

Новое
в будущем законе
об охране
здоровья
стр. 2

Доктор
по расписанию?
стр. 4

Дети работают
в школах,
как шахтеры
в забое
стр. 6

2000+
ФАРМАЦЕВТИКА



№ 10
(22)
2011

Современное здравоохранение

новое в реабилитации

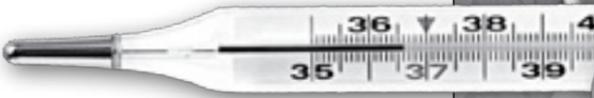
Клоуны в... ОНКОИНСТИТУТЕ



ОТ РЕДАКЦИИ:

В программу «клоун-терапии» активно включились и волонтеры РостГМУ, многолетнюю деятельность которых координирует профессор, декан педиатрического факультета Е. В. Полевиченко. Сегодня клоуны выступали в стенах отделения детской онкологии Ростовского научно-исследовательского онкологического института. Отделением руководит профессор Ю. Ю. Козель – инициативный и креативный человек (это понимаешь, едва только попадаешь в отделение).

Цикл семинарских занятий с необычным названием – «Больничная клоунада» – состоялся в Ростовском государственном медицинском университете (РостГМУ). С 9 по 18 сентября со студентами медицинского университета занимался «больничный клоун со стажем» Константин Седов.



Неспешным шагом из палаты в палату идут больничные клоуны – Костя и Вадим. Они не пытаются что-то вспомнить или отрепетировать, их представление – всегда импровизация. А вот и первая пациентка – Ксюша, которой всего-то полтора годика.

– А вы что и с грудничками работаете? – недоуменно спрашивает у клоунов лечащий врач девочки.

– Мы работаем и с годовалыми, и с полугодовалыми, – улыбается в ответ Константин.

Представление начинается. Костя запекает песенку, Вадим – подтягивает. Через несколько минут комната наполняется хороводами парящих мыльных пузырей, на лице Ксюши сияет улыбка. Сеанс «клоунотерапии» окончен. Доктор Чап (так зовет себя Вадим) надует шарик, что-то мастерит из

него, и, вручив Ксюше этот подарок, удаляется.

Затем дуэт больничных клоунов направляется в большую комнату – это игровая. Где уже есть два зрителя постарше, а из соседней комнаты доносится девичий смех.

– Сейчас будем делать сказку! – громко объявляет Костя.

Окончание на стр. 2 >>



Лекарственный метод самовосстановления сердца

Ученые исследовали действие препарата, который значительно увеличивает способность сердечной мышцы к заживлению собственными силами после инфаркта.

Биологи из университетского колледжа Лондона, совместно с коллегами из других британских университетов, а также американских и китайских институтов, установили, что в эпикарде (наружный слой стенки сердца) имеются клетки-предшественники, способные при ряде условий мигрировать вглубь и превращаться в клетки сердечной мышцы – кардиомиоциты. Но для того, чтобы такое самоперепрограммирование произошло, клетки-предшественники нужно разбудить. Сделать это, как выяснилось, можно при помощи пептида тимозин-бета-4, ранее в опытах уже показавшего свой потенциал в плане восстановления тканей. Но вводить его нужно до приступа.

По идее, такой предохранительный препарат по рекомендации медиков следовало бы принимать людям, живущим с сердечной недостаточностью после ишемической болезни сердца или острого инфаркта миокарда. Пептид-стимулятор мог бы оказаться полезным для пациентов с повышенным риском нового приступа.

Ученые полагают, что после соответствующих исследований и тестов препарат такого рода мог бы стать доступным в течение десятилетия.

Леонид Попов

страховой случай

По обе стороны отказа



Рубрику ведет зам. директора Ростовского филиала СК «МАКС-М», к. м. н. Е. В. Пахарина

Конечно, больному психологически трудно отказаться от помощи доктора, но известно, что врачи порой предлагают методы лечения, мягко говоря, с недоказанной эффективностью. Самый яркий пример – назначение так называемых «биологически активных добавок», не имеющих никакого отношения к доказательной медицине. При этом отказ пациента проводить предложенные ему

Закон декларирует право пациента на отказ от любого медицинского вмешательства. В этом случае врач должен подробно разъяснить пациенту, к чему это может привести (например, к невозможности поставить точный диагноз, ухудшению состояния, развитию тяжелых осложнений). Важно и то, что нормативно-правовой базой предписана письменная форма отказа, устное распоряжение правовой силы не имеет.

сложные инструментальные исследования или оперативные вмешательства не должен негативно влиять на его взаимоотношения с врачом и не может служить причиной отказа в выдаче больничного листа или поводом к прекращению лечения вообще. Это станет стимулом для медиков предпринять какие-то «нестандартные действия»: пригласить специалистов из других учреждений, направить больного в федеральную клинику или консультативный центр. Без-

действие же в таких случаях может трактоваться как своего рода «пассивная эвтаназия», которая в России запрещена.

Родители детей в возрасте до 15 лет или законные представители недееспособных лиц тоже могут отказаться от предлагаемой их подопечным медицинской помощи. В практике нередки случаи, когда из-за невежества или по причине религиозных убеждений, родители отказываются от операции или переливания крови. Однако, если



МАКС-М

ВНИМАНИЮ ПАЦИЕНТОВ!

Вам поможет советом круглосуточный консультативно-диспетчерский центр (КДЦ) Ростовского филиала медицинской страховой компании «МАКС-М»

бесплатный телефон 8-800-555-00-03
городской телефон 8 (863) 227-04-81
эл. почта: maksmkdc@aaanet.ru

Мы ждем Вас!

вмешательство необходимо для спасения жизни, больница имеет право обратиться в суд для защиты интересов своих пациентов. Неред-

ко, суд в этом случае выступает на стороне медицинского сообщества, выбирая соблюдение главенствующего права – права на жизнь.

Интересное в здравоохранении

Этот вид «немедикаментозной» терапии – относительно молод. В 2005 г. молодой юрист – Константин Седов – стал посещать отделения в Российской детской клинической больнице (РДКБ) в качестве волонтера (конечно же, с разрешения главного врача РДКБ – Николая Ваганова). На протяжении двух лет Константин работал «клоуном» в РДКБ и в НИИ Онкологического центра им. Блохина. Он понял, что дело, которым он занимается, помогает детям, больным онкологическими заболеваниями, легче переносить болезнь, получать психологическую разгрузку, отвлекаться.

новое в реабилитации

<< Окончание. Начало на стр. 1

Клоуны в... ОНКОИНСТИТУТЕ



– Константин, где еще, кроме Ростова, вам довелось побывать с вашей необычной миссией?

– Мы работаем в Москве, Казани и собираемся наладить это дело в Ростове-на-Дону, обучив ребят в Школе клоунов. Это будет не быстрый процесс, хотя бы потому, что о нас мало знают. Но я думаю, что при системной работе через год мы и наши ученики из Ростовского молодежного театра будем иметь больше доверия у врачей, медсестер, родителей маленьких пациентов, – резюмировал Константин Седов.

– Многие изъявили желание обучаться?

– На базе Ростовского молодежного театра сегодня у нас занимается пять актеров и четыре студента. Мы, конечно, проводим

предварительный отбор. Хотим также параллельно с врачами-педиатрами из РостГМУ провести тренинги и дать несколько мастер-классов по игровой терапии. Они не будут клоунами в привычном смысле этого слова, – это не их профессия, но в ходе лечения они смогут использовать полученные навыки. Это им очень поможет...

– Сколько подобных школ в стране насчитывается сейчас и каков срок обучения в них?

– Если брать Ростов, то с сентября по декабрь пройдут семинары и стажировка, а в январе мы начинаем оплачиваемую деятельность. Сейчас у нас задействовано два региона – Казань и Ростов-на-Дону. Изначально существовало пять волонтерских школ в Москве. Последние же три школы –

московская, казанская и ростовская – чисто актерские.

– Где берете средства на развитие дела?

– Ищем спонсоров – местных в каждом городе, чтобы они помогали оплачивать работу клоуна, если им это интересно.

– А что привело вас в Ростов-на-Дону?

– У меня дедушка родился в Новочеркасске, и я знал, что в Ростове-на-Дону целых три отделения детской онкологии...

– Почему работаете дуэтом?

– Мы друг другу помогаем, в чем-то дополняем друг друга. Да и анализировать работу вдвоем проще.

Анна Коновалова. Фото автора

Узнав имена ребят и немного подогрев интерес зрителей, клоуны начинают свое действие под названием «Колобок». Роль каждого героя приглашают исполнить кого-нибудь из зрителей. Соглашаются не все. Наконец, повеселив всех, представление подходит к концу, и вот уже даже самые застенчивые искренне и беззаботно смеются.

Посетив еще несколько палат, импровизированная труппа завершает «утренний обход» на первом этаже и направляется дальше.

Удивительно, но в нашем полку прибыло! Теперь по палатам следует не только дуэт клоунов и несколько журналистов, но и группа «клоунских поклонников». Больничные «петрушки» радуют пятилетнего Даню, устроив ему представление с попугаем. Потом они поздравля-

ют маму девочки Амины, танцуют ей «танец маленьких лебедей». А напоследок клоуны идут в гости к пациентам постарше – 16-летним девочкам. Для каждой из них было устроен свой, особый спектакль. К тому же, девочки не остались без подарков.

По окончании обхода пришел черед фотосессии, и все, кто хотел, смог сфотографироваться с необычными «врачами». Затем артисты попрощались, а Витя, который раньше не захотел выступать в спектакле-сказке, спросил: «А вы к нам вернетесь...?»

НАША СПРАВКА

Чтобы повышать эффект от такого рода реабилитационных мероприятий, свои навыки надо развивать, а для этого необходимо повышать мастерство с помощью изучения наработанного другими опыта и различных методик в сфере психологии, педагогики, циркового и актерского искусства. Так возникла идея создания Школы клоунов. Готовясь к занятиям в первой Школе больничных клоунов, Константин Седов использовал свой опыт, а также советы коллег из Франции, Италии и Испании (там клоуны-доктора известны уже более 25 лет).



сигнал!



Валокордин и корвалол по рецепту?

➤ Государство стремится закрыть малейшие лазейки для лиц, страдающих наркоманией, которые научились изготавливать свои препараты из обычных лекарств. Но некоторые шаги чиновников могут привести к тому, что в запретных списках окажутся и безобидные повседневные препараты.

Новая инициатива Минздрава России – расширить перечень препаратов предметно-количественного учета за счет лекарств, которые при немедицинском применении могут вызвать наркотическую или токсическую зависимость. Купить лекарства из перечня можно только по рецепту. Критерии оценки опасности препаратов пока не определены.

По мнению аптекарей, под жесткий контроль могут попасть

многие препараты. Например, привычные для российских пенсионеров **корвалол** и **валокордин** (в них содержится сильнодействующее вещество **фенобарбитал**).

В пресс-службе Минздрава объясняют: поправки нужны, чтобы в незаконный оборот не поступали лекарства, которые еще не успели «запретить» Госнаркоконтроль.

– Списки постоянно обновляются, но какой-то четкой установленной периодичности по внесению новых лекарств в них нет.

При этом постоянно появляются новые препараты, которым зависимые люди находят далеко не медицинское применение, – объясняет исполнительный директор Российской ассоциации аптечных сетей Нелли Игнатьева.

– Часто бывает и так, что производители слегка меняют дозировку препарата, который отпускается по рецепту, и вводят его в безрецептурный оборот, – добавляет Давид Мелик-Гусейнов из компании Cegedim Strategic Data.

Если поправки министерства будут приняты, то при формировании списков препаратов будут учитываться данные о злоупотреблениях средствами от экспертных, медицинских, судебных и правоохранительных органов.

В данной ситуации это «промежуточное звено» необходимо, считают эксперты фармацевтического рынка. В аптечных сетях новые поправки – какими бы они ни были – готовы принять и исполнять.

– Мы приветствуем социальную политику государства в области оборота наркотическими средствами, – говорит представитель аптечной сети «36,6».

– Будем соблюдать все требования законодательства, – вторит коллеге генеральный директор аптечной сети «Ригла» Андрей Гусев.

И действительно, для аптек на деле мало что изменится. Поправки закрепляют на федеральном уровне уже давно существующие

и выполняемые аптеками лицензионные требования.

Но у соблюдения требований есть еще одно следствие – лекарства, содержащие сильнодействующие вещества, могут исчезнуть из коммерческих аптек.

– Сейчас аптеки стараются как можно меньше сталкиваться с наркотиками и их прекурсорами (веществами, используемыми при изготовлении наркотиков). Требования к их хранению строгие: надо иметь сейфовые двери, видеонаблюдение, круглосуточное сторожа, а доходы от реализации этой группы лекарств не покрывают расходы. Поэтому ассортимент переключается в сторону госаптек, которые не задумываются о рентабельности, – предполагает Д. Мелик-Гусейнов.

В общем обороте аптек препараты с сильнодействующими веществами составляют 2%.

Проект поправок сейчас находится в стадии обсуждения. Минэкономразвития проводит публичные консультации. Заключение вынесут через месяц.

Александра Пономарева

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ



Петр Трусов: «...Даже в Москве качество оказания урологической помощи будет хуже, чем в нашей области. И оснащение, и врачи, и отработанные методики лечения очень сильны во многих ростовских клиниках. Однако я с гордостью сегодня могу говорить о том, что мы не хуже, а во многом даже лучше наших конкурентов. Те направления, которые всегда считались приоритетными у нас (например, лапароскопические операции в урологии), применяются в нескольких больницах города, но, по крайней мере, в объеме лечения урологических патологий гораздо меньшем, чем у нас».

лучшие клиники Дона



Петр Трусов: «Совершенствуем и развиваем оперативное лечение в интересах наших пациентов»

О развитии высокотехнологичной медицинской помощи сегодня говорят повсюду. Большое внимание ее развитию уделяется и в ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и в областной программе модернизации здравоохранения. Однако на местах развить такую медпомощь получается не всегда и не у всех.

Ростовский Областной консультативно-диагностический центр на Пушкинской, являясь одним из передовых медицинских учреждений Южного федерального округа, в этом вопросе смело может выступать в качестве образца. По уровню оснащенности, по обеспеченности профессиональными медицинскими кадрами конкурентов у ОКДЦ нет. О развитии и совершенствовании такого вида высокотехнологичной медпомощи, как операционные вмешательства, мы беседуем с заведующим отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения, оперирующим врачом-урологом высшей категории Петром Владимировичем Трусовым.

Петр Владимирович, каковы возможности отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения?

— Сегодня в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения (РХМДЛ) Областного консультативно-диагностического центра три основных направления деятельности: это урология, включающая в себя практически все направления лечения, которые существуют в мировой урологии — открытая традиционная хирургия, малоинвазивная эндоскопическая хирургия в урологии и лапароскопические операции, многие из которых впервые в России выполнены в стенах нашего отделения. Второе направление — это гинекология: здесь выполняется весь спектр гинекологических операций, которые на сегодня известны, включая и сверхсовременные малоинвазивные технологии. К слову сказать, в Ростове-на-Дону только в условиях нашего отделения онкологические гинекологические операции выполняются лапароскопическим доступом. Третье — хирургическое направление, в рамках которого на высоком уровне выполняются малоинвазивные и традиционные операции по желчнокаменной болезни, грыжам передней брюшной стенки и флебологии. Особо хочу

подчеркнуть, что в Ростове мы, пожалуй, единственное хирургическое отделение, где выполняется настолько обширный объем операций лапароскопическим методом. Это наш главный принцип — малотравматичность, безболезненность, более легкий послеоперационный реабилитационный период, сокращение количества дней пребывания пациента на больничной койке.

— Отделение — многопрофильное. Здесь представлены и урология, и гинекология, и хирургия. Есть ли среди этих направлений ведущее?

— Исторически так сложилось, что урология — ведущее направление для отделения РХМДЛ. Это было в тепер уже далеком 1996 г., когда до России только стали доходить такие современные методы оперативного лечения, как лапароскопические операции. Тогда Владимир Леонидович Медведев, известный оперирующий уролог, организовывавший отделение РХМДЛ в ОКДЦ, принял решение о появлении ставки хирурга и хирургических коек в рамках отделения. Делалось это для развития именно малоинвазивных методик и для дальнейшего их внедрения в урологию. Ведь появилась лапароскопия как раз в общей хирургии, а уже потом талантливые оперирующие врачи внедряли ее в другие сферы. Очень долгое время лапароскопически мы оперировали только холецистэктомию, а уже впоследствии стали и герниопластику выполнять по малоинвазивной технологии. Другими словами, урология остается ведущим направлением потому что здесь нами накоплен огромный опыт, мы занимаемся ею очень давно и, скажу без ложной скромности, более чем успешно. Поэтому все осложнения, которые могут быть у урологических больных, нам хорошо известны, персонал с ними всегда отлично справляется.

— Не секрет, что в РХМДЛ проводятся уникальные уроло-

гические операции. Расскажите о них, пожалуйста.

— Могу с уверенностью сказать, что для пациентов Ростовской области, у которых есть урологические заболевания, лечиться здесь — благодать! Хотя бы по той причине, что в урологии очень сильна конкуренция. Даже в Москве качество оказания урологической помощи будет хуже, чем на Дону. И оснащение, и врачи, и отработанные методики лечения, — все это говорит в пользу многих ростовских клиник. Однако я с гордостью могу заявить о том, что мы, в ОКДЦ, не хуже, а во многом даже лучше наших конкурентов. Те направления, которые всегда считались приоритетными у нас (например, лапароскопические операции в урологии), применяются в нескольких больницах, но, по крайней мере, в объеме лечения урологических патологий гораздо меньшем, чем у нас, не говоря уже о качестве медицинской помощи.

Повышенное внимание мы уделяем развитию эндоскопической урологии, это пошло еще от создателя Отделения В. Л. Медведева, мы совершенствуемся в этом направлении, постоянно приобретаем новое современное оборудование, наши врачи регулярно проходят курсы повышения квалификации, как в России, так и за рубежом. Все, что появляется нового в урологии, мы стараемся тут же внедрить у себя в отделении. Наша главная задача — минимизировать итак минимальную травматичность пациентов. И в этом мы преуспеваем.

— На фоне активного развития урологии, не позабыта ли гинекология с хирургией? Есть ли успехи у врачей отделения в этих областях?

— Здесь стоит сказать о команде отделения РХМДЛ. Как заведующий я горжусь своим коллективом: врачами, медсестрами и санитарочками. У нас слаженная



команда единомышленников. Здорово, что на протяжении многих лет нам удается работать практически в неизменном составе. Конечно, кто-то уходит, но и мы приобретаем молодых и талантливых специалистов. Все врачи отделения стремятся повышать свой профессиональный уровень. Есть те, кто совмещает работу с научной деятельностью. Я убежден, что любой вид оперативной медицинской помощи — урологической, гинекологической, хирургической — у нас сегодня находится на очень высоком уровне. Большой помощник нам — отделение анестезиологии и реанимации, в котором трудится сверхпрофессиональный коллектив, фанаты своего дела. Заниматься серьезной хирургией сегодня нельзя без реанимации. Поэтому мы считаем себя единым коллективом, надежным, сплоченным, который в состоянии справиться с любой задачей.

— Давайте поговорим об оснащении отделения?

— В принципе, как заведующий, я доволен оснащением. Хотя, как любой хирург, смотрящий в будущее, я понимаю — все, что мы

ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ РО
ОБЛАСТНОЙ
КОНСУЛЬТАТИВНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР

г. Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 127.

**Записаться на прием
к специалистам:**

Тел.: 8 (863) 255-79-49,
255-79-50, 255-79-51.
E-mail: info@rokdc.ru

Зав. физиотерапевтическим
отделением — О.П. Смолянинова,
тел. (863) 255-79-37

На консультацию также
можно записаться на сайте —
www.rokdc.ru

сегодня приобретаем или только планируем купить, через несколько месяцев становится «вчерашним днем». Конечно, хирургия — это та область медицины, которая развивается более чем стремительно. Высокотехнологичная медицинская помощь каждый день движется вперед. Хотя на сегодня наше отделение оснащено по последнему слову. Конечно, есть ряд аппаратных технологий, которые у нас пока не представлены. Но это не говорит о том, что мы не занимаемся пациентами с подобной патологией. Просто мы выбираем другие методики для их лечения. Следующим шагом в оснащении наших операционных может стать, пожалуй, только роботизированная хирургия.

— Сегодня модно говорить об инновациях в оперативном лечении. Развивается ли ваше отделение в этом направлении?

— В отделении РХМДЛ внедрены ряд сверхсовременных технологий оперативного лечения: это и минилапароскопия, и SILS-хирургия (хирургия однопортового доступа).

Окончание на стр. 4 >>

Медицина. Общество. Человек

лучшие клиники Дона

Петр Трусов: «Совершенствуем и развиваем оперативное лечение в интересах наших пациентов»

<< Окончание. Начало на стр. 3



Мы стали первыми в области, и сейчас очень активно развиваем тот же SILS. Вообще, я убежден, что для хирурга, который имеет обширную практику в ставших уже традиционными лапароскопических операциях, нет проблем освоить «одноступовые» операции или работать инструментом еще меньшего диаметра. В таких операциях главное понять, есть ли выгода от них пациенту. Ведь при лечении многих патологий применение минилапароскопии малоцелесообразно. Здесь речь идет о том, что операции большей степени сложности нет смысла усложнять. Ведь задача, которая стоит перед оперирующим врачом, – оказать медицинскую помощь высокого уровня, а с помощью мини-инструментов этого не всегда можно добиться. Там же, где предстоит оперативное вмешательство легкой или средней степени сложности, мы всегда применяем ультрасовременные технологии. Поэтому в нашем отделении придерживаются неизбывного принципа – совершенствовать и развивать направления и технологии оперативного лечения исключительно в интересах наших пациентов. У нас есть точка отсчета – это традиционная хирургия, и мы обязаны выполнить ту же операцию эндоскопически

как минимум с таким же уровнем качества оказания медицинской помощи. Поэтому, когда возможно выполнить операцию эндоскопически или лапароскопически с высоким результатом, то мы всегда выберем такой способ. Если же мы понимаем, что выполнить операционное вмешательство на привычном для нашего отделения высоком уровне мы сможем только традиционной хирургией, то мы без сомнений выбираем «открытую» операцию.

Основным принципом выбора тактики хирургического лечения является даже не возможность ее выполнения тем или иным способом, ведь сегодня практически все, что можно сделать открыто, можно повторить и малоинвазивным способом, а общесоматическое состояние пациента. Принимать решение мы будем лишь в интересах конкретного пациента.

Не так давно наш Центр возглавил Дмитрий Владимирович Бурцев, который сам является оперирующим эндохирургом. Он проявляет живой интерес ко всем видам оказания хирургической помощи. В связи с этим, безусловно, наше Отделение получило дополнительный стимул к развитию и совершенствованию. Уверен, что нам это по плечу.

Олеся Вологодская. Фото автора

форумы, конференции

7 октября 2011 г. под эгидой областного минздрава в Областном консультативно-диагностическом центре (ОКДЦ) впервые в Ростове-на-Дону состоится научно-практическая конференция «Перспективы малоинвазивных и стационарзамещающих технологий в амбулаторной хирургии». Конференция соберет амбулаторных хирургов из всех районов Ростовской области. Основной тематикой докладов и дискуссий на конференции станут новые технологии во флебологии и проктологии. В рамках конференции также пройдут уникальные мастер-классы с трансляцией в онлайн-режиме. Ведущие хирурги нашей страны продемонстрируют ростовским коллегам свое мастерство в лазерной абляции вен и доплер-контролируемой дезартеризации в лечении геморроя. Показательную операцию по флебологии выполнит ведущий хирург Института хирургии им. А. В. Вишневского РАМН д. м. н. Сергей Викторович Сапелкин, а мастер-класс по HAL-RAR-технологии в лечении геморроя проведет главный хирург Международного многопрофильного медицинского центра «ОН-КЛИНИК» (Москва) д. м. н. Виктор Александрович Вердеченко.

Откроет конференцию лекция о современном состоянии и перспективах малоинвазивной хирургии во флебологии, которую прочтет руководитель отдела ангиологии и сосудистой хирургии Российского государственного медицинского университета д. м. н., профессор Вадим Юрьевич Богачев.

Столь представительный медицинский форум инициирован хирургическим коллективом Областного центра амбулаторной хирургии (ОЦАХ). Этот центр был создан в марте 2008 г. на базе консультативного отдела ОКДЦ для оказания высококвалифицированной лечебно-диагностической помощи пациентам с хирургической патологией органов брюшной полости, прямой кишки, сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, образованиями и гнойной хирургической инфекцией кожи и мягких тканей. Его целью было внедрение высокотехнологичных методов диагностики и амбулаторного хирургического лечения, совершенствования стационарзамещающей хирургической помощи.

Терминами «большая амбулаторная хирургия» (*major ambulatory surgery*), «хирургия дневного стационара» (*surgery hospital today*), «однодневная хирургия» (*one day surgery*) обозначаются стационарзамещающие технологии, позволяющие проводить лечение части стационарных хирур-

Руководитель Областного центра амбулаторной хирургии РОКДЦ Дмитрий Вагнер: «На сегодня мы имеем возможность выполнять на базе центра любые виды амбулаторных операций, малоинвазивных хирургических вмешательств, требующих пребывания пациента в «стационаре одного дня», в том числе и оперативные вмешательства под общим обезболиванием, с использованием ультрасовременного оборудования, высокотехнологичного хирургического инструментария, шовного и перевязочного материала... К нам едут пациенты даже из других регионов России и даже из дальнего зарубежья».

ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЦЕНТРОВ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

- высокий профессиональный уровень специалистов;
- целенаправленный отбор больных для хирургического лечения;
- преемственность на всех этапах лечебно-диагностического процесса, работа «в связке» с круглосуточным хирургическим стационаром;
- выверенная тактика хирургического вмешательства и анестезиологического пособия;
- полноценное оснащение центра самым современным высокотехнологичным хирургическим оборудованием;
- четкая организация работы.

Хирург рожден для действия

«*Chirurgus ad agendum natus est*» – «Хирург рожден для действия». Это крылатое выражение не теряет актуальности и сегодня... Хирурги – это врачи действия. Именно постоянное самосовершенствование оперирующего врача – залог прогресса хирургической отрасли.

гических больных в амбулаторных условиях.

Организационные структуры, в которых реализуются данные технологии, и называются центрами амбулаторной хирургии (ЦАХ), амбулаторными хирургическими центрами или центрами однодневной хирургии. Их следует рассматривать в качестве штатных лечебно-профилактических подразделений в составе лечебного учреждения. Иногда они существуют самостоятельно, оказывая амбулаторную квалифицированную и специализированную помощь больным хирургического профиля в расширенном объеме.

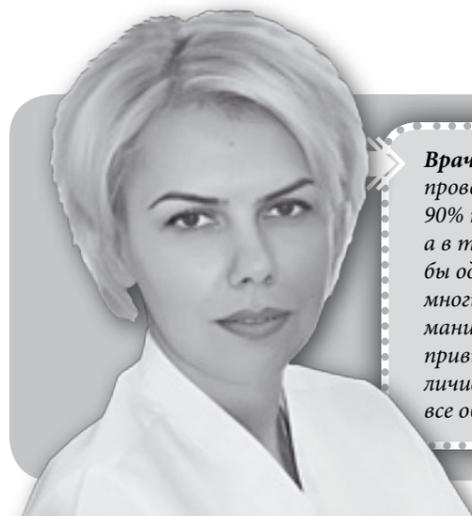
Внедрение стационарзамещающих технологий в амбулаторно-поликлиническом звене дает высокий медицинский и экономический эффект. При таком методе лечения сохраняется привычный уровень качества жизни пациента в ближайшем послеоперационном периоде, ускоряется темп медицинской реабилитации. Метод имеет прогнозируемый результат, доступен в системе обязательного медицинского страхования. Значительное число хирургических больных может быть прооперировано за счет расширения объема оперативной деятельности в амбулаторных условиях. Резко снижается число послеоперационных и внутрибольничных инфекций. Затраты на проведение лечения уменьшаются в 1,5–4 раза. Сроки нетрудоспособности и случаи первичного выхода на инвалидность сокращаются. Опыт стран Европы и США в организации хирургических центров огромен. В США первый амбулаторный хирургический центр был открыт в 1969 г. Теперь их уже более 1250 (!), объем амбулаторной хирургии там возрос на 77%. Годовая экономия денежных средств составляет \$400 млн. Дорогостоящие койки госпитальных стационаров высвобождаются для лечения более тяжелых больных, сокращаются очереди на выполнение плановых операций, в дневных стационарах оказывается помощь на ранних стадиях заболевания. Это предотвращает развитие более тяжелых форм заболеваний и их осложнений.

Амбулаторные хирургические технологии разработаны для ряда заболеваний, ранее требовавших исключительно стационарного оперативного пособия и долечивания в послеоперационном периоде. Например, при лечении варикозной болезни нижних конечностей используются методики радиочастотной эндоваскулярной облитерации и минифлебэктомии в сочетании со склеротерапией. Современным радикальным методом лечения геморроя является доплерконтролируемая дезартеризация геморроидальных узлов. Герниопластика при небольших грыжах передней брюшной стенки давно стала амбулаторной операцией.

В Ростовской области есть отличные примеры успешно работающих Центров амбулаторной хирургии. В первую очередь это, безусловно, областной центр при ОКДЦ. Первоначальной целью создания ОЦАХ была помощь поликлиническим хирургам Ростовской области при выполнении всех видов амбулаторно-хирургических вмешательств, начиная с гнойно-воспалительных процессов мягких тканей, хирургического лечения доброкачественных образований кожи и заканчивая патологией прямой кишки. Со временем, когда был получен опыт работы в направлении радиоволновой хирургии, флебологии, малоинвазивной хирургии прямой кишки, один из хирургов центра получил специализацию и опыт работы в ортопедии, стало понятно, что будущее амбулаторной хирургии выходит за рамки общепринятых стандартов поликлинической хирургии и заключается в приоритете стационарзамещающих технологий. Современные технологии и оборудование позволили радикально решить проблему варикозной болезни, геморроя, устранить новообразования молочной железы, восстановить функцию сустава и многое другое. При этом пациент находится в «стационаре одного дня» или не госпитализируется вообще.

Оргкомитет научно-практической конференции «Перспективы малоинвазивных и стационарзамещающих технологий в амбулаторной хирургии»

Медицина. Общество. Человек



Врач-невролог РОКДЦ Елена Шестель: «Согласно недавно проведенным международным исследованиям в течение года 90% населения нашей планеты испытывают головную боль, а в течение жизни практически каждый житель мира хотя бы один раз подвергается приступу головной боли. При этом многие вообще не обращаются на свое недомогание никакого внимания. Переутомление, стресс, нерегулярное питание, вредные привычки – этими факторами мы чаще всего объясняем наличие у себя головной боли. Хотя на самом деле далеко не всегда все обстоит так просто...»

социальные заболевания

Проблема боли – междисциплинарная медицинская проблема. Боль – самая частая причина обращения пациента к врачу, а головная боль – самая распространенная из всех видов боли, но при этом с этой проблемой пациент реже всего обращается за помощью к специалистам в белых халатах. Пациент с головной болью – это «медицинская сирота», потому что в такой ситуации страдающий от головной боли человек зачастую остается непонятым ни родственниками, ни коллегами, ни даже некоторыми докторами. Пациент оказывается один на один со своим недугом, стесняясь обращаться к врачу, так как считает, что это не та проблема, из-за которой имеет смысл посещать доктора. Головная боль – это не только медицинская, но и социальная проблема.

Руководитель Областного центра диагностики и лечения головной боли, врач-невролог Областного консультативно-диагностического центра, к. м. н. Елена Шестель уверена, что считать приступы головной боли незначительной медицинской проблемой пациента нельзя ни в коем случае, ведь они могут сигнализировать о более чем серьезных проблемах со здоровьем человека.

– Частая, интенсивная и длительная головная боль снижает умственную и физическую работоспособность, негативно влияет на отношения в семье, ухудшает качество жизни, она может являться признаком тяжелого недуга, требующего серьезного лечения. Тем не менее именно головная боль может быть ведущей, а иногда единственной жалобой при более, чем 45 различных заболеваниях. Поэтому диагностика и лечение головных болей представляют собой общемедицинскую, междисциплинарную проблему, заслуживающую внимания врачей всех специальностей и, прежде всего, неврологов – замечает Е. Шестель.

СТРАДАЮТ И ЖЕНЩИНЫ, И МУЖЧИНЫ

Какой бы не была головная боль по силе и выраженности, у каждого из нас невольно возникают тревожные мысли по поводу нашего здоровья. И в первую очередь это касается тяжелых заболеваний с грозным прогнозом. Действительно, головная боль может быть проявлением таких угрожающих жизни заболеваний, как опухоль головного мозга, инфаркт или инсульт, мозговое кровоизлияние, менингит, энцефалит, травма. Но данная ситуация встречается только в 2% от всех видов головных болей. Чаще всего головные боли не связаны со структурными нарушениями

Головная боль: проблема, о которой знает каждый...

➤ 14 октября в Областном консультативно-диагностическом центре состоится междисциплинарная конференция «Боль, современные аспекты диагностики и лечения». К участию в конференции приглашены врачи-неврологи, ревматологи, терапевты из областных лечебно-профилактических учреждений Ростова-на-Дону. О современных тенденциях в диагностике и лечении различных видов боли ростовским медикам расскажут ведущие российские специалисты. С докладами выступят такие известные в стране врачи, как руководитель Лаборатории микрокристаллических артритов Института ревматологии РАМН (Москва), д. м. н., профессор Виктория Барскова и д. м. н., профессор кафедры нервных болезней Уральской медицинской академии (Екатеринбург), член Всемирной ассоциации изучения боли (IASP), эксперт Российского общества изучения боли, директор «Уральского неврологического реабилитационного центра» Василий Широков. Своё видение проблем боли собравшимся представят также руководитель Областного центра профилактики остеопороза ГБУ РО «ОКДЦ» Татьяна Жабрева и руководитель Областного центра диагностики и лечения головной боли ГБУ РО «ОКДЦ», к. м. н. Елена Шестель.

головного мозга и носят доброкачественный характер с благоприятным прогнозом. Такие виды головной боли называют **первичными головными болями**. И самые распространенные среди них это **мигрень, головная боль напряжения, кластерная головная боль**.

Мигрень – вид головной боли, который наиболее тяжело переживается, вызывая значительные изменения качества жизни. 25% женщин знакомы изнуряющие многодневные приступы головных болей в «одной половине головы», сопровождающиеся тошнотой, непереносимостью яркого света и громких звуков. Перед началом головной боли в 20% может возникнуть **аура**. Это кратковременное состояние от 5 до 60 минут, сопровождающееся ощущением всплеск света или белого пятна перед глазами, реже одностороннее онемение кончиков пальцев рук. Сам приступ головной боли может длиться от нескольких часов до трех суток (причем в это время часто неэффективны анальгетики), некоторое облегчение дает нахождение в темной тихой комнате и прием специфических противомигренозных препаратов на ранней стадии развития приступа. Мигрень немало женщин пронесет с собой через всю жизнь, и только в менопаузе этот недуг немного отступает.

Одним из наиболее тяжелых и неприятных видов головных болей у мужчин являются кластерные головные боли. Это чрезвычайно интенсивная приступообразная мучительная боль с локализацией в области одного глаза, сопровождающаяся слезотечением, заложенностью носа и выраженным чувством тревоги и беспокойства. Как правило, это непродолжительные приступы длительностью 15 мин. до трех часов, повторяющиеся несколько раз в день до 6-12 недель подряд, один-два раза в год.

Пожалуй, нет такого человека, которому не знакома головная боль, связанная с переутомлением, и причина этого не только стресс, но и напряженный график работы, мелкие проблемы дома, на работе, изменение климата и погоды. Это самый распространенный вид головной боли – **головная боль напряжения**. Она проявляется в виде эпизодов продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток, обычно двухсторонняя сжимающая или давящая (редко пульсирующая), умеренной интенсивности. Но часто при отсутствии правильного лечения такая головная боль переходит в хроническую форму, характеризующуюся постоянным характером и незначительным эффектом от приема классических анальгетиков.

ЧТО ДЕЛАТЬ

Так что же делать, если болит голова? Первое и самое главное – не торопитесь принимать лекарственные средства. Какой бы хороший современный и дорогостоящий не был препарат, любой из них обладает побочными эффектами. Особенно это касается гомеопатических препаратов и биологически активных добавок. К сожалению, у пациентов слишком мало информации о серьезных осложнениях, к которым может привести самолечение. Часто пациенты становятся невольными заложниками рекламы, дорого расплачиваясь своим здоровьем. Как показывает врачебный опыт, только 30% больных с головной болью обращаются к врачу. Большинство же, к сожалению, предпочитает самостоятельно принимать анальгетики для купирования приступов. У многих это случается не реже одного раза в неделю, что дает кратковременный положительный результат, но не действует на механизмы возникновения болевого синдрома. В результате головная боль возвращается вновь и вновь, дозы лекарств возрастают, что приводит не только к развитию побочных эффектов от действия самого лекарства, но и к развитию парадоксальных реакций, а иногда и зависимости

от сильных обезболяющих, которая сама по себе может провоцировать головную боль. Такая головная боль называется **абусной**. Кроме вышеописанных, наиболее частых типов первичных головных болей, отмечается около сотни более редких типов первичных головных болей, для каждого из которых требуется свое особое лечение. Выявить единственно правильную причину патологии может, конечно, только специалист.

Для успешной борьбы со столь социально-значимой медицинской проблемой, как головная боль, в 2009 г. на базе ОКДЦ и был создан первый на Юге России Областной центр диагностики и лечения головной боли. Оснащение ОКДЦ позволяет проводить все имеющиеся на сегодня методы обследования для постановки завершённого диагноза и контроля эффективности лечения на современном оборудовании ультразвуковой, функциональной, лучевой и лабораторной диагностики. Цель каждого врача центра, не только выявить природу этого недуга, разработать правильную тактику сопровождения больного, избавить пациента от болевого синдрома, но и предупредить развитие и своевременно лечить куда более тяжелую патологию. Для этого врач должен иметь высокий уровень профессиональной подготовки, возможность обследовать пациента на современном оборудовании экспертного класса, придерживаться принципов завершённой диагностики и европейских схем лечения с учетом индивидуальных особенностей пациента. Попрощаться с головной болью может каждый житель Дона. Помогут в этом специалисты Ростовского областного консультативно-диагностического центра.

Оргкомитет междисциплинарной конференции «Боль, современные аспекты диагностики и лечения»

Медицина. Общество. Человек

В Областном консультативно-диагностическом центре всесторонне обследуются пациенты с сахарным диабетом, патологией гипоталамо-гипофизарной системы, надпочечников, репродуктивной системы. Исследуется не только гормональный спектр, биохимические показатели, но и проводится спиральная компьютерная и магнитно-резонансная томография для обнаружения опухолей эндокринных желез. Есть в центре и все необходимое для определения формы гиперпаратиреоза и дообследования пациента в рамках выявления множественной эндокринной неоплазии.

форумы, конференции

Современная эндокринология: совместное решение актуальных проблем

23 сентября 2011 г. в Областном консультативно-диагностическом центре прошло заседание Ассоциации эндокринологов Ростовской области на тему «Актуальные вопросы тиреоидологии». В работе заседания приняли участие врачи-эндокринологи, хирурги-эндокринологи, терапевты Ростова-на-Дону и Ростовской области. В ходе мероприятия обсуждались актуальные вопросы патологии щитовидной и паращитовидных желез, клинических аспектов йоддефицитных заболеваний.

С докладами на тему «Оптимизация действий при диагностике и лечении узлового зоба» и «Рациональный подход к терапии – основа обеспечения качества жизни при гиперпаратиреозе» выступил доктор медицинских наук, главный научный сотрудник ФГУ «Эндокринологический научный центр Росмедтехнологий» Д. Г. Бельцевич. Были затронуты актуальные проблемы ведения пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы.

Учитывая большую распространенность патологии и новообразований щитовидной железы, в 2008 г. на базе ОКДЦ был создан Областной центр по диагностике патологии щитовидной железы. Целью создания которого было осуществление ранней диагностики и выработка тактики лечения патологии щитовидной железы с использованием современных российских и международных стандартов. В рамках работы центра объединены усилия эндокринологов, врачей ультразвуковой диагностики и цитологии, иммунологов клиничко-диагностического комплекса, благодаря совместным действиям которых осуществляется диагностический процесс.

С введением в практику тонкоигольной пункционной биопсии щитовидной железы количество оперативных вмешательств при заболеваниях щитовидной железы уменьшилось более чем в два раза. В то же время относительное количество больных, оперированных по поводу злокачественных опухолей, увеличилось. Поэтому в центре пациентам с узловыми образованиями больше 10 мм проводится тонкоигольная аспирационная биопсия узловых образований под контролем УЗИ. По результатам цитологического исследования, пациенты могут быть

условно разделены на несколько групп.

Первая группа – это пациенты, у которых цитологическое исследование оказалось недиагностическим, – таким пациентам рекомендовано динамическое наблюдение и повторная ТАБ через три месяца. **Вторая группа**, в которой цитологическая картина соответствует доброкачественным изменениям щитовидной железы, – это пациенты с коллоидным узловым зобом, диффузно-узловой формой аутоиммунного тиреоидита, которые при незначительных размерах узловых образований требуют только динамического наблюдения. При сохраненной функции щитовидной железы таким пациентам, как правило, препараты тиреоидных гормонов не назначаются во избежание неоправданного риска развития побочных эффектов при приеме левотироксина. **Следующая группа** – когда цитологическая картина позволяет предположить злокачественную опухоль щитовидной железы. Цитолог может почти безошибочно диагностировать в препарате тонкоигольной пункционной биопсии папиллярный, медулярный и анапластический рак щитовидной железы. Однако сохраняется относительно высокий процент гипердиагностики по результатам дооперационного цитологического метода исследования, особенно при заключении «фолликулярная опухоль». Это влечет за собой выполнение оперативных вмешательств, в которых нет необходимости. В случае фолликулярного рака, аденомы, фолликулярного варианта папиллярной карциномы цитолог не может установить характер процесса: доброкачественный или злокачественный, так как признаки злокачественности – прорастание капсулы и инвазия

сосудов – можно выявить только при гистологическом исследовании. В этих случаях цитолог дает неопределенное заключение «фолликулярная опухоль». Указанные заключения составляют подавляющее большинство среди всех «подозрительных» в отношении злокачественного процесса цитологических заключений. Как правило, все пациенты с такими образованиями щитовидной железы подвергаются оперативному вмешательству. По данным разных авторов, количество выявленных при послеоперационном гистологическом исследовании карцином, при которых необходимо хирургическое вмешательство составляет от 2 до 20%.

Такое разделение позволяет дифференцированно подходить к выбору тактики лечения узловых образований щитовидной железы, позволяет избежать ненужных хирургических вмешательств там, где они не показаны, и своевременно провести их в том случае, где это показано, чтобы вернуть человека к полноценной жизни.

Кроме того, всем пациентам с эндокринологическими патологиями в ОКДЦ определяется уровень тиреоидных гормонов. В зависимости от предполагаемого тиреоидного статуса исследуется различный набор гормонов щитовидной железы и различные антитела, что позволяет своевременно и точно оценить функцию щитовидной. Например, при гипотиреозе исследуется уровень

тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина и антитела к микросомальному фактору, тиреоглобулину. При тиреотоксикозе – ТТГ, свободный тироксин и трийодтиронин, а так же АТ к МСФ, АТ к рецепторам ТТГ. Это дает возможность дифференцировать диффузно-токсический зоб и хаситоксикоз, это же помогает определиться с тактикой лечения диффузно-токсического зоба. Также здесь определяется уровень тиреоглобулина, что позволяет наблюдать пациентов оперированных и пролеченных радиоактивным йодом по поводу рака щитовидной железы.

Стоит отметить, что в Областном консультативно-диагностическом центре консультируются и наблюдаются пациенты не только из Ростова-на-Дону и области, но и из других регионов России. Особенно много пациентов с патологией щитовидной железы из йоддефицитных регионов. Доктора из районов часто присылают больных со сложными или нетипичными эндокринными заболеваниями. ОКДЦ – единственное медицинское учреждение в Ростовской области, которое может полноценно (с выполнением функциональных проб, измерением уровня инсулинподобного фактора роста) обследовать пациентов с акромегалией. Именно диагностическим возможностям эндокринологической службы и был посвящен доклад к. м. н., руководителя Областного центра диагностики па-

тологии щитовидной железы Н. А. Красновой. Этот доклад был призван еще раз рассказать эндокринологам области о диагностических возможностях эндокринологической службы ОКДЦ для того, чтобы наши знания и опыт использовались в полной мере для блага пациентов всего Донского края.

На заседании также рассматривались клинические аспекты йоддефицитных состояний в практике врача-эндокринолога. С таким докладом выступила к. м. н., ведущий сотрудник ФГУ «ЭНЦ Росмедтехнологий», сотрудник центра по йоддефицитным состояниям Ф. М. Абдулхабирова. Не в первый раз были затронуты вопросы клинических проявлений йоддефицита и возможности профилактики и лечения их. Было отведено время и для обсуждения не часто затрагиваемой на заседаниях, но достаточно актуальной проблемы патологии паращитовидной железы, а именно, гиперпаратиреозу. Возможно, потому что в ОКДЦ активно проводится выявление остеопороза, здесь также активно выявляется и гиперпаратиреоз. Для его диагностики в центре есть все возможности:

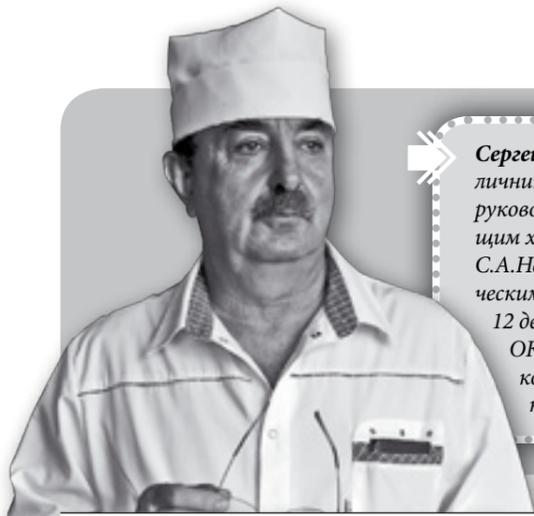
- определяется концентрация кальция и фосфора, как крови, так и мочи;
- выясняется уровень паратиреоидного гормона;
- выполняется УЗИ паращитовидных желез и МРТ при атипичном расположении паращитовидных желез.

Есть в центре и все необходимое для определения формы гиперпаратиреоза и дообследования пациента в рамках выявления множественной эндокринной неоплазии.

Все это возможно благодаря сочетанию высокого уровня профессионализма врачей и диагностическим технологиям Центра. А в заключении хотелось бы отметить, что к заседанию и обсуждаемым на нем вопросам был проявлен огромный интерес, докладчики отвечали на многочисленные вопросы эндокринологического сообщества Донского края, которые касались диагностики и лечения обсуждаемых заболеваний, уточнения дозировок используемых препаратов, методических подходов к обследованию пациентов и много другого.

Эндокринологическая служба
Областного консультативно-
диагностического центра





Сергей Аванесович Нерсесянц – заслуженный врач РФ, отличник здравоохранения, врач высшей категории. Он не только руководит отделением, но и является известным практикующим хирургом, очередь к которому расписана до конца месяца. С.А.Нерсесянц активно сотрудничает с Волгодонским некоммерческим Фондом поддержки семьи и детства им. Н. Бурдюгова. 12 детей прошли 25 операций в челюстно-лицевом отделении ОКБ в рамках программы «Я – ребенок, я – человек!», цель которой – активное содействие лечению детей из малообеспеченных и многодетных семей, детей-инвалидов.

реплика

Наш собеседник назначил интервью на 22.30 – «Впереди целая ночь, на разговоры времени предостаточно». Мой рабочий день давно закончился, его рабочий день – только начался. Завотделением челюстно-лицевой хирургии Ростовской областной клинической больницы №1 Сергей Нерсесянц заступил на ночное дежурство.

ТРИЛЛЕРЫ – КОМЕДИИ

– Сергей Аванесович, Вы же заведующий отделением, начальник, можно сказать. Неужели больше некому ночью подежурить?

– Дежурящего ночью можно назвать «ночным главным врачом». Как правило, ночные дежурства по больнице входят в обязанности заместителей главного врача. Их у нас мало, а дежурств много, поэтому 1-2 раза в месяц в ночь выходят заведующие отделениями – те, на кого можно «оставить» на ночь целую больницу. Тут ничего страшного нет, я этим давно занимаюсь: организовать что-то, кого-то привезти или отвезти, решить спорные вопросы в больнице.

Заслуженный врач РФ, отличник здравоохранения, врач высшей категории Сергей Нерсесянц – тоже далеко «не мальчик» (уже за шестьдесят), однако он не только руководит отделением, выходит на ночные дежурства, но и является известным практикующим хирургом, очередь к которому расписана (к моменту нашей беседы) до конца месяца. К нему стремятся попасть те, к кому судьба оказалась не милостива, и кого он превращает силой своего медицинского дарования в «красавицу» и «красавцев».

– Ну, так радикально мы, конечно, изменить человека не можем, – осаживает мой пыл Сергей Аванесович. – Но изменить что-то в лучшую сторону – да, возможно.

– Неужели Ваши пациенты – это только участники уличных драк со сломанными челюстями и выбитыми суставами? – тут же разочаровываюсь я.

Врач тяжело вздыхает и начинает привычную лекцию.

– Спектр деятельности нашего отделения чрезвычайно широк. Все, что связано с лицом и шеей, – все это наша область. Начнем с первых дней жизни. На 400 родов один ребенок рождается с патологией в челюстно-лицевой зоне, чаще всего это или «заячья губа», или «волчья пасть». Как правило,



Ночной диалог

таким детям нужно делать последовательно как минимум три операции (одна – на губе, вторая и третья – на небе), по мере взросления требуется оперативная коррекция. Кроме того, у детей могут быть кисты, воспалительные заболевания и пр.

Другие пациенты – те самые взрослые люди со сломанными челюстями. Мы это называем «бытовыми травмами». Сюда же включаем транспортные, производственные и термические травмы. В последнее время нередки огнестрельные ранения, привозят и неудачников-самоубийц, отстреливающих себе переднюю часть лица. Далее, нелеченные зубы – один из источников нашей работы: флюсы, абсцессы, флегмоны, осложнения (кстати, иногда приводящие и к летальным исходам). А еще нам немало работы доставляет простое выдавливание прыщиков. Есть такое понятие у нас, как «злокачественное течение фурункула или карбункула». Тысяча человек давит прыщи и нечего, а тысяча первый выдавит и молниеносно скончается от заражения. Далее, оперируем доброкачественные и злокачественные опухоли.

– Я предполагала, что ваше отделение занимается, в основном, косметическими процедурами...

– Это тоже есть (отопластика, ринопластика, подтяжки), но это для нас – так, «игрушки». Если бы вы видели, как во время операции мы отпиливаем у человека верхнюю челюсть вместе с глазом и окружающими костями, вы бы поняли, что наши операции – это не простое вправление вывихнутой челюсти. Все-таки, это же не «ножка-ручка», которые режут, простите за сравнение, как колбаску, это – лицо!

– Ну, Вы меня совсем засмутили. Вас, наверное, никаким фильмом ужасов не испугать...

– Что вы, голливудские триллеры – просто комедии, по сравнению с нашей повседневной деятельностью.

«Я НЕ БОГ»

Разговор прерывается телефонным звонком – необходимо срочно проконсультировать коллегу по поводу больного. Беседа шла быстро, в режиме «вопрос-ответ». Ситуация разрешилась в течение нескольких минут. Таковы профессионалы... Неужели еще есть и такие в нашей «бесплатной» медицине?

– Сергей Аванесович, не хотелось уйти в коммерцию, открыть свой «салончик по пластике»?

– Мне делали такие предложения, но я отказывался. Как-то у меня душа к этому не лежит. Я – хирург, и хочу заниматься тем, что выбрал в качестве дела всей жизни. Еще будучи студентом стоматологического факультета в Ставропольском медицинском институте, я на практике с увлечением учился резать, а не коронки делать. К тому же, и так слишком много хороших врачей ушло в частные структуры, блестящие хирурги стали просто удалять зубы, потому что за это больше платят.

– А вы – альтруист?

– Нет, конечно. Я нормально живу, у меня хорошая машина. Знаете, у меня есть свое правило в жизни: я не вымогаю, но и от благодарностей не отказываюсь. Мой авторитет играет мне на руку, все-таки я с 1972 г. работаю в этой области, и люди уже стараются попасть на операцию именно ко мне: до конца сентября каждый мой операционный день расписан, – и

это только плановые больные. А ведь есть еще срочные: с абсцессами, опухолями, которые ждать не могут.

– Извините за бытовательский вопрос... Но Вам никогда не хотелось, просто увидев в толпе человека, предложить ему свою помощь?

– Как-то раз на Центральном рынке в Ростове я увидел женщину, которая просила милостыню на операцию ребенку, причем на картонке было указано, что оперировать нужно лицо. Я подошел, выяснил, что у ребенка «заячья губа», предложил ей приехать к нам, дал даже визитку, но... Она так и не приехала. Есть такие мамы, которые просто используют детей в своих корыстных целях – милостыню просят, держат подольше на инвалидности и получают их пенсию... Когда я только начинал, ко мне иногда поступали юноши из военкомата, которых уже по возрасту в армию пора забирать, а у них не оперированная «заячья губа». Люди отказывались от операции, чтобы в армию не идти.

– Есть пациенты, жизнь которых после встречи с вами кардинально изменилась?

– Сейчас мне трудно вспомнить... Ну вот, к примеру, недавний случай. Девочка родилась со множественными патологиями. Родителям посоветовали ее оставить в роддоме. Мне привозили девочку на операции сначала из Дома ребенка, потом из детского дома, а потом я увидел, что девочку на очередную операцию привезли две женщины – сопровождающая и... мать, которая разыскала свою дочь, и оформляла как раз документы на материнство. Девочка, после всех наших усилий, получилась с нормальным личиком,

стройная, высокая. А пару лет тому назад я оперировал мальчишку из Дома ребенка, был очень сложный случай (более двух часов стоял у стола). Когда приехал в очередной раз посмотреть, как он там, мальчишка уже усыновили и готовили на выезд то ли в Голландию, то ли во Францию, уж не упомню.

– Вы не поддерживаете контакты со своими пациентами?

– Знаете, не всякому человеку хочется лишний раз себе напоминать, что ты родился уродом. О страшном лучше забыть.

– Не обидно?

– Нет. Главное, что мы все сделали, так как нужно, и теперь человек идет по жизни нормально.

– Немножко богом себя не ощущаете?

– Нет. Хотя мне когда-то мои ученики подарили штампик: «Сергей Аванесович – Бог пластической хирургии», где-то он у меня валяется... Звездной болезни у меня нет. Всегда надо иметь ввиду, что есть люди, которые что-то делают лучше тебя.

«Я ТОЖЕ БОЯЛСЯ»

Наша беседа опять прерывается – Сергей Аванесович делает тише звук любимой радиостанции – «Эхо Москвы».

– Вы слушаете «Эхо Москвы», значит, увлекаетесь политикой?

– Конечно. Мои любимцы – Виктор Шендерович, Леонид Радзиховский, Евгения Альбац, Валерия Новодворская...

У меня, как у человека, как у врача, есть свои планы и свои цели. И ничто мне не помешает сделать то, что я задумал. Я достиг того, чего хотел. Я и мои коллеги из отделения разработали и запатентовали собственную уникальную методику реконструктивных операций, благодаря которым прооперированные онкобольные, а также те, кто пострадал от травм, ранений, обретают вполне пристойный вид (при реконструктивной операции в качестве замещающего материала используется участок широчайшей мышцы спины, приживляется и закрывает место повреждения). Есть у меня и научные статьи. Можно постоянно учиться чему-либо новому...

У меня сын, который стал врачом, защитил диссертацию, пошел по моим стопам, продолжил мое дело. Хочу, чтобы он стал лучше меня. Мечтаю о врачебной династии Нерсесянц: отец, я, сын – три поколения. А еще хочу, чтобы сын начал с детьми работать, а он пока боится (с детьми страшновато – не сделать бы хуже). Я тоже боялся когда-то...

Светлана Лукьянчикова
Редакция «СЗ» выражает благодарность редакции ж-ла «Ростовская область» за предоставленный материал

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ЗДОРОВЬЯ

Уровень охвата населения медпомощью в среднем по донским городам в 2010 г. составил 98,6%, по районам – 98,5%. С 2010 г. в Ростовской области работают 14 центров здоровья, к которым прикреплены профилактические кабинеты в сельской местности (в них каждый может определить уровень артериального давления, вес, содержание холестерина, глюкозы крови, оценить возраст сосудистой стенки). В 2010 г. в центры здоровья обратилось 2364,4 человек. За то же время основам здорового образа жизни обучено 4788 специалистов центров здоровья для взрослых и 772 врача центров здоровья для детей.



форумы, конференции

Терапевт – подлинно народный доктор

С 29 по 30 сентября 2011 г. в Ростовском государственном медицинском университете прошел Съезд терапевтов Юга России, посвященный 135-летию со дня рождения Николая Дмитриевича Стражеско.

На съезде были заслушаны доклады, связанные с различной терапевтической проблематикой: фундаментальными исследованиями, проблемами доказательной медицины, оценкой качества лекарственных препаратов, рационализацией подходов к лечению терапевтических больных. Немало выступлений были посвящены заболеваниям сердечно-сосудистой системы (АГ, ИБС, острому коронарному синдрому, тромбозам и некоронарогенным заболеваниям миокарда, дисплазии соединительной ткани, функциональным расстройствам), а также патологии желудочно-кишечного тракта (язвенной болезни, заболеваниям кишечника, хроническим диффузным заболеваниям печени, профилактике онкозаболеваний ЖКТ). Уделено внимания было также редким заболеваниям в практике терапевта, заболеваниям органов дыхания (инфекциям дыхательных путей, бронхиальной астме, ХОБЛ, онкопатологии) и проблеме здоровья врачей и профилактики заболеваний. В рамках съезда работала фармацевтическая выставка, состоялись школы, семинары, лекции, мастер-классы для практикующих врачей.

Среди большого числа медицинских специальностей, наиболее всеобъемлющей является, безусловно, терапия. Терапия (от греч. *therapeia* – забота, уход, лечение) – одна из самых обширных областей медицины и человеческого познания. Достаточно устойчивые теоретические представления XIX века сменились постоянно обновляющимися тенденциями XX-XXI вв.

ТЕРАПЕВТ XXI ВЕКА

Сегодня многие классификации, рекомендации, стандарты пятилетней давности уже можно считать устаревшими. Врач-терапевт XXI века должен обладать незаурядной медицинской эрудицией, широтой и логичностью мышления, интуицией и клиническим мастерством, милосердием и терпением. Среди множества толкований слова «терапевт» есть одно, выводящее роль терапевта за пределы «специалиста по внутренним болезням». Так, в словаре иностранных слов (1959 г. издания) «*терапевт*» определяется как «ухаживающий за больным». Сегодня терапев-

тическая служба, воплотившая в себе все лучшие традиции отечественной медицины, решает проблемы сложных, хронически больных пациентов, в том числе и лиц пожилого возраста. Лечение многих терапевтических больных требует от врача знания психологии, неврологии, геронтологии и других смежных дисциплин. Ведь прежде, чем пациент попадет к «узкому специалисту», он обращается к терапевту, который, в свою очередь, несет ответственность за дальнейший диагностический поиск.

В настоящее время все отчетливее прослеживается тенденция «наступления» «узких» специалистов на терапевтического больного. Безусловно, наличие у врача узкоспециализированных диагностических и клинических навыков – это благо. Однако, подчас, наш терапевтический пациент, посетивший массу узких специалистов, собравший ворох диагнозов и рекомендаций, становится заложником полипрагмазии, а его заболевания рассматриваются не в общем контексте, а отдельно друг от друга. Объединяющую же роль и признан играть именно терапевт.

В динамике обеспеченность терапевтическими кадрами выглядит следующим образом: в 2007 г. – 4,6, в 2008 – 4,6, в 2009 – 4,4, в 2010 – 4,3 на 10 тыс населения. Однако, механическое увеличение числа подготовленных терапевтов не решит задачу улучшения качества оказания помощи терапевтическим больным. Необходимо качественное повышение образовательного потенциала врачей-интернистов. Врач-терапевт сегодня имеет возможность получать информацию из различных источников, в том числе интегрироваться в мировое научное пространство. Сегодня формы образовательного процесса существенно разнообразились – это и съезды, и конгрессы, и тренинги, и школы, и конференции. Главное – была бы мотивация. Серьезно обсуждается вопрос о внедрении системы накопительных образовательных сертификатов как альтернативы курсам повышения квалификации.

ПЕЧАЛЬНАЯ СТАТИСТИКА

Оценивая некоторые показатели терапевтической заболеваемости можно констатировать снижение первичной заболеваемости (по данным на 2010 г.) по некоторым классам заболеваний (данные представлены в целом по области). По сравнению с 2005 г. первичное выявление патологии МПС снизилось с 76,8 до 65,3; заболеваемость патологией нервной системы и органов чувств снизилась с 26 до 23 случаев на 1 000 населения. Однако по остальным классам заболеваний по сравнению с 2005 г. произошла отрицательная динамика.

Заболеваемость онкопатологией возросла с 10,4 до 14,4; эндокринной патологией с 9,4 до 10,5; патологией органов дыхания с 309,1 до 322,6; ЖКТ-патологией – с 36,6 до 38,9 на 1000 населения. Возможно, это связано с улучшением диагностики и выявляемости. Такая же отрицательная динамика наблюдается по показателю общей распространенности (болезненности). По сравнению с 2005 г., в 2010 г. распространенность ССП возросла с 181,8 до 208,9; болезней эндокринной системы – с 48,3 до 59; болезней органов пищеварения – с 129 до 136,3 на 1000 тыс. населения. Однако, есть и обнадеживающие цифры. Сегодня можно говорить о наметившихся положительных демографических тенденциях. Младенческая смертность по сравнению с 2000 г. снизилась с 45 до 17,2 на 1000 тыс. живорожденных. Отрицательный естественный прирост с (-7,3) до (-3,9). По сравнению с 2004 г. смертность от ССЗ снизилась с 928,1 до 863,5, от болезней эндокринной системы с 8 до 6,4, от болезней органов дыхания с 41,5 до 29,9 на 100 тыс. умерших. Это – результат взаимосвязанных друг с другом слагаемых успеха – оснащения, обеспечения отделений современным лекарственными препаратами, внедрение новых лечебно-диагностических технологий, повышение образовательного потенциала кадров и повышение валеологической культуры населения.

международное сотрудничество

Курсы для украинских медиков в Ростовском противочумном институте

Украинские врачи по приглашению Роспотребнадзора прошли учебные курсы по борьбе с холерой в Ростовском противочумном институте. Об этом рассказал главный государственный санитарный врач РФ Геннадий Онищенко.

«Еще с советских времен это головной институт по проблеме холеры... Здесь состоится взаимный обмен информацией», – сказал Онищенко и добавил, что курсы запланированы на август. Ранее украинские

власти отказались от помощи российских специалистов в локализации вспышки холеры.

Эта вспышка началась в мае в украинском городе Мариуполе на берегу Азовского моря. Было выявлено 27 случаев заболева-

ния. Еще у 13 человек обнаружено бессимптомное носительство холерного вибриона. На лечении в инфекционном отделении Мариупольской городской больницы № 4 до недавнего времени оставались четыре больных и три носителя вибриона. В связи с инфекцией в Мариуполе запретили посещение пляжей и купание в море, а также вылов, продажа и употребление в пищу морской рыбы. Также усилен контроль качества питьевой воды. Анализам на холеру подверглись сотни лиц без определенного места жительства.



Эпидемиологи полагают, что источником инфекции стали канализационные стоки, несанкционированно сброшенные в реку Кальмиус, откуда возбудитель (серовар Огава биовара Эль-Тор холерного вибриона) попал в рыбу и передался людям.

По словам Онищенко, в настоящее время в связи со вспышкой усилен санитарный контроль в Азовском море и в бассейне реки Дон, а также на морском, автомобильном и железнодорожном транспорте в Краснодарском крае и Ростовской области.

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Подробную информацию о методах диагностики и лечения глаукомы вы можете получить в межрайонных глаукомных кабинетах, которые открыты в шести городах области: ВОЛГОДОНСКЕ, ТАГАНРОГЕ, ШАХТАХ, Б. КАЛИТВЕ, МИЛЛЕРОВО, САЛЬСКЕ.

Все кабинеты оснащены оборудованием, позволяющим поставить правильный диагноз и выявить глаукому на ранних стадиях!

Все пациенты области с подозрением на глаукому направляются на комплексное обследование в эти кабинеты или в Областной глаукомный центр при ОКДЦ г. Ростова-на-Дону (на ул. Пушкинской).