстренную помощь?

- Конечно, межрайонные центры – очень интересное направление, особенно они зарекомендовали себя в тех районах, где их работу удалось организовать так, как было задумано изначально. Например, в Первомайске или в Агинской ЦРБ. Сегодня в межрайонных центрах реализуется несколько направлений. В первую очередь, помощь пациентам, перенесшим сердечно-сосудистые катастрофы. Здесь можно своевременно провести томографию головного мозга и определить, ишемический это инсульт или геморрагический. А если пациента удалось доставить в «терапевтическое окно», то есть в течение четырех часов от начала заболевания, то можно принять правильное решение о тактике его

ведения, о применении тромболитика или немедленной операции. Сделать это можно далеко не в каждом районе, а госпитализация в региональный сосудистый центр займет слишком много времени. Поэтому районы сгруппировали «кустовым» способом вокруг наиболее хорошо оснащенных больниц, где имеются томографы и специалисты: кардиологи, неврологи, анестезиологи.

Кроме того, в межрайонных центрах будет развиваться плановая хирургия. В последнее время все было направлено на централизацию этого вида медицинской помощи в краевом центре. В итоге пришли к тому, что даже банальные хирургические операции проводились в медицинских организациях третьего уровня, где должна оказываться специализированная и высокотехнологичная помощь, а в

Было принято решение децентрализовать и максимально приблизить хирургическую помощь к пациентам на местах. Стали готовить врачей – обучение проводили опытные хирурги вахтовым методом. Сейчас стараемся проводить операции на базе межрайонных центров, где делать это на современном уровне позволяет имеющееся оборудование.

районах, в лучшем случае, выполнялись лишь неотложные хирургические вмешательства. Это было плохо и для пациентов, которые не могли попасть на операцию в краевые учреж-

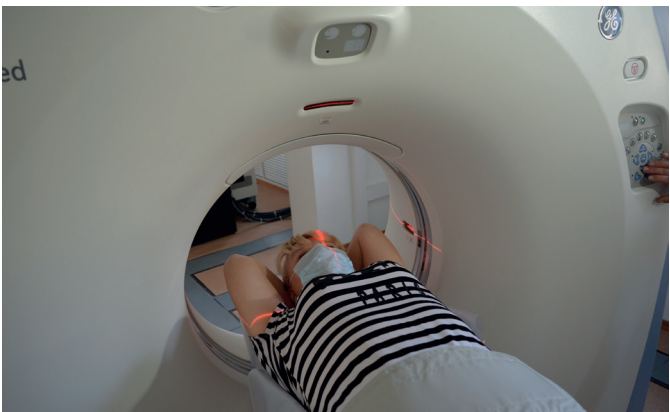
дения из-за большого потока, и для самих хирургов, потерявших в районах возможность приобретать практические навыки, а, значит, и повышать профессиональный уровень. Было принято решение децентрализовать и максимально приблизить хирургическую помощь к пациентам на местах. Стали готовить врачей – обучение проводили опытные хирурги вахтовым методом. Сейчас стараемся проводить операции на базе межрайонных центров, где делать это на современном уровне позволяет имеющееся оборудование. На сегодняшний день хорошие результаты в Первомайске и Агинском, начинает это направление развиваться и в Борзе.

За счет межрайонных центров повышаем уровень оказания помощи при дорожно-транспортных происшествиях. Чтобы выполнить показатель дорожной карты по травмацентрам второго уровня, их функции дополнительно возложили на некоторые учреждения г. Читы, Краевую больницу №3, и пр. Отработали маршрутизацию, теперь она предусматривает доставку пациентов с травмами, полученными при ДТП, даже если они кажутся незначительными, в эти учреждения. Это сказалось на показателях смертности от ДТП и результатах лечения в травмацентрах.

Кроме того, межрайонные центры принимают самое непосредственное участие в реализации программы «Доступная онкология». На их базе проводится максимальное обследование пациентов на предмет онкопатологии при подозрении на злокачественное новообразование до поступления пациента в онкологический диспансер. В этом направлении хороший результат также показал межрайонный центр, действующий в Краевой больнице №3. Сегодня здесь «снимают» более 50% диагнозов, разгружая тем самым онкодиспансер и предоставляя возможность пройти здесь лечение пациентам, которым действительно необходимо получение помощи именно в диспансере. Если же диагноз верифицирован, то пациента отправляют по «зеленому коридору» в диспансер, где в течение короткого времени проводятся дополнительные обследования и операции. Сегодня обследование, позволяющее снять диагноз или подтвердить его, проводится в КБ №3 максимум за 5 дней, это весьма способствует ранней диагностике и проведению своевременного лечения. Задача завтрашнего дня – организовать обследование на таком уровне и в других межрайонных центрах.

- Спасибо за интервью.

Беседовала Ирина Белошицкая





профессиональные тренажеры для проведения реабилитационных и восстановительных тренировок, позволяющие варьировать нагрузку для пациентов: "тренажеры Бубновского" для кинезитерапии, тренажеры для вращательных упражнений, эллиптические и велотренажеры, и др. На очереди – создание реабилитационных центров в КБ №4 г. Краснокаменска, в Агинской окружной больнице и ЦРБ Петровск-Забайкальского района.

Самыми крупными и значимыми приобретениями стали оборудование для Краевой детской клинической больницы и для Городской клинической больницы №1. В распоряжении специалистов КДКБ появились инкубаторы для интенсивной терапии экспертного класса для новорожденных малышей и аппараты ИВЛ для самых маленьких пациентов. А в Горбольнице №1 – оборудование для оснащения специализированных отделений – реанимации-интенсивной терапии и ожогового - дыхательная аппаратура, лечебно-ожоговые и противопролежневые кровати, УЗИ-аппарат экспертного класса, прикроватные мониторы слежения, видеоэндоскопическая система, светильники операционные, видеоларингоскоп, бронхофиброскоп, лабораторное оборудование, техника для ЦСО – плазменный стерилизатор, моюще-дезинфицирующее

ОРИЕНТИР – НОВОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

Рассказывая об укреплении материально-технической базы медицинских учреждений края, об обеспечении больниц современным диагностическим и лечебным оборудованием, первый заместитель министра здравоохранения Забайкальского края Иван ШОВДРА отметил, что сегодня этим вопросам уделяется самое серьезное внимание:

- Большая работа по доукомплектации и замене медицинского оборудования, которую мы проводили в прошлом году и начале нынешнего года, в основном коснулась центральных районных больниц, а также отчасти учреждений здравоохранения, расположенных в краевом центре. Серьезную финансовую поддержку для приобретения медицинской техники мы получили из средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования. Благодаря ей удалось закупить оборудование на сумму около 73 миллионов рублей. Так, для здравоохранения Тунгокоченского района были приобретены наркозно-дыхательный аппарат и кислородный концентратор, для центральной районной больницы Нерчинского района – автоматический гематологический анализатор, для Оловянинского района – гематологический анализатор, лампа для операционной, дентальный рентген-аппарат, кольпоскоп, сейчас решается вопрос о приобретении для района аппарата ультразвуковой диагностики. Здравоохранение Борзинского района пополнилось переносным цифровым рентгеновским комплексом, Калганского района – рентгеновским аппаратом, хирургической и стоматологической установками.

За последние месяцы в учреждениях здравоохранения края появилось и оборудование для медицинской реабилитации. Сегодня комплексы, предназначенные для восстановления организма после самых серьезных заболеваний, уже работают на благо пациентов в центрах реабилитации Краевого клинического госпиталя для ветеранов войн, Читинской центральной районной больницы и Краевой больницы №3 п. Первомайский. В созданных центрах реабилитации установлены

оборудование и др. Часть приобретенной аппаратуры в дальнейшем предназначена для достраивающегося сегодня ожогового корпуса.

Неоценимую помощь в приобретении оборудования оказали нам спонсоры – семья предпринимателей Даниловых, возглавляющих ООО «Спец Монтаж Сервис», приобрела для лечебных учреждений края шесть портативных рентген-аппаратов – очень необходимых нашим больницам, которые были поставлены в ЦРБ Тунгокоченского, Каларского, Балейского, Оловянинского и Краснокаменского районов, а также в Городскую клиническую больницу №1. Аппараты предназначены для проведения широкого диапазона исследований, благодаря подвижности конструкции их легко расположить с выверенной точностью. За последние годы не припоминаю ни одного случая, чтобы за счет спонсорской помощи были сделаны такие крупные и дорогостоящие приобретения. Огромная благодарность предпринимателям – и от пациентов, и от медицинских специалистов за такую серьезную материальную поддержку регионального здравоохранения.

В настоящий момент самым серьезным образом прорабатывается вопрос о поставке оборудования для медицинских организаций по линии государственно-частного партнерства. Сегодня наши специалисты занимаются подготовкой юридической базы для реализации проектов такого рода. Мы собираемся задействовать в них практически все районы Забайкальского края. А оборудование, которое планируется приобрести в рамках

программ государственно-частного партнерства - это либо та аппаратура, которая сегодня вообще отсутствует в лечебных учреждениях и при этом очень необходима, либо та, что пришла в негодность или нуждается в замене из-за высокой степени изношенности, так как давно уже выработала свой ресурс – такой медицинской техники в лечебных учреждениях края сегодня тоже немало.

За счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования удалось закупить оборудование на сумму около 73 миллионов рублей.

Записала Ирина Белошицкая

Штрихи к портрету

БОРИС СОРМОЛОТОВ: «ВО ГЛАВУ - ИНТЕРЕСЫ ПАЦИЕНТОВ, А НЕ НАЛИЧИЕ ДЕНЕГ»

Несколько страниц одной судьбы...

Те, кто давно работают в краевом Минздраве, до сих еще пор узнают его, как раньше, по шагам. В последнее время экс-министр здравоохранения Борис Петрович Сормолотов появляется здесь часто, до сих пор оперирует цифрами и показателями, как будто никуда не уходил, и даже время от времени, как и прежде, «разносит» коллег на совещаниях, в которых принимает самое непосредственное участие.

14 марта у Бориса Петровича Сормолотова, человека, в послужном списке которого - трудовой путь от врача до первого министра здравоохранения Забайкальского края, юбилей. Принимайте наши поздравления, Борис Петрович!

ТЫ СТАЛ МОЕЙ ЛЮБИМОЙ СТОРОНОЙ

- Народ здесь особенный, душевный, и место замечательное, и солнце хорошее, мне здесь нравится. Я люблю этот край, и Читу люблю. Здесь я свой. Когда даже просто захожу в магазин, практически не бывает, чтобы со мной кто-то не поздоровался, нередко даже совсем незнакомые люди, - говорит Борис Петрович о Забайкальском крае.

Сюда, в Забайкалье, он попал, когда после окончания Томского медицинского института пришлось надеть погоньи офицера-пограничника. Была возможность выбирать, и предпочтением он отдал именно Забайкальскому пограничному округу. Рассказывает, что в студенческие времена, когда увлеченно занимался музыкой, самостоятельно осваивая баян, запала в душу одна из песен: «Шумит Байкал зеленою волною, ты дорог мне, как дорог дом родимый, ты стал моей любимой



стороною...» Под эту песню и выбор свой сделал. Думал, на пару лет, оказалось – на всю жизнь.

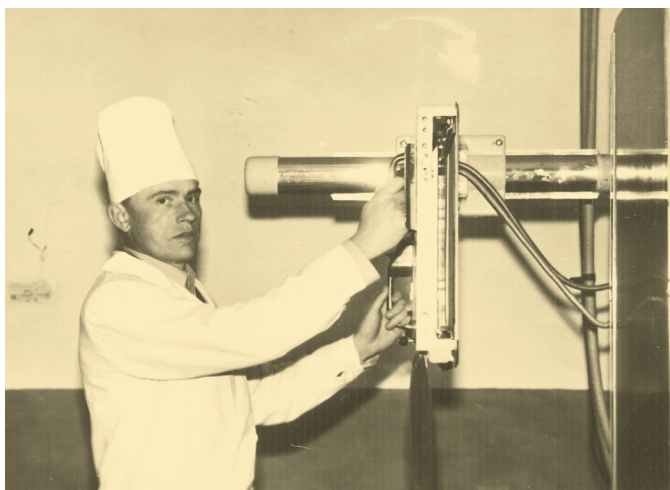
В Приаргунский пограничный отряд Борис Сормолотов прилетел с женой и маленьким сыном, и поскольку квартирой были готовы обеспечить только в Нерчинском Заводе, согласился служить там. И хотя потом, после окончания службы, предлагали остаться и в армии, и в окружном госпитале, но, поносив два года погоньи, он все-таки выбрал работу на «гражданке» и решил на пару-тройку годков осесть здесь, в Нерчинском Заводе. А остался на 18 лет...

Здравоохранение Нерчинско-Заводского района в то время было «выдающимся» – занимало последние места буквально по всем позициям: по детству, родовспоможению, медицинской профилактике, проведению медосмотров, диспансеризации, стационарному лечению и др. Под стать показателям была и материально-техническая база больницы.

- Когда я первый раз в своем кабинете сел за стол – времен, по всей видимости, еще гражданской войны, затянутый зеленым сукном, и потянул столешницу, стол развалился прямо у меня на глазах. Что уж было говорить об остальном, если даже стола у главного врача не было... «Скорая помощь» передвигалась на лошадах, мы заготавливали для них сено, держали свиней, свой огород, где сажали и копали картошку для больницы, - улыбается Борис Петрович.

Новый главный врач никому не давал покоя: в Нерчинском Заводе построили двухэтажную поликлинику, двухэтажный стационар, детскую молочную кухню, здание санэпидстанции (тогда эта служба относилась к здравоохранению), 20 квартир для медработников, больницы в селах Михайловка, Большой Зерентуй и Булдуруй, ФАПы с квартирами для фельдшеров в селах Дамасово, Уров-Ключи, Чашино.

- Молодые - они же немножко чокнутые, иначе как объяснить, что я тогда даже письмо Брежневу написал о том, что



в Нерчинском Заводе срочно нужно строить новую поликлинику. Влетело мне за это изрядно, но поликлинику-то потом все-таки построили! Все вместе построили, и не без помощи местной администрации, конечно, - без нее бы мы ничего не сделали. Просто я был тем самым «клином», который все это «вышибал». Доказывал, что в Аргунске нужно построить участковую больницу – и мы ее построили, построили ФАП в самом дальнем селе Средняя – на самой границе с Китаем, а в Явленке, где золото добывают – врачебную амбулаторию с физиокабинетом и лабораторией. И это при полном отсутствии в те годы стройматериалов: невозможно было купить краску, брус, гвозди, паклю – каждое такое приобретение становилось событием. Тем не менее, у нас только в районной больнице было два отличных по тем временам рентгенаппарата - один в поликлинике, другой в стационаре. Укомплектовали ФАПы кадрами – для этого отправляли на учебу в медучилища ребятшек из сел района, которые возвращались домой уже фельдшерами. Кстати, некоторые из этих фельдшеров работают в своих селах и сегодня. Сначала, когда я только пришел работать, в Нерчинско-Заводском районе было четыре врача - вместе со мной, а когда я уезжал в 1989 году - врачей было уже 28. И здравоохранение района числится в передовых.

За эти заслуги в 1989 году Борису Петровичу Сормолотову было присвоено почетное звание «Заслуженный врач РСФСР».

ЧЕЛОВЕК-ЭПОХА

Не раз приходилось слышать, как совершенно разные люди, говоря о Сормолотове, называют его министром-создателем. Называют не просто так – за годы, когда у руля забайкальского здравоохранения стоял Борис Петрович, было построено 50 (!) объектов здравоохранения. А время это в краево-медицинском сообществе до сих пор именуют «эпохой Сормолотова».

- Мне очень повезло в жизни, потому что всегда окружали руководители, у которых было чему учиться. До сих пор помню слова Олега Николаевича Троицкого, возглавлявшего тогда областное здравоохранение - чтобы развивать медицину, нужно, в первую очередь, решать несколько основных вопросов: материально-техническая база, кадры и новые медицинские технологии. Причем именно в этой очередности. Какие бы замечательные кадры ни были, как бы мы их ни воспитывали - ни учили, если специалист приедет в район, а там нет больницы, или она в таком состоянии, что операционную негде развернуть – итог предсказуем. На любом уровне, даже на уровне участковой больницы - и там есть свои технологии, передовые для нее и для данного времени. То же самое – для районных, и тем более – для краевых больниц. Уж что-что, а возможность идти в ногу со временем, использовать то, что сегодня дает наука и практика, зависит от руководителя. Освоили новую технологию? Нужно ее сохранить. Сохранили? Надо увеличить объем. А для этого необходимы дополнительные площади. У нас ведь больницы изначально были рассчитаны не на новые технологии, а на потребности того времени, когда они строились, на потребности каждого дня. А на прежней базе в полной мере развивать новые технологии не получится - мощности не хватит...

Среди 50 лечебно-профилактических учреждений, которые ввели в строй за 17 лет - с конца 1996 по 2013 год, при Сормолотове - были разные. И крупные краевые, и участковые больницы, и ФАПы, и амбулатории, и городские ЛПУ. У Бориса Петровича до сих пор бережно хранится альбом, где отражены все построенные объекты: их фото, стоимость, мощность, когда было начато строительство и когда введен в строй. И как после, построив учреждение, начинали наполнять его медицинским оборудованием. Один только запуск первого в регионе компьютерного томографа чего стоил! А к



2013-му - году, когда Сормолотов оставил кресло министра - география компьютерной томографии стала совсем другой: было уже несколько аппаратов, причем не только в Чите, но и в районах края. Да и не только томографы... Сколько современной медтехники поступило в регион за время действия программы модернизации здравоохранения, за отличную реализацию которой забайкальская медицина получила из федерального центра дополнительную субсидию в размере 184 миллиона рублей. И они тоже пошли на укрепление материально-технической базы лечебных учреждений.

- Какое из построенных учреждений больше всего в памяти осталось? Как ни странно, Усть-Карская участковая больница Сретенского района, на 20 коек. Когда я в первый раз приехал и взглянул на нее, она мне напомнила больнички, которые были когда-то в селах Аргунск или Большом Зерентуе - такая же развалюха, так же «у черта на куличках». Сколько сил стоило «пробить» ее строительство – разговор особый, сейчас речь о том, какую двухэтажную красавицу из дерева там уже почти построили и даже накрыли крышей! А когда проводили отопление, больница сгорела - дотла, до самого фундамента. И все-таки мы ее построили заново, позже, но уже одноэтажную, из кирпича – кирпич завозили за 600-700



здоровье достаточно сложно, потому что организм сформировался и какие-то «болячки» уже есть, а какие-то и вовсе перешли в хронические. Да, любого человека нужно оздоравливать, но полностью вернуть ему здоровье уже, увы, не удастся. Зато можно сделать здоровым того, кто родится завтра. А для этого нужно женщин готовить к беременности, делать ставку на подрастающее поколение - вот где должна начинаться профилактика! Поэтому всегда и во все времена самое главное направление – это подрастающее поколение, а детство и родовспоможение всегда должно стоять на первом месте у руководителя любого звена, где бы он ни работал – в селе, в районном центре или в крупном городе. На самом деле все очень просто: если вы хотите узнать, каков уровень здравоохранения в регионе – смотрите на показатель младенческой смертности. Если он низкий – то дела уже обстоят более-менее, если высокий – значит, нет здесь медицины, а если есть – то очень низкого уровня...

КАК ЗА КАМЕННОЙ СТЕНОЙ

В выборе своем Борис Сормолотов никогда не сомневался: сделав его однажды и придя абитуриентом в приемную комиссию Томского мединститута, уже знал – дело всей его жизни – медицина. Не жалел никогда и о выбранной специфике – организация здравоохранения. Наверное, потому, что главная черта, которая отличает человека, являющегося руководителем по сути своей – это способность принимать решения. А принимать решения он умел во все времена, независимо от должности:

- Как-то шахтер из поселка Горный Зерентуй попал под высокое напряжение. Дело было летом, его привезли к нам в больницу в тяжелейшем состоянии, с обгоревшей правой рукой. Пострадавшего нужно было срочно вывезить в Читу, но уже был вечер, и самолета предстояло ждать до утра, - вспоминает Борис Петрович нерчинско-заводские времена. - Вот тогда я и позвонил первому секретарю обкома партии - им был Михаил Иванович Матафонов. Представился и рассказал всю эту историю. Он пообещал принять меры и вышел на командующего Забайкальским военным округом. В итоге с военного аэродрома Сретенского района к нам вылетел огромный вертолет МИ-26. А аэродром в Нерчинском Заводе – это 2-3 километра и уже Аргунь, Китай.



Летчики звонят мне, мол, как бы не промазать в темноте, да не улететь в Поднебесную. Осветите, говорят, аэродром хоть как-нибудь. Ну, наши местные военные тоже помогли - выделили нам БМП с прожекторами. Как мы включили иллюминацию, так нас, наверное, было видно даже из космоса! Вертолет сел в два часа ночи, больного – на борт, привезли в Читу, сразу на операционный стол - все зашили, пришили, вернули к жизни...

Рядом с ним было как-то очень надежно и спокойно за завтрашний день. Люди, которые работали под руководством Сормолотова, всегда знали – отругать может запросто, но и заступится в сложной ситуации обязательно. Зато чего терпеть не мог первый министр здравоохранения – так это когда на второй план отодвигались интересы пациента. Это при нем, при Сормолотове, в краевом Минздраве была введена практика разбора на планерках жалоб пациентов с привлечением к ответу провинившихся. А коронную фразу: «А вы представьте, что на этом месте оказался бы ваш родственник!» - в больницах помнят до сих пор.

километров! Вот она и осталась в памяти больше других. Хотя, казалось бы, разве можно сравнивать по масштабности маленькую Усть-Карскую участковую больницу и краевой перинатальный центр, стоимость которого 2 миллиарда 300 миллионов рублей?..

За любую возможность построить новую больницу, за каждый новый проект Борис Петрович хватался с таким азартом, что тут же заражал им окружающих. Главный гинеколог Министерства здравоохранения края Валентина Лига, рассказывая о строительстве Забайкальского краевого перинатального центра - крупнейшего учреждения в регионе, тоже вспоминает об этом:

- На всю жизнь я запомнила командировку в Москву, в федеральный Минздрав, куда полетела вместе с Борисом Петровичем доказывать, что Забайкалью непременно нужен перинатальный центр. На подлете к столице уже, наверное, все в самолете знали, что такое перинатальный центр, почему его так необходимо строить, и даже все особенности материнской и младенческой смертности в Забайкалье! Зато и в Минздраве ни один регион не защищал этот проект так эмоционально и аргументированно, как забайкальский министр Борис Петрович Сормолотов...

- Конечно, материнство и детство – это краеугольный камень здравоохранения. Процесс сохранения здоровья длится не год-два. Он продолжается, как минимум, 5-7-10 лет и дольше, только тогда начинают проявляться результаты. Все начинается с рождения, а точнее – еще задолго до него. Повышается рождаемость - понижается смертность, - не может обойти вниманием любимую тему Борис Петрович. - Человеку даже в 20 лет, а тем более - в 30-40 вернуть

- В 90-е годы, к концу «советской власти», в регионе было

развернуто 17 000 коек. Тогда на это смотрели совершенно под другим углом, чем больше в больнице коек – тем лучше главный врач, ведь именно под койки выделялось финансирование для лечебного учреждения. Но денег становилось все меньше и меньше, и наступили времена сокращения. И мы тоже были вынуждены сокращать койки, еще задолго до оптимизации, очень медленно, постепенно, чтобы не дай Бог это не сказалось на доступности медпомощи. Но ниже того, что осталось тогда, уже сокращать было нельзя – это был предел. Предел, аналогичный тому, что у человека из 5 литров крови, без которой он не может жить, забрали бы один. А как он при этом себя будет чувствовать, совершенно не задумывались! И даже когда к нам с проверкой приехала высокая комиссия и дала губернатору заключение о том, что здравоохранение края приносит неоправданные расходы, и необходимо сокращать еще 1200 «лишних» коек. Я "с пеной у рта" доказывал руководителю этой комиссии, что не надо равнять Тамбовскую-Рязанскую и пр. области с Забайкальским краем с его протяженностью и местами малонаселенной территорией, нельзя этого делать! В том же Нерчинском Заводе сегодня 40 коек, а раньше было 140. Да, понятно, что население там уменьшилось, но ведь не в 3, не в 4 раза! Пострадало ли при этом качество медпомощи? Конечно, пострадало. Во главу всегда должны ставиться здоровье и жизнь людей, а уже потом для этого нужно искать деньги. Дефицит денег не может стоять на первом месте, нужно помнить, что если завтра деньги появятся, то построить все это сразу уже не получится, на это уйдут десятилетия...



из профессиональных праздников – День медицинского работника, тот самый, когда только-только отошла от дел команда губернатора Равиля Гениатулина, и Сормолатов уже не был министром, а просто вышел на сцену Драматического театра поприветствовать коллег от имени ветеранов здравоохранения. А они все вдруг начали вставать...

Вставали как-то неожиданно, не по команде, сначала то там, то тут, а потом - как-то сразу и везде. И бежали по проходу зала Драмтеатра коллеги-журналисты, на ходу включая уже отключенные камеры – потому что вот оно, событие, ведь чуть было не пропустили, кто ж ожидал-то такого? А медики в зале все вставали и вставали - ряд за рядом, стоя приветствуя аплодисментами первого министра здравоохранения Забайкальского края Бориса Петровича Сормолатова...

Ирина Белошицкая

НАГРАДЫ, КОТОРЫЕ НЕ ВНОСЯТ В РЕЕСТРЫ

Конечно, звание «Заслуженный врач РСФСР» - не единственная награда организатора здравоохранения высшей категории Бориса Сормолатова. Среди других была еще и высшая ведомственная награда от Министерства здравоохранения РФ – медаль «За заслуги перед отечественным здравоохранением». Кстати, за все время таких медалей в России было выдано немного, и одной из них были отмечены на федеральном уровне заслуги руководителя здравоохранения забайкальского региона Бориса Сормолатова. Его труд был отмечен также почетным званием "Заслуженный работник здравоохранения Читинской области", медалями «За заслуги перед Читинской областью», «За укрепление боевого содружества», знаком отличия «За усердие на благо Забайкальского края» и медалью к ордену "За заслуги перед Отечеством" II степени.

Но те, кто работал с ним, вспоминают не награды. А один



СТРОКИ ИЗ БИОГРАФИИ:

Борис Петрович Сормолатов родился 14 марта 1947 года в поселке Альмяково Первомайского района Томской области в семье служащих. В 1971 году окончил Томский медицинский институт по специальности «лечебное дело». С 1971 по 1973 гг. служил в Пограничных войсках КГБ, лейтенантом медицинской службы, в Забайкалье. После службы работал врачом-терапевтом Нерчинско-Заводской ЦРБ, затем (1973 – 1981гг.) - главным врачом Нерчинско-Заводского района Читинской области. С 1981 по 1983 гг. - главный врач ЦРБ с. Кицканы Слободзейского района Молдавской ССР. В 1983 г. возвращается в Читинскую область и до 1989 г. работает главным врачом Нерчинско-Заводского района. В 1989 году Борис Петрович приглашен на работу в г. Читу, где до 1991 г. работал в должности заведующего Городским отделом здравоохранения. С 1991 г. – первый заместитель заведующего Читинским областным отделом здравоохранения, первый заместитель начальника управления здравоохранения Администрации Читинской области, а с 1996 г. возглавил Комитет здравоохранения Читинской области. С 2008 по 2013 год – первый министр здравоохранения Забайкальского края.





ОТ ЛЕЧЕБНИЦЫ ДО БОЛЬНИЦЫ

...Здесь, похоже, никогда не бывает тихо: в коридорах толпится народ – кто побитый, кто скукоженный от боли, вон кого-то провели и посадили напротив двери какого-то кабинета медсестрички. Чуть подальше – полицейский с планшетом в руках опрашивает женщину с синяками на лице... Покою по определению быть не может – статус не позволяет.

Читинская городская больница № 1 де-факто уже учреждение скорой медицинской помощи. Все-таки дежурных дней у нее больше всех – целых пять. А по некоторым направлениям так и вовсе ежедневно – именно на базе этой больницы располагаются отделение токсикологии и ожоговый центр, единственные на весь

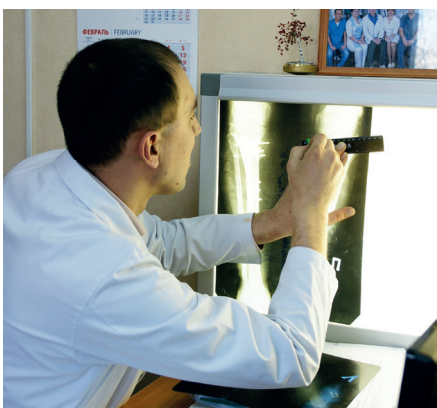
ГАРАНТ БЕЗОПАСНОСТИ



край. Юридически же концепция перевода больницы в учреждение по оказанию скорой помощи пока только на бумаге. Окончательно проект будет запущен с вводом нового кардиоожогового корпуса.

- Мы надеемся, что здание введут в строй в этом году. – Федор Чепцов, и.о. главного врача Первой городской больницы, осторожничает. Оно и понятно. Строительство этого корпуса – история долгая, с 2007 года. Хотя и пятиэтажный корпус, сданный в 1986 году, тоже возводился длительное время.

- Видимо, у нас судьба такая, со стройками. – Федор Романович иронизирует, но тут же вновь становится серьезен и строг в словах. – Конечно, идея создания больницы скорой помощи не нова. Но это логично, если учесть, что Первая городская всегда несла наибольшее количество дежурных дней по городу. Так что наш коллектив имеет большой опыт в оказании экстренной помощи. По скорой помощи к нам госпитализируется 80-85 процентов больных от общего количества поступивших. А в целом в 2016 году только обратившихся в наше приемное отделение – около 40 тысяч, пролечено же более 21 тысячи человек.



Такие цифры первому врачу городской больницы А.Э. Шлиомовичу показались бы весьма и весьма удивительными. Начиналась-то она с десяти коек. И статус имела поскромнее – лечебница. К моменту создания первой городской лечебницы гражданское население обслуживалось военным полугоспиталем. Но в 1894 году по решению Городской думы город Чита, наконец-то обзавелась собственным лечебным учреждением. Десяток коек на почти 12 тысяч населения – всего ничего, но начало было положено. И к 1910 году лечебница разрослась до 110 коек.

Теперь, спустя век с лишним, больница располагает 600 койками, расположенными на почти 18 тысячах квадратных метров. В числе этой площади до сих пор числится и самое старое здание, которому уже 111 лет. А с введением в строй нового корпуса больница получит еще около 16 тысяч квадратных метров. Там разместятся единое приёмно-диагностическое отделение, на 2-м этаже – операционный блок и отделение реанимации. На 3-м – отделение неотложной кардиологии для сосудистых больных и отделение реанимации. На 4-м – кардиология. На 5-м – отделение для инсультных больных, и на 6-м – ожоговый центр. Планов по расширению много, правда, коек от этого не прибавится. Все они будут перераспределены уже исходя из имеющихся площадей.



Но техническая сторона - это, как обычно, только одна сторона вопроса. Самые же главные здесь – люди. Тут до сих пор добрыми словами вспоминают коллег, внедривших новые методики и техники лечения больных. Так, именно здесь впервые в истории медицины Забайкалья в 1994 году хирургом Олегом Тереховым было выполнено эндоскопическое удаление желчного пузыря. Организованный впоследствии центр эндохирургии на базе этой больницы позволил подготовить целую череду хирургов, успешно использующих методы эндохирургии. И сегодня такие операции стали повседневными и обычными в практике хирургов. В 2007 году в Первой городской организован филиал Новосибирского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии. Под кураторством новосибирских коллег забайкальские врачи-травматологи освоили новые виды операций. И теперь самостоятельно проводят протезирование

тазобедренных суставов, пластику связки коленного сустава и другие виды операций. Но об этом чуть ниже.

ВСТАНЬ И ИДИ...

«Дорогие наши забайкальцы, многие жалуются на то, что в нашем крае отвратительная медицина и уезжают в другие города и страны для проведения каких-либо операций. Но мне бы хотелось вам рассказать о человеке, профессоре и просто мастере своего дела, который спас жизнь моему сыну, на котором другие врачи «ставили крест». У моего сына саркома коленного сустава 1-ой степени и операция была сложна во всех смыслах. Более полугода я не могла получить одобрения на эту операцию по внешним факторам, которых немало. И вот 11.01.2017 года профессор Мироманов Александр Михайлович сотворил чудо и избавил моего сына от страданий. В ходе сложнейшей операции была установлена эндосистема модульная коленного сустава дистального отдела бедренной кости и проксимального отдела большеберцовой кости. На 17 января сын уже мог самостоятельно передвигаться с помощью костылей. Хотелось бы сказать настоящее человеческое спасибо Александру Михайловичу, главврачу Чепцову Федору Романовичу и всему коллективу травматологии ГУЗ Городской клинической больницы №1 г. Читы. Люди! Прежде, чем ехать за тысячи километров от родного дома и отдавать сумасшедшие деньги за подобные операции, убедитесь, что дело не всегда в качестве обслуживания и дорогой технике, иногда достаточно слаженного коллектива, который обратит на вас свое внимание. Благополучия и процветания вашей больнице и лично вам. Курбанова Садагат Саидовна».



Заведующего отделением Александра Бусоедова еще поискать: он то на операции, то на консультации, а кроме этого еще отписаться нужно и обход больных совершить. Едва вышли с ним из операционной, где только что он вместе с хирургом Романом Бянкиным провел протезирование тазобедренного сустава, а у его кабинета уже целая очередь страждущих... «А мне сегодня еще дежурить» - выдыхает доктор и начинает приём. И это при том, что он вместе с другими врачами провёл еще одну операцию и бежал на первый этаж консультировать поступивших по «скорой»...

Всегда поражаюсь персоналу отделений с хирургическим профилем. Они – врачи и медсёстры – как единый организм, вошли в операционную и – взаимопонимание полнейшее, движения отточены, каждый знает свой объём действий и четко следует плану. А ещё – трепетно относится к пациентам – вроде бы, какая им разница, что там попадётся в кадр, ан нет – стыдливо прикрыли-подоткнули, повернули больного.

У отделения травматологии – история богатая. С 1964 года отсчёт ведут. Здесь по праву гордятся кадрами и своими достижениями. Шутка ли – за годы работы на базе клиники защищено три докторских и 18 кандидатских диссертаций, получено более 20 патентов на новые методики лечения больных, опубликовано более 100 научных работ. Конечно же, всё это происходит в тесной связке с кафедрой травматологии ЧГМА. Свою роль сыграл и действовавший на базе отделения филиал

Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии.

Врачи отделения всегда старались осваивать и внедрять передовые техники лечения. Сегодня в их распоряжении самые современные методы исследований – КТ, МРТ, С-дуга. Им подвластны компрессионно-дистракционный остеосинтез костей, все виды остеосинтеза с использованием металлоконструкций, имплантатов с эффектом памяти формы, эндоскопические операции на крупных суставах, малоинвазивные на длинных трубчатых костях, позвоночнике.

Проводятся операции по протезированию тазобедренных, коленных, голеностопных суставов и мелких суставов кисти. Нейрохирурги отделения впервые в Забайкалье выполнили операции с использованием транспедикулярной фиксации, протезирование межпозвоночных дисков и так далее. Результатом такой работы за последние десять лет стало снижение в два раза смертности от черепно-мозговой травмы.

Но самым лучшим итогом такой работы является надёжная репутация отделения и тёплые слова пациентов, получивших возможность встать и идти. Это не покупается ни за какие злата-серебра, потому что оплачено самоотверженной работой всего коллектива.

ЗИМА – СЕЗОН ГОРЯЧИЙ

«Хочу поблагодарить медицинский персонал в приемном покое, за вежливое отношение, понимание к больным. Особая благодарность персоналу ожогового отделения, где в данный момент нахожусь на лечении, за внимательное отношение, компетентность и отзывчивость. Белостоцкая Елена Дмитриевна»

«Хочется поблагодарить и высказать признательность всему коллективу ожогового отделения. Отдельное спасибо моему лечащему врачу Агееву Сергею Степановичу и заведующей отделением Анне Викторовне. Регина Валерьевна Ч.

У заведующей отделением Анны Михайличенко обход. С пачкой документов в руках она стремительно несётся по коридору. Едва поспевая за ней, слышу обрывки диалогов. Вот в палате интенсивной терапии дедушка говорит, мол, нет здесь никого, все в Ставрополе живут, так что не нужен никому. Не соглашаюсь внутренне, был бы не нужен, не носились бы врачи, не суетились бы медсестрички, да и санитарочки бы внимания не уделяли. Так что хоть кому-то да нужен.

Ожоговый центр для меня каждый раз как молчаливый крик. Даже специфичный запах, стоящий в отделении, всегда вызывает внутреннее содрогание. Заходить в операционную проще, чем видеть концентрацию боли, которая царит тут. Вот раздаётся надрывный плач малыша – проводят процедуру. Какую именно - разглядеть не успела. Суровый врач захлопнул дверь перед самым носом. Детство охраняется тщательно. Если бы еще так мамы старались... Большая часть бытовых травм от ожогов - у малышей от года до трёх лет.

В следующей палате – девочка-подросток. Тоненькие ручки-ножки в бинтах, вся, словно веточка ивы, побитая морозом... Результат несчастного случая и чьей-то равнодушиности. А итог – инвалидизация и предстоящее протезирование.

Женщина, баюкающая руку, парень в юбке из простыни... Помню свой самый первый визит в это отделение. Так же зимой, только больных с обморожениями кратно больше. И среди них подавляющая часть – люди без определенного места жительства. Коридор тогда был уставлен кушетками, на которых лежали пациенты. Сложный надо сказать, контингент, а Анна Викторовна – да что вы! среди них так много интересных людей! Надо же, столько лет отработать в этом отделении и не ожесточиться...

Ожоговый центр – единственный в Забайкальском крае. Именно поэтому на его базе есть и детские койки. Самому маленькому пациенту на момент визита был один год и два месяца. У него – ожог. Самый пожилой – дедушка 76 лет. Обморожение. Но пациентов с ожогами всегда больше, чем с обморожениями – один к трём.

В центре чтут память Владимира Сизоненко – заслуженного врача РФ, доктора медицинских наук, почётного

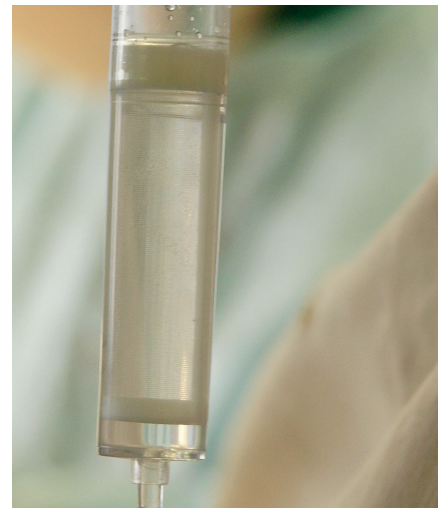


гражданина города Читы. Именно он стал основателем отделения, как тогда называлось, термической травмы. Им и его учениками разрабатывались методики лечения холодových травм. Его последняя монография, посвященная методам лечения холодových травм, является единственной подобной рода в РФ.

Методы лечения травм, которые проходят испытания в центре, воплощаются в рекомендации, с которыми врачи-комбустиологи выезжают на конференции. Они получают признание и выносятся на курсы повышения квалификации врачей, специализирующихся на лечении ожоговых и холодových травм. А признание коллег – это дорогого стоит.

Снижение смертности в центре более чем в два раза за последние десять лет – тоже показатель повышения эффективности работы. Сегодня отделение обеспечено всем необходимым. Еще бы побыстрее в новый корпус заехать.





В прошлом году в ожоговом пролечилось 698 человек. Умерло 23 пациента, из них четверо – от холодовой травмы, остальные – от ожогов. Случаи были безнадежные – площадь поражения составляла 80-90 процентов. К сожалению, современная медицина, несмотря на всю свою продвинутость, еще не может справляться с такими случаями.

- Но даже когда нам понятен исход болезни – говорит Анна Викторовна, - мы всегда стараемся спасти до последнего...

СПАСАТЬ И ТОЛЬКО СПАСАТЬ

На официальном сайте больницы вы не найдете тёплых отзывов в адрес персонала отделения токсикологии. И не потому, что там работают из рук вон плохо. Просто контингент специфичный – алкоголики с передозировками, самоубийцы... В прошлом году только суицидников 160 человек в отделение поступило. Так что одним не до благодарностей в адрес врачей и медсестричек, а другим – вообще ни до кого, они сами-то себе не нужны.

Тамара Шумова и Виктор Калашников – противоположности. Одна – основательница отделения, несмотря на свой возраст (с 1941 года рождения), эмоциональна и энергична. Время от времени срывается с места и бежит кого-нибудь консультировать. А второй – исполняющий обязанности заведующего отделением, меланхоличен и нетороплив. Не вяжущийся с образом врача хипстерский хвостик поначалу сбивает с толку. Но не всем же быть классическими докторами, кто-то же должен разбавлять действительность. Хотя бы внешним видом. Но несмотря на противоположность, может быть, кажущуюся, оба в голос говорят о нужности своего отделения. Оно и правильно, только так и поступают люди, которые душу отдают своей профессии. Они просто не представляют, как может быть иначе.

Отделение острых отравлений было открыто в январе 1973 года. Руководствовались при этом, как вспоминает Тамара Дмитриевна, территориальным принципом – золотой серединой между Хабаровском и Иркутском. Учли и другой момент – область была аграрной, много удобрений химических использовалось, а вопрос сохранения здоровья населения не был пустым звуком. Так Чита стала межрегиональным центром по лечению острых отравлений. Под кураторством чининцев находилась Якутия, Бурятия и Амурская область. Всего в РФ тогда было создано 13 центров. Сегодня насчитывается 44 центра и отделений.

В истории отделения было много случаев: и трагичных, и

даже немного курьёзных. Так, однажды одновременно сюда поступили 20 китайских строителей – перепутали селитру с поваренной солью.

- Мы тогда домой не ушли, остались откачивать, – вспоминают Тамара Дмитриевна и Виктор Петрович.

Количество пациентов сразу увеличилось почти до 50 человек. Все бегали в поте лица – промывать же надо было. Двое строителей лежали в реанимации. Из 20 китайцев только один мог говорить по-русски. Хорошо, что еще переводчицу приставили. Спасли всех.

- Тут же ведь не угадаешь, – говорит Виктор Петрович. – В один день спокойно, а в другой – массовое отравление может случиться.

- Да-да, - подхватывает Тамара Дмитриевна. – Вот был у нас случай, когда в Петровск-Забайкальском повараха взяла отраву для грызунов вместо соли и посолила омлет. Это сотрудница санэпидстанции принесла отраву и, не подписав, поставила рядом с кухней на окно. А по цвету они оказались одинаковыми – белыми и без запаха. Вот повараха и перепутала. Тогда всё обошлось. Никто не погиб.

Случались истории и пострашнее – когда серная кислота проливалась из железнодорожных цистерн, обрывали трубы с аммиаком... И тогда только случай спасал забайкальцев от массовых отравлений. И, конечно же, своевременные меры, предпринятые врачами-токсикологами.

Время изменилось, и промышленное производство, как и сельское хозяйство, утратило свои обороты. Другой стала и структура болезней у поступающих в отделение. Отравления психотропами, алкоголем – теперь это привычная, к сожалению, картина для отделения. Некоторые товарищи, которых вытаскивали из того света, не принимают жизненного урока и вновь попадают сюда с теми же самыми проблемами.

Казалось бы, какие новые методы могут быть при лечении таких больных? Вроде бы всё стандартно – антидоты, дезинтоксикация... Но нет, к примеру, метод лечения глюкокортикостероидами для избежания бужирования пищевода при отравлениях кислотами, щелочью и уксусом, поначалу коллегами был воспринят настороженно. Но метод прижился. С тех пор уже на протяжении последних 15 лет таких проблем, как сужение пищевода, в отделении не допускают. Конечно, при условии, что такое лечение начиналось своевременно.

Эльвира Паламова

АГИНСКАЯ ОКРУЖНАЯ БОЛЬНИЦА: КУРС - НА РАЗВИТИЕ



В год своего рождения больница в селении Агинское состояла лишь из пяти коек. Сегодня, спустя 95 лет, Агинская окружная больница - самое крупное и ведущее лечебное учреждение Агинского Бурятского округа. Здесь действуют 16 лечебно-диагностических и 9 вспомогательных подразделений, 133 круглосуточных и 56 коек дневного стационара, больница рассчитана на 765 амбулаторных посещений в смену. Неотъемлемая часть

учреждения - 15 обособленных подразделений, расположенных в сельских и городских поселениях района. В зоне обслуживания больницы - более 35 тысяч населения Агинского района.

100 тыс. населения с 153,6 в 2009 году до 48,5 в 2016 году.

Самое серьезное внимание специалисты больницы обособленно уделяют диспансеризации, профилактическим и медицинским осмотрам взрослого населения, целенаправленный характер носит выполнение онкологического скрининга. Созданная в учреждении современная диагностическая база не только позволила проходить обследования, не выезжая за пределы района, но и сократить время их ожидания: эндоскопические методы исследования проводятся в течение 3-х дней, ультразвуковые исследования – 2-х недель, эхокардиография – 7 дней. Рентгеноположительным лицам дообследование на компьютерном томографе проводится в тот же день. Все это сказалось и на результатах: активная выявляемость онкологических заболеваний увеличилась до 32,6%. Показатель доли злокачественных новообразований, выявленных впервые на ранних стадиях (I-II стадии) достиг 69,5%, в свою очередь показатель онкозапущенности в 2016 году снизился до 14,5%.

Тромболизисная терапия на догоспитальном этапе больным с инфарктом миокарда оказывается с 2011 года. Сегодня для ее проведения специалисты используют современные тромболитические препараты (актилизе, фортелизин и др.).

Доля больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, которым выполнен тромболизис, по итогам 2016 года составила 78,9%.

РАНЬШЕ – ЗНАЧИТ ЭФФЕКТИВНЕЕ

В числе приоритетов для сотрудников больницы - кропотливая работа по раннему выявлению и лечению социально значимых заболеваний. В центре внимания - злокачественные новообразования, туберкулез, сердечно-сосудистые заболевания. За последние годы охват населения профилактическими флюорографическими осмотрами сохраняется на уровне 85%, детей и подростков туберкулинодиагностикой - на уровне 99%. Во многом благодаря этому удалось снизить заболеваемость туберкулезом на

В районе сохраняются благоприятные демографические показатели: в 2016 году зарегистрировано 612 новорожденных, коэффициент рождаемости на 1000 населения составил 17,5‰. Естественный прирост населения составил 8,8‰. Коэффициент младенческой смертности на 1000 живорожденных составил 1,6 ‰.



Особое развитие получили дневные стационары, как один из видов ресурсосберегающих технологий. Жители села имеют возможность пройти лечение в дневных стационарах, открытых при сельских врачебных амбулаториях.





ОБЕСПЕЧИТЬ ДОСТУПНОСТЬ

Важным направлением работы коллектива больницы стало повышение доступности первичной медико-санитарной помощи населению, в первую очередь - оптимизация деятельности регистратуры. Количество регистраторов выросло до 8 человек, окон регистратуры – до 6. Был введен дополнительный городской номер, и теперь позвонить в регистратуру можно по двум городским номерам. Рабочие места регистраторов были оборудованы и автоматизированы, каждому регистратору подведен телефонный аппарат с городским номером для ведения предварительной записи к врачам-специалистам и информирования пациентов о приеме и изменении графика приема врача. Регистратура управляет расписанием врачей-специалистов на 30 дней вперед. Для предотвращения неявок пациентов регистраторы ежедневно обзванивают записавшихся на прием пациентов по телефону, напоминая о времени приема. Утверждены маршрутизации при проведении 15 видов медицинских осмотров в поликлинике: ГИБДД, ношение оружия, усыновление, на работу в УФСИН, на учебу в УФСИН, предварительные и периодические медосмотры работающих граждан, диспансеризация взрослого населения, служба по контракту, усыновляемый ребенок, на работу в органы прокуратуры, следственный комитет, суды, для получения справки формы №086/у, справки для государственной формы №001-ГС, диспансеризации госслужащих и др.

Предварительная запись в системе РМИС проводится в процедурный кабинет для забора крови, в диагностические кабинеты, включая кабинет компьютерной томографии, маммографии, эхокардиографии, эхоэнцефалоскопии, электроэнцефалографии, ультразвуковой диагностики и др. В системе РМИС также выделены талоны для жителей близлежащих районов. Все это позволяет рационально спланировать работу поликлиники в целом.

Делаются первые шаги по интегрированию в работу учреждения пилотного проекта «Координаторы здоровья» - в нем участвуют более 20 участковых медицинских сестер и фельдшеров ФАП. Уже сегодня под наблюдением координаторов здоровья находятся более 300 членов семей, нуждающихся в систематическом наблюдении участковых врачей.

С ЗАБОТОЙ О БУДУЩИХ ПОКОЛЕНИЯХ

Родильные залы и операционные корпуса акушерского отделения больницы отвечают сегодня всем современным



требованиям, оснащены оборудованием и аппаратурой нового поколения, здесь созданы все условия для рожениц и новорожденных. В отделении установлены инкубаторы для выхаживания новорожденных, открытые реанимационные системы с источником лучистого тепла, лампы фототерапии, аппараты искусственной вентиляции легких, мониторы слежения для взрослых и новорожденных. Для удобства пациентов и персонала - боксированные палаты, раздельные родовые блоки, централизованная подача кислорода, современная система очистки воздуха, лифтовое хозяйство. В прошлом году в отделении установили системы видеонаблюдения. Здесь развернуты 22 койки, все акушерские койки - совместного пребывания матери и ребенка.

В свое время открытие акушерского отделения с современной материально-технической базой совпало с годом реализации в стране приоритетного национального проекта «Здоровье». Была введена система родовых сертификатов при оказании медицинской помощи в период беременности, родов и после родов - появился действенный стимул для улучшения качества медицинских услуг беременным, роженицам и новорожденным. Сегодня врачи акушеры-гинекологи ведут мониторинг за течением беременности, улучшается обследование будущих мам на внутриутробные инфекции, биохимические маркеры на наследственную патологию. Отработано направление беременных на ультразвуковой пренатальный скрининг, и поскольку для этого обследования, проводящегося с целью ранней диагностики нарушений развития плода, важным является процент ранней явки беременных на учет, по итогам 2016 года этот показатель в Агинском районе составил 86,5%.

Совместно со специалистами краевого Акушерского дистанционного консультативного центра врачи акушеры-гинекологи Агинского района работают в системе постоянного мониторинга за беременными женщинами. Для медицинских работников района работа данного центра позволила решить многие задачи по обследованию беременных со сложной экстрагенитальной патологией, ведению беременности у женщин высокой группы риска и соблюдению маршрутизации беременных на родоразрешение в стационарах краевого центра.

Проводится диагностика состояния плода, как в женской консультации, так и в родильном отделении. Внедрение эпидуральной анестезии, применение системы родовспоможения KIWI, сопровождение всех родов врачом акушером-гинекологом, а при необходимости врачом анестезиологом-реаниматологом позволяют более бережно вести роды. Успешно практикуется консервативное ведение родов



палатах под наблюдением внимательного, пациентоориентированного персонала.

Подобные успехи вряд ли были бы возможны, если бы медицинские работники больницы не стремились к повышению квалификации, приобретению новых знаний, теоретических и практических - вопросам подготовки и переподготовки акушерских кадров служба родовспоможения уделяет особое внимание. Врачи акушеры-гинекологи, реаниматологи и неонатологи, оказывающие помощь беременным и новорожденным, проходят ежегодную подготовку в симуляционных циклах, проводимых при ЧГМА.

ВРЕМЯ, ЩЕДРОЕ НА СОБЫТИЯ

Два года назад в здании скорой медицинской помощи начало действовать отделение амбулаторного гемодиализа, где сегодня получают лечение более 30 жителей Агинского,

В коллективе больницы – более 600 работников, из них 92 врача, 282 специалиста со средним медицинским образованием. Три врача удостоены почетного звания «Заслуженный врач Российской Федерации», 3 человека награждены медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени, 11 медработников присвоено звание «Заслуженный работник здравоохранения Агинского Бурятского автономного округа, Читинской области, Забайкальского края», 17 врачей награждены нагрудным знаком «Отличник здравоохранения».

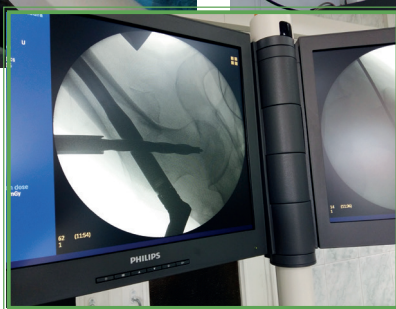
у женщин с предшествующим кесаревым сечением. Хорошо зарекомендовали и начали успешно практиковаться партнерские роды. Для предотвращения материнской и младенческой смертности внедряются федеральные и региональные протоколы, региональные алгоритмы ведения при неотложных акушерских патологиях. Используются современные препараты для лечения острого ДВС-синдрома (транексам, протромплекс), для проведения токолитической терапии при преждевременных родах (атозебан), респираторного дистресс-синдрома новорожденных (курсорф). А реанимационная помощь новорожденным укомплектована современным оборудованием. О результатах работы отделения говорят цифры медицинской статистики: с 2011 года не регистрируются случаи смерти новорожденных, снижаются показатели перинатальной смертности, обусловленной мертворождением, в 2016 году зарегистрирован 1 случай мертворождения, а в 2015 году антенатальной гибели плода в роддоме не было.

Могойтуйского, Оловянинского и Дульдургинского районов. Отделение, открывшееся на основе государственно-частного партнерства с инвестором ООО «ПМК-Медэк», рассчитано на 8 мест и оснащено аппаратами гемодиализа «МАЛАХИТ» и новейшей системой водоподготовки, где производится сверхчистая вода для эффективного лечения больных.

Прошлый год ознаменовался для агинчан открытием на базе хирургического отделения больницы травматологического центра II уровня, предназначенного для оказания всего спектра медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, оказание помощи на догоспитальном и госпитальном этапах. Для открытия центра было приобретено и введено в эксплуатацию 67 наименований медицинского оборудования, в том числе - мультиспиральный компьютерный томограф фирмы Toshiba, аппарат

Сегодня персонал акушерско-гинекологической службы с большим энтузиазмом работает в хорошо оснащенном современном диагностическом, лечебном и вспомогательном оборудовании отделении. Беременные и родильницы постоянно отмечают уют и теплую атмосферу отделения, что роды стали приниматься в индивидуальных родильных залах, а в послеродовом периоде матери находятся вместе с новорожденными в комфортных





рентгелевизионный передвижной хирургический с С-дугой OEC Fluorostar 7900 GE, который позволяет проводить операции на внутренних органах и костно-суставной системе под интраоперационным рентгеновским контролем, эндоскопическая стойка «КАРЛ ШТОРЦ» и др. Для транспортировки пациентов используются автомобили скорой класса В на базе Ford Transit. Специалисты прошли обучение в Москве и Санкт-Петербурге. Теперь, благодаря травмацентру, в течение первого «золотого» часа можно полностью обследовать больного: провести МСКТ-исследования, рентгенологическую диагностику, УЗИ-исследование, лабораторное обследование пациента, организовать осмотр специалистов, оказать специализированную медицинскую помощь, в т.ч. оперативное лечение, что в конечном итоге позволяет уменьшить число тяжелых последствий у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях. Зона ответственности больницы - участок федеральной автомобильной дороги А-166 «Чита-Забайкальск» протяженностью 64 километра (начиная с 99 км и заканчивая 163 км), в нее входят Могойтуйский, Дульдургинский, Оловянинский и Ононский районы Забайкальского края. За время функционирования травмацентра улучшилось оказание интенсивной протившоковой терапии пострадавшим в ДТП, выросло количество малоинвазивных операций на грудной клетке, брюшной полости, снизилась больничная летальность среди пострадавших в ДТП с 7,4 в 2015 году до 4,2% в 2016 году. Врачи-травматологи внедрили новый метод - функциональный малоинвазивный остеосинтез под интраоперационным контролем с применением набора интрамедуллярных конструкций и инструментов.

Событием наступившего года для Агинской окружной больницы стало открытие первичного сосудистого отделения на 11 коек для больных с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения. Цель его создания – повышение доступности и своевременности оказания специализированной помощи больным с сосудистыми катастрофами, внедрение тромболизисной терапии при ишемических инсультах. Здесь будут лечиться жители Агинского, Дульдургинского и Ононского районов.

Во втором квартале текущего года планируется открыть межрайонный центр амбулаторной реабилитации. Уже проведены реконструкция и ремонт помещений, подготовлены залы для суставной гимнастики, кардиологический и зал для общей реабилитации, массажные кабинеты. Сегодня проводятся торги по закупке оборудования.

В планах на нынешний год - работа над улучшением качества и доступности медицинской помощи, уменьшением сроков ожидания амбулаторного приема и проведения диагностических исследований, расширение спектра оказываемых услуг, в частности, внедрение в практику новых видов травматологических и хирургических операций, совершенствование медицинской помощи сосудистым больным, внедрение III этапа медицинской реабилитации.

Цырен Цыренов,
главный врач
Агинской окружной больницы



ЗАБАЙКАЛЬСКАЯ ФТИЗИАТРИЯ: ОПЫТ И ТЕНДЕНЦИИ

С туберкулезом в Забайкалье медики боролись всегда – этот диагноз для региона оставался актуальным во все времена и в силу исторических, и в силу климатических причин. В последние же годы их усилия были вознаграждены устойчивой тенденцией к улучшению ситуации – свою позитивную роль сыграли и современные методики обследования и лечения этого социально значимого заболевания, и новое медицинское оборудование, появившиеся в распоряжении медиков. Сегодня забайкальские фтизиатры говорят о снижении заболеваемости туберкулезом, о заметных успехах в санации пациентов с хроническими формами заболевания, о сокращении количества рецидивов туберкулезного процесса. Обо всем этом рассказывает читателям «Медицины Забайкалья» главный врач Забайкальского краевого фтизиопульмонологического центра Павел ФАДЕЕВ.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАСТЕТ - СМЕРТНОСТЬ ПАДАЕТ

Да, да, как это ни парадоксально, но когда речь идет о туберкулезе, дело обстоит именно так. Рост заболеваемости здесь - синоним хорошей выявляемости. Во всяком случае, заболеваемость просто обязана увеличиваться на определенном этапе - когда медики бросают все силы на обследование населения и число граждан, ежегодно проходящих



флюорографию,кратно возрастает. Зато смертность от туберкулеза при этом падает. Эти два момента - основной показатель эффективности работы специалистов регионального фтизиатрического сообщества и первичного

звена здравоохранения. Медики с удовлетворением отмечают, что именно такая картина наблюдается сегодня в Забайкальском крае - смертность от туберкулеза в прошлом году снизилась здесь более чем на 20%. Медицинская статистика свидетельствует также, что она в регионе существенно ниже, чем по Сибирскому федеральному округу и практически не отличается от российского показателя.

- По результатам прошлого года (по сравнению с 2015 г.) удалось практически на 25% снизить смертность от туберкулеза. Если раньше показатель был 12,85%, то сейчас - 9,6%.

Павел Фадеев



По темпам снижения смертности от туберкулеза край - в числе первых по России, это отметила и министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова во время визита в Читу. Сохраняется данная тенденция и сегодня, - рассказал Павел Фадеев.

Забайкальские фтизиатры не устают бесконечно повторять, что туберкулез – это уже давно не приговор, как порой ошибочно думают пациенты, главное – дать отпор болезни как можно раньше. Больные, не являющиеся бактериовыделителями, своевременно принимающие назначенные специалистами препараты, могут лечиться в амбулаторных условиях и не нуждаются в изоляции от общества. Свою основную задачу медики по-прежнему видят в выявлении туберкулеза на начальном этапе, и основной методикой для этого продолжает оставаться цифровая флюорография, позволяющая получить изображение любого участка и дающая минимальную лучевую нагрузку на организм.

- Нередко забайкальцы, несколько лет не проходящие флюорографию, обращаются к нам с запущенными формами заболевания, когда уже не обойтись обычной двухмесячной лекарственной терапией, а требуется применение и новых технологий, и серьезных методик, порой длительных, - объясняет Павел Александрович. - Во избежание этого в прошлом году совместно с краевым Минздравом мы провели огромную работу по увеличению «флюороохвата» населения. Он и раньше в регионе был значительно выше, чем по Сибирскому федеральному округу и по РФ, и в 2015 году уже составлял 76%. В прошлом году доля охвата населения старше 15 летнего возраста превысила отметку 85%. На нынешний год «планка» установлена еще на один процент выше, а в 2018 году ежегодное флюорографическое обследование в Забайкалье должны проходить 90% населения. С помощью активного скрининга во многих случаях удалось выявить и подтвердить туберкулез на ранних стадиях. На фоне такого подъема обязательно должна расти заболеваемость – и в январе 2017 года она стала выше на 20%. Тенденция к росту заболеваемости будет сохраняться и в этом году, и в следующем - пока мы не достигнем самых высоких показателей охвата флюорографией. И поскольку изменения в легких будут выявляться на ранних стадиях, мы надеемся, что со временем запущенных форм удастся избежать. Это будет влиять на снижение смертности, а постепенно, по прогнозам – через несколько лет,

должно привести и к реальному снижению заболеваемости туберкулезом.

В САМЫХ ОТДАЛЕННЫХ УГОЛКАХ

Каким образом забайкальским фтизиатрам удалось существенно увеличить число граждан, прошедших обследование на туберкулез? По словам специалистов, это произошло, в основном, за счет сельских жителей, которые раньше порой не обследовались по несколько лет. Если среди городского населения процент обследования традиционно оставался высоким - флюорографы имеются в каждой поликлинике, то жителям отдаленных сел нужно было, как минимум, добираться до краевого центра.

Ситуация кардинально изменилась в прошлом году, когда в Шилкинский, Борзинский и Калганский районы за счет средств нормированного страхования

По результатам прошлого года (по сравнению с 2015 г.) удалось практически на 25% снизить смертность от туберкулеза. Если раньше показатель был 12,85%, то сейчас - 9,6%. По темпам снижения смертности от туберкулеза край - в числе первых по России, это отметила и министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова во время визита в Читу. Сохраняется данная тенденция и сегодня.



было приобретено три мобильных рентгеновских комплекса. Это цифровые аппараты, которые могут функционировать практически в любых условиях: работают от 220 вольт, имеют локальную защиту, хорошие цифровые качества, высокую пропускную способность. Аппаратура упаковывается в специальные ящики, которые можно перевозить в обычных автомобилях скорой помощи, и так же легко распаковывается. Как показал

первый опыт, аппарат обычно устанавливается в Доме культуры или в помещении местной администрации, и все жители села проходят тотальную флюорографию – 95% явку обеспечивают медработники и сотрудники администрации.

- В Шилкинском районе таким образом проводилось скрининг-обследование до 400 человек в день. К тому же Шилкинская ЦРБ предоставляла свой передвижной флюорограф для обследования населения шести близлежащих районов. А в Борзинском районе, на территории которого расположено 19 ФАПов, передвижной аппарат выезжал в каждый населенный пункт дважды за полгода. Учитывая

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, ПОМНОЖЕННЫЕ НА ОПЫТ И ТРАДИЦИИ



Всю медицинскую помощь пациенты, страдающие туберкулезом или с подозрением на туберкулез, получают бесплатно – она предусмотрена программой государственных гарантий.

Специализированную фтизиатрическую помощь на территории края сегодня оказывают два учреждения - Забайкальский краевой фтизиопульмонологический центр и Краевая туберкулезная больница в пос. Агинское. Если на базе туберкулезной больницы лечение проходят преимущественно больные с хроническими, длительно протекающими формами туберкулеза, требующими изоляции и особых условий содержания, то специалисты центра занимаются проведением диагностики, в том числе – сложной дифференциальной, обследованием и диспансерным учетом пациентов, лечением больных с сочетанием «ВИЧ-туберкулез», а также хирургическим лечением, в том числе – эндоскопическим.



Возможности региональной фтизиатрической службы вышли на новый уровень с приобретением в 2015 году в соответствии с порядками оказания медицинской помощи современного оборудования. Основательно обновить материальную базу удалось за счет федеральных средств – в центре появилась дорогостоящая аппаратура для профилактики, лечения и диагностики туберкулеза, аналогов которой в лечебных учреждениях Забайкалья раньше не было. Среди «новинок», позволивших меди-

кам расширить возможности диагностики и лечения: аппаратура для эндоскопического кабинета (эндоскопическая видеостойка, оборудование для мойки и дезинфекции эндоскопов, шкафы для их хранения), операционное оборудование (рентгенпрозрачные операционные столы, аргоплазменные коагуляторы, паровые стерилизаторы, электрохирургические отсосы, мониторы слежения для реанимационных мероприятий), дефибрилляторы, лабораторное оборудование, ПЦР-лабораторный комплекс. И, конечно, предмет гордости коллектива центра – компьютерный томограф, С-дуга и ультразвуковой аппарат экспертного класса. Часть лабораторного оборудования была передана в Краевую туберкулезную больницу, расположенную в пос. Агинское. Рассказывая о новых возможностях, Павел Александрович подчеркивает:



позитивный опыт, в этом году такие мобильные комплексы планируется приобрести для центральных больниц Читинского, Петровск-Забайкальского и Оловянинского районов, - констатировал главный врач.

Кроме того, благодаря спонсорской помощи, в медицинских учреждениях появились 6 портативных рентгенаппаратов. Эти аналоговые комплексы, обычно используемые для обследования больных в палатах, в операционных, тоже будут задействованы для проведения скрининг-обследования на туберкулез населения Каларского, БалеЙского, Тунгокоченского, Оловянинского, Краснокаменского районов и пациентов Городской больницы №1.

Всю медицинскую помощь пациенты, страдающие туберкулезом или с подозрением на туберкулез, получают бесплатно – она предусмотрена программой государственных гарантий.

- Если раньше работали преимущественно с пациентами, у которых уже был подтвержденный туберкулез, порой сталкивались со

сложностями в дообследовании пациента, то сегодня мы на собственной базе можем проводить даже сложные диагностические манипуляции, и выставлять не только диагноз

«туберкулез», но и диагностировать другие заболевания легких. А при необходимости проводим и комплексное обследование. Вырос и уровень специалистов, которые работают на этом оборудовании, они прошли обучение, приобрели новые навыки. Значительно сократились сроки обследования. Если сегодня требуется дифференциальная диагностика, то все необходимое обследование проводится максимум за 2-3 дня. Сроки немного удлиняются лишь в том случае, когда для обследования нужно хирургическое вмешательство. Это удобно и для пациентов, и для самих докторов – мы быстрее выставляем диагноз «туберкулез», можем определить устойчивость к медицинским препаратам, что очень важно для дальнейшего лечения - чем раньше это выясним, тем быстрее назначим лечение с учетом этой устойчивости.

Оборудование и реализуемые с его помощью методики относятся к категории малоинвазивных – самых современных на сегодняшний день. Так, серьезным подспорьем в борьбе с туберкулезом стали клапанные бронхоблокации, которые забайкальские фтизиатры успешно применяют на практике уже несколько лет. За это время было проведено 160 подобных манипуляций. Суть методики, дающей отличные результаты, заключается в помещении в бронх специального клапана, изготовленного из безопасной для человека резины. Его действие и приводит к закрытию полости распада, гибели микробов и быстрому заживлению легочной ткани. Неудобства для пациента при этом минимальные – операция проводится за 15-20 минут под местной анестезией. Улучшение отмечается буквально через две недели, через месяц - можно вести полноценный образ жизни. По мере выздоровления, через 6-18 месяцев, клапан под местной анестезией также безболезненно удаляется.

- Особенно интенсивно занимались установкой клапанов в 2014-2015 годах, проводили по 60-70 малоинвазивных операций в год. В прошлом году установили 60 клапанов, снижение связано с тем, что постепенно пациентов с запущенными формами, нуждающихся в закрытии полостей, становится меньше. Никакой очереди на проведение бронхоблокации у нас нет, - рассказывает Павел Фадеев, который как раз и занимается проведением бронхоблокации.

Наблюдать заболевание в динамике, отслеживать индивидуальные особенности его протекания забайкальским фтизиатрам позволяет современный ПАКС-сервер – комплекс для хранения снимков. Теперь снимки пациентов Забайкальского краевого фтизиопульмонологического центра на протяжении многих лет могут архивироваться в цифровом варианте. Важно, что ПАКС-сервер объединен в одну сеть с цифровым флюорографом, и каждый участковый доктор может отыскать снимок любой давности, а также посмотреть динамику развития заболевания, если это необходимо.

В планах по дальнейшей информатизации фтизиатрической службы края – обеспечение с каждого рабочего места врача доступа к базе рентген- и лабораторных исследований. С 2017 года в России создается федеральный регистр пациентов, страдающих туберкулезом, куда вводятся все данные о пациенте, о препаратах, которые он получает, о выполнении рекомендаций докторов. Аналогичная база данных создается сегодня и в Забайкальском крае.

Кроме того, в планах коллектива диспансера на нынешний год – открыть в учреждении центр медицинской реабилитации. Если планы удастся воплотить в жизнь, то это будет первый центр реабилитации, созданный в противотуберкулезном учреждении – с тренажерными залами, занятиями дыхательной гимнастикой, где будут восстанавливать здоровье люди, прошедшие лечение туберкулеза.

И не только туберкулеза – учитывая, что центр фтизиопульмонологический, здесь планируют расширить сферу деятельности и в дальнейшем помогать гражданам с другой бронхо-легочной патологией: с экземой легких, с хронической обструктивной болезнью легких, и др. В ближайших планах также внедрение трансбронхиальной биопсии легкого - в учреждении сегодня имеется все необходимое оборудование, позволяющее под рентген-контролем и местной анестезией получать ткань легкого для исследования. Первые успешные шаги в освоении методики уже сделаны, осталось поставить, что называется, на поток. А, значит, появится еще одна возможность установить точный диагноз сотням пациентов с различными патологическими образованиями и неясными нарушениями в легких.

Ирина Белошицкая

Серьезным подспорьем в борьбе с туберкулезом стали клапанные бронхоблокации, которые забайкальские фтизиатры успешно применяют на практике уже несколько лет. За это время было проведено 160 подобных манипуляций.





Аббревиатура ВМП расшифровывается просто - «высокотехнологичная медицинская помощь». Сверхсложные задачи, порой сравнимые с Божьим промыслом, успешно выполняют забайкальские хирурги. В ноябре 2016 года председатель правительства РФ Дмитрий Медведев отметил: «В этом году высокотехнологичная медицинская помощь оказывается почти тысячами медицинских организаций по всей стране, как федеральных, так и региональных. Объемы такой помощи постоянно растут. В 2015 году лечение получили более 800 тысяч человек. Планируется, что до конца этого года эта цифра вырастет еще на 100 тысяч», — заявил Медведев на совещании с вице-премьерами. Как рассказала на том же совещании заместитель председателя правительства Ольга Голодец, ассигнования на высокотехнологичную медицинскую помощь в 2016 году увеличились на 18% и достигли 177 миллиардов рублей. При этом, по ее словам, в 2017 году на эти цели в бюджете предусмотрен 191 миллиард рублей.

Читинские специалисты по многим позициям оказания ВМП землякам – забайкальцам находятся на уровне ведущих российских федеральных клиник. Нашим пациентам зачастую не нужно ехать в больницы Москвы, Новосибирска, Томска, так как в Чите сложнейшие оперативные вмешательства проводятся на самом высоком уровне и бесплатно для пациента, а лечение оплачивается за счет федерального или регионального бюджета. В самых же сложных случаях наши земляки получают лечение за пределами края, ежегодно в лучшие федеральные центры выделяется более тысячи квот.

ВОЛШЕБНЫЕ ТРИ БУКВЫ: ВМП

Что же доступно жителям Забайкальского края на сегодняшний день в ведущих стационарах Читы? Назову только самые распространенные оперативные вмешательства, на протяжении многих лет спасающие жизнь и возвращающие здоровье больным людям. Самый актуальный вопрос современной медицины – смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, занимающая во всем мире первое место (более 50% в структуре всей смертности). В Краевой клинической больнице борьба с этими болезнями идет реально в круглосуточном режиме, независимо от времени года или дня недели. Среди докторов, которые отдают силы, время и опыт для улучшения здоровья забайкальцев: Петр Иванов, Александр Бердицкий, Дмитрий Иванов, Дмитрий Нардин, Григорий Сизов, Алексей Грешилилов. В 2016 году проведено 1997 коронарографических исследований (наибольшее количество за последние десять лет, в 2010 году было - 684). Коронарных стентирований за

прошедший год выполнено 450 (2010 год – 85, то есть сейчас - в пять раз больше!). Операций на «открытом сердце» (аорто-коронарное шунтирование, протезирование клапанов) – 45, но это, если можно так сказать, «штучные» операции. Министром здравоохранения Забайкальского края Сергеем Давыдовым поставлена серьезная задача – в 2017 году вдвое увеличить количество данных вмешательств.

Еще два вида вмешательств, которые реально влияют на качество и продолжительность жизни людей. Пациентам со сложными нарушениями ритма сердца хирурги-аритмологи Максим Черняев и Сергей Степин имплантировали в 2016 году 180 электрокардиостимуляторов. Если в 2010 году операции на сонных артериях с целью профилактики инсульта проведены были 34 пациентам, то за 2016 год – уже 102 оперативных вмешательства. Это - благодаря «золотым» рукам хирургов Дмитрия Россика, Максима Басловяка, Сергея Гончарова.

Операций на «открытом сердце» (аорто-коронарное шунтирование, протезирование клапанов) – 45, но это, если можно так сказать, «штучные» операции. Министром здравоохранения Забайкальского края Сергеем Давыдовым поставлена серьезная задача – в 2017 году вдвое увеличить количество данных вмешательств.

Операции по замене крупных суставов давно не редкость в травматологических отделениях Читы.

Зачастую этот вид помощи показан пациентам в возрасте, с сопутствующей патологией, потерявшим возможность свободно передвигаться, а значит, лишённым простых человеческих радостей. На сегодняшний день эндопротезирование коленных и тазобедренных суставов успешно проводится в Краевой клинической больнице (2016 год – 131 операция), в Городской клинической больнице № 1 (134), в Дорожной клинической больнице (140), в «Академии здоровья» (108). Кроме того, эти сложные операции теперь проводятся и в Краевой больнице № 4 города Краснокаменска (9 операций). В итоге за прошлый год 522 человека вернулись к нормальной жизни, к работе и отдыху. Вот эти доктора поднимают с больничной койки самых тяжелых пациентов: Олег Кошкин, Сергей Давыдов, Александр Мироманов, Андрей Целюба, Александр Бусоедов, Денис Дрянов, Сергей Загородний, Роман Бянкин.

Леонардо да Винчи сказал: «Глаза называют окном души», а Рерих: «Космос отражается в зрачке каждого глаза». Только в офтальмологическом отделении Краевой



клинической больницы под руководством Александра Заиграева в 2016 году имплантировано 2046 искусственных хрусталиков, и это вернуло зрение людям любого возраста, причем чаще всего - пожилым. После того, как снята повязка, пациенты часто не могут сдержать слез радости и обнимают своего лечащего врача.

Я рассказал лишь о части той работы, которую проводят читинские специалисты в сфере высокотехнологичной медицинской помощи. Но если сложить сухие цифры, которые я перечислил, то получается очень солидный итог: за 2016 год 5340 забайкальцев получили реальную помощь под сенью трех волшебных букв: ВМП. Много это или мало? Попробуйте эту цифру умножить на количество бессонных ночей, проведенных реаниматологами у постелей пациентов в первые дни после операции. Прибавьте родственников, которые радовались успехам врачей и спасению своих родных. И не забудьте вычестть здоровье, потерянное самими докторами в процессе лечения и ночных дежурств. А еще разделите на редкие благодарности медицинским специалистам в наше непростое время. Что получится? Я не знаю... Можете посчитать, если хотите.

На фото: - Александр Бердицкий и Петр Иванов в поисках непростого решения ; операцию по замене сустава проводят Сергей Давыдов и Олег Кошкин; идет операция АКШ (оперирует Е.Б. Порушничак).

**Алексей Саклаков,
врач, сердечно-сосудистый хирург,
депутат Законодательного Собрания
Забайкальского края**



Но если сложить сухие цифры, то получается очень солидный итог: за 2016 год 5340 забайкальцев получили реальную помощь под сенью трех волшебных букв: ВМП.



В РЕЖИМЕ ЭКСТРЕННОГО РЕАГИРОВАНИЯ

Забайкальский территориальный центр медицины катастроф – учреждение по своим задачам и функциям уникальное. Особенно для такого протяженного региона как Забайкальский край, где только четверть населения – читинцы, остальные проживают в районах края, некоторые из которых по-настоящему труднодоступны в транспортном отношении. Для жителей таких районов «медицина катастроф» - это возможность в сложных ситуациях получить квалифицированную и своевременную медицинскую помощь. Нередко это бывает единственный способ спасти жизнь и здоровье человека.



ТОЛЬКО САМОЛЕТОМ МОЖНО ДОЛЕТЕТЬ

Заснеженная забайкальская тайга за иллюминатором Ан-2 кажется бескрайней, но ни солнце, ни бесконечные снежные просторы у специалистов Центра медицины катастроф особых эмоций не вызывают – вылетать или выезжать за многие километры от дома приходится практически каждое дежурство. Большинство из них на таких вот самолетах облетали чуть ли не все Забайкалье и постоянные перелеты давно уже стали обычной составляющей повседневной практики. В этот раз вызов поступил из Среднего Калара – особенно отдаленного селения Каларского района. Ближайший населенный пункт – Чара – расположен от него за 300 километров. Средний Калар как раз и относится к числу тех забайкальских сел, куда зимой еще можно хоть как-то проехать, а летом – как поется в песне – только самолетом и можно долететь. В теплое время года такие селения забайкальского севера, расположенные в Тунгокоченском, Тунгиро-Олекминском и Каларском районах, вообще теряют связь с «большой землей». И если возникает потребность в экстренной квалифицированной медицинской помощи, то без санитарной авиации не обойтись.

Ежегодно специалисты «медицины катастроф» совершают ради спасения жизни забайкальцев около 200 вылетов, иногда - на компактной современной «Цессне», но чаще всего - на таком вот Ан-2. Часто помощь пострадавшему оказывается на месте. Но если требуется операция, а в больнице нет необходимого оборудования или специалистов, единственный выход – поднять пациента на борт

самолета. Каждый раз решение о транспортировке больного в краевой центр принимается индивидуально, после тщательного анализа всех обстоятельств и самочувствия пациента.

– Забайкальский край – территория огромная, его «плечи» составляют 600 километров, до Краснокаменска или до Кыры, не говоря уже про Чару, где среди горных хребтов вообще невозможно пробраться без авиатранспорта. По большому счету, с медицинской точки зрения, труднодоступными являются все отдаленные населенные пункты Забайкалья, не охваченные железнодорожным транспортом и тремя федеральными дорогами с небольшими ответвлениями от них. Конечно, в первую очередь – это северные районы, - рассказывает директор Забайкальского территориального центра медицины катастроф Руслан Долгов. - Эвакуировать «тяжелого» пациента даже на расстояние в 100 километров – задача уже непростая, а если речь идет о 600 километрах, да еще в зимнее время, когда морозы дуют на северах под 50 градусов – тем более! И без помощи наших коллег - летчиков добраться до места и эвакуировать пострадавшего в таких условиях мы не смогли бы.

МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

- Поводом для обращения коллег из ЦРБ за нашей помощью является весь спектр нозологий, которые могут привести к ухудшению состояния пациента. Чаще всего это случаи дорожно-транспортного травматизма, сосудистые катастрофы, а также хирургическая и терапевтическая патология. Фактически мы можем оказывать любую помощь: в центре трудятся комбустиологи, можем привлечь специалистов по инфекционным патологиям и перевезти на более высокий уровень оказания помощи пациента, который в этом нуждается, - отвечает Руслан Долгов на вопрос о том, как в центре организован рабочий процесс. - Информация о пациентах к нам поступает из центральных районных больниц, кроме того, мы сами активно выявляем судьбу больных, которые находятся в тяжелом состоянии. Телефонная связь и оперативно-диспетчерский отдел – это у нас, как



говорится, «с чего начинается Родина». Наши диспетчеры - специалисты, которых вырастил Центр медицины катастроф, они знают любой телефон в Забайкалье, начиная от телефона губернатора и заканчивая номерами всех больниц. Могут быстро собрать бригаду из любых специалистов, взвешенно и спокойно отдадут распоряжения, объективно оценят ситуацию и оперативно ее разрешают.



Функционально подчиняются Центру медицины катастроф детская санитарная авиация и санитарная авиация г. Краснокаменска, специалисты которой держат под контролем 9 близлежащих районов. И хотя в этих подразделениях нет штатных специалистов, работу выполняют сотрудники больниц, которые совмещают вылеты и выезды со своей основной работой. Самая сложная задача, по мнению коллектива центра, возложена на детскую санитарную авиацию, ведь эвакуировать маленького пациента намного сложнее, чем взрослого. С оказанием помощи детям связано большинство вылетов, поэтому именно детской санавиации центр старается помочь в первую очередь, особенно если речь идет о самых маленьких и самых уязвимых пациентах - новорожденных и малышах первого года жизни.

В распоряжении специалистов центра - наземный и воздушный транспорт. Правда, собственного авиатранспорта у ЗТЦМК пока нет - он заключает государственные контракты с авиакомпаниями. Требуется сегодня обновления и большая



часть автотранспорта, особенно оперативных машин - их изношенность достигает 100%. Лучше выглядит ситуация с реанимобилями, оборудованными не только для транспортировки пациентов, но и для проведения непосредственно в них медицинских манипуляций - в прошлом году удалось обновить три из них. Во время выездов и вылетов медики вооружены наркозно-дыхательной, эндоскопической аппаратурой, краниоскопом, надувными транспортными иммобилизационными шинами, реанимационными укладками, хирургическими и нейрохирургическими наборами.

По словам заместителя директора центра по лечебной работе Алексея Андреева, в среднем за год специалисты центра «налетывают» около 900 часов, обслуживают более 600 вызовов, из которых свыше 200 - с помощью авиатранспорта. За один выезд - случается и такое - могут оказать помощь сразу нескольким пациентам. Кроме того, за год во время таких выездов выполняется более 60 хирургических операций и множество анестезиологических пособий. Нужно учитывать, что это самые сложные хирургические вмешательства, проведение которых без помощи специалистов центра было бы невозможно. Так уж заведено во имя безопасности пациентов, что если случай переходит из разряда рутинных в разряд высококвалифицированной помощи, привлекаются сотрудники Центра медицины катастроф. Нередко, благодаря своему богатому клиническому опыту, они не только оказывают помощь больному, но и «ставят» руки менее опытных районных хирургов, которые с благодарностью учатся у читинских коллег. Чаще всего это происходит во время плановых выездов, когда специалисты центра работают непосредственно с хирургами, объясняют технику операций и делятся бесценным опытом.

ПОД ШУМ ЛОПАСТЕЙ ВЕРТОЛЕТА

Большие надежды специалисты и руководство центра связывают с появлением у края собственного вертолета с медицинским модулем, оснащенного для выполнения санитарных заданий - это реальная возможность более оперативно и качественно помогать тем, кто особенно в этом нуждается.

- Благодаря участию края в федеральной программе «Оказание помощи пациентам в труднодоступных территориях» у нас появился шанс существенно расширить свои возможности за счет получения воздушного судна - вертолета, рассказывает Руслан Долгов. - Для нас это то самое «новое», которое «хорошо забытое старое» - раньше, лет 10 назад, у нас в санавиации был свой авиатранспорт, и все плюсы этого мы знаем не понаслышке. В чем они заключаются? Сейчас мы, к сожалению, привязаны к светлоте дню суток - ночью самолет не может ни взлететь, ни сесть. Вертолет

может приземлиться практически везде – главное, чтобы в радиусе 300 метров не было деревьев, у него вертикальные взлет-посадка, ему не нужен разгон. Существенные ограничения на нашу работу накладывает и то, что в ряде районов края преобладает гористая местность.

Заместитель директора Алексей Андреев вспоминает, как с помощью вертолета в апреле прошлого года удалось оперативно провести эвакуацию подростков из села Урлук, попавших в ДТП. Благодаря взаимодействию министра здравоохранения Забайкальского края Сергея Давыдова с федеральными структурами, был выделен вертолет полиции - чтобы медики могли как можно быстрее добраться до отдаленного села. Уже через два часа бригада специалистов Центра медицины катастроф была на месте – в селе Урлук Красночикойского района, до которого на машине пришлось бы ехать из Читы не менее 10-11 часов.

- В Урлуке есть только врач общей практики, а одна девушка из пострадавших находилась в крайне тяжелом состоянии, ей требовалась трепанация черепа. Оперировать нашим специалистам пришлось на месте: освободили перемычку, обработали ее бактерицидными лампами, и через минимальное отверстие в теменной области удалили субдуральную гематому. Двоих ребят после осмотра госпитализировали в П.-Забайкальскую ЦРБ, а девочек на этом же вертолете вывезли в республиканскую больницу г. Улан-Удэ. Вернуться в Читу не позволили сложные погодные условия – даже с учетом опытного экипажа было разрешено лететь только в сторону Улан-Удэ, где погода была хорошей. В воздух мы поднялись уже буквально через 15 минут после окончания



операции, а через час передали пациентку и вторую пострадавшую девушку сотрудникам Центра медицины катастроф Бурятии, - рассказывая о происшествии, Алексей Андреев откровенно гордится работой коллег. – Аналогичный случай был и в поселке Кокуй, куда вертолет долетел за 1 час 40 минут, сел в ста метрах от ЦРБ, и пациента с 41% ожогов кипятком благополучно перевезли в ожоговый центр Городской клинической больницы №1. Не будь вертолета, пришлось бы лететь самолетом, который приземлился бы за 20 км от Кокуя, в городе Сретенске. Туда пациента нужно было бы везти по плохой грунтовой дороге. А здесь из центральной районной больницы – и сразу на борт.

В федеральной программе по оказанию помощи пациентам в труднодоступных территориях, которая должна принести забайкальскому здравоохранению долгожданный вертолет, участвуют 34 российских региона. В каждом выбирается компания-эксплуатант, которая будет заниматься содержанием и обслуживанием воздушного судна, являющегося собственностью края, медики же будут выполнять свою задачу - обеспечивать санитарную эвакуацию и оказывать максимальную помощь пациентам на месте.



ПРИВЫЧКА К ЭКСТРИМУ

Рассказывать о сотрудниках Забайкальского территориального центра медицины катастроф особенно непросто – каждый из специалистов, для которых экстремальный режим вошел в привычку, работает здесь уже долгие годы, обладает огромным опытом и высокой квалификацией. Центр медицины катастроф – тот самый редкий случай, когда текучесть кадров практически отсутствует, а коллектив в большинстве своем существует в том составе, как сложился изначально.

Сегодня в Забайкальском территориальном центре медицины катастроф 75 сотрудников - начиная от водителей и заканчивая врачами и администрацией центра. Среди 26

врачей, которые могут оказать реальную помощь не только пациенту, но и своим коллегам в отдаленных уголках края: анестезиологи-реаниматологи, акушеры-гинекологи, хирурги, кардиологи, эндоскописты, невролог и нейрохирург. В поддержку докторам – 10 медицинских сестер, не уступающих врачам по стажу и опыту.

Имена докторов Центра медицины катастроф в медицинском сообществе Забайкалья известны - уникальные специалисты здесь есть практически по каждому профилю. Цитирую коллег медиков: «...хирург Сергей Макушев - человек, погруженный в свою специальность, растворившийся в ней, его легендарное профессиональное спокойствие, позволяющее принимать единственно правильное и своевременное решение, основано на громадном опыте...», «...в Краснокаменске Виктор Туранов - человек удивительного интеллекта, очень приятный собеседник, с ним можно говорить на любые темы, начиная от медицины и заканчивая стоянием звезд на этом небе...», «...Владимир Ардуванов - человек южных кровей, всегда сопереживающий больному, может остаться на неделю в районе, переливать компоненты крови и жить у постели пациента...», «...анестезиолог-реаниматолог Олег Единархов к пациентам летает уже около 16 лет, опытейший специалист, замечательный доктор...», «...если вылетел Игорь Теруков, то, скорее всего, он вывезет больного, умеет принимать нетривиальные решения, не боится брать на себя ответственность. Теруков работает на санавиации 21 год, сколько он за эти годы совершил вылетов – наверное, и сам уже не помнит...», «...детский доктор Анатолий Пажитнов - самый известный и прогрессивно настроенный врач в Забайкалье».

По словам директора центра Руслана Долгова, каждое имя здесь – это история становления службы, а опыт врачей медицины катастроф просто не оценим для здравоохранения Забайкалья:

- Опыт – это то, что приходит только с годами, и только на практике. Наши специалисты по сути своей – альтруисты, таких сегодня не найдешь, и этим они ценны. Они готовы идти на нестандартные решения, жить в районе, рождаться и умирать вместе с больным. Поэтому мы держимся за каждого, юнца на такую должность не посадишь, по профессионализму он должен быть как минимум на уровень выше своих коллег, которые обращаются к нему за помощью. Нужно, чтобы человек «поварился» в практическом здравоохранении, приобрел немалый опыт, был мотивирован на самообучение.

ЛИШНИХ ЗНАНИЙ НЕ БЫВАЕТ

Учатся и учат других сотрудники центра постоянно, причем не только на практике, во время выездов к пациентам, но и в собственном учебно-методическом центре. За год через него проходят около 500 слушателей, и это не только медики – в центре могут пройти обучение все, чья деятельность так или иначе связана с оказанием первой помощи в чрезвычайных ситуациях. Личный состав служб экстренного оперативного реагирования, участники дорожного движения, сотрудники домовых хозяйств, работники летних детских лагерей - все, кто могут первыми оказаться на месте аварий, пожаров, происшествий. Чтобы перенять опыт у забайкальских специалистов, уже несколько лет приезжают даже спасатели из Монголии. Первые навыки по оказанию помощи в стенах центра получают и школьники (в рамках курса ОБЖ), и юные помощники ГИБДД.

Образовательные программы разработаны сотрудниками центра медицины катастроф – врачами-практиками, имеющими высшие квалификационные категории и большой опыт работы в ЧС, а лицензия на образовательную деятельность позволяет выдавать слушателям свидетельства об окончании курсов по оказанию первой помощи. Занятия в учебно-методическом центре проводят и психологи, чьи образовательные программы направлены на преодоление острых и хронических стрессовых реакций, на профилактику «профессионального выгорания».

- Руководит учебно-методическим центром Светлана Сало - человек удивительной энергетикой и коммуникабельности. Она «стучится во все двери», нацелена на результат, готова учить всех. Через ее класс проходит большое количество людей, а знания расходятся по всему краю, - рассказывает директор ЗТЦМК. – Центр оснащен специальными тренажерами, фантомами, анатомическими модулями и медицинскими манекенами, которые дают возможность вживую, практически отработать жизненно необходимые навыки. Имеющееся оборудование позволяет имитировать все виды травм и симулировать неотложные состояния, требующие оказания первой помощи. Каждое занятие - это практическое погружение в мир первой помощи, даже медики со стажем некоторые из них оценивают для себя как открытие. Все меняется, стандарты оказания первой помощи возрастают, жизнь не стоит на месте, да и собственный профессиональный уровень нужно постоянно повышать – без этого в медицине катастроф никак.

Ирина Белошицкая



О ДЕЛАХ СЕРДЕЧНЫХ... ТОЧНЕЕ - СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ

Ни для кого не секрет, что именно сердечно-сосудистые катастрофы чаще других болезней становятся причиной потери работоспособности, а иногда и смерти человека. А своевременное и квалифицированное вмешательство медиков – причиной спасения. Сегодня внимание Министерства здравоохранения Забайкальского края направлено на приближение высококвалифицированной помощи медицинских специалистов к жителям отдаленных районов края, особенно – на максимальное сокращение времени госпитализации пациентов с сердечно-сосудистыми патологиями до пределов «терапевтического окна».

С того момента, как в 2012 году Забайкальский край вступил в федеральную программу, в Забайкалье начали создаваться первичные сосудистые отделения (ПСО), начал действовать также Региональный сосудистый центр – в Краевой клинической больнице. О том, как работает эта система сегодня, говорит руководитель регионального сосудистого центра Краевой клинической больницы Ольга КРИЦКАЯ:



- Чтобы избежать непрофильной госпитализации, была отработана маршрутизация пациентов с острыми заболеваниями сердца и сосудов. Медицинские специалисты старались делать все, чтобы такие пациенты госпитализировались на лечение в специализированные отделения. В том, что процент непрофильной госпитализации оставался достаточно высоким, свою роль сыграли особенности нашего региона: низкая плотность населения, отдаленность населенных пунктов друг от друга и от федеральных трасс, неудовлетворительное состояние дорог.

Для улучшения ситуации был создан отдел телемедицинских и информационных технологий, который занимается ежедневным контролем пациентов с сердечно-сосудистыми патологиями, определяет тактику лечения и маршрутизацию. Но если в 2015 году 27,2% пациентов с острым коронарным синдромом получали лечение в непрофильном учреждении, а при остром нарушении мозгового кровообращения – 33%, то к концу прошлого года (по данным ТФОМС) количество непрофильной госпитализации пациентов с острым коронарным синдромом удалось снизить до 17,6%, с острым нарушением мозгового кровообращения - до 19,5%.

Тем не менее, в Забайкалье по-прежнему остается большое количество больных, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи. В 2016 году, чтобы обеспечить своевременной помощью жителей юго-западных районов края, было открыто ПСО при Петровск-Забайкальской ЦРБ. С открытия первичных сосудистых отделений начался и нынешний год - одно из них создано на базе Агинской окружной больницы, другое – в Борзинской ЦРБ.



Среди тех, кто спасает пациентов, переживших инсульты и инфаркты - врачи Забайкальского территориального центра медицины катастроф. Наиболее тяжелых пациентов этого профиля медики вывозят с помощью авиа- и автотранспорта, но чаще всего помогают коллегам из районов края по телефону и через Интернет, консультируя в самые сложные моменты, когда счет идет буквально на минуты. О том, что делается в центре для того, чтобы помочь пациентам, пережившим инфаркты и инсульты – директор Забайкальского территориального центра медицины катастроф Руслан ДОЛГОВ:



- Два врача кардиослужбы нашего центра не только осуществляют консультации в режиме реального времени, но и курируют проведение тромболизисов при поступлении пациентов с инфарктом миокарда в стационар в ближайшие часы после катастрофы. Медики подчеркивают, что своевременное применение этой современной методики – это не только возможность отстоять жизни забайкальцев, перенесших инфаркты и инсульты, но и максимально избавиться от их последствий. Специалисты

констатируют, что с каждым годом количество проведенных тромболизисов растет, в том числе – благодаря кардиологам Центра медицины катастроф. Чаще всего поводом для консультаций кардиолога становятся случаи ишемической болезни сердца.

После консультации и стабилизации состояния пациента переводят в стационар – чаще всего это Краевая клиническая больница, где проводится коронарография, во время которой оценивается состояние питающих артерий сердца, необходимость установки стентов. По словам специалистов, иногда именно установка стента позволяет прервать уже начавшийся инфаркт и быстро вернуть человека к полноценной нормальной жизни.

Если речь идет об инсульте – на помощь коллегам из районов приходит невролог Игорь Домаев – один из опытнейших специалистов этого профиля в Забайкальском крае. Показания для его участия в судьбе пациента – это затруднения в диагностике, тяжелое состояние больного или отсутствие в больнице врача-невролога.

Врачи районных больниц стали активно обращаться за помощью к нашим консультантам. Работают наши кардиологи и неврологи совместно с анестезиологами, ведь зачастую вопрос о транспортабельности пациентов с инсультами и инфарктами очень непростой, и обеспечить вывоз пациента можно только при непосредственном участии анестезиологов. За прошедший год специалисты Центра медицины катастроф проконсультировали 104 больных, перенесших инсульт, а кардиологи центра провели более 650 консультаций, большинство из которых – заочные, в 7 случаях пациенты, перенесшие инфаркт, были доставлены в Читу из районов Забайкальского края.

Один из методов для раннего выявления и предотвращения сердечно-сосудистых заболеваний - амбулаторная коронароангиография - инвазивное исследование для диагностики ишемической болезни сердца. В Забайкалье этот метод применяется пока только в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения Краевой клинической больницы. Об особенностях методики рассказывает заведующая кардиологическим диспансером ККБ, главный кардиолог Министерства здравоохранения Забайкальского края, кандидат медицинских наук Анна ШАНГИНА:



- Амбулаторную коронароангиографию уже нельзя назвать новшеством для краевой клинической больницы, поскольку эту методику в учреждении внедрили еще в 2016 году. Позже она была приостановлена по техническим причинам и возобновлена в феврале 2017 года. Коронароангиография – это исследование, которое является малым хирургическим вмешательством, поэтому пациента к этой диагностической процедуре необходимо тщательно готовить, госпитализировать, а после нее еще сутки наблюдать за его состоянием в стационаре. Традиционно прокол делают на ноге в области паха, после чего пациенту необходимо соблюдать постельный режим.

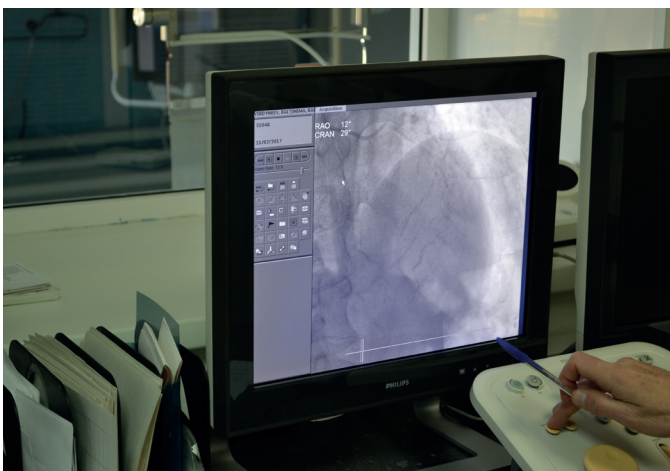
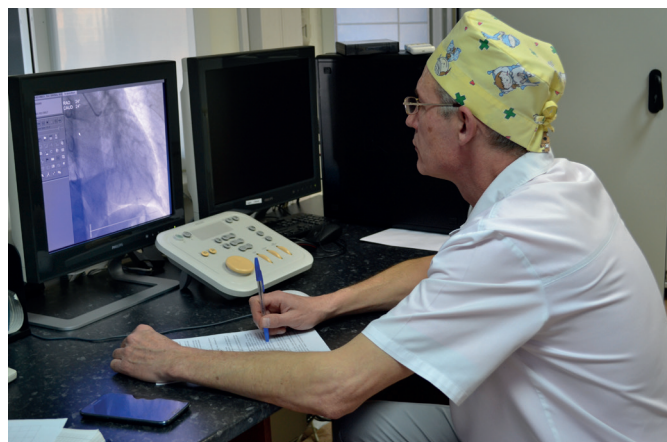
Амбулаторная коронароангиография отличается от этого метода тем, что проводится через лучевую артерию, – прокол делают на руке. Для этого пациента не нужно госпитализировать – за его состоянием наблюдают в дневном стационаре, и уже через 4-5 часов прошедший такую процедуру человек может самостоятельно уйти домой. Трансрадиальный доступ несет меньше опасности и травматизма для пациента. В России в 60 процентах случаев коронароангиография проводится через лучевой доступ. Забайкальский край стремится к этому показателю, хотя полный переход на этот метод исследования был бы не совсем правильным, поскольку у каждой методики имеются свои показания и противопоказания.

Амбулаторная коронароангиография проводится планомерно, и каждый ее этап выверен до мелочей. Участковый терапевт может направить пациента, которому показано это обследование, к врачу-кардиологу поликлиники, в КМЦ или к нам в кардиодиспансер. Перед назначением коронароангиографии больного тщательно обследуют несколько специалистов узкого профиля, выявляющих сопутствующие патологии. При обнаружении противопоказаний сроки проведения

исследования переносятся, и пациент направляется на лечение. После положительного заключения человек госпитализируется в дневной стационар, проводится специальная подготовка – стабилизация артериального давления, сердечного ритма. Пациента консультирует врач-рентгенохирург, который определяет возможность лучевого доступа, объясняет правила подготовки к этой процедуре, назначает дату.

Процедура проводится в рентгенохирургической операционной с помощью специального оборудования. С пациентом работает целая бригада специалистов - оперирующий врач, операционная сестра, анестезиолог-реаниматолог и медсестра-анестезист находятся непосредственно рядом с пациентом и проводят все манипуляции. Рентген-лаборант в это время контролирует процесс в комнате управления, наблюдая за происходящим с помощью специальных мониторов. Пациент при этом находится в сознании под местной анестезией.

В прошлом году такую коронароангиографию прошли 44 человека, и ни у кого из них не было осложнений.





Сегодня с каждым пациентом, находящимся на лечении в неврологическом отделении для больных с острым нарушением мозгового кровообращения Регионального сосудистого центра Краевой клинической больницы работает целая мультидисциплинарная бригада: ангионеврологи, кардиологи, физиотерапевты, инструкторы ЛФК, массажисты, медицинский психолог, логопед и эрготерапевт. И пациенту, пережившему мозговую катастрофу, проводится не только лечение, но и полноценная реабилитация, включающая в себя комплекс самых широких мер. Об этом - заведующая отделением Оксана ДАВЛЕТШИНА:

- Мне сложно понять менталитет наших граждан. Они до последнего надеются на авось. Ну, повисла рука, ну и что? А потом поступают к нам в отделение с инсультом, когда прошло уже более суток и надежд на полное восстановление практически не осталось. При таком виде мозговых нарушений «терапевтическое окно», когда медицинская помощь может оказать самое активное воздействие, составляет три часа. Именно в это время возможно использование новой методики – тромболизиса, когда при помощи препарата разбиваются тромбы, закупоривающие сосуды головного мозга. Этот способ возможен только при ишемическом инсульте, при геморрагическом тромболизисе противопоказан.



Применение тромболизиса позволяет растворить тромб. И больной уходит из стационара на своих ногах совершенно не почувствовав на себе обычных последствий инсультов, когда люди теряют возможность вести обычный образ жизни. Сроки лечения так же сокращаются. Если при обычном лечении мозговой катастрофы больной в стационаре лежит три недели и больше, то после проведения тромболизиса этот период сокращается до двух недель.

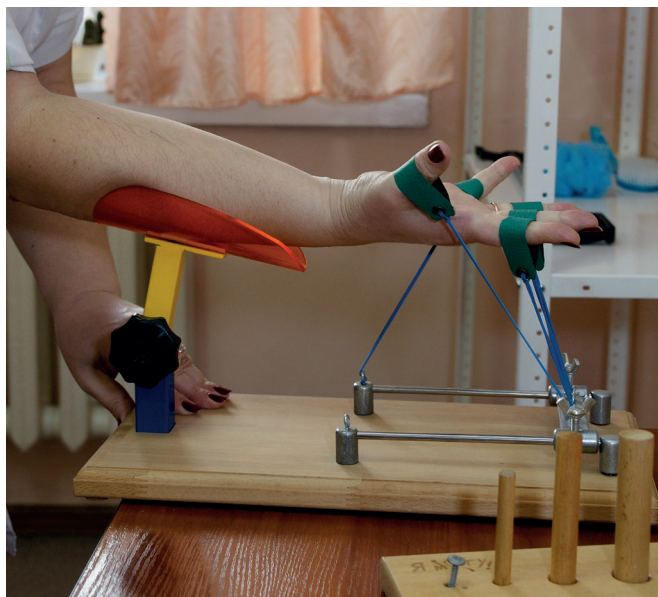
В первую очередь при помощи КТ или МРТ устанавливается вид инсульта – геморрагический или ишемический. Это и определяет дальнейшую тактику лечения пациента. Если диагноз ишемического инсульта верифицирован и нет противопоказаний к проведению тромболитической терапии, пациент направляется в отделение реанимации, где начинают

проводить тромболизис. Однако, позднее обращение пресекает возможность использовать этот метод. К примеру, в отделение в феврале поступило 68 человек. Из них в первые три часа – всего 16. А тромболизис был проведен только одному. У остальных были выявлены противопоказания. То есть, только одному из этого числа удалось избежать участи быть инвалидом. А если бы обращались больше?

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

Для тех, кто не смог избежать этой участи, в отделении разработана целая программа реабилитации. Есть два специальных кабинета – бытовой реабилитации и эрготерапии и социальной реабилитации, а также два зала с тренажерами для лечебной физкультуры. Эрготерапия – новое направление в реабилитации таких больных, однако она все больше получает распространение в виду своей хорошей эффективности. Этот вид терапии направлен на восстановление двигательных функций, на развитие мелкой моторики, что в итоге помогает человеку максимально достичь самостоятельности и независимости в быту.

**Подготовили Ирина Белошицкая,
Юлия Болтаевская,
Эльвира Паламова**



НА ОСНОВАНИИ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ...

Независимая оценка качества работы, проводившаяся общественным советом при краевом Министерстве здравоохранения, охватила 25 медицинских учреждений края, в том числе 11 центральных районных больниц. Основанием для подведения результатов стало анкетирование, в котором приняли участие 37 200 забайкальцев. Их мнение позволило определить недостатки в работе учреждений, влияющие на уровень доступности и удовлетворенности населения получаемой медицинской помощью.

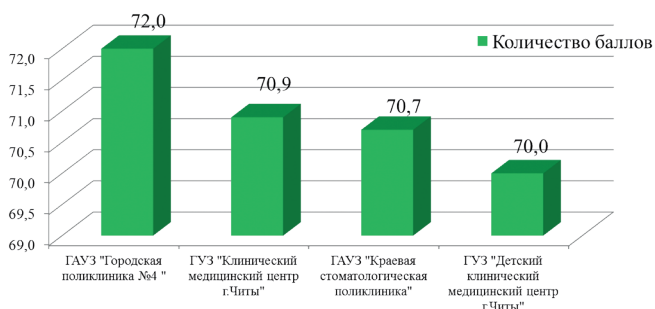
- Критерии независимой оценки качества оказания услуг медицинских организаций: открытость и доступность информации о медицинской организации; комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения; время ожидания предоставления медицинской услуги; доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации; удовлетворенность оказанными услугами. Забайкальцы выражали свое мнение, отвечая на вопросы интерактивной анкеты, которая была размещена в сети Интернет: на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства здравоохранения Забайкальского края, официальных сайтах медицинских организаций. Анкета распространялась также в бумажном варианте.

Рейтинг медучреждений края по итогам анализа мнения граждан, высказанного в ходе анкетирования, определялся по трем категориям: краевые учреждения г. Читы; центральные районные больницы; поликлиники г. Читы, в том числе Краевая стоматологическая поликлиника, Городская поликлиника №4. Максимальный балл оценки по амбулаторной помощи - 73, стационарной - 75. Средний балл по медицинским организациям Забайкалья, где проводилась оценка, - 66,7 балла.

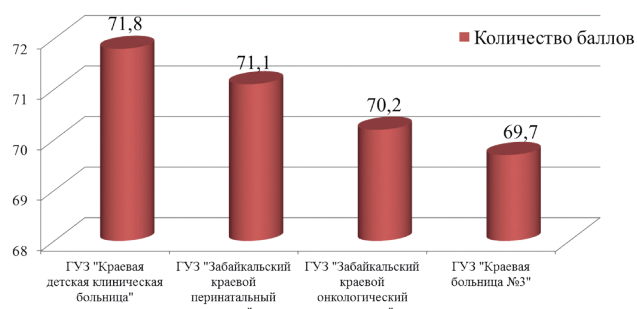
Анкетирование показало, что среди основных критериев, по которым проводилась оценка, больше всего требуют обратить на себя внимание доступность медицинской помощи, случаи оплаты за медицинские исследования и лекарственные препараты при нахождении на лечении в стационаре, а также вопросы питания.

Борис Коржов,
председатель Общественного совета
при Министерстве здравоохранения
Забайкальского края

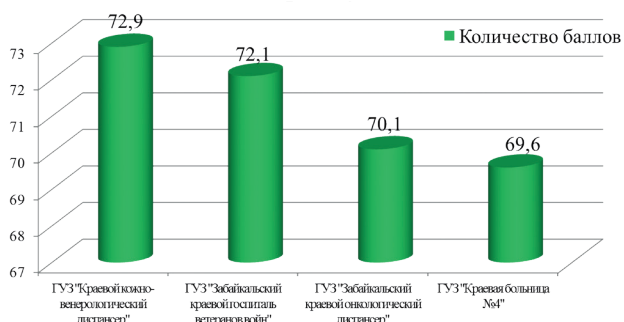
ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ Г. ЧИТЫ



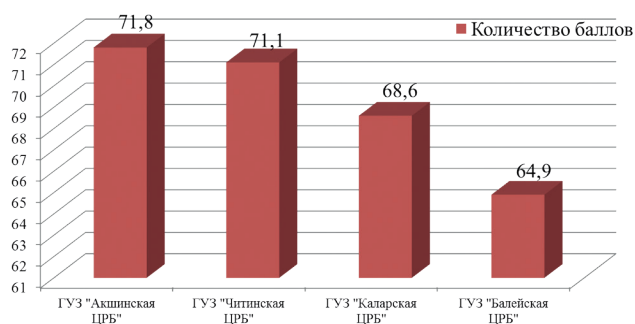
КРАЕВЫЕ И ГОРОДСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ (АМБУЛАТОРНЫЕ УСЛОВИЯ)



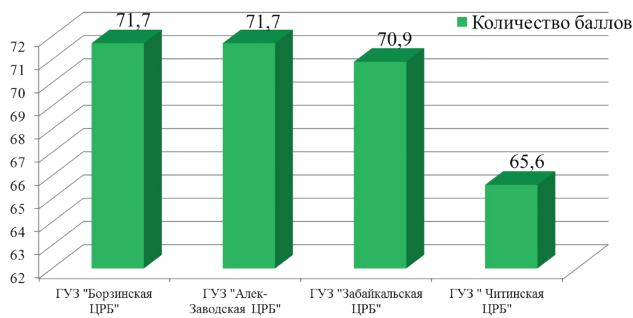
КРАЕВЫЕ И ГОРОДСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ (СТАЦИОНАРНЫЕ УСЛОВИЯ)



ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РАЙОННЫЕ БОЛЬНИЦЫ (АМБУЛАТОРНЫЕ УСЛОВИЯ)



ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РАЙОННЫЕ БОЛЬНИЦЫ (СТАЦИОНАРНЫЕ УСЛОВИЯ)



ЛЕЧИТЬ ДОБРЫМ СЛОВОМ

... В коридоре сидит маленькая старушка в платочке: сгорбилась, уткнулась в руки, сжимающие клюку, и, покачиваясь, монотонно всхлипывая выводит: «Да не могу я, не могу...». С ней рядом медсестра: наклонилась, приобняла ее за плечи, все равно как крыльями прикрыла, что-то наговаривает бабушке, а та так и стонет, покачиваясь из стороны в сторону, как былинка на ветру...

Денис Максименко, заместитель главного врача городской больницы № 2 и главный внештатный специалист по паллиативной помощи Министерства здравоохранения Забайкальского края, торопливо проводит меня мимо... Такие картины здесь не редкость – отделение-то паллиативное.

Когда в декабре 2015 года на базе Городской больницы № 2 города Читы открыли отделение паллиативной медицинской помощи у многих, в том числе и у медицинской общественности возникли вопросы – почему не хоспис? Действительно, разницу между хосписом и отделением паллиативной медицинской помощи сразу и не поймешь – вроде как и тут и там помогают больным с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития. К примеру, Всемирная организация здравоохранения определяет задачи паллиативной помощи как «... купирование боли и других симптомов, а также решение психологических, социальных и духовных проблем. Целью паллиативной помощи является достижение возможно наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей». А что же с хосписом? То же самое, только вот из отделения выписывают домой, а из хосписа – нет...

- За год работы отделения мы выписали с улучшением 258 человек, – рассказывает Денис Юрьевич. – Это хороший показатель, учитывая, что к нам поступают больные, у которых шанс излечиться радикально или даже на достижение стойкой ремиссии на современном этапе развития



Мы проводим лечение таких осложнений, как пролежни, которые иногда бывают весьма обширными, подбираем эффективную обезболивающую терапию, и другое симптоматическое лечение. Качество жизни таких пациентов становится гораздо выше.



медицины, как науки, практически отсутствует. А здесь мы проводим лечение таких осложнений, как пролежни, которые иногда бывают весьма обширными, подбираем эффективную обезболивающую терапию, и другое симптоматическое лечение. Качество жизни таких пациентов становится гораздо выше.

Вот так обыденное представление о том, что паллиативная помощь, как и хосписная, направлена на исключительно безнадежных больных, обреченных тихо умирать, на практике оказывается не совсем верным. Да и в отделение поступают не только пациенты с онкологией.

- Когда говорят про паллиативную помощь, - продолжает мой собеседник, - почему-то чаще всего представляют себе онкологию. На самом деле в таком виде медицинской помощи нуждается большое количество больных, которые пережили инсульты, страдают от циррозов печени, у которых наблюдается декомпенсация сердечной деятельности. Кроме этого, в данном виде помощи нуждаются пациенты с заболеваниями легких, находящиеся в терминальных стадиях, таких, как хроническая обструктивная болезнь лёгких или бронхиальная астма.

Поступают сюда больные и с тяжелейшими травмами. Так, своей очереди на операцию в Новосибирске дожидается в отделении пациент со спинно-мозговой травмой. Производственная трагедия приковала мужчину к постели, но у него есть шанс встать на ноги, а для этого необходимо обеспечить хороший уход. Ведь на операцию не возьмут, если у

него обнаружатся пролежни или что-нибудь еще... Тем не менее онкологические больные составляют почти половину поступающих в отделение. К примеру, из 258 выписавшихся 122 – раковые.

Есть в отделении и своя печальная статистика. Без неё никак. Тут всегда ходят на грани жизни и смерти. В прошлом году 48 пациентов умерли в стационаре. Из них больше половины тех случаев, когда победил рак.

- Мы иногда сознательно идём на то, что принимаем уже безнадежных, кому остаётся жить буквально считанные дни. – Денис Юрьевич аккуратно подбирает слова, тема смерти – щепетильна. Тут шаг влево или вправо и обвинят в цинизме или грубости. – И наша задача – избавить пациента от мук, улучшить качество его жизни, пусть даже ему отмерено совсем немного. И, конечно же, что немаловажно – оградить родных и близких от самого процесса умирания, особенно там, где есть маленькие дети.

Этические моменты, как и правила ухода за паллиативными пациентами, особо изучаются при обучении на право оказания такого вида помощи. Когда на базе реформированного отделения хирургии создавалось паллиативное, весь персонал – и врачи, и медсестры с санитарками – прошли переквалификацию в Хабаровском государственном медицинском университете. И вроде бы персонал хирургический, который мало чем можно удивить, а тем не менее...

- Переход дался тяжело. – Говорит Ольга Колесникова, старшая медицинская сестра. – Одно дело, когда ты привык, что после операции твой пациент уходит здоровый на своих ногах, а другое – когда его провожаешь в последний путь... Некоторые у нас не выдержали, уволились... С таким ведь раньше мы не сталкивались.

Заведующий отделением, напротив, никакого стресса при переквалификации не испытал. Закалка хирурга, что и говорить. Мехман Мамед-Оглы Саламов позитивен, бодр и всем своим видом внушает оптимизм.

- Мы сейчас сами и психологи, и психотерапевты. – Мехман Мамед-Оглы выдерживает паузу и продолжает. – Считай, если с пациентом не поговорил, всё лечение насмарку.

Заметила, что в разговоре врачи – а их в отделении всего два – Мехман Мамед-Оглы и Елена Красноярова, старались больше говорить о хорошем. Грустного и так хватает, а позитив позволяет эмоционально не выгорать, что для сотрудников такого отделения является вполне реальным профессиональным риском.

К примеру, один из больных, худой мужчина с лицом, словно высеченным из камня, уверен, что получает самый широкий спектр обезболивающих препаратов. Благо, здесь



В паллиативной помощи нуждается большое количество больных, которые пережили инсульты, страдают от циррозов печени, у которых наблюдается декомпенсация сердечной деятельности. Кроме этого, в данном виде помощи нуждаются пациенты с заболеваниями легких, находящиеся в терминальных стадиях, таких, как хроническая обструктивная болезнь лёгких или бронхиальная астма.



имеют все современные препараты, в том числе, пролонгированного действия. Потому что он знает: при онкологии – это самый надёжный способ избежать боли. Но не ведает он пока другого – здесь совершили практически невозможное – и симптоматику облегчили, и сузили перечень препаратов. А больной чувствует себя хорошо – сама видела, разговаривала с ним. Да и врачи довольны – и пациенту помогли, и снизили вероятный негатив от употребления наркотических препаратов.

Как это возможно? А тут, как сказала Ольга Валерьевна, и сказался эффект «тёплых рук и добрых слов». А таким пациентам много ли нужно?

Немного, как оказалась, потребовалось и другой пациентке. Женщина поступила из одной больниц города в тяжёлом состоянии – лежала и практически не могла пошевелиться от боли. Когда-то она перенесла грыжу в поясничной области и слегла. Врачи провели самую обширную диагностику, но природу болей так и не смогли выяснить. В итоге направили в отделение паллиативной помощи. Командная работа и полученная специализация помогли сделать невероятное – женщина встала. А не так давно сама пришла на контрольную явку и заявила, мол, оказывается, боли снимаются простыми обезболивающими препаратами и никаких наркотических теперь не требуется. Может быть, сказались и налаживающаяся личная жизнь – на приём она пришла не одна... Кто знает, на что ещё способен человеческий мозг.

- Это тут сидит – врач-невролог Елена Дмитриевна показывает на голову. – Человек часто боится боли. А потом оказывается, что не так она и сильна. Главное, помочь ему преодолеть самого себя.

Такие больные, несмотря на то, что они не редкость, тем не менее, не самые частые в отделениях паллиативной медицинской помощи и хосписа. Помимо пациентов, о которых мы уже сказали, берут сюда и возрастных, от которых больницы часто отказываются. Сейчас, например, в отделении лечится бабушка 80-ти лет, у которой кардиостимулятор, варикозное расширение вен на ногах и полиартроз ревматоидного характера - паллиатив рассчитан в том числе и на таких пациентов.

Показаний для паллиативной помощи – множество. Но чаще всего родственники таких больных пытаются справляться со всеми проблемами сами – ведь в больницах проводят только лечение, а снимать симптоматику и провожать в последний путь – удел близких. Несмотря на то, что в

Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» паллиативная медицинская помощь прописана как отдельный вид, развиваться в полной мере она стала с момента утверждения государственной программы о развитии здравоохранения, утвержденной Постановлением Правительства РФ в апреле 2014 года. Так, согласно подпрограмме, прописанной в этом документе, в стране планируется к 2020 году открыть 14 200 коек для взрослых и более 500 для детей. В Забайкалье пока развернуто 18 коек и все они в отделении паллиативной медицинской помощи на базе Читинской городской больницы № 2. Всего же в РФ паллиативных коек в 2015 году насчитывалось 7 913, из них в Сибирском федеральном округе – 812. Если учесть, что по РФ еще за три года до этого было всего 1 258 коек, а в СФО – 339, то прогресс очевиден. Правда, потребность в таком виде помощи еще не снята. Так, на момент написания материала в очереди на госпитализацию в читинское отделение стояло 13 человек. И это при том, что край еще не совсем активно включился в направление таких пациентов в отделение. Основная проблема – транспортная. Везти таких пациентов нужно отдельным транспортом. Ведь часто это лежачие больные.

- В крае мы создаем трехуровневую службу оказания паллиативной медицинской помощи, – рассказывает Денис Максименко. - Первый уровень, как и раньше, это участковый терапевт. Когда требуется специализированная помощь – кабинет паллиативной помощи. И третий – отделение паллиативной медицинской помощи. В прошлом году мы открыли кабинеты паллиативной помощи в каждом поликлиническом подразделении Клинического медицинского центра города Читы. Их всего шесть. Одновременно на их базе работают выездные патронажные паллиативные бригады. В этих же кабинетах действуют школы паллиативного пациента, где обучают правилам ухода за такими больными: как проводить профилактику пролежней, как лечить боль, какие средства ухода существуют. В районах у нас получили лицензии на оказание паллиативной помощи две больницы – Агинская окружная и Нерчинско-Заводская центральная районная. Там развернуты кабинеты. На очереди остальные ЦРБ. Так что, думаю, при каждой ЦРБ в течение этого года будут открыты кабинеты паллиативной медицинской помощи. Кроме этого планируется открыть отделение на базах больницы Краевой детской клинической больницы и Забайкальском краевом онкологическом диспансере по 2 койки для лечения детей. В феврале этого года заработало отделение в больнице на станции Ясная.

В Забайкальском крае немного отошли от рекомендаций, установленных Приказом Министерства здравоохранения РФ № 187-н, в котором установлено, что кабинет необходимо открывать при численности населения не менее 100 тысяч человек на одного врача. Однако, при наших расстояниях и довольно большой распространенности тех же онкологических заболеваний такую установку сложно соблюдать. К примеру, в одном из самых маленьких районов края – Акшинском, только в течение одного года, 2015-го, от онкологии умерло 22 человека. Подавляющая часть из них нуждалась в облегчении их мук...

Выглянула в коридор: а там – тишина. Бабушки в платочке с клюкой уже нет. Ушла. Только иногда туда-сюда сестрички мечутся. Здание, в котором находится отделение, двухэтажное, но вся жизнь здесь – на первом. На второй-то больным подняться тяжело, вот и персонал внизу – без опеки не оставляют, мало ли... Вроде и есть комфортная ординаторская на втором этаже, а врачи её своим вниманием тоже не балуют.

На стене тревожным красным светом загорелся индикатор и запылал, высветилась цифра – 001. Тут же практически бесшумно куда-то вдаль умчалась медсестра – больному потребовалась срочная помощь. И опять тишина. Никакого хождения пациентов, никаких праздных разговоров. Даже телевизора не слышно, как часто бывает в обычных больницах. Здесь свой мир и он очень хрупок, чтобы разрушать его еще и нечаянными звуками. Тут чужаков не жалуют – вон все двери палат плотно закрыты. Никто из любопытства не выглянет, но и никого не пустят – свои страдания каждый переживает наедине – выставлять их на всеобщее обозрение никто не желает. Так и хожу по коридору, тщетно пытаюсь что-нибудь увидеть, понять, прочувствовать...

Заглянула в одну – а там седовласая дама почтенного возраста замаскировала меня руками, закрылась полотенцем и отвернулась. А вот нечего пугать фотоаппаратом. Сама виновата. Ей здесь еще лежать и лежать, а ты пришел, щёлкнул и вернулся к своим делам, оставив грусть за плечами...

Где-то там, в конце коридора, медленно вышаркивает высокий мужчина: сутулый, безразличный ко всему. Быстро вскидываю аппарат, делаю кадр, а он даже на вспышку не реагирует – всё это суета сует, недостойная внимания. Так и ушел, ни разу не оглянувшись, и как-то сразу стала глупа моя поспешность.

... Когда становится понятна и очевидна смерть – всё обесценивается, кроме любви, доброты и милосердия. Подойдя к самому краешку жизни, ценишь любую помощь, каждую протянутую руку. Наверное, поэтому в адрес этого отделения нет негативных отзывов, чем очень гордятся и врачи, и медсестры со своими помощниками – санитарочками. Жизнь всегда приходит к логическому концу и только людям в белых халатах под силу сохранить её краски, вкус или даже подарить надежду...

Эльвира Паламова



В стране планируется к 2020 году открыть 14 200 коек для взрослых и более 500 для детей.

ПОД ПРИЦЕЛОМ МИКРОСКОПА

Обращаясь в поликлинику за медицинской помощью, пациенты, как правило, возлагают все надежды на врача-консультанта, и редко кто задумывается о том, что на самом деле судьба каждого больного решается под прицелом микроскопа в лаборатории. Только лаборанту под силу разглядеть и описать то, что недоступно глазу, – состояние клеток человеческого организма...

Любовь Забелина предана профессии фельдшера-лаборанта уже на протяжении 37 лет. В этом году она отмечает 25 юбилей своей трудовой деятельности в отделе клинической химии консультативно-диагностического подразделения Клинического медицинского центра г. Читы. За столько долгих лет любовь к работе у этой мягкой, спокойной и скромной женщины не только не угасла, но наоборот – стала еще сильнее. Преданность Любови Забелиной своему делу справедливо оценили в министерстве здравоохранения региона – недавно ей вручили медаль «Заслуженный работник здравоохранения Забайкальского края». Любовь Иннокентьевна рассказывает об этом событии скорее не с гордостью, а с неким смущением, словно ее каждодневная работа не стоит таких похвал. Но ведь это не так – будь врач даже несомненным гением, он едва ли сможет точно определить состояние больного, не имея результатов лабораторных анализов...

Как говорит Любовь Забелина, о медицине она мечтала с юных лет.

- Возможно, интерес мамы к медицине в какой-то степени повлиял и на мой выбор жизненного пути. Я мечтала стать стоматологом, но этого не случилось... После окончания школы поступила в Читинское медицинское училище на фельдшера-лаборанта, о чем ни разу в жизни не пожалела. После выпуска из медучилища в 1979 году, шесть лет проработала в поликлинике № 3 города Читы. Затем – шесть лет в лаборатории отделения реанимации Областной детской клинической больницы. Этот период моей профессиональной деятельности был непросто – эмоционально очень сложно работать с тяжелооболонными детьми, в судьбе которых многое зависит от результатов лабораторных исследований, в которых я принимала участие, - отмечает наша героиня.

В шальную эпоху перемен в стране в жизни Любови Забелиной тоже случились революционные изменения – знакомые предложили ей перейти на работу в Забайкальский краевой консультативно-диагностический центр.

- Я около года раздумывала над этим предложением, - признается Любовь Иннокентьевна. – Если честно, то было очень страшно не справиться, ведь здесь уже тогда применялись прогрессивные методы исследования, использовалась новая автоматическая аппаратура. Но все-таки пришла работать в диагностический центр. Все мои переживания и опасения развеялись, когда я попала в дружный, сплоченный коллектив медицинского учреждения под руководством Ольги Борисовны Клименко. Здесь мне помогли освоиться, изучить новые методики.

На протяжении долгих лет успешной работы, Любовь Иннокентьевна искренне благодарна своим наставникам: "Моим первым учителем на профессиональной стезе была Галина Николаевна Соболева – она сыграла огромную роль в моем становлении как профессионала в поликлинике № 3. Уже в диагностическом центре меня многому научила Валентина Георгиевна Скворцова, которой, к сожалению, на сегодняшний день нет в живых. Я часто вспоминаю о ней с благодарностью".



Как утверждает Любовь Забелина, фельдшер-лаборант – это правая рука любого врача.

- Анализы – серьезный показатель, без которого невозможно обследование каждого обратившегося в КМЦ города Читы, - подчеркивает она. – Хотя наша работа и кажется отдаленной от пациентов, но без общения с людьми она не обходится – часто им нужно многое объяснить, подсказывать.

Исследование биоматериалов вовсе не обезличивает пациентов для фельдшеров-лаборантов. Знакомые фамилии на пробирках порою вызывают тревогу за обладателя этих нескольких капель крови, в которых скрыты сведения о здоровье человека. Случается, что больной даже не подозревает о том, что находится в пограничном состоянии между нормой и патологией. И тут уже от точности лабораторного анализа и выводов лаборанта зависит верная постановка врачом диагноза и своевременное лечение. Испытывают сотрудники лаборатории и чувства успокоения и радости за пациентов, анализы биоматериала которых говорят об улучшении состояния, о том, что недуг побежден общими усилиями крепкой команды медицинских специалистов.

«Мы скучаем по любимой работе, находясь на курсах повышения квалификации», - говорит Любовь Иннокентьевна. Обучение – дело для фельдшеров-лаборантов неизбежное, поскольку медицина не стоит на месте, оттого и работать только интереснее. Сегодня Любовь Забелина на «ты» с автоматическим гематологическим анализатором крови, анализатором определения скорости оседания эритроцитов (СОЭ), мочевой станцией. Но какой бы продвинутой ни была техника, даже в наше время без чуткого глаза фельдшера-лаборанта, вооруженного верным микроскопом, никуда. И это умение - расшифровывать информацию об организме человека, сокрытую в капле крови - поистине является фундаментом медицины.

- Я люблю свою работу, - уверенно говорит Любовь Забелина. – Знаю, что наш труд необходим врачам для верной постановки диагноза и правильного назначения лечения.

На вопрос о том, какие минусы Любовь Иннокентьевна видит в своей профессии, она отрицательно качает головой: «Нет ничего, что мне бы не нравилось в моем деле». И торопит, прося как можно скорее завершить нашу беседу, отчасти потому, что не любит много говорить о себе, но главное - пациенты ждут результатов анализов. Ждут определения своей судьбы...

Юлия Болтаевская

ГЛАВНОЕ – ПРЕОДОЛЕТЬ СЕБЯ

Сегодня в Забайкальском крае действует трехуровневая система оказания наркологической помощи. Первый – амбулаторно-поликлинический этап, когда помощь оказывается врачом психиатром-наркологом в поликлинике. В Чите – в Краевом наркодиспансере, в районах – в центральных районных больницах. На этом этапе проводится первичная специализированная наркологическая помощь – консультирование, диагностика, лечение, профилактика и элементы амбулаторной реабилитации. Второй этап – это межрайонные стационарные отделения. Их в крае четыре – Петровск-Забайкальская ЦРБ, Балейская и Борзинская центральные районные больницы, Краевая больница № 4 в Краснокаменске. В этих ЛПУ оказывается стационарная наркологическая помощь, прежде всего при неотложных состояниях в наркологии, а также при решении различных экспертных вопросов. Третий уровень – Краевой наркологический диспансер, где сконцентрированы все виды наркологической помощи: консультирование, диагностика, лечение, реабилитация и, конечно же, организация профилактических мероприятий. О том, как действует эта система, какие виды помощи оказывают забайкальцам врачи-наркологи и перспективах развития службы – главный внештатный нарколог Министерства здравоохранения Забайкальского края Олег ДУБИНИН:

- Сегодня мы оснащены оборудованием эксперт-класса: у нас имеются специализированные газовые хроматографы с масс-спектрометрическим детектором и библиотекой на несколько тысяч наркотических веществ. База данных регулярно пополняется. И все те психоактивные вещества, которые вносятся в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, сразу же попадают в библиотеку. И, соответственно, мы можем оперативно определять, что за вещество выявляется в анализируемом биологическом объекте.

- К сожалению, в ряде районов у нас нет врачей-наркологов. Это самые отдаленные наши районы –



Нерчинско-Заводский, Газимуро-Заводский и Шелопугинский. Их не было и 15 лет назад, их нет и сейчас, хотя молодые специалисты периодически в эти районы приезжают, но, увы, не остаются. Уезжают в основном за пределы края. Поэтому, одну из приоритетных задач в развитии службы мы

видим в подготовке молодых специалистов.

Вот в этом году мы ожидаем троих молодых врачей-наркологов, которые в настоящее время проходят обучение в интернатуре и ординатуре. Кстати, то внимание, которое мы уделяем кадровой политике, позволяет нам быть на передовых позициях по обеспеченности врачами-наркологами. К примеру, если данный показатель по Сибирскому Федеральному округу и по РФ составляет в среднем 0,36 и 0,37 на 10 000 населения, то у нас – 0,5, т.е. более, чем на 20% выше.

- Какое место в вашей работе занимают профилактика и мероприятия по раннему выявлению наркологических расстройств?

- Одно из основных. Ведь легче лечить на этапе предболезни, чем когда зависимость переросла в болезнь. В нашем крае действует уже пятая долгосрочная краевая программа по улучшению наркологической ситуации в Забайкальском крае. В её рамках мы –

Министерство здравоохранения края и Министерство образования, провели в прошлом году полномасштабное тестирование учащихся на наркотики в соответствии с Федеральным законом от 07 июня 2013 года № 120-ФЗ, направленном на профилактику незаконного потребления наркотиков и психотропных веществ.

Министерство образования края провело социально-психологическое тестирование, выявило таким образом образом риска и предоставило нам информацию о тех учебных заведениях, где обнаружались точки напряжения. Затем врачи-наркологи в этих учреждениях продиагностировали школьников с помощью иммунохроматографических тестов.



В структуре всех наркологических расстройств алкоголизация составляет порядка 70-72%. Потребление наркотиков составляет где-то 20% с хвостиком, а остальное приходится на другие виды зависимости – игроманию, токсикоманию.

В общей сложности протестировали 14,5 тысяч учеников в возрасте от 15 до 18 лет. В результате выявили пятнадцать подтвержденных случаев, когда учащиеся употребляли наркотики. Кстати, в первом квартале 2017 года начнется тестирование учащихся средних образовательных учебных заведений, где показатели выявляемости могут быть выше.

- На какие виды наркотиков тестировали, и на какие из них дали положительный анализ?

- На группу опийных препаратов и синтетические наркотики, но выявили в основном потребителей конопли. Кстати, и точки напряжения находятся как раз там, где традиционно произрастает дикорастущая конопля в большом количестве. Это Карымский район, Оловянинский.

- А как Вы относитесь к идее обязательного тестирования на наркотики подростков?

- Конечно, это вопрос дискуссионный. В ряде регионов, пионером среди которых был Татарстан, выявляемость составила в среднем 0,01 процента. С одной стороны, тратятся колоссальные средства, а с другой – каждый выявленный случай на этапе предболезни это возможность предотвратить заболевание...

Надо отметить, что такое масштабное тестирование нами проводилось впервые. Но подобные мероприятия мы внедряли еще в 2002 году. Тогда в районы выезжали бригады из пяти-шести врачей-наркологов. И совместно с сотрудниками образования, инспекцией по делам несовершеннолетних выходили на ребят, которые были замечены в употреблении наркотиков, и работали с ними. Тогда тестирование проводилось избирательно.

- Расформирование Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков сказалось на вашей работе?

- Да, безусловно. Всё-таки за 13 лет работы Службы были налажены хорошие межведомственные связи. Ведь огромная доля работы ФСКН приходилась не только на пресечение незаконного оборота наркотиков, но и на профилактику. И здесь мы очень плодотворно сотрудничали: проводили широкие акции и в рамках повседневной деятельности наши сотрудники совместно выезжали в школы, летние лагеря, в другие учебные заведения и проводили беседы. Мы уже обсуждали с руководством УМВД о взаимодействии уже в новых реалиях, так что, надеюсь, все наши наработки не будут утрачены окончательно.

- Кстати, по поводу той проблемы, над которой работала ФСКН. Была ситуация, когда борьба со спайсами оказывалась неэффективной из-за того, что продавцы курительных смесей вносили незначительные изменения в их состав и таким образом они выпадали из Перечня и, соответственно, не являлись уже предметом уголовного преследования. Как на сегодня с этим делом обстоит?

- Этот вопрос остался в подвешенном состоянии. ФСКН начинала прорабатывать эту проблему, чтобы можно было оперативно вносить изменения в федеральный



Перечень, но из-за ликвидации службы ситуация пока не разрешена.

В связи с тем, что у нас регион, где широко распространена дикорастущая конопля, то и основным видом наркотиков являются вещества из её компонентов. Но спайсы вызывают огромную нашу тревогу. Вред, который они наносят организму, огромен. Психические нарушения, психозы, сильная физическая зависимость – всё это как раз последствия применения курительных смесей. В год мы выявляем свыше 100 случаев употребления спайсов и зависимости от них. Это составляет где-то 8-10 % от всех наркотических

зависимостей. Основная масса выявленных наркотиков – это дикорастущая конопля, более 1000 случаев в год.

- Одно время активно обсуждался вопрос о делении наркотиков на лёгкие и тяжёлые. Я правильно понимаю, что сегодня такого вопроса нет?

- Да. От этого деления многие отказались, и, на мой взгляд, правильно. Ведь при употреблении одних психоактивных веществ заболевание развивается быстро, а от других – более длительно. Но исход всегда один – это наркозависимость. Так что нет разницы, какими шагами идти к болезни, исход ясен заранее.

- Кроме этого много говорилось о метадоновой, заместительной терапии...





- Очень непростой вопрос. На сегодня в ряде стран, в первую очередь в Америке, используют так называемую заместительную терапию. Это

когда небольшие дозы наркотика назначаются наркопотребителю для того, чтобы человек не испытывал болезненных проявлений. Россия, как и некоторые страны, категорически против такого замещения. Ведь фактически человек продолжает употреблять наркотики и разрушительные действия для его организма продолжают. Да, он становится послушным, перестает, может быть, совершать общественно-опасные деяния, преступления, грабежи ради того, чтобы достать деньги и купить дозу. Но ведь его здоровье по-прежнему

Тестировали на группу опийных препаратов и синтетические наркотики, но выявили, в основном, потребителей конопли. Кстати, и точки напряжения находятся как раз там, где традиционно произрастает дикорастущая конопля в большом количестве. Это Карымский район, Оловянинский.

находится под угрозой. Он остается тем же наркоманом. Так что в России от заместительной терапии отказались.

Это всё равно, что больному алкоголизмом давать каждое утро опохмеляться. Так заболевание не излечить.

- К слову, про алкоголизм... Проблема никогда, видимо, не перестанет быть актуальной...

- Да, она колоссальная. В структуре всех наркологических расстройств алкоголизация составляет порядка 70-72%. Потребление наркотиков составляет где-то 20% с хвостиком, а остальное приходится на другие виды зависимости – игроманию, токсикоманию. Безусловно, с этим нужно что-то делать. Последний случай в Иркутске, когда погибло огромное количество людей из-за «Боярышника», подтверждает, что без решительных мер эту проблему не разрешить. Ведь тот же «Боярышник» не входит в перечень веществ, который ограничен в обороте. Он относится к лосьонам косметическим. И понятно, что люди покупают это не для того, чтобы использовать по прямому назначению. Причин пьянства и алкоголизма много. Это не только психологические и биологические причины, но и социальные. И здесь краеугольным камнем должно стать улучшение социально-экономической ситуации. Низкий уровень жизни, безработица, порой безнадега, в совокупности со слабыми

волевыми качествами заставляет людей изменить свое психическое состояние. Эти вещества ведь так и называются – психоактивные. Они изменяют психическую деятельность. Значит, человеку, потребляющему данные вещества, некомфортно быть трезвым. Нередко у таких людей формируется хроническая

депрессия, которая маскируется под различные заболевания. И, принимая психоактивное вещество, человек выходит из этого состояния. Ему становится весело, и оказывается, что не так уж и плохо в этой жизни. Если он хочет уйти от реальности, то он и находит выход, как это сделать. И



«Боярышник» - не единственное средство для такого выхода. Сегодня запретим «Боярышник», а завтра появится что-то другое. Но мы же не сможем запретить реализацию всей спиртосодержащей продукции. Тогда что? Запретить стеклоочистители, одеколон? А ведь люди могут и их пить.

Надо бороться не с самим веществом, а с причинами, побуждающими человека уходить от реальности. Ведь основными факторами распространения психоактивных веществ в обществе является система соотношения спроса и предложения. Любой спрос рождает предложение! Надо создать такие условия, чтобы спроса на наркотики не было, а на алкоголь он был минимальным. Понятно, что это чрезвычайно сложная задача! А пока есть спрос, будет и такое предложение, которое в итоге, как мы видим, приводит к массовой гибели людей.

Как и в селе «Красный Великан», причиной смерти людей в Иркутске стал метанол. А его запретить невозможно. Он используется в лакокрасочной промышленности для изготовления растворителей при производстве лаков. Кроме того, его применяют как добавку к жидкому топливу для двигателей внутреннего сгорания. Но он должен быть под контролем. Конечно, и ставки акцизов для производителей спиртосодержащих жидкостей должны быть повышены, чтобы «выбить из-под ног» экономический интерес продажи данных жидкостей, как альтернативы водки.

- Ввести госмонополию?

- Мне кажется, это один из выходов. Государственная монополия на производство спиртов должна быть восстановлена. Конечно, это непростой и длительный путь. Но, думаю, он того стоит, ведь речь идет о жизни и благосостоянии нашего народа. Но в совокупности с введением монополии должны проводиться и другие меры. В первую очередь социально-экономические, которые позволят улучшить жизнь людей.

- Это такая болезненная тема... Но давайте о хорошем. Вы планируете заняться докторской диссертацией? У вас есть огромный практический опыт, самое время для занятий наукой.

- В своей работе мы всегда поддерживаем тесные связи с кафедрой психиатрии и наркологии ЧГМА и с Московским



научно-практическим центром наркологии. На базе нашего диспансера продолжают научные изыскания и ординаторы, и ассистенты кафедры. Вот одна наша доктор недавно защитила кандидатскую диссертацию по лечению и исследованию больных опийной наркоманией, которые используют дезоморфин. Это тот самый грозный наркотик, который недавно был так популярен, в том числе и у нас. Так что научная деятельность не напрямую, но опосредованно, конечно же, нами продолжается. А над докторской... в планах она есть. В ближайшей перспективе, может быть. Пока же нужно время и твердое решение. Занятие наукой требует колоссального труда. Я думаю.

- Спасибо за интервью!

Беседовала Эльвира Паламова

Но спайсы вызывают огромную нашу тревогу. Вред, который они наносят организму, огромен. Психические нарушения, психозы, сильная физическая зависимость – всё это как раз последствия применения курительных смесей. В год мы выявляем свыше 100 случаев употребления спайсов и зависимости от них. Это составляет где-то 8-10% от всех наркотических зависимостей. Основная масса выявленных наркотиков – это дикорастущая конопля, более 1000 случаев в год.



На фото:

- обход главного врача наркодиспансера Олега Дубинина и психолога Марины Перельгиной пациентов в отделении № 2 для реабилитации больных наркоманией и алкоголизмом;
- работа передвижного пункта медицинского освидетельствования;
- занятия проводят врачи психиатры-наркологи Галина Бакшеева и Ирина Петрова;
- ингаляция ксеноном;
- альфа OXY SPA - кислородная капсула для реабилитации больных;
- работает лаборатория наркодиспансера;
- врач-психолог Наталья Власова с пациентами диспансера;
- в учреждении для верующих открыта моленная комната;
- в рамках трудотерапии больные занимаются в швейном цехе – шьют куклы для собственного кукольного театра.

ЦЕЛЬ – СОХРАНИТЬ ЧЕЛОВЕКА В ПРОФЕССИИ



Дорожная клиническая больница на станции Чита-2 ОАО «РЖД» хорошо известна забайкальцам широким спектром оказываемых платных услуг. При этом важно отметить, что медучреждение активно работает и в рамках Территориальной программы государственных гарантий, а также планирует расширить перечень видов медицинской помощи, которую пациенты могут получить по полису обязательного медицинского страхования.



шагающими в ногу со временем, - отметил Петр Громов. - Президент РФ Владимир Путин говорил о том, что частный бизнес должен содействовать развитию гарантированного направления медицинской помощи. И мы стараемся следовать этому. Так в рамках государственно-частного партнерства наше учреждение заключило два года назад с министерством здравоохранения Забайкальского края соглашение на обслуживание более 35 тысяч жителей Железнодорожного административного района Читы. Всего же обе наши поликлиники обслуживают более 60 тысяч прикрепленного населения. В соответствии с данным соглашением, пациенты получают первичную медико-санитарную помощь, оказываемую в амбулаторных условиях, посещают приемы узких специалистов, получают лечение на базе дневного стационара. Также у нас действует кабинет дополнительного лекарственного обеспечения. Гарантирована нашим пациентам и неотложная медицинская помощь.

Муниципально-частное партнерство дало жизнь социально значимому проекту: в 2015 году учреждение заключило соглашение с руководством администрации Читы, благодаря чему в столице Забайкалья в 2016 году появились два офиса врачебной практики «Дорога к доктору» - по улицам Лазо и Железобетонная.

- В данном случае принцип оказания медицинской помощи таков, что не пациент идет в учреждение, а мы пошли навстречу человеку, организовав офисы «Дорога к доктору» в густонаселенных и довольно отдаленных районах Читы. В таких офисах прием ведет врач-терапевт, который может выписать пациенту направление на получение консультации узкого специалиста. Пациенты могут обслуживаться здесь же в рамках дневного стационара. Также врач и медицинская сестра осуществляют поквартирный обход, вакцинацию, профилактику, участвуют в диспансеризации - пояснил директор Дорожной клинической больницы.

ИДУТ НАВСТРЕЧУ ПАЦИЕНТАМ

- Забайкальцы должны понимать, что в Российской Федерации не существует бесплатной медицинской помощи, - акцентировал внимание на важном факте директор Дорожной клинической больницы Петр Громов. - Все медицинские услуги оплачиваются из фондов или бюджета региона. За каждым работающим человеком, обратившимся в медицинское учреждение, стоят определенные суммы денег – страховые взносы, которые он каждый месяц выплачивает государству. За неработающее население платит бюджет субъекта. Точно так же паллиативная помощь финансируется из казны субъекта Федерации.

Пациенты Дорожной клинической больницы не платят учреждению собственные деньги, если помощь им оказывают в рамках Территориальной программы государственных гарантий. Это направление медучреждение развивает и совершенствует уже на протяжении нескольких лет в рамках государственно-частного и муниципально-частного партнерства.

- В этом плане мы можем назвать себя новаторами,

Пациенты Дорожной клинической больницы не платят учреждению собственные деньги, если помощь им оказывают в рамках Территориальной программы государственных гарантий. Это направление медучреждение развивает и совершенствует уже на протяжении нескольких лет в рамках государственно-частного и муниципально-частного партнерства.





По его словам, благодаря двум открытым офисам врачебной практики, прикрепленное население поликлиник медучреждения значительно увеличилось. Разумеется, горожане довольны тем, что могут получать медицинскую помощь едва ли не у себя дома, поэтому данный проект очень востребован.

ВЫГОДНЕЕ ФИНАНСИРОВАТЬ ПРОФИЛАКТИКУ

Большой объем работы Дорожной клинической больницы составляет оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), в том числе и по программе госгарантий.

В офисах "Дорога к доктору" прием ведет врач-терапевт, который может выписать пациенту направление на получение консультации узкого специалиста. Пациенты могут обслуживаться здесь же в рамках дневного стационара. Также врач и медицинская сестра осуществляют поквартирный обход, вакцинопрофилактику, участвуют в диспансеризации.

- У нас доступны два стационара – терапевтический и хирургический. Мы стремимся к тому, чтобы специализированная помощь в нашем учреждении отвечала всем требованиям и стандартам. В этом нам способствует Читинская государственная медицинская академия – на наших площадках работают 11 кафедр учебного заведения. Профессора Медакадемии помогают нашим специалистам профессионально расти. Мы гордимся таким тандемом практики и науки, - отметил Петр Громов.

Научные нововведения находят широкое применение в системе оказания высокотехнологичной помощи, которая может быть доступной большому числу пациентов в рамках государственного заказа. На сегодняшний день в Дорожной клинической больнице ВМП осуществляется в офтальмологии, травматологии, эндокринологии, гинекологии, урологии, оториноларингологии, ревматологии.

При этом Петр Громов убежден, что инвестиции принесут намного больше пользы, если будут направлены на развитие первичной медико-санитарной помощи, а не высокотехнологичной.

- Вливание средств в профилактику позволит нам уйти от той модели страховой медицины, когда врачу важен не пациент, а его болезнь. Мы станем заложниками такого подхода в лечении: чем тяжелее заболевание, тем лучше для медицинских организаций, потому что возрастает объем денежных оборотов, - пояснил он свою позицию. – Поэтому правильнее акцентировать внимание на первичном звене, на выявлении доболезненных состояний, а не тяжелых форм заболевания, при которых требуются наибольшие усилия.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЗВРАЩАЕТ К ЖИЗНИ

В целях профилактики и популяризации здорового образа жизни Дорожная клиническая больница проводит акции, которые посещают все желающие, а не только пациенты, прикрепленные к учреждению. Так в январе в учреждении прошел «День открытых дверей», в течение которого консультацию и специализированную помощь в рамках ОМС получили свыше 200 человек. Наверняка, многие помнят, как в 2016 году специалисты Дорожной больницы принимали всех желающих вместе с врачами из Маньчжурии. Посещали читинцы в минувшем году и акцию «Здоровые легкие», в ходе которой прошли диагностику органов дыхательной системы.

Помимо этого, при м е д у ч р е ж д е н и и



действуют 20 школ по различным заболеваниям – диабету, гипертензии, гипертонии, патологиям органов дыхания, здорового сна и другие.

При этом важно напомнить, что Дорожная клиническая больница работает не только в системе госгарантий и как представитель частной медицины, но имеет значительный ведомственный заказ со стороны Забайкальской железной дороги.

- На сегодняшний день на предприятии трудятся свыше 50 тысяч забайкальцев. Наша основная задача – сохранение каждого человека в профессии. На это направлена и наша система реабилитации, которой в последнее время уделяется пристальное внимание на уровне краевого Минздрава, - отметил Петр Владимирович. – У нас действует Центр реабилитации и восстановительного лечения «Карповка» на 150 мест. 15 коек мы предоставляем пациентам в рамках государственных гарантий. Также реабилитационное направление развивается на базе физиотерапевтического отделения. Мы гордимся тем, что в нашем учреждении успешно выстроена система реабилитации второго и третьего этапов: когда выявляем заболевание, оказываем человеку специализированную медицинскую помощь и направляем на восстановление в «Карповку», откуда пациент выходит здоровым, готовым вернуться к работе. Важной для нас является работа по сохранению активного долголетия. На сегодняшний день наблюдается старение нации, поскольку увеличивается продолжительность жизни. Необходимо, чтобы пожилые люди имели здоровье и силы, чтобы приносить пользу государству, семье, были активными и плодотворными в своей жизнедеятельности. Мы готовы оказывать помощь таким пациентам, в том числе и в рамках госгарантий.

Развивается в Дорожной клинической больнице центр дистанционной диагностики, с помощью которого специалисты в режиме онлайн анализируют данные, полученные из медучреждений районов Забайкалья.



Мы стремимся к тому, чтобы специализированная помощь в нашем учреждении отвечала всем требованиям и стандартам. В этом нам способствует Читинская государственная медицинская академия – на наших площадках работают 11 кафедр учебного заведения. Профессора Медакадемии помогают нашим специалистам профессионально расти.

Пока такая практика применяется при обследовании машинистов железнодорожного транспорта. Благодаря такой методике анализа электрокардиограмм удалось выявить нескольких работников железной дороги с угрозой возникновения сердечного приступа.

- Дорожная клиническая больница готова реализовывать территориальную программу, - заключил Петр Громов. – Мы не собираемся ограничиваться имеющимися медицинскими услугами, а готовы вступать в завтрашний день и расширять возможности для жителей Забайкалья.

Юлия Болтаевская



Девиз «Быть здоровым – жить счастливо!» стал брендом всей информационно-профилактической кампании 2017 года. Баннер с таким названием есть и на официальном сайте Министерства здравоохранения Забайкальского края. Если кликнуть на него – открывается доступ к информации о том, как сохранить здоровыми свое сердце и сосуды, как сохранить свое здоровье. Подобные «кнопки» размещены и на сайтах медицинских организаций Забайкалья.



мозгового инсульта, инфаркта миокарда, причинах их развития, а также правилах ведения здорового образа жизни. Они будут размещаться в печатных изданиях, на телевидении, радио, информационных сайтах, в социальных сетях, общественном транспорте. Подготовлены проекты «обложек» наружной рекламы для троллейбуса, маршрутных такси, с бортов которых они будут каждый день напоминать жителям г. Читы о первых признаках острых сердечно-сосудистых осложнений и номера телефонов, по которым немедленно нужно позвонить каждому, чтобы получить своевременно медицинскую помощь.

На совещании рабочей группы по созданию информационной кампании было принято решение предложить обычным гражданам Забайкальского края, занимающим активную жизненную позицию и ведущим здоровый образ жизни, с

«БЫТЬ ЗДОРОВЫМ – ЖИТЬ СЧАСТЛИВО!»

Информационную кампанию забайкальского здравоохранения поддержали все краевые министерства и ведомства, все примут активное участие в продвижении знаний о факторах риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы и первых признаках сосудистых катастроф среди населения различного возраста.

Инициатором разработки программы выступил министр здравоохранения Забайкальского края Сергей Давыдов. Ситуация, сложившаяся за последние годы в России, в том числе и в Забайкальском крае, связанная с распространением сердечно-сосудистых заболеваний, представляет прямую угрозу здоровью населения, экономике региона. Так как в структуре стойкой утраты трудоспособности и преждевременной смертности заболевания сердечно-сосудистой системы уже несколько лет стабильно занимают первое место. Кстати, доказанный факт, что снижение смертности в экономически развитых странах произошло не только вследствие улучшения качества лечения и внедрения высоких технологий, а главным образом - в результате активизации деятельности по предупреждению возникновения новых случаев заболеваний.

Масштабная информационная акция 2017 года призвана сформировать у жителей Забайкальского края ответственное отношение к своему здоровью, информировать земляков о факторах, его разрушающих и вызывающих, в первую очередь, сердечно-сосудистые заболевания, их смертельные осложнения, дать знания о том, как распознать сосудистую катастрофу и что предпринять в ближайшие часы от момента ее начала.

Для реализации кампании была проведена большая подготовительная работа: создана рабочая группа с целью подготовки проекта медиаплана, направленного на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи. Проведены переговоры-совещания с руководителями СМИ – непосредственными участниками реализации информационной кампании. Посредством анкетирования была изучена информированность забайкальцев о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и признаках сосудистых катастроф на начало запуска кампании с целью, по мере ее продвижения, оценки эффективности проводимых мероприятий при повторных опросах. Были изготовлены видео- и аудиоролики, различные баннеры, плакаты и листовки, рассказывающие об основных клинических признаках



которыми мы живем и работаем бок о бок, стать «лицом кампании». И сегодня Антон Немкин – ведущий специалист контрольной инспекции городского округа «Город Чита», Наталья Павловская — оператор АЗС, Галина Жамбалова – библиограф Пушкинской библиотеки, Александр Тишинский — техник в комитете физкультуры и спорта, Анна Шангина — главный внештатный кардиолог Министерства здравоохранения Забайкальского края, дают советы с многочисленных роликов и баннеров, как сохранить свое здоровье, чтобы быть здоровыми, активными и счастливыми.

Первая информационно-профилактическая кампания стартовала 1 января 2017 года. Двенадцать месяцев активной работы всех ее участников должны принести положительные результаты - в этом мы даже не сомневаемся. Мы также рассчитываем, что благодаря предоставленным знаниям, доля пациентов с ОКС и ОНМК, своевременно обратившихся за медицинской помощью, увеличится, а значит, у большего количества людей повысятся прогнозы на жизнь и выздоровление.

**Марина Загирова,
главный врач
Краевого центра медицинской профилактики**

В Забайкальском крае впервые стартовала крупномасштабная информационно-коммуникационная кампания, направленная на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и сосудистых катастроф.

ТЕРРИТОРИЯ ИСЦЕЛЕНИЯ

Масштабный проект по созданию в лечебных учреждениях края центров реабилитации, где абсолютно бесплатно, за счет средств обязательного медицинского страхования, смогут восстанавливать здоровье забайкальцы, перенесшие заболевания опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистые катастрофы и заболевания легких, начал реализовываться в прошлом году. Тогда центры реабилитации открылись в Госпитале ветеранов войн, Читинской центральной районной больнице и Краевой больнице №3 поселка Первомайский. Сегодня уже можно говорить о первых результатах и о планах на будущее - по словам министра здравоохранения Забайкальского края Сергея Давыдова, такую реабилитационную базу со временем планируется создать в каждом районе Забайкальского края.

Теперь «лечение движением» или кинезитерапию, пользу которого признали за последние годы во всем мире, можно пройти не только в медицинской клинике «Академия здоровья». Чтобы удовлетворить потребности в медицинской реабилитации такого большого региона как Забайкалье, было решено открывать центры лечебной физкультуры в других медицинских учреждениях краевой столицы, а также в межрайонных центрах. В помещениях проводится качественный ремонт, закупается оборудование российского производства, инструкторы проходят специальное обучение, после которого им выдаются сертификаты специалистов по лечебной физкультуре.

Специалисты подчеркивают, что для центров необходимо специальное оборудование, предназначенное для медицинской реабилитации - лечебные тренажеры отличаются от обычного фитнес-оборудования по ряду параметров. Поэтому для проведения реабилитации подходят лишь специальные базовые тренажеры, а главное - многопрофильные тренажеры создателя методики кинезитерапии Сергея Бубновского, на которых и базируется весь лечебный процесс. Основой тренажера Бубновского являются блочные рамы, через систему блоков которых при нагрузке уменьшается вес человека. Верхний и нижний блоки рамы используются для проведения разных упражнений. При соединении двух блочных рам получается двойной тренажер - кроссовер, при соединении двух двойных рам - МТБ 4 - универсальный тренажер, с помощью которого можно выполнять упражнения практически при всех заболеваниях. Примечательность тренажера Бубновского в том, что при необходимости он может заменять собой другие тренажеры.

Первые реабилитационные центры действуют уже несколько месяцев - в ЦРБ Читинского района, в Краевом госпитале ветеранов войн и в Краевой больнице №3 поселка Первомайский. Среди пациентов - больные с остеохондрозом, с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, последствиями травм, после ортопедических операций, таких как эндопротезирование тазобедренного и коленного сустава, после нарушений сосудистого русла - инфарктов миокарда, инсультов.

- Те, кто уже прошел курс реабилитации - 12 или 18 сеансов - охотно записываются на следующий курс, который положен через 4-5 месяцев. В поселке Первомайский, где действует первый в Забайкальском крае межрайонный реабилитационный центр, реабилитацию будут проходить жители 11 близлежащих районов.

Пропускная способность центра рассчитана на 100 посещений в день, начали там с жителей своего района. В ЦРБ Читинского района, а он достаточно большой - население более 50 тысяч, реабилитацию проходят, в основном, пациенты, прикрепленные к больнице. Запись у них уже на три месяца вперед. Госпиталь для ветеранов войн, для которого предусмотрена нагрузка 10 тысяч посещений или 800 человек в год, тоже пока не может охватить всех желающих. Это говорит о том, что нужно дополнительно



Среди пациентов - больные с остеохондрозом, с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, последствиями травм, после ортопедических операций, таких как эндопротезирование тазобедренного и коленного сустава, после нарушений сосудистого русла - инфарктов миокарда, инсультов.

открывать реабилитационные центры, тех, что есть – пока недостаточно, - рассказывает главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Забайкальского края по ЛФК и инновационным методам реабилитации Максим Лобецкий.

Поэтому в течение 2017 года планируется открыть еще 12 центров, сначала – в поселке Агинское, в Краснокаменске и в Петровск-Забайкальском – там, где действуют межрайонные центры. Затем залы ЛФК должны появиться в межрайонных центрах, расположенных в Шилке, в Борзе и санатории Дарасун, а также в Нерчинске, Забайкальском краевом фтизиопульмонологическом центре и Оловянной, где недавно открылось отделение гериатрии и центр реабилитации особенно необходим. И к концу года – в Могоче, Хилке и Сретенске. Вообще же в планах в течение двух-трех лет создать такие небольшие центры ЛФК в каждом районе Забайкальского края, причем не только с целью лечения, но и для профилактики.

При этом центры вовсе не должны быть похожи друг на друга как «близнецы-братья», планируется учитывать специфику учреждений, на базе которых они создаются. Сам принцип кинезиотерапии подразумевает не только работу на базовых тренажерах и на тренажерах Бубновского, но и криотерапию – сауну и водные процедуры. Это удалось воплотить в реабилитационном центре КБ №3 поселка Первомайский, где предусмотрен полный комплекс услуг, включая водные процедуры. На базе санатория «Дарасун» планируется реализовать и второй, и третий этап реабилитации, включающий бассейн и сауну – для этого в одном из корпусов выделено целое крыло, ранее пустовавшее. Интересный проект разрабатывается сегодня и для Забайкальского краевого фтизиопульмонологического центра – основой реабилитационного курса там станет дыхательная гимнастика. В центре будут заниматься не только на тренажерах, но и обучать людей дышать правильно – и, таким образом, опосредованным путем воздействовать на дыхательную систему. Сегодня специалисты рассматривают возможность интегрирования в реабилитационный курс различных видов дыхательной гимнастики, пытаясь найти оптимальный вариант.

Безусловный плюс проекта и в том, что он не предусматривает никаких ограничений по возрасту - реабилитацию смогут проходить как взрослые, так и дети. И первый «детский» проект «Школа - территория здоровья» уже реализуется полным ходом – на базе средней школы №49 г. Читы. Занятия ЛФК здесь будут проходить на уроках физкультуры, для этого в школе уже установлено необходимое оборудование, есть договоренность с Комитетом образования города Читы и с родителями.

- Подготовлено уже практически все, в помещении сделан ремонт, проведено собрание с родителями, выявлены школьники, которым показана лечебная программа, все они обследованы – 250 человек прошли необходимое исследование на оптическом топографе. Заниматься будут все дети, но одни – по индивидуальному графику, по специальной лечебной программе, другие – по программе профилактической. Сейчас разрабатываются методические рекомендации, составляются планы к урокам. Предусмотрено два направления: 1- 4 классы, для учеников которых будет проводиться только суставная гимнастика (главное – не навредить!), и 5 - 11 классы – лечебная гимнастика плюс занятия в тренажерном зале, в том числе и на тренажерах Бубновского. Необходимость в этом огромная - по данным разных авторов за годы учебы в школе количество нарушений осанки и сколиозов увеличивается в 4-6 раз. Наш проект рассчитан на

Вообще же в планах в течение двух-трех лет создать такие небольшие центры ЛФК в каждом районе Забайкальского края, причем не только с целью лечения, но и для профилактики.



четыре года, за это время мы надеемся изменить ситуацию в лучшую сторону - подобный эксперимент, проведенный автором методики Сергеем Бубновским в двух московских школах, дал в свое время очень хорошие результаты, - аргументирует Максим Лобецкий.

По его словам, заинтересовались экспериментом «Школа - территория здоровья» и в Шилкинском районе. Когда о нем зашла речь во время открытия реабилитационного центра в поселке Первомайский, интерес высказали и учителя местной школы, и глава администрации, и жители поселения. Планируется после того, как проект будет запущен в средней школе №49, начать реализовывать аналогичные программы и в районах края.

С лихвой «окупить» вложенные сегодня в создание центров реабилитации средства специалисты рассчитывают через несколько лет, когда появятся массовые результаты работы центров в лице пациентов, на лечение которых денег будет нужно значительно меньше, чем сейчас, а для кого-то – в идеале - они не потребуются вообще.

Ирина Белошицкая

ЛЮДИ В БЕЛЫХ ХАЛАТАХ: ПРАВО НА ЗАЩИТУ

В современных условиях успешное осуществление любой профессиональной деятельности невозможно без элементарных навыков владения юридической основой дела. Сегодня особое значение в практике лечащего врача, как и любого медицинского работника, имеет знание правовых аспектов медицинской деятельности.

Всё чаще вопросы юридической ответственности, связанные с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, горячо обсуждаются общественностью и средствами массовой информации – тема врачебных ошибок и неэффективного лечения, зачастую украшенная домыслами малокомпетентных авторов, растёт как снежный ком, что влечёт понижение профессионального статуса медицинского работника, потерю его интереса к своей работе.

Действительно, на протяжении всей профессиональной карьеры врача возникают сложные клинические ситуации, верное разрешение которых зависит не только от его опытности и отменных медицинских навыков, но и от правильного понимания их юридической стороны.

Действительно, на протяжении всей профессиональной карьеры врача возникают сложные клинические ситуации, верное разрешение которых зависит не только от его опытности и отменных медицинских навыков, но и от правильного понимания их юридической стороны. Поскольку медицинская профессия предполагает непрерывное обучение на протяжении всей жизни, очевидна необходимость постоянного совершенствования не только в узкопрофильном направлении, но и получения базовых навыков медицинского права. Так, современный специалист системы здравоохранения должен уметь разбираться в ключевых вопросах, регламентирующих не только его работу, права и обязанности пациента, но и функционирование системы здравоохранения в целом. Немаловажными для любого работника являются вопросы собственной социальной и правовой защищённости.

К сожалению, многочисленные социологические исследования свидетельствуют о достаточно низком уровне правовой грамотности российских медицинских работников, при достаточно высокой, между тем, мотивации к её получению. Конечно, повышению этого уровня в первую очередь должно способствовать включение соответствующих медико-правовых тем в программы переподготовки и повышения квалификации, сертификационных циклов, семинаров.

Однако постоянная актуальность юридических знаний в практике любого медицинского работника свидетельствует о насущной необходимости самообразования в этом направлении. Уделив немного своего времени и воспользовавшись любой доступной справочно-правовой системой, можно приобрести основы ценных знаний, умело оперировать ими в своей работе, в общении с пациентами и коллегами.

Очень интересную информацию с рассмотрением конкретных практических случаев можно почерпнуть из периодической литературы, посвященной вопросам организации здравоохранения и медицинского права.

Сегодня мы сделаем лишь акцент на тех разделах,



знание которых должно помочь практикующему медицинскому работнику проявить свой профессионализм в самых различных ситуациях и не допустить долгих и тяжких судебных разбирательств.

В первую очередь, стоит познакомиться с главным отраслевым документом – Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон). В нём можно почерпнуть базовые понятия, применяемые в российском здравоохранении, права и обязанности пациента и медицинского работника. Для понимания практикующим специалистом сущности своей работы следует изучить разделы, посвящённые непосредственно медицинской помощи, её видам, формам, условиям оказания; порядкам оказания и стандартам медицинской помощи (статья 32 Закона).

Одним из наиболее значимых вопросов, с которым каждый медицинский работник сталкивается ежедневно, является институт врачебной тайны. Конституционное право каждого на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну применительно к медицине находит своё отражение в статье 13 Закона. Эта норма перечисляет сведения, составляющие врачебную тайну, устанавливает общий запрет на разглашение таких сведений другим лицам, за исключением наличия письменного согласия на это пациента, а также даёт исчерпывающий перечень случаев, когда предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия пациента. Именно этого закрытого перечня нам следует строго придерживаться в общении с многочисленными органами и организациями, а также родственниками и знакомыми пациента.

На практике зачастую возникают спорные ситуации. К примеру, адвокат не назван среди лиц, имеющих право на получение информации о состоянии здоровья пациента, в связи с чем можно сделать вывод о том, что его статус сам по себе не даёт право получать сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия пациента. Аналогичная ситуация возникает при запросах страховых организаций, банков в отношении умершего пациента, заключивших договор страхования жизни и здоровья. В таких случаях страховщик вправе запрашивать сведения о состоянии здоровья застрахованного только при наличии письменного согласия самого гражданина.

Не менее важной стороной любого медицинского вмешательства является получение от пациента информированного добровольного согласия на его проведение (требования статьи 20 Закона). При этом в части 9 указанной статьи оговорены случаи, когда медицинское вмешательство всё же допускается без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя.

Глава 9 Закона посвящена медицинским и фармацевтическим работникам, их правам и обязанностям. Важно знать эти права и уметь ими пользоваться – к примеру, медицинские и фармацевтические работники имеют право на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счёт средств работодателя; стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объёмом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности; создание профессиональных некоммерческих организаций; страхования риска своей профессиональной ответственности.

С принятием Закона об охране здоровья довольно понятными стали статус и полномочия лечащего врача – так, именно в компетенцию лечащего врача входит организация своевременного квалифицированного обследования и лечения, в том числе назначение того или иного исследования состояния здоровья или выписка лекарственного средства. Решения лечащего врача имеют приоритет перед рекомендациями иных специалистов (консультантов), за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи (статья 70 Закона). Более того, лечащий врач в установленном порядке имеет право отказаться от наблюдения за пациентом и его лечением, а также уведомить в письменной форме об

отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих.

Закон прямо закрепил и обязанности граждан в сфере охраны здоровья (статья 27 Закона). Так, граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья, соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях, а в случаях, предусмотренных законодательством – проходить медицинские осмотры.

Для организаторов здравоохранения важными являются нормы, посвящённые полномочиям врачебной комиссии и консилиума врачей.

Одним из настольных документов, детально регулирующих вопросы бесплатного оказания медицинской помощи, должна стать ежегодно утверждаемая правительством Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В Забайкалье на 2017 год она утверждена постановлением Правительства Забайкальского края от 30 декабря 2016 года № 529. Несоблюдение положений Программы – самая частая претензия к медицинской организации.

Очень интересную информацию с рассмотрением конкретных практических случаев можно почерпнуть из периодической литературы, посвященной вопросам организации здравоохранения и медицинского права.

В связи с этим, призываем наших специалистов наряду с совершенствованием профессионального мастерства активно осваивать правовые нюансы их профессии, делиться опытом с коллегами, при необходимости – обращаться за советом и помощью.

Достаточная правовая грамотность в сфере здравоохранения, взаимоотношений врача и пациента, правовой квалификации медицинской деятельности, особенностей юридической ответственности существенно повысит престиж специалиста, его уверенность в качестве и правильности своей работы. Полученные навыки помогут медицинскому работнику обезопасить себя от необоснованных обвинений и станут залогом эффективной защиты профессиональных интересов.

**Алексей Морицан,
юрист**



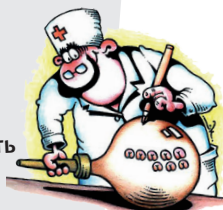
«НАРКОЗ СЕГОДНЯ - БЕЗ КЛУБНИКИ!»



Лежу на операционном столе, анестезиолог спрашивает: «На что аллергия?». Я: «На клубнику». Он и говорит так серьезно остальным врачам: «Слышали? Сегодня наркоз без клубники будет!»

Сын, будущий врач, жалуется на сложности обучения:

- Раньше лечить больных было легко, а теперь, после присоединения университета к болонской конвенции, невозможно учесть все новые нюансы и сдать экзамены.
- Например? - спрашиваю я.
- Ну, нельзя, - говорит, - просто намазать клизму вазелином и вставить ее пациенту.
- А в чем проблема?
- Нужно, - говорит, - сначала обязательно сказать ему: «Здравствуйте».



Был недавно цикл психиатрии, рассказали занятную историю: в психбольницу поступила женщина с жалобами на то, что у нее «по венам рыбки плавают». Спустя какое-то время это состояние купировали и на одном из обходов показали ее студентам, она рассказывала, что все уже хорошо, что «рыбок вывели» и они ее больше не беспокоят. И тут один очень умный парень додумался у нее спросить: «Рыбок-то вывели, а икру они там не отложили?» И все по-новой...



В роддоме, на родильном кресле и уже рожаю. Дыхание перехватило, но пересиливая себя, произношу: «Отвали... отвали... отвали...». Акушерка ошарашена: «Что-о-о-о??!». Я тоже в ужасе от сказанных слов, поэтому вся собираюсь и выдыхаю: «...лась!». Одновременно поднимаю левую руку, в которой зажата отвалившаяся часть подлокотника.



Интернатура, дежуришь в сельской больнице. Привозят пацана 4-х лет, фасолину в левую ноздрю засунул. Зажимом, пинцетом достать пробуем - она только глубже уходит. Пацан орёт. Послали будить хирурга, он там в ЦРБ один за всех с великим опытом. Пришел непроснувшийся хирург, пошерудил зондом в ПРАВОЙ ноздре. Пацан чихает, фасоль вылетает, а хирург идет досыпать.

«Представь, у неё: пять шурупов в левом ухе, пять в правом, в моче уха какой-то болт, гвоздь в левой ноздре; в верхней губе и правой брови - кольца. Татуха на всё предплечье - вену можно найти только наощупь. Сидит это диво дивное передо мной в кабинете с глазами полными ужаса и трясётся, глядя на шприц в моих руках.
- Я жутко уколов боюсь, - говорит. Смотрю, а у неё и язык ещё проколот, оказывается, - какая-то микроангеля блестит на кончике. Вот сижу и думаю: что я, обычный анестезиолог с двадцатилетним стажем, знаю о боли?»

Привозят раз зимой на «скорой» роженицу из далёкого села на своём транспорте. Женщина лежит на заднем сидении «москвича», стонет. Стали её извлекать, чтобы в роддом занести (он рядом с неотложкой). Смотрят, а у неё уже головка младенца торчит. Причём головка, одетая в ... чепчик. Все в осадок выпали, а папаша объясняет: - Да подъезжали уже, а он полез. Ну, я ему чепчик и надел, чтоб не застудился. Зима всё-таки...

Мединститут. Кафедра анатомии. В застеклённых шкафах разные части тел в банках заспиртованы и заформалинены. Есть там и анатомический препарат аборта. И на банке красуется надпись: «Курсовая работа студентки 3-го курса Ивановой и студента 4-го курса Сидорова». Воображение сразу рисует страшную картину...

Есть люди, для которых поликлиника - что-то вроде клуба по интересам. Поделиться симптомами, поговорить о новых лекарствах, обсудить очередной способ лечения геморроя, предложенный «доктором» Малаховым, и получить, наконец, свои законные 12 минут общения с участковым врачом...

В кабинет заходит пожилая женщина, которая раньше регулярно посещала поликлинику, а потом не появлялась больше месяца.
- Что-то вас давно не было видно, Клавдия Петровна, - говорит ей врач.
- Да приболела!..



Вспомнилось, как меня позвали на рыбалку два друга - врачи скорой. Невдалеке от нас рыбачил парнишка, который зацепил ногу крючком, и спросил, нет ли у нас йода. Ха-ха три раза! В багажнике машины одного из скорпомощников лежал старый огромный бабушкин чемодан, который занимал чуть ли не весь багажник, и в котором было ВСЕ - я сама мельком увидела там раздвижную подставку для капельницы, стерильный родпакет, набор скальпелей и подключичный катетер. Все это мирно покоилось на остальных инструментах и лекарствах, ассортименту которых позавидовала бы любая аптека. Когда же я начала вслух офигевать от чемодана и его содержимого, доктор подмигнул мне и сказал:
- А, прикинь, как гибдэдэшники реагируют, когда я выволакиваю ЭТО на просьбу предъявить аптечку....

(Собрано на просторах Интернета)



ПРОВЕРЬТЕ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ РАЗ В ТРИ ГОДА ИЛИ ЧАЩЕ НАЧНИТЕ ЗАБОТИТЬСЯ О ЗДОРОВЬЕ УЖЕ СЕЙЧАС

БЫТЬ ЗДОРОВЫМ ЭТО КРУТО

Наталья Павловская
Специалист АС

Информация в социальных сетях:
[facebook.com/minzdravzabkrai](https://www.facebook.com/minzdravzabkrai)
vk.com/minzdravzabkrai
twitter.com/minzdravzabkrai
[instagram.com/minzdravzabkrai](https://www.instagram.com/minzdravzabkrai)
ok.ru/minzdravzabkrai

 **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

www.chitazdrav.ru

НЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЯЙТЕ ЖИРНОЙ ПИЩЕЙ:
ЛИШНИЕ КАЛОРИИ = ИЗБЫТОК ВЕСА = РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

БЫТЬ ЗДОРОВЫМ ЖИТЬ АКТИВНО

Антон Олегович НЕМКИН
Выдающийся специалист в области эндокринологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, кардиологии, неврологии, урологии

Информация в социальных сетях:
[facebook.com/minzdravzabkrai](https://www.facebook.com/minzdravzabkrai)
vk.com/minzdravzabkrai
twitter.com/minzdravzabkrai
[instagram.com/minzdravzabkrai](https://www.instagram.com/minzdravzabkrai)
ok.ru/minzdravzabkrai

 **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

www.chitazdrav.ru



ДЕРЖАТЬ ХОЛЕСТЕРИН ПОД КОНТРОЛЕМ ПОМОГУТ ОВОЩИ И ФРУКТЫ
НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА – НЕ ВЫШЕ 5 ММОЛЬ/Л.

БЫТЬ ЗДОРОВЫМ ДАРИТЬ РАДОСТЬ

Галина Иннокентьевна ЖАМБАЛОВА
Кандидат медицинских наук, врач-кардиолог, специалист ультразвуковой диагностики высшей категории

Информация в социальных сетях:
[facebook.com/minzdravzabkrai](https://www.facebook.com/minzdravzabkrai)
vk.com/minzdravzabkrai
twitter.com/minzdravzabkrai
[instagram.com/minzdravzabkrai](https://www.instagram.com/minzdravzabkrai)
ok.ru/minzdravzabkrai

 **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

www.chitazdrav.ru



ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ – ПРИЗНАК САХАРНОГО ДИАБЕТА!
КОНТРОЛИРУЙТЕ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ

БЫТЬ ЗДОРОВЫМ ВЫЗЫВАТЬ УВАЖЕНИЕ

Александр Клавдиевич ТИШИНСКИЙ
Выдающийся специалист в области эндокринологии, гастроэнтерологии, кардиологии, неврологии, урологии

Информация в социальных сетях:
[facebook.com/minzdravzabkrai](https://www.facebook.com/minzdravzabkrai)
vk.com/minzdravzabkrai
twitter.com/minzdravzabkrai
[instagram.com/minzdravzabkrai](https://www.instagram.com/minzdravzabkrai)
ok.ru/minzdravzabkrai

 **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

www.chitazdrav.ru

ПРОЙТИ БЕСПЛАТНУЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ МОЖЕТ КАЖДЫЙ ГРАЖДАНИН
СТАРШЕ 21 ГОДА, ЕСЛИ ЕГО ВОЗРАСТ ДЕЛИТСЯ НА ТРИ

БЫТЬ ЗДОРОВЫМ ЖИТЬ СЧАСТЛИВО

Анна Михайловна ШАНГИНА
Главный внештатный специалист Министрства здравоохранения Забайкальского края

Информация в социальных сетях:
[facebook.com/minzdravzabkrai](https://www.facebook.com/minzdravzabkrai)
vk.com/minzdravzabkrai
twitter.com/minzdravzabkrai
[instagram.com/minzdravzabkrai](https://www.instagram.com/minzdravzabkrai)
ok.ru/minzdravzabkrai

 **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

www.chitazdrav.ru

Журнал «Медицина Забайкалья» №1(3) 2017 (22.03.2017)

Главный редактор: И.В. Белошицкая.

Над номером работал редакционно-издательский отдел ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр».

Дизайн и верстка: ГУЗ «МИАЦ», Л.Г.Днепровская.

Адрес редакции, издателя: 672000, Забайкальский край, г. Чита, ул.Богомягова, 23, каб. 339, телефон 8 (3022) 21-06-43.

Отпечатано в типографии: «Домино», 670000, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 54 «а». **Тираж:** 3 000 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 детская клиническая больница»; ГУЗ «Краевой наркологический диспансер»; ГУЗ «Агинская окружная больница»; ГБУЗ «Забайкальский краевой клинический фтизиопульмонологический центр»; ГУЗ «Городская больница №2»; ГУЗ «Городская клиническая больница №1»; ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты».

Использованы фото: Эльвиры Паламовой, Юлии Болтаевской, Татьяны Белокопытовой, Елены Овчаренко, Оксаны Леонтьевой, Евгения Епанчинцева, Ирины Белошицкой, Татьяны Верхотуровой, а также фото, предоставленные учреждениями здравоохранения Забайкальского края.

