

Областное научно-популярное медицинское обозрение

Здравствуйте **PLUS**

газета для тех, кто ценит здоровье и достойный образ жизни

16+

№ 3 (193) 2014



**«ПИРОГОВКА»:
НОВЫЕ
ГОРИЗОНТЫ**



В этом году городская клиническая больница имени Н.И. Пирогова города Оренбурга, или «пироговка», как ее называют в народе, отметила свой 60-летний юбилей. Казалось бы, возраст небольшой. Но ее история, которая знала и взлеты, и падения, вместила в себя очень многое. А 60-й день рождения стал поистине рубежным, знаковым. Сегодня нашу рубрику «Дежурный по номеру» ведет Андрей Владимирович Карпец, который вот уже три года возглавляет эту уникальную в своем роде больницу.

«Пироговка»: новые горизонты

– Андрей Владимирович, больница имени Пирогова – одно из крупнейших городских лечебных учреждений области. Расскажите, что представляет из себя клиника сегодня?

– Начну с того, что согласно статистике, по количеству прикрепленного населения наша больница не просто крупнейшее городское лечебное учреждение, оно крупнейшее областное. Мы обслуживаем более 100 тысяч человек. Одновременно в больнице работает, так сказать «находится в строю», 1300 человек, из них 300 с лишним – врачи.

Амбулаторная служба представлена 3 взрослыми и 2 детскими поликлиниками и женской консультацией. Оказываются 49 видов амбулаторной медицинской помощи.

Тяжелую рутинную работу выполняет наша участковая служба. Серьезная обращаемость, диспансеризация, профосмотры, декретированные группы. И эта «черновая» работа под силу только самым выносливым, терпеливым, спокойным и преданным профессии людям. Мы делаем все возможное, чтобы их поддержать: и повышение оплаты труда, и укрепление инфраструктуры – все это направлено в первую очередь на участковую службу.

Кроме того, наша больница имени Пирогова – это 474 стационарных койки. Если говорить об особенностях клиники, своих «фишках», то в первую очередь нужно отметить отделение паллиативной помощи, которое на сегодняшний момент является единственным в области. Наша гордость – введен-

ный в прошлом году в эксплуатацию девятиэтажный корпус, где расположен первичный сосудистый центр. Это не только 120 коек, но и функциональные диагностические подразделения. Приобретены два новых аппарата: компьютерный томограф и рентгенодиагностический комплекс. Плюс шикарный кабинет УЗИ с современным аппаратом ультразвука. И мы не планируем на этом останавливаться. Коллектив больницы выполняет задачу, поставленную перед нами министерством здравоохранения Оренбургской области – выйти на уровень ангиографических исследований в рамках данного корпуса. Замечу, что если говорить о прикрепленном к ПСО населении, то речь идет уже о полумиллионе человек из Северного округа Оренбурга и 4 районов области. То есть четверть всего населения региона! В наш сосудистый центр поступают больные с инфарктами и инсультами или острым подозрением на эти две патологии. И если пациенту необходимо оперативное вмешательство, то мы отправляем его в ООКБ № 1 – в региональный сосудистый центр, потому что у нас нет рентгенангиохирургической установки. Чтобы не гонять людей туда-сюда, разумно, чтобы полмиллиона обслуживала областная больница, а полмиллиона – мы. То есть мы движемся в направлении рентгенангиоваскулярной хирургии.

Помимо сосудистого центра у нас есть и отделение неврологии на 70 коек, которое было переведено к нам из третьей городской больницы. В этом

направлении мы делим urgentные дни с областной больницей №2. Кроме того, принимаем экспертных больных и призывников.

У нас действует уникальное единственное в городе отделение нейрохирургии, которое несет круглосуточную urgentную нагрузку. Все травмированные сочетанными травмами и травмами головы поступают только к нам.

Есть в клинике и отделение сосудистой хирургии, которое пользуется большим авторитетом и спросом у населения, особенно при лечении вен и артерий. Однако мы видим перспективу развития отделения в его трансформации в центр сердечно-сосудистой хирургии. Медицина ведь не стоит на месте, и вмешательства на венах уже могут перейти в разряд стационарзамещающих. А в круглосуточном стационаре должны выполняться операции более масштабные и серьезные.

Наши хирургические отделения, их два, имеют хорошие наработки по эндохирургии, эндоскопии. Мы единственная в области больница, которая имеет лицензию по профилю «абдоминальная хирургия» с приставкой «высокие технологии».

У нас очень мощная реанимационная служба. Одна из немногих в области полностью укомплектованных и врачевными, и медсестринскими кадрами – это анестезиологическая служба больницы Пирогова.

Терапевтическое отделение опять же единственное в городе, то есть каждый день – urgentный. А если взять средний



возраст пациентов этого отделения, то получится 70-80 лет.

Фишкой последних полутора-двух лет является наша деятельность по развитию стационарзамещающих технологий. Открыт центр амбулаторной хирургии в поликлинике № 2. Он уже вышел на хорошие обороты: за полгода выполнено 200 операций. Я уже не говорю о том, сколько больных пролечено консервативно. По нашему мнению, темпы можно и нужно наращивать, но мы находимся в определенном плане-задании и, скажем так, за выделенное финансирование выйти не можем, это будет в убыток больнице. Кстати, недавно открылся дневной хирургический стационар и в поликлинике № 1. Сюда мы берем часть урологических больных. Здесь же действует терапевтический дневной стационар, просто шикарный. Пожалуй, ни в одном отделении не услышишь столько добрых слов от пациентов. Буквально останавливаются в коридоре и благодарят, потому как удобно: днем в больнице, вечером – дома. И вот представьте, в этой крупнейшей поликлинике, которая обслуживает и маззаводской городок, и новостройки, никогда не было дневного стационара! Наши пациенты могут приехать с утра, пообщаться с доктором, прилечь на койку, получить необходимую диагностику и процедуры, отдохнуть, а к обеду пойти домой. Стационар работает по принципу: до обеда одна группа больных, после обеда – другая. В итоге выигрывают все. Пациент получает практически ту же помощь, что и

в стационаре. И в конечном счете чувствует себя комфортно и в больнице, и дома: и покушает у себя что захочет, и ванну примет не больничную. Что касается нашего интереса, то в дневном стационаре хороший тариф, плюс мы не тратим дополнительные деньги на питание, на круглосуточное обслуживание. Ведь «за кадром» остается то, что в больнице знает только узкий круг людей. Это больничная экономика. Но здесь должен сам себя поправить: мы сейчас предпринимаем титанические усилия для того, чтобы каждый врач, не говоря о заведующих, которые уже компетентны в этих вопросах, понимал, как функционирует экономика больницы. Потому что без понимания, как зарабатываются деньги, как они расходуются, невозможно сделать работу клиники эффективной. Мы постоянно должны думать о том, чтобы повышать заработную плату, не терять уровень качества обслуживания, снабжать медикаментами, обеспечивать хорошим питанием. Добавьте к этому коммуналку, которая еще три года назад оплачивалась за счет муниципалитета, а сейчас лежит на плечах больничного бюджета. А это порядка 20 миллионов в год.

Я думаю, что любой человек сегодня должен быть немного экономистом.

– Не умаляя достоинств всех подразделений больницы, можно все же сказать, что строительство терапевтического корпуса и открытие первичного сосудистого центра вдохнуло в «пироговку» новую жизнь...

– Вы совершенно правы. Причем это знаменательное событие не только для больницы, но и для всего здравоохранения Оренбургской области. Ведь такого мощного оснащенного корпуса в нашем регионе еще не было. А точку в этом деле поставил врио губернатора Юрий Александрович Берг. Он сумел побороть этот долгострой. Конечно, мы все ему помогли, но все-таки историю делают личности. И без его волевого решения, без определенного риска принять это решение, все так бы и осталось на своих местах. Ю.А. Берг смог организовать тогда муниципальному учреждению, я подчеркиваю, муниципальному, финансирование из областного бюджета. Он лично контролировал и курировал строительство.

Наши пациенты могут судить просто о шикарном здании с евроремонтom. А за скобками остаются современные системы вентиляции, энергоснабжения – мы ведь построили новую подстанцию, новый трансформатор. Рядом стоит вагончик – это дизельная электростанция на случай обесточивания здания. Обновилась вся инфраструктура – новые коммуникации, асфальтированные дорожки, благоустроенная территория. То есть полный комплект. Так вот без этого комплекта – без корпуса, без перехода, без серьезного оснащения невозможен был бы следующий этап, о котором мы с вами уже говорили, – развитие более высокотехнологичной помощи населению. Это современные вмешательства на мозге, на сердце, на сосудах нижних конечностей.



– На базе Вашей больницы работают кафедры ОрГМА. Насколько выгодно такое сотрудничество и для меакадемии, и для врачей, и для пациентов?

– В ближайшее время у нас откроется уже шестая кафедра – клинической психологии и психотерапии. Такое положение дел крайне выгодно для всех. Это и дни профессорских приемов, и обходы совместно с кафедральными работниками, и наука, которая делается здесь – в этом году у нас защитился еще один кандидат медицинских наук – по хирургии. То есть сегодня наша больница является научно-практическим образовательным кластером. Более того, у нас в планах, и мы обсуждали этот вопрос с региональным министерством и с меакадемией, разместить на нашей базе симуляционный центр. Молодые врачи или врачи на постдипломном уровне смогут на симуляторах проработать современные реанимационные, хирургические подходы и тут же увидеть, как это делают профессионалы, потому что врачи больницы имени Пирогова как раз владеют этими высокими технологиями.

– Андрей Владимирович, Вы сказали, что недавно получили лицензию на высокие технологии по профилю «абдоминальная хирургия». Расскажите об этом поподробнее.

– Согласитесь, что учиться чему-то новому надо всегда. Наша лицензия по профилю абдоминальной хирургии выкристаллизовывалась следующим образом: работали врачи-энтузиасты, которые начали развивать эндоскопию. Затем эндоскопические методы плавно перешли в хирургический профиль, и так появилась эндохирургия. Эти шаги сделала плеяда замечательных врачей, которые работали в больнице Пирогова лет 10-

15 назад. Они подготовили прекрасную молодую смену. Сейчас это уже опытные доктора, такие как В.В. Солосин, А.Г. Григорьев, три года назад пришел профессор Д.Б. Демин, который тоже владеет методами эндохирургии. И вот эта троица смогла сделать резкое движение вперед и организовать внедрение данных технологий в практику. Прежде всего, речь идет о выполнении операций при панкреатите. Можно поднять статистику за последние три-четыре года – летальность от этой патологии в нашей больнице в разы меньше, чем среднеобластные показатели. Это говорит о том, что данные наработки действительно являются передовыми, и они должны распространяться в других клиниках. Профессор Демин как заведующий кафедрой, его ученики, симуляционный центр и наши хирурги – это и есть учеба, это и есть преемственность. Начинающим показывают, как спасать жизнь с использованием современного оборудования, которое у нас есть. В частности, современный электронож, без которого эти высокие технологии тоже невозможны. Допустим, этим ножом одновременно режут ткань печени и останавливают кровь. Без такого оборудования отрезать пораженную долю печени практически невозможно. А здесь – кровопотеря минимальная, и выполняется операция достаточно быстро. Но все не так просто – этой методикой надо владеть. В частности, наши хирурги учились в Москве, Казани, во французской клинике.

Мы приглашали на мастер-классы ведущих российских специалистов. Это было несколько раз как в рамках Пироговских чтений, так и просто по приглашению. Наши специалисты стояли рядом с ними, ассистировали. В итоге научились и теперь уже могут учить других. Операции на печени, поджелудочной

железе, кишечнике с применением эндохирургических малоинвазивных методов и серьезных технологий – для нас это, можно сказать, обычная работа.

– Мы уже коснулись с Вами отделения паллиативной медицины. Более того, сегодня на страницах нашей газеты мы подробнее остановимся на его деятельности. Андрей Владимирович, хотелось бы узнать Ваше мнение вот по какой проблеме: медперсонал психологически готов был работать с такими тяжелыми пациентами?

– Вот Вы говорите о готовности... А она формируется в процессе работы. Таких отделений у нас в Оренбуржье еще не было. То есть в нашей области мы, по сути, являемся первопроходцами. Сами накапливаем этот опыт. А что нам позволяет двигаться быстрее? То, что мы не пропускаем ни одного окружного или российского мероприятия. Проводится конференция – наши специалисты там. Намечается семинар – и мы уже в пути. То есть, как губка, впитываем всю информацию, приобретенную до нас. Вот видите у меня на столе книга «Паллиативная помощь». Быть рядом с больным до конца». Я не для интерьера ее положил сюда к Вашему приходу. Она мне нужна как руководство к действию.

Совместно с персоналом мы обсуждаем то, как работать наиболее эффективно. Наши пациенты что-то отвергают, что-то у них вызывает агрессию, а что-то наоборот притягивает. Здесь как нигде нужен индивидуальный подход, и отталкиваться надо от человека, от его потребностей.

Медицинские дела – медицинскими делами, а вот психология индивидуума – материя тонкая. Нельзя по шаблону навязывать то, чего он не хочет. Как выстроить эти отношения с родственниками и паци-



ентами? Я не могу сказать, что мы все уже сделали, все знаем, все умеем. Но мы стараемся. Нужно время. За тот 21 день, что человек находится в отделении паллиативной помощи, мы стараемся научить семью навыкам ухода и подготовить самого больного. Ведь большинству людей дома все-таки комфортнее, чем в больнице. Но есть исключения. Например, тяжелобольной в однокомнатной квартире с семьей, где есть дети. Пациент сам понимает, что ему лучше у нас, дабы не обременять своих близких непосильной ношей. Иногда больной говорит: я хочу домой, если можно приду через месяц. Мы все это проговариваем. Это штатная ситуация. А иногда бывает наоборот.

Для персонала есть хорошая мотивация работать с такими больными. Это отделение имеет бюджетное финансирование. И от министерства мы практически не знаем отказа ни в чем. Здесь достаточное количество ставок персонала, который осуществляет уход: санитарочки, медицинские сестры, психотерапевт и психолог. То есть отделение укомплектовано специализированной бригадой ухода и поддержки. Ведь основные задачи сотрудников – это обезболивание, поддержание жизненно важных функций и обеспечение максимально лучшего качества жизни, а это психологическая помощь и участие. Что немаловажно, с нами сотрудничают конфессии. Вот что практически не отвергают пациенты, так это участие духовных лиц. Беседы один на один, прогулки с больными – все это проходит в рабочем порядке, как само собой разумеющееся. Мы активно работаем со Свято-троицким благотворительным фондом. У нас заключено соглашение с сестрами милосердия.

– Со строительством северо-восточного жилого массива нагрузка

на Вашу клинику заметно увеличилась. Как в таких условиях удается проводить диспансеризацию населения, причем, насколько мне известно, достаточно успешно?

– Да, население растёт. И в новых микрорайонах пока нет ни детской поликлиники, ни взрослой. Но сейчас правительство решает этот вопрос. Там, скорее всего, будут открыты филиалы. Но пока новоселы находятся в нашем ведении. И мы делаем все возможное, чтобы необходимая помощь оказывалась качественно и своевременно. Что касается диспансеризации, то ситуация с первым этапом складывается весьма успешно. Сейчас нужно подтянуть со вторым. То есть мы ставим перед собой задачу не просто вовлечь людей в диспансеризацию, но и улучшить ее качество. А тем, у кого выявлены факторы риска, провести на втором этапе более углубленный скрининг. За словом «успешно» скрывается огромный кропотливый труд участковых и заведующих поликлиниками. Кадровая нехватка при самом большом количестве прикрепленного населения – эту проблему вдруг не решить. У нас нет такого, что в больнице стало меньше врачей, больше медсестер. Нет, их становится больше. Кадры к нам идут. Но все равно рост населения опережает. Особенно остро стоит вопрос в участковой педиатрии. Во взрослой поликлинике есть проблемы с некоторыми узкими специалистами, такими как неврологи, окулисты.

Тем не менее, по итогам 2013 года мы вошли в рейтинг учреждений, которые получили дополнительную стимулирующую надбавку, в том числе и за проведение диспансеризации.

– Сегодня особое внимание уделяется профилактике заболеваний, формированию у населения здорово-

го образа жизни. Насколько больница включилась в эту работу?

– Диспансеризация – это ведь и есть профилактика. Осмотр начинается с посещения профилактического кабинета. И если что-то на ранних этапах удается выявить – значит выполнены профилактические мероприятия по предотвращению серьезных осложнений и развитию хронических болезней. Поэтому могу сказать, что в эту работу мы вовлечены с головой. У нас есть отдел медицинской профилактики, сотрудники которого курируют и диспансеризацию, и профосмотры, а также занимаются пропагандой здорового образа жизни.

Раз в год мы обязательно проводим День пациента больницы Пирогова. Это особый праздник, куда приходят всей семьей. По традиции в июле организуются мероприятия в День любви, семьи и верности на базе нашей женской консультативной службы. Кстати, мы открыли филиал консультации в поликлинике № 2 на Джангильдина. Это связано и с ростом числа прикрепленного населения, и с диспансеризацией. Работают два кабинета, мы выделили для этого отдельный блок.

– По долгу службы врачи следят за состоянием здоровья пациентов, в том числе в рамках диспансеризации. А есть ли время у медицинских работников заботиться о себе?

– Времени заботиться о себе у медицинских работников нет, но в приказном порядке раз в год они проходят профосмотр. Где-то приходится и подгонять, но врач должен быть здоровым.

– Что бы Вы пожелали нашим читателям кроме здоровья?

– Желания и умения сохранять его на долгие годы.

Дела сердечные



Наверное, все мы немного романтики, а оттого наделяем «фиброзно-мышечный полый орган, обеспечивающий посредством повторных ритмичных сокращений ток крови по кровеносным сосудам», особыми свойствами. Поэты в сердце поселили саму любовь. Сердце страдает, плачет, разрывается... И пусть. Главное, чтобы не болело.

О делах сердечных мы беседуем с Габдулвалеем Мазитовичем Закиржановым, кардиологом поликлиники № 1 больницы имени Пирогова.

– **Человек большого сердца. Когда мы слышим это выражение, то понимаем его смысл однозначно. Но значит ли это, что размеры сердца, как говорится, имеют значение? И каковы они должны быть в идеале?**

– Человеческие качества, которые подразумеваются под сказанным Вами выражением, никакого отношения к истинным размерам сердца не имеют. Сердце – это маленький мышечный мешок, размером чаще всего с кулак человека, который начинает функционировать задолго до нашего рождения, а с остановкой его работы мы прекращаем свое существование. Увеличение размеров сердца в норме может быть у людей, выполняющих тяжелую физическую работу, связанную с нагрузкой на сердечно-сосудистую систему, а также у профессиональных спортсменов. Имеется и ряд заболеваний, при которых происходит увеличение размеров и массы сердца, таких как гипертония, миокардиты, сердечная недостаточность.

– **При прохождении диспансеризации врач направляет на кардиограмму.**

О чем могут рассказать ее результаты?

– ЭКГ в обязательном порядке проводится лицам старше 40 лет – это при диспансеризации. А по показаниям – в любом возрасте. По результатам электрокардиограммы можно судить о наличии ряда заболеваний: различных нарушениях ритма, коронарной недостаточности, гипертрофии (увеличения) сердца, а также диагностировать развитие острого инфаркта миокарда.

– **Это совершенно безвредная процедура?**

– Абсолютно! Никакого воздействия на организм человека нет – только электрически регистрируются потенциалы работы сердца.

– **Иногда врачи проводят электрокардиограмму с физической нагрузкой. Зачем?**

– С целью выявления нарушений работы сердца в ответ на нагрузку.

– **С какого возраста делают кардиограмму?**

– С первого месяца жизни.

– **А в каких случаях делают УЗИ сердца?**

– Ультразвуковое исследование проводят для выявления нарушений структуры, изменений клапанного аппарата, наличия врожденных поражений, для определения массы сердца.

– **Влияет ли на жизненный прогноз раннее выявление заболеваний сердца?**

– Безусловно. Например, раннее выявление врожденных патологий сердца у новорожденного помогает спасти его жизнь. А выявление и своевременное лечение прединфарктных состояний позволяет избежать инфаркта миокарда.

– **Может ли быть такое, что у человека есть какая-то сердечная патология, а он о ней даже не догадывается?**

– Часто бывает скрытое течение некоторых заболеваний: безболевая форма

ишемической болезни сердца (ИБС), бессимптомная артериальная гипертония (АГ) и ряд врожденных патологий.

– **Болезни сердца. Имеет ли здесь место наследственность?**

– Прямой наследственности нет, есть наследственная предрасположенность, обусловленная образом жизни, образом питания и социальными условиями.

– **Каковы факторы риска развития болезней сердца?**

– Это малоподвижный образ жизни, курение, алкоголь, повышенная масса тела, а также избыточное потребление соли, мучных изделий, животных жиров.

– **Назовите самые распространенные болезни сердца и наиболее опасные из них?**

– К самым распространенным относятся артериальная гипертония, ИБС, сердечная недостаточность. И если не лечить любую патологию, то в итоге это может привести к летальному исходу. Лечение должно быть комплексным и постоянным.

– **Расскажите о диспансеризации кардиологических больных.**

– В течение года на диспансерном наблюдении у кардиолога находятся больные после перенесенного острого инфаркта миокарда, после операций на сердце с последующей передачей участковому терапевту. Страдающие артериальной гипертонией и сахарным диабетом должны раз в год обследоваться у кардиолога для выявления сердечно-сосудистой патологии. Под нашим наблюдением находятся больные с тяжелой формой АГ. Ну а в рамках диспансеризации кардиограмму проводят раз в три года.

При прохождении ЭКГ пациент должен быть эмоционально спокоен. Необходимо исключить перед процедурой кофе, крепкий чай, спиртные напитки. Важно не отменять проводимое лечение, если таковое назначено.



Инфаркт миокарда... От этих слов начинает чаще биться сердце даже у здорового человека. Что уж говорить о тех, для кого это диагноз. Сильные эмоциональные переживания, стресс и даже физическое перенапряжение могут стать причиной заболевания. По данным Всемирной организации здравоохранения каждый четвертый мужчина в России в возрасте старше 44 лет и каждая третья женщина после наступления менопаузы страдают каким-либо сердечно-сосудистым заболеванием. При этом количество больных, перенесших инфаркт миокарда, составляет 2,5 миллиона, то есть почти два процента от всего населения страны. Сегодня наш консультант – Татьяна Семеновна Бро, заведующая кардиологическим отделением первичного сосудистого центра больницы имени Пирогова города Оренбурга.

Как не дойти до инфаркта

– Что такое инфаркт миокарда?

– Это острая форма ишемической болезни сердца. Он возникает, когда прекращается доставка крови к какому-либо отделу сердечной мышцы. Если кровоснабжение нарушается на 15-20 минут и более, «голодающий» участок сердца умирает. Этот участок гибели (некроза) сердечных клеток и называют инфарктом миокарда.

– А почему приток крови может нарушиться?

– Если атеросклеротическая бляшка, находящаяся в просвете одного из сосудов сердца, под действием нагрузки разрушается и на месте повреждения образуется кровяной сгусток (тромб). Человек при этом ощущает нестерпимую боль за грудиной, которая не снимается приемом даже нескольких таблеток нитроглицерина подряд.

Целостность атеросклеротической бляшки могут нарушить учащенное сердцебиение и повышение артериального давления.

Инфаркт может начаться во время сильной физической или эмоциональной нагрузки, но нередко он развивается безо всякой видимой причины, как бы на пустом месте, возможно даже во сне. Но его самое «любимое» время – раннее утро.

– Поговорим о факторах риска...

Среди факторов риска есть такие, на которые мы повлиять не в состоянии. К ним относятся возраст старше 65 лет, мужской пол. У женщин моложе 50 лет инфаркт бывает не часто. До этого рубежа их сосуды защищены от атеросклероза

эстрогенами и другими половыми гормонами. Но с наступлением климакса женщины, наоборот, заболевают чаще мужчин.

Немалое значение имеет наследственность (инфаркт, как и ИБС, мозговой инсульт, хотя бы у одного из прямых родственников: родителей, бабушки, дедушки, брата, сестры, особенно если болезнь у них началась до 55 лет).

Ко второй группе факторов риска относят те, которые полностью зависят от нашего образа жизни: курение, гипертония, повышенный уровень холестерина и глюкозы, гиподинамия, лишний вес.

Никотин ухудшает состояние сосудов – чем больше вы курите, тем выше риск ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда.

Следите за своим артериальным давлением. В каждой семье должен быть тонометр.

Знать свой уровень холестерина также необходимо, как и артериальное давление.

Чтобы узнать, в норме ли ваш вес, достаточно определить окружность талии. У женщин она в норме должна быть менее 80 см, у мужчин – менее 94.

– Каковы симптомы инфаркта?

– Первым признаком, позволяющим заподозрить инфаркт, обычно становится, как я уже говорила, жестокая боль за грудиной, то есть в середине грудной клетки. Давит, жжет, сжимает, может отдавать в руку, плечо, спину, челюсть, шею. Происходит это, как правило, в со-

стоянии покоя. При стенокардии подобная боль возникает во время нагрузки и она менее сильная.

При наличии этих признаков немедленно вызывайте «скорую помощь». В данном случае умение терпеть – опасный враг.

– И «скорая» везет в первичный сосудистый центр...

– Врачи неотложки связываются с нами и предупреждают, что везут больного. Мы сразу направляем его в реанимацию, где выполняется тромболитическая терапия. Если состояние пациента вызывает у врача серьезные опасения, он отправляет его в региональный сосудистый центр, который у нас находится в областной больнице № 1.

При благоприятном течении на третьи сутки мы переводим пациента в палату. С первого же дня проводятся реабилитационные мероприятия. На 8-9-й день назначаются физиопроцедуры. В среднем пациенты находятся в ПСО от 15 до 20 дней, за исключением тяжелых случаев. После выписки больные переводятся на восстановительное лечение в Областной центр медицинской реабилитации или санаторий «Солнечный». В дальнейшем – диспансерное наблюдение у кардиолога по месту жительства. Особо хочу подчеркнуть, что успех лечения более чем на половину зависит от самого пациента: будет он пассивно болеть или же адекватно помогать врачу в борьбе с недугом.

«До» и «после» инсульта



Как бы не хотелось оптимистично взглянуть на эту проблему, факт остается фактом: в большинстве случаев инсульт навсегда делит жизнь человека на «до» и «после».

Как вовремя распознать заболевание, ведь время идет на минуты, на что способна сегодня отечественная медицина и, пожалуй, главное – как избежать недуга. Обо всем этом мы беседуем с Вадимом Ивановичем Ершовым, доктором медицинских наук, профессором, заведующим кафедрой анестезиологии и реаниматологии ОрГМА, руководителем сосудистого центра ГKB им. Пирогова города Оренбурга.

– Вадим Иванович, начнем с азов: что такое инсульт?

– Это острое нарушение мозгового кровообращения, которое развивается в результате либо закупорки сосуда (тромбом или эмболом), либо его разрыва и проявляется неврологической симптоматикой.

– Каковы причины заболевания?

– Артериальная гипертония, атеросклероз сосудов головного мозга и сосудов шеи, нарушение сердечного ритма – вот основные причины развития острого нарушения мозгового кровообращения. Есть и другие, и их много, но они встречаются гораздо реже. Это, например, врожденные патологии, сосудистые дефекты – врожденные и приобретенные, так называемые аневризмы. Безусловно, это такие состояния, как сахарный диабет, гипотиреоз и так далее. Есть факторы риска, которые связаны с образом жизни, такие как курение, гиподинамия, злоупотребление алкоголем. Но опять-таки все они реализуются через атеросклероз или артериальную гипертонию.

– Чем отличается ишемический инсульт от геморрагического, и какой из них менее тяжелый?

– В первом случае – это как раз закупорка сосудов и развитие инфарктной зоны. То есть бывает инфаркт миокар-

да, когда закупоривается коронарный сосуд, а есть инфаркт мозга – ишемический инсульт. Геморрагический инсульт – это разрыв сосуда мозга или его оболочек. И он, конечно же, более тяжелый. Здесь и на порядок выше удельный вес нейрохирургических вмешательств, которые мы здесь выполняем, и, к сожалению, более высокая летальность. Ишемический инсульт лечится, в основном, консервативными методами, хотя применяются и высокие инвазивные подходы, такие как системный тромболизис. В прошлом году мы первыми в Оренбургской области выполнили такую операцию. Это современный метод лечения, который имеет место во всех развитых странах.

– Как не специалист может распознать инсульт?

– В подавляющем большинстве случаев, слава Богу, не специалист распознать инсульт может. У человека перестает работать рука и/или нога, изменяется симметрия лица, нарушается речь. С этого начинаются примерно 80 процентов инсультов. А на оставшиеся 20 приходятся случаи, когда без осмотра специалистом и проведения соответствующих исследований диагноз бывает поставить не просто. Но доктора, которые приезжают на вызов, на это сориентированы, у них есть определенная настороженность в плане развития инсульта и они безот-

лагательно доставляют таких пациентов к нам, в первичный сосудистый центр.

– Как помочь пациенту до приезда «скорой помощи»?

– Если это гипертоник и у него имеет место гипертонический криз, то нужно принять те препараты, которые ранее уже были назначены врачом. Тем не менее, и мы всегда об этом говорим, первое, что нужно сделать – как можно скорее вызвать «скорую помощь». Есть такое выражение – время от двери до иглы. Это время должно быть минимальное, и чем быстрее пациент попадет в профильное учреждение, где работает мультидисциплинарная бригада, тем лучше для него. До приезда «скорой» нужно уложить человека, создать условия, чтобы он не задохнулся. Это специальной медицинской подготовки не требует. А что касается каких-то лечебных мероприятий – их нужно исключить. Словом, лучше не мешать. Кстати и задача «скорой помощи» – как можно быстрее доставить пациента в больницу. Инсульт – это не инфаркт, здесь на догоспитальном этапе тромболизис не нужен. Ведь инсульт, как мы уже с вами говорили, может быть и геморрагическим (клиника бывает такой же, как и при ишемическом), и если сделать тромболизис, будет только хуже. Поэтому до выполнения компьютерной томограммы кардинальных шагов предпринимать не надо.



Медицина готова помочь. Для этого есть и государственные структуры, и коммерческие. Просто нужно встречное движение.

– Возможно ли выздоровление и если да, то когда оно наступает?

– Инсульт – это не смертный приговор. К счастью, значительное количество наших пациентов возвращается к привычному образу жизни, сами себя обслуживают, многие продолжают работать. Этому способствует и качественная терапия, и качественная реабилитация, которая начинается здесь, в ПСО и продолжается в санаториях. Но полное выздоровление – это нечастое явление. После инсульта всегда остается след. Именно поэтому в последнее время все больше внимания уделяется профилактике. Индивидуализация подхода с выходом на разработку индивидуальных профилактических программ – это очень важно, и во всем мире является магистральным направлением.

Это касается не обязательно пациентов, которые уже перенесли инсульт.

Это касается тех людей – тысяч, сотен тысяч наших соотечественников, земляков, которые ходят с гипертонией и адекватно ее не лечат, имеют высокий уровень холестерина, неконтролируемый уровень сахара. Медицина готова помочь. Для этого есть и государственные структуры, и коммерческие. Просто нужно встречное движение.

– Каков риск повторного инсульта?

– Он намного выше, чем риск первичного инсульта. Более того, когда пациент пролечился в сосудистом центре, и мы ему помогли, все факторы ведь никуда не деваются. У него остаются атеросклероз, гипертония, сахарный диабет – все, что было до инсульта. Поэтому вторичная профилактика крайне важна. И мы предлагаем определенный набор подходов, чтобы минимизировать риски

повторных инсультов. Мы не можем исключить их полностью, но можем достоверно снизить.

Даже если нарушение мозгового кровообращения было небольшим (то, что в народе называют микроинсультом), и дефект может быть минимальным или отсутствовать совсем – это настойчивый звоночек, что важна вторичная профилактика. Хуже если первый инсульт был тяжелым. Тогда все вопросы решаются намного сложнее.

Иногда человеку по тем или иным причинам делают магнитно-резонансную томографию, и у него в так называемых подкорковых структурах обнаруживается 10-15 таких небольших очагов, которые свидетельствуют о том, что он переносил именно такое количество сосудистых катастроф. А в анамнезе может ничего не быть. Поэтому контроль за состоянием своего организма, ведение здорового образа жизни – это не просто слова, это реальная возможность избежать многих заболеваний, и инсульта, как одного из самых тяжелых, в первую очередь.

О том, каков алгоритм действий специалистов первичного сосудистого центра, рассказала Ольга Владимировна Лещева, заместитель главного врача ГKB им. Пирогова по экспертизе контроля качества временной нетрудоспособности, руководитель ПСО в части организационно-методической деятельности.



– В сосудистом центре 120 коек, из них половина – экстренной кардиологии для пациентов с острым коронарным синдромом (стенокардия, инфаркт миокарда), и вторая половина – для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (геморрагический и ишемический инсульты, транзиторные ишемические атаки). И для тех, и для других работают 12 коек реанимации и интенсивной терапии. Здесь за стуки проводится шестикратный осмотр пациента. Это нужно, в первую очередь, для оценки стабильности состояния, оказания специализированной интенсивной помощи. В течение 40 минут с момента поступления к нам пациента с инсультом проводится компьютерная томография. Это делается для дифференциации инсульта – геморрагического или ишемического. В первом случае идут консультации с нейрохирургом о необходимости опе-

ративного вмешательства. Если требуется рентгеноваскулярное вмешательство, мы связываемся с региональным сосудистым центром. В иных случаях пациент проходит лечение у нас.

У неврологических больных большое значение уделяется не только медикаментозной терапии, но и медицинской реабилитации. В нашем центре она заключается в сохранении у больного функций, связанных с его жизнедеятельностью – это речь, способность движения, способность социализации, сохранение психологического статуса. Главная задача в этот период – максимально сохранить потенциал пациента для дальнейшей реабилитации в реабилитационных центрах. Как пример могу привести, что пациент с серьезным повреждением речевой функции вряд ли скоро заговорит, но мероприятия, направленные на сохранение мышцеуправляющих

функций, которые проводятся в нашем центре, позволят в дальнейшем восстановить возможность говорить. Широко используются физиотерапевтические методы, вертикализация, ЛФК. Это позволяет предупредить осложнения, которые бывают на фоне глубоких поражений (пневмонии, пролежни, отсутствие привычки к прямохождению) и сохранить навыки, потенциал, чтобы в дальнейшем увеличить шанс жить привычной жизнью.

Есть ориентировочные сроки пребывания пациента в ПСО, но для каждого они индивидуальны: могут быть больше, могут быть меньше.

При выписке все пациенты получают рекомендации как в плане лечения, так и обращения в поликлинику для дальнейшего диспансерного учета. Второй этап реабилитации проходит на базе местных реабилитационных центров – областного центра медицинской реабилитации, санаториев-профилакториев «Чайка», «Строитель».

Отдельно хотелось бы сказать, что большое значение имеет информирование населения о признаках острого коронарного синдрома и инсультов, когда, не теряя времени, пациент или его родственники должны вызвать бригаду «скорой помощи».

Это информирование ложится на средства массовой информации и поликлиники. У СМИ есть возможность охватить самую широкую аудиторию. А поликлиники, в свою очередь, проводят профилактическую работу, осуществляя диспансеризацию населения не по показаниям, а по возрастам, когда в процессе осмотра можно выявить ту или иную патологию, например, артериальную гипертонию, которая сама по себе может приводить к острым сердечным катастрофам. +

У неврологических больных большое значение уделяется не только медикаментозной терапии, но и медицинской реабилитации. В нашем центре она заключается в сохранении у больного функций, связанных с его жизнедеятельностью – это речь, способность движения, способность социализации, сохранение психологического статуса.



В интересах больницы и пациента

Лет 10-15 назад даже с аппендицитом в больнице лежали не меньше недели. И вставать разрешалось на третьи сутки. Сегодня, когда в распоряжении специалистов есть новейшие медицинские технологии, пациентам не надо столько времени проводить на больничной койке. Изменились и подходы к лечению. На этой же чаше весов – экономическая составляющая, плюс – человеческий фактор: как только становится лучше, люди хотят домой, где и стены помогают. Есть виды оперативных вмешательств, которые не требуют условий круглосуточного стационара. Рассказывает заведующий амбулаторно-хирургической службой Оренбургской ГKB имени Пирогова Валерий Александрович Кодяков.

– Уже много лет на базе многопрофильных больниц в Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Челябинске, Самаре и других городах России успешно функционируют Центры амбулаторной хирургии (ЦАХ).

С января 2013 года работает такой Центр и во взрослой поликлинике №2 больницы имени Пирогова города Оренбурга. Он оснащен современным медицинским оборудованием, для пациентов развернуты 1-2-х местные палаты дневного пребывания.

Сотрудники Центра амбулаторной хирургии – это опытные врачи, медсестры, имеющие высшие квалификационные категории, длительное время проработавшие в круглосуточных стационарах хирургического профиля.

Операции здесь выполняются как под местной анестезией, причем используются самые современные анестетики, так и под наркозом. Независимо от вида обезболивания все вмешательства выполняются в присутствии анестезиолога-реаниматолога.

Необходимое предоперационное обследование пациент проходит в амбулаторных условиях по месту жительства, что тоже очень удобно.

После операции, которая выполняется утром, больной находится в палате 3-4 часа под наблюдением врача. А во второй половине дня он покидает ЦАХ. Причем транспортировка домой осуществляется в сопровождении медицинского персонала – врача или медсестры. Необходимым условием являются удовлетворительные домашние условия пациента (квартира, лифт, совместно проживающие родственники, телефон).

На следующий день после операции и по показаниям в последующие дни перевязки и другие необходимые процедуры выполняются на дому.

Кроме того, в Центр амбулаторной хирургии могут направляться больные с хроническими заболеваниями в период обострения для проведения консервативного лечения, инфузионной терапии (хроническая артериальная недостаточность сосудов нижних конечностей, хронические заболевания гепатопанкреатодуоденальной зоны).

Пациенты в раннем послеоперационном периоде здесь же в поликлинике получают физиотерапевтическое лечение. При необходимости проводятся дополнительные обследования (УЗИ, функциональная диагностика, рентгенологические и эндоскопические исследования), назначаются консультации узких специалистов.

Работает дневной хирургический стационар и в поликлинике № 1. Здесь проводится консервативное лечение. С 8 до 15.30 пациенты получают процедуры, а затем отправляются домой.

Медицинская и лекарственная помощь оказывается для пациента бесплатно – по полису обязательного медицинского страхования.

Основные виды оперативных вмешательств, выполняемых в ЦАХ:

- иссечение келлоидных рубцов (в том числе послеоперационных) с наложением косметических швов;
- удаление различных доброкачественных новообразований (липома, атерома, фиброма и так далее);
- грыжесечение при различных видах грыж (паховая, бедренная, пупочная, послеоперационная, вентральная), в том числе с использованием сетчатых эндопротезов;
- флебэктомия при неосложненной варикозной болезни нижних конечностей;
- флебосклерозирующая терапия;
- урологические (цистостомия, водянка яичка, операции при фимозе – циркумцизии), в том числе по социальным показаниям (варикоцеле, киста семенного канатика);
- операции при гинекомастии;
- удаление и резекция ногтевых пластин при вросшем ногте;
- операции при эпителиальной копчиковом ходе;
- биопсия (в том числе молочной железы, лимфоузлов);
- пункции плевральные и абдоминальные (лапароцентез), а также суставов.





Повышение качества жизни населения, улучшение демографической ситуации – в числе приоритетов региональной власти. Вопросы охраны здоровья оренбуржцев врио губернатора Юрий Берг считает задачей номер один. И главным результатом такой социальной политики стали позитивные демографические тенденции. Продолжается рост рождаемости, понизилась смертность. Безусловна причастность к этим позитивным переменам и представителей здравоохранения. И здесь следует добавить: в том числе и службы медицинской профилактики, поскольку общеизвестно, что болезнь всегда легче предупредить, чем вылечить. Так считает и главный врач ГБУЗ «Оренбургский областной центр медицинской профилактики» Алексей Михайлович Боломожнов.

Здоровье каждого – дело общее!

– Алексей Михайлович, согласно статистике, половина россиян узнают о своих тяжких недугах только в реанимации. Как говорится, пока гром не грянет...

– Согласен! И здесь необходимо сказать «к сожалению». А не лучше ли, пока он не грянул, запастись громоотводом или вообще избежать зоны риска? Так вот, образно говоря, именно эти функции и призвана выполнять медицинская профилактика. Великий русский хирург Н.И. Пирогов говорил: «Будущее принадлежит медицине профилактической». Профилактика сегодня – важнейшая составляющая всей системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни.

Вы спросите: а если человек не хочет? Мол, здоровье – дело личное. Хочу – курю, хочу – колюсь, хочу – пьянствую. А вот и не так! Я абсолютно убежден, что здоровье каждого – дело общее! Ведь больная нация – обреченная нация, у которой есть только одна перспектива – вымирание.

Конечно, ответственность гражданина за свое здоровье – это элемент культуры всего общества, которая воспитывается исторически. Да и специфика российского законодательства такова, что санкции за безответственность в данном случае минимальны и крайне мало способствуют его соблюдению. Однако в Законе «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (ст. 27) прямо записано: «Граждане обя-

заны заботиться о сохранении своего здоровья». Но как мотивировать людей делать это, увы, не обозначено. Поэтому проблему надо решать, что называется, всем миром. Желательно – с младенческого возраста, когда формируется характер человека, его основные жизненные принципы и мировоззрение. Да и в зрелые годы при умелой профессиональной помощи люди вполне способны осознать всю меру ответственности за собственное здоровье. И особая роль в этом должна принадлежать средствам массовой информации, общественным организациям и учебным заведениям,

которые согласно своему социальному статусу просто обязаны вести активную пропаганду здорового образа жизни.

– А какую роль в этом процессе должны играть центры медицинской профилактики?

– Самую непосредственную! Они призваны стать прямыми организаторами и координаторами всего этого медико-социального процесса. К сожалению, сегодня только в 58 регионах страны (что составляет всего 73 процента от потребности) функционируют ЦМП субъектного подчинения. Однако Оренбуржье





Есть у нас и Центр здоровья, расположенный в Оренбурге по адресу: улица Алтайская, 12 «А». Здесь в соответствии с федеральной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи уже осмотрено более 20 тысяч оренбуржцев. Наши специалисты определяют суммарный сердечно-сосудистый риск, проводят биоимпедансметрию, спирометрию, экспресс-диагностику глюкозы и холестерина крови, а также оптометрию. Функционирует и зал лечебной физкультуры...

– И все же у многих наших сограждан словосочетание «медицинская профилактика» ассоциируется скорее с чисткой зубов и мытьем рук, нежели с каким-то комплексом специальных мероприятий. Вы согласны?

– Возможно это и так. Однако смею вас заверить, что медицинская профилактика – это целая наука, включающая в себя не только профильные дисциплины, но и педагогику, психологию, социологию и еще немало других «премудростей». Например, все знают, что курить вредно. А вот насколько пагубно влияет эта привычка на наш организм? Недавно в рамках Всемирного дня без табака мы провели массовую акцию, посвященную этому событию. И там на глазах сотен сверстников несколько молодых людям было предложено надуть обычные детские шарики. И представьте, не все справились даже с этой простейшей задачей. А почему? Да потому, что легкие у них даже в эти годы уже поражены безудержным курением. Что подтвердил и специальный прибор.

Или еще пример. Кажется, все уверены, что в случае необходимости смогут оказать человеку первую доврачебную помощь. Однако детский праздник «Паровозик здоровья», проведенный нами

в поселке «Экодолье», свидетельствует прямо о противоположном. К сожалению, не все участники справились с этим даже на резиновом макете. Не говоря уже об умении правильно запеленать обыкновенную куклу. Этому нехитрому мастерству нашим специалистам пришлось учить даже будущих мам.

Мы и впредь намерены проводить подобные массовые мероприятия, где в игровой форме будем делать, казалось бы, одну простую вещь – формировать в сознании людей ту самую мотивацию на здоровый образ жизни и прививать им основные навыки самосохранения и самосовершенствования.

Вы никогда не замечали, что у нас люди в большинстве своем искони мотивированы на собственные болячки и их перманентное лечение. А в конечном итоге – на преждевременный и порой мучительный исход. Отсюда и пресловутые «смертные узелки», и пресловутый «период дожития» при выходе на пенсию. А вот на Западе, на который до недавних событий мы все стремились равняться, население мотивировано на здоровье, а значит, на долгую счастливую жизнь. И переориентировать сознание людей – наша общая задача.

– Алексей Михайлович, а что в перспективе?

– А в перспективе – работа: выпуск своей газеты, изготовление и распространение различных полезных рекомендаций для населения, включая трансляцию специальных видеороликов, создание и реанимирование уже существующих кабинетов профилактики в лечебных учреждениях города и области, развитие школ здоровья...

И, конечно же, организация и проведение массовых профилактических акций. Поскольку повторюсь: здоровье каждого – дело общее!

Юрий Селивёрстов 



Все мы родом из детства

«Все мы родом из детства» – многие знают эту фразу Антуана дэ Сент-Экзюпери и используют ее, даже не догадываясь об авторстве. Но темой нашей сегодняшней беседы с заместителем главного врача по амбулаторно-поликлинической работе ГKB имени Пирогова Светланой Георгиевной Сергеевой было не творчество замечательного французского писателя. Мы говорили о том, как важно с самых первых дней заботиться о здоровье ребенка, ведь наши взрослые болячки истоками уходят в детство.



– Светлана Георгиевна, что представляет собой детская служба «Пироговки»?

– Детская служба больницы имени Пирогова представлена двумя поликлиниками – №1 на проспекте Победы и №2 на улице Самолетной. В структуру входит отделение реабилитации, которое проводит все виды реабилитационного лечения детей от 0-18 лет, в том числе и подготовку подростков к воинской службе. Также существует дневной стационар, рассчитанный на 26 койка-мест, где проводят лечение детей, которым не требуется круглосуточное наблюдение.

– Есть ли преемственность в работе детской службы и взрослой?

– Конечно, есть! По достижении 18 лет подростки передаются во взрослую

службу на дальнейшее медицинское обследование. К этому времени ребята проходят полное клиническое обследование. После этого участковый врач делает заключение по состоянию здоровья и пишет эпикриз. Все эти документы передаются во взрослую службу.

– Работают ли в больнице школы пациента, или кабинеты, рассчитанные на профилактику заболеваний у детей?

– В нашей поликлинике уже много лет работают школы здоровья. Для детской службы очень актуальна Школа счастливых родителей. Один раз в неделю врач проводит консультацию, обучает мам и пап правилам ухода за новорожденным ребенком и правилам естественного вскармливания. Консультирует их по теме детских заболеваний и их профилактики. В работе применяются различные видео- и аудиозаписи, методические материалы, а также привлекаются психологи, готовые обсудить с родителями любые волнующие их вопросы.

Раньше у нас работала и Школа легкого дыхания. Мы проводили занятия с детьми, страдающими заболеваниями бронхолегочной патологии. Их обучали правилам поведения при приступе бронхиаль-

ной астмы, а также профилактике и этого заболевания и любых простудных. В силу объективных обстоятельств Школа сейчас не действует, но мы надеемся, что она возобновит работу.

– Пропаганда здорового образа жизни среди детей не будет иметь смысла, если в семье придерживаются других ориентиров. То же самое касается и диспансеризации как одного из методов профилактики. Взаимодействует ли педиатрическая служба с родителями?

– Родители должны понимать, что диспансеризация детей не для «галочки»! Нужно изменить формальное отношение к профилактическим осмотрам, а затем взять контроль в свои руки. Педиатрическая служба пытается донести это до каждого родителя, ведь диспансеризация – шаг к здоровому поколению и здоровой нации.

– Расскажите о порядке прохождения диспансеризации несовершеннолетними детьми.

– Во-первых, планируется дата и место проведения профилактического осмотра. В назначенный день несовершеннолетний прибывает в медицинскую организацию в сопровождении родителей или иного законного представителя и предъявляет направление на осмотр и полис обязательного медицинского страхования. Дальше, в зависимости от возрастной категории, ребенок проходит ряд осмотров. Общая продолжительность первого этапа профилактического осмотра составляет не более 10 дней, но это в том случае, если никаких дополнительных консультаций не требуется.



Диспансеризация детей различных возрастных категорий

новорождённый	педиатр		• Неонатальный скрининг* на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию • аудиологический скрининг **
12 месяцев (1 год)	педиатр хирург лор психиатр	невролог стоматолог ортопед	• общий анализ крови • общий анализ мочи • исследование уровня глюкозы в крови • электрокардиография
2 года	педиатр стоматолог		• общий анализ крови • общий анализ мочи
3 года	педиатр хирург лор гинеколог*** психиатр невролог	окулист стоматолог уролог***	• общий анализ крови и мочи • исследование уровня глюкозы в крови • ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щит. железы и органов репродуктивной сферы • электрокардиограмма
4 года	педиатр	хирург	• общий анализ крови и мочи
5 лет	педиатр	хирург	• общий анализ крови и мочи
6 лет	педиатр окулист	невролог стоматолог	• общий анализ крови и мочи • исследование уровня глюкозы в крови
7 лет	педиатр невролог хирург окулист лор стоматолог	гинеколог*** уролог*** психиатр	• общий анализ крови и мочи • исследование уровня глюкозы в крови • ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щит. железы и органов репродуктивной сферы • электрокардиограмма
8 лет	педиатр		• общий анализ крови и мочи • исследование уровня глюкозы в крови
9 лет	педиатр		• общий анализ крови и мочи • исследование уровня глюкозы в крови
10 лет	педиатр хирург лор психиатр	невролог окулист стоматолог	• общий анализ крови и мочи • исследование уровня глюкозы в крови
11 лет	педиатр окулист	хирург	• общий анализ крови и мочи • исследование уровня глюкозы в крови
12 лет	педиатр уролог***	гинеколог***	• общий анализ крови и мочи • исследование уровня глюкозы в крови
13 лет	педиатр		• общий анализ крови и мочи • исследование уровня глюкозы в крови
14 лет	педиатр невролог хирург окулист лор стоматолог	гинеколог*** уролог*** психиатр	• общий анализ крови и мочи • исследование уровня глюкозы в крови • ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щит. железы и органов репродуктивной сферы • электрокардиограмма
15 лет	педиатр хирург лор гинеколог***	невролог окулист стоматолог уролог***	• общий анализ крови и мочи • исследование уровня глюкозы в крови • ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щит. железы и органов репродуктивной сферы • электрокардиограмма • флюорография легких
16 лет	педиатр хирург лор ортопед	невролог окулист стоматолог	• общий анализ крови и мочи • исследование уровня глюкозы в крови • электрокардиограмма
17 лет	педиатр хирург лор ортопед	невролог окулист стоматолог	• общий анализ крови и мочи • исследование уровня глюкозы в крови • электрокардиограмма

* неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию проводится детям до 1 месяца жизни включительно в случае отсутствия сведений в истории развития ребенка

** аудиологический скрининг проводится детям до 3 месяцев жизни включительно в случае отсутствия сведений в истории развития ребенка

*** медицинский осмотр детского уролога-андролога проходят мальчики, акушер-гинеколога – девочки

*...И родная отвечала:
– Я желаю всей душой
Если смерти – то мгновенной,
Если раны – небольшой...*

Эти строчки Михаила Исаковского из песни «Прощание» были хорошо знакомы каждому советскому человеку, но как-то затерялись в людской памяти из-за революционно-пропагандистской составляющей. А слова-то гениальные. Любой человек рано или поздно в болезни или здравии задумывается о своих последних днях.



Помощь лишней не бывает

Три месяца назад, 15 апреля, в Оренбургской городской больнице имени Пирогова состоялось открытие отделения паллиативной медицинской помощи.

Это направление в здравоохранении в нашей стране до недавних пор практически отсутствовало, что было обусловлено самим принципом работы отечественной медицины, основные ресурсы которой направлялись на лечение.

Времена меняются. И сегодня в центре внимания здравоохранения находится не болезнь, а человек.

Новое отделение создано для оказания помощи пациентам, страдающим наиболее тяжелыми заболеваниями, в том числе с неблагоприятным прогнозом. Оно ориентировано на проведение медицинских процедур для облегчения состояния больных и обезболивающую медикаментозную терапию. Также ставится задача научить родственников необходимым навыкам ухода за тяжелобольным человеком, преодолению психологических проблем. Для этого с ними проводятся обучающие занятия.

– Организация этого вида медицинской помощи в области стала возможна благодаря поддержке врио губернатора Юрия Берга. Работа отделения финансируется из областного бюджета, на текущий год предусмотрено 12 миллионов рублей, – рассказа-

ла и.о. министра здравоохранения Оренбургской области Т.Н. Семивеличенко. – Пилотный проект заработал в больнице им. Пирогова – многопрофильной клинике, которая сегодня не просто аккумулирует сложных пациентов, но и демонстрирует готовность обеспечивать все этапы ведения больных – от качественной диагностики, оказания неотложной помощи, в том числе оперативной, до паллиативной медицинской помощи.

Отделение рассчитано на 30 коек. Общая обстановка, интерьер и условия пребывания больных в стационаре максимально приближены к домашним. В палатах размещается не более 3 человек.

– В нашем отделении главное – это уход и чуткое отношение к пациентам, – рассказывает заведующая отделением паллиативной медицинской помощи Тамара Александровна Галкина. – И у нас работают именно такие люди – отзывчивые, деликатные, добрые, понимающие. Я просто уверена, что благодаря им – и врачам, и санитарочкам, а

это в основном совсем молодые люди, наши пациенты чувствуют себя надежно и спокойно.

Для оказания психологической помощи пациентам и членам их семей на основе индивидуального подхода организована работа психолога и психотерапевта.

Отделение оснащено современным медицинским оборудованием и всем необходимым для организации ухода за тяжелыми больными (функциональные кровати, следящая аппаратура, противопролежневые матрасы, кресла-туалеты, санитарные комнаты, оборудованные тревожной сигнализацией, поручнями, помывочная комната для лежачих больных).

Еще одно такое отделение тоже на 30 коек будет открыто в этом году в Областном клиническом психоневрологическом госпитале ветеранов войн в рамках областной программы «Здоровье ветеранов – активное долголетие».

Впоследствии паллиативные отделения будут организовываться и в других городах области.

Паллиативная медицина – это область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни пациентов с различными нозологическими формами хронических заболеваний преимущественно в терминальной стадии развития в ситуации, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны.

Областное научно-популярное медицинское обозрение «Здравствуйте plus».

Учредители: министерство здравоохранения Оренбургской области, Оренбургский областной Фонд ОМС, Оренбургская государственная медицинская академия, ассоциация «Оренбургский региональный центр социальной информации».

Издатель: ассоциация «Оренбургский региональный центр социальной информации». Адрес издателя и редакции: АНО «Центр социальных инициатив «Развитие», 460044, г. Оренбург, ул. Березка, 26, офис 2. Телефон 388-250, e-mail: pxxp@inbox.ru



Главный редактор В.Н. Никулин.

Первый заместитель редактора М.П. Селиверстова.

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ТУ 56– 00071. Выдано 06.02.2009 года Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций по Оренбургской области.

Номер отпечатан в типографии АНО «Центр социальных инициатив «Развитие», 460044, г. Оренбург, ул. Березка, 26, офис 2. Тираж 9000 экз. Заказ № 670 Дата выхода – 18.07.2014. Подписано в печать – 17.07.2014 Время подписания в печать: по графику – 18.00, фактически – 18.00. Цена договорная.