

85 лет

Пульс

1 ноября 2017 года

среда

№1

Совместный проект
БУ ХМАО – Югры «Окружная клиническая больница» и
ФБОУВО «Югорский государственный университет»

Пульс — это ритмическое колебание артериальной стенки, возникающее при каждом сокращении сердца. По пульсу можно узнать количество сокращений сердца в минуту.

Сердце ОКБ бьётся с частотой 85, в ритме со временем и с Югрой!



В Год здоровья и год 85-летия Окружной клинической больницы Югорский государственный университет и окружная клиника организовали совместный творческий проект «Нам – 85 лет. Окружная клиническая больница глазами студентов ЮГУ»

Студенты первокурсники кафедры журналистики побывали в операционных больницах, встретились с ветеранами, врачами, медицинскими сестрами учреждения, погрузились в тему здравоохранения Югры

Нам – 85 лет

Окружная клиническая больница глазами студентов
Югорского государственного университета

У вас в руках — уникальный экземпляр газеты, подготовленный студентами кафедры журналистики Югорского государственного университета и окружной клинической больницы. Это совместный проект, цель которого рассказать о работе врачей учреждения, привлечь интерес студентов к профессии медицинского работника, дать возможность юным журналистам «отточить» свое перо на медицинской тематике. Для лучших студентов первого курса факультета журналистики ЮГУ специалисты больницы решили приоткрыть направления деятельности медицинского учреждения, дать возможность будущим профессионалам погрузиться в мир современных технологий в

медицине, мир таинства спасения людей, мир человеческих возможностей в лечении пациентов.

Студенты изучили работу специалистов в отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и недоношенных детей, рассказали о новых технологиях в кардиохирургии и отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения. Юные журналисты встретились с ветеранами учреждения, нашли ответы на вопросы: почему медицинская операционная сестра во всем мире относится к высшей категории сестринского персонала, как применяется гамма-нож в лечении онкологических заболеваний.

— Для нас самым главным

посылом в этом проекте является возможность показать и рассказать пока еще неискушенным, абсолютно молодым взглядом студентов, как работают наши врачи. Для нас очень важно было создать позитивный образ нашего югорского доктора. Мы показали будущим журналистам, в чем суть работы нашего здравоохранения, постарались научить писать о медицине ответственно и профессионально. Надеюсь, они вспомнят этот опыт, став серьезными маститыми специалистами. Уверена, это им поможет быть объективными, деликатными, этичными журналистами в будущем, — оценила проект главный врач Окружной клинической больницы.

Елена Кутефа.

Елена Кутефа: «Здоровье – это не дело рук одних врачей, это дело рук всей нации. Только здоровая нация может быть успешной».

2017 год ознаменован двумя событиями в области здравоохранения: 85 лет Окружной клинической больницы и Год здоровья в Югре. Какие будут проводиться мероприятия по улучшению предоставления качества услуг, что изменится в работе после включения ОКБ в проект «Бережливая поликлиника» и что является главным в развитии главной поликлиники округа? Все это мы узнаем от главного врача Елены Кутефа.

— В этом году ОКБ отмечает свое 85-летие. Чем сегодня может гордиться главная поликлиника

округа?

— ОКБ — это больница, которая имеет большие корни. Начиналась она с остояко-вогульской амбулатории, затем превратилась в Окружную клиническую больницу. А ее летопись писалась теми людьми, которыми по праву можно гордиться. В первую очередь, больница должна гордиться своими специалистами: врачами, медицинскими сестрами, а также младшим медицинским персоналом, который составляет основной костяк учреждения и воплощает все современные идеи в жизнь.

Безусловно, больница может гордиться современным высокотехнологичным оборудованием и новыми внедренными технологиями, своей материально-технической базой.

— Что входит в планы главного врача по совершенствованию работы поликлиники? Какие есть перспективы на будущее?

— Имея огромный внутренний ресурс, эта клиника может развиваться не только в сторону повышения качества медицинских услуг, но и в сферах улучшения доступности и комфортности оказы-



ваемой помощи. Нам необходимо продумать все возможные нюансы, которые могут возникнуть у пациента от момента его входа в поликлинику до самого получения медицинской помощи.

— Правда ли, что ОКБ включилась в общероссийский проект «Бережливая поликлиника»? Какие за этим уже следуют изменения в работе?

— Да, ОКБ действительно вступила в проект «Бережливая поликлиника», и сейчас мы находимся на первом аналитиче-

ском этапе, где анализируем процессы, связанные с потерей времени у пациента в стенах нашей клиники. Если услуга оказана качественно, но для ее получения затрачено очень большое количество времени, то это вызывает раздражение у пациента и неудобство у самого врача. Существует огромное количество процессов, которые необходимо оптимизировать. Они станут проще и, следовательно, медицинская помощь станет доступнее.

Нам – 85 лет

Окружная клиническая больница глазами студентов Югорского государственного университета

В этом проекте проводится анкетирование с целью выведения слабых звеньев в поликлинике, проводится хронометраж затраченного времени. Например, хотите ли вы получить справку, или вам нужна диспансеризация, либо вы нуждаетесь в неотложной медицинской помощи. Все эти процессы анализируются от момента входа пациента в больницу. Если колебание времени для посещения врача колеблется от трех минут до получаса, значит, где-то есть слабые моменты. Почему один пациент ждет три минуты и попадает на прием, а у другого участкового врача это время может составлять пятнадцать – тридцать минут? Так быть не должно. Значит где-то нужно поработать над оптимизацией. Есть некое усредненное время, к которому надо стремиться. Также для удобств мы планируем подключиться к системе СМС-информирования. Почему «Бережливая поликлиника»? Потому что необходимо бережливо относиться ко времени и медперсонала и ко времени пациента.

— Расскажите подробнее о системе СМС-информирования?

— Когда вы записываетесь к врачу, не важно, каким способом это происходит, вы указываете свой мобильный телефон и даете свое согласие: ставите галочку на «СМС-информировании». В случае, если вы записались на определенную дату и определенное время, за день до этого вам придет СМС-уведомление, что вы записаны, для того, чтобы напомнить. Но если вдруг в это время у вас появились какие-то другие планы, тогда вы пишете свой отказ. Он приходит к нам на нашу систему (сервер) и происходит возвращение этого талона. Таким образом, уменьшится число неявок пациентов. И вам будет удобно, потому что есть напоминание об этом талоне. Работа над этим проектом выполняется совместно с Медицинским информационно-аналитическим центром Ханты-Мансийского автономного округа — Югры.

— Как решается проблема нехватки специалистов в больнице? Есть ли окружные или федеральные программы, которые позволяют привлекать молодых специалистов?

— Самая большая проблема — это нехватка «узких» специалистов. В первую очередь, мы хотим привлекать выпускников из нашей Ханты-Мансийской медицинской академии. Мы активно с ними сотрудничаем, выходим на дни профориентации, где позволяем студентам своевременно опреде-

литься с выбором, устраиваем беседы с будущими врачами. Замечаешь одну удивительную вещь, что часть студентов со 2-3 курса уже точно знают, кем хотят быть. И они уже двигаются в этом направлении, читают дополнительную литературу, занимаются самообразованием. Ряд студентов используют возможность устроиться на работу в ОКБ в качестве младшего медперсонала, чтобы получать неоценимую практику. Но есть студенты, которые длительно колеблются с выбором. Эта неопределенность дает потерю времени студенту, и он не работает над самообразованием в том направлении, каким специалистом хочет стать. Задача своевременно рассказать о каждой специальности. Рассказать так, чтобы человек заинтересовался и захотел прийти. Мы приводим студентов к нам, чтобы показать и рассказать на личном примере. Часто используем современные возможности. На все конференции, где идут трансляции из операционной, то есть проходит «живая» операция, мы приглашаем студентов медицинского вуза. А они, в свою очередь, могут наблюдать, как хирург в своих руках держит сердце при замене клапана. Или как происходит кесарево сечение, появляется ребенок, как за считанные секунды можно услышать плач новорожденного. Самое главное, чтобы те студенты, которые готовятся в стенах медицинской академии, своевременно делали выбор и приходили к нам. Конечно же, еще работает программа «Земский доктор», по которой привлекаются дополнительные «узкие» специалисты. В 2017 году два специалиста, которые проходят конкурсный отбор: анестезиолог-реаниматолог в отделение реанимации для новорожденных и детский невролог. Эта программа предусматривает дополнительные выплаты, которые позволяют определиться с жильем врачу и остаться надолго в Ханты-Мансийске. Выплаты производятся из окружного бюджета. У нас они составляют 1 млн. руб. Также мы стараемся отправлять наших врачей повысить квалификацию на разные стажировки в России и за рубеж. В 2017 году у нас проходит стажировку в Германии врач акушер-гинеколог и врач отоларинголог. Такая практика позволяет перенять ценный опыт у российских и зарубежных коллег. Кроме того, на базу нашего медицинского учреждения также приходят разные и проводят мастер-классы, дополнительные обучающие программы. Например, Российская



ассоциация акушеров-гинекологов проводила у нас мастер-классы по скринингу рака шейки матки. Очень много интересного здесь происходит, поэтому окружная клиническая больница привлекательна как место, где можно получить хороший профессиональный опыт.

— В случае если кто-то несправедливо пишет жалобы, как Вы защищаете интересы своих работников?

— Точнее назвать это обращениями. Обращения дают нам возможность посмотреть на себя со стороны. У нас постоянно проводится внутренний аудит контроля качества, также проводится внешний аудит страховыми компаниями, территориальным фондом ОМС. Тем не менее, у потребителя есть свое мнение и о качестве оказанной медицинской помощи, и о том, насколько комфортно ему было получить услугу. Поэтому все обращения в соответствии с законом рассматриваются комиссионно. Эти обращения — они как зеркало, которое отражает всю нашу работу. Если что-то не так, то не нужно воспринимать все в штыки, наоборот, нужно поработать над решением той или иной проблемы. Выяснить, что не так и внести оптимальные изменения. Нужно еще понимать, что у человека есть определенные заболевания, которые заставляют его постоянно на все жаловаться. В таких ситуациях, безусловно, оказывается помощь. У таких людей сниженное настроение, они склонны воспринимать все негативно. Мы прекрасно знаем подобные заболевания и предоставляем нуждающимся немедленную помощь, в том числе психологическую. Если же говорить конкретно о защите прав врача и пациента, то здесь все регулирует законодательство РФ. В любом случае, всегда сначала важно понять, почему человек жалуется, и в этом разобраться.

— Что бы вы изменили в системе финансирования? Есть ли смысл развивать платную медицину в ОКБ?

— В любом случае мы начнем изменять свою психологию и развивать сферу платных услуг. Так или иначе, некоторым людям услуги предоставляются только в платном формате: у кого нет гражданства РФ и полиса ОМС, либо какие-то операции, которые не включены в перечень бесплатного предоставления медицинских услуг. Сейчас все больше развивается медицинский туризм. Наши соотечественники часто используют возможность уехать на лечение за рубеж. Важно поменять свое мировоззрение и так отработать все нюансы, чтобы внутри нашей страны появились

учреждения, в которых бы наши соотечественники захотели получить медпомощь. Пока еще мы только начинаем входить в эту сферу. В рамках платных услуг мы развиваем бариатрическую хирургию. Это хирургическое лечение избыточной массы тела. Для этого создано специализированная палата, вся информация есть на сайте. Мы медленно, но верно, начинаем меняться. Наше учреждение вполне конкурентоспособно на современном рынке медицинских услуг.

— С каким обращением главный врач может обратиться к пациентам, к Губернатору, и даже к Министру здравоохранения России?

— Если к своим пациентам, то одно единственное обращение. Я хотела бы, чтобы каждый человек максимально понимал, что от сотрудничества врача и пациента зависит результат лечения.

Многое зависит от поведения пациента, от наличия вредных привычек, соблюдает ли он диету, назначения врача. Поэтому, хочется пожелать пациентам: берегите свое здоровье, не относитесь к нему небрежно. К сожалению, это исчерпаемый ресурс. Проходите все процедуры, профосмотры, диспансеризацию. И обязательно вакцинируйтесь от сезонных заболеваний. К Губернатору: мы очень рады, что Наталья Владимировна объявила этот год Годом здоровья. Это позволило привлечь дополнительное внимание населения к их здоровью. Мы провели большой ряд мероприятий, посвященный сохранению здорового образа жизни: это и кросс нации, и велопробеги, и «Пешком от инфаркта», и многие другие акции. Например, тестирование на ВИЧ, экспресс тестирование на исследование уровня глюкозы и холестерина, измерение артериального давления, получение достоверной медицинской информации о том, как избежать сердечных болезней. Здоровье — это не дело рук одних врачей, это дело рук всей нации. Только здоровая нация может быть успешной. Ну, а Министру Здравоохранения России можно пожелать только мощной команды, которая правильно будет расставлять акценты, и удачи в выполнении своей работы.

— Образ врача сегодня, какой он?

— Прежде всего, врач — это человек, который должен владеть современными информационными технологиями, современным оборудованием, которое позволяет облегчить труд. Современный образ врача — это человек, который читает. Потому что каждый день

появляются новые препараты, новые методики лечения, новые клиники. Нужно быть в курсе этих событий и уметь вести профессиональный диалог со своими пациентами. Ведь пациенты также могут самостоятельно найти информацию о том или ином препарате в сети, и не всегда качественную. Тем не менее, врач должен быть информирован обо всем этом и суметь дать достоверную информацию. И одно из самых главных критериев: современный врач — это человек, владеющий английским языком, хотя бы в области медицинской терминологии. Потому что сейчас достаточно много публикаций на английском языке. Нужно коммуницировать с иностранными коллегами, смотреть разные лекции, участвовать в международных мероприятиях.

— Чем Вы гордитесь как врач и человек?

— Я очень много встречала на своем профессиональном пути людей, которых без пафоса могу назвать Учителями с большой буквы. Это те люди, у которых я черпала потрясающие знания, таким образом растет каждый врач. И я горжусь теми людьми, которые встретились на моем пути, которые делились со мной знаниями, помогали... А как человек я горжусь своими детьми, своей семьей. Это самое важное в жизни.

— Есть ли мечта у Главного врача?

— Я очень хочу, чтобы планы по строительству перинатального центра на нашей базе были реализованы. Это позволит создать современное учреждение, которое сможет оказывать помощь роженицам и новорожденным деткам. Уже сейчас мы оказываем такую помощь, но хотелось бы, чтобы было отдельное здание, где все нужное будет в одном месте. И когда появится здание перинатального центра, то на освободившихся площадях образуется дополнительно место для других структурных подразделений. Например, для открытия неотложной кардиологии.

— А теперь, когда вы стольким с нами поделились, хотелось бы услышать Ваши поздравления коллегам в честь этой важной даты — 85 лет ОКБ.

— Часто Окружную клиническую больницу называют флагманом. И многие представления с флагманом — это корабль. Я желаю, чтобы какие бы бурные воды истории не несли этот корабль, он был устойчивым, чтобы здесь было комфортно лечиться и выздоравливать, чтобы у нас была одна большая медицинская, профессиональная семья.

Левченкова Дарья





Детское царство и настоящие волшебники

Эта тема никогда не поднималась в моем окружении. И о том, что в нашей Окружной Клинической больнице есть отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, я узнала совсем недавно.

В том, что это отделение особенное, убеждаюсь сразу. Туда просто так не попасть, только по звонку. На входе висит специальная «экипировка»: медицинский стерильный халат, чистые бахилы, маски, шапки. Все ради безопасности малышей! У двери в каждую палату находится аппарат с антисептиком для рук. В отделении необычайная тишина, палаты с детьми открыты, все малыши...спят. Слышно только работу техники. А заведует этим отделением удивительный человек – Игорь Колмаков, врач анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории. Но для меня он просто детский доктор. Зайдя к нему в кабинет, я обратила внимание на фотографию, где Игорь Владимирович был в образе Юлия Цезаря. Почему именно такой образ? Для меня это осталось загадкой, а сам Игорь Владимирович объяснил, что данный портрет ему в шутку подарили коллеги. Зато из разговора с доктором я открыла для себя новый удивительный мир.

– Игорь Владимирович, расскажите об отделении: когда было создано? И почему вы – успешный врач-анестезиолог-реаниматолог взялись за это сложное направление? Что вас побудило?

– Отделение было создано в 1998 году. Тогда была сложная ситуация по выхаживанию новорожденных детей. Сначала мы были маленькой группкой энтузиастов, постепенно к нам присоединялись желающие, и сейчас это уже отделение с достаточно хорошим, сформировавшимся квалифицированным коллективом. Единственное что плохо – молодежи у нас мало. Хотя в последнее время молодые проявляют интерес. Будем их учить и у них учиться – они сейчас тоже продвинуты (улыбается).

– Как вы помогаете расти деткам? Как это происходит? Сколько времени они у вас находятся?

– Когда ребенок находится в утробе матери – это одно, как мы говорим: «темно, влажно и тихо», хотя, на самом деле, это не совсем так. Там тоже кишечник работает, ребенок это все слышит. А здесь мы имитируем внутриутробную среду, помещая его в инкубатор. Это закрытый домик, закрытая система для малыша. В нем создается определенная среда: температура влажная и термическая, плюс сверху чехольчик кладется для того, чтобы ребенку было темно, потому что он не привык к такому свету, к которому мы с вами. Стараемся не разговаривать, не кричать, все манипуляции проводим в тишине. Хотя все равно шуму есть: и аппаратура работает, в любом случае мы разговариваем, какие-то организационные мероприятия проводятся. Самый маленький

ребенок, который у нас сейчас находится, это родившийся в 22 недели беременности. Его вес был чуть более 550 грамм. Он у нас уже 108 дней, но пока еще проблем очень много. Самостоятельно свободно дышать пока не может, мы ему помогаем. С недоношенными детьми проблем много. Эти дети отстают в физическом развитии и психическом. И здесь главное – успеть до трехлетнего возраста помочь им сформироваться. Особенно в нервно-психическом развитии. И здесь многое зависит от родителей, их усилий и настойчивости.

– Отделение – это люди. Кто с вами работает? Какие они?

– Специфика работы такая, что не каждый здесь задерживается. Легче работать в любом случае со взрослым человеком, который может пожаловаться, с ним можно поговорить. Здесь же ребенок ничего сказать не может, мы должны понять его по гримасе, по его телодвижению, по положению тела определить, что ему не нравится. Очень сложная работа! Особенно с маленькими – 22-23-х недельными. В первый месяц их сложно даже называть ребенком. Скорее, это организм такой, еще не ребенок... Вообще, потенциал человеческий здесь решает многое.

– Насколько была потребность в отделении на момент его создания и есть ли необходимость в отделении сейчас? Сколько по статистике рождается детей недоношенных? Эта статистика меняется с годами?

– Это был 1998 год. 90-е годы, сами понимаете, трудное было время, рождаемость была низкая. Но потребность в отделении, тем не менее, была, хотя гораздо ниже. Сейчас по-другому, изменились подходы. Раньше ребенком считался новорожденный после 27 недель беременности, весом более 1000 гр. С 2013 года Министерством здравоохранения внедрены новые критерии, по которым ребенком считается плод сроком более 22 недель беременности и весом более 500грамм. Поэтому потребность в реанимационных койках достаточно высокая. Хотя таких детей, можно сказать, немного. Допустим, у нас рождается где-то 40 детей за год, которые меньше 1,5 кг, а до 1кг – 15-20. Это соответствует мировой статистике. Недоношенных детей рождается 7-8%, а вот глубоко недоношенных – меньше 0,5%. Но проблема в том, что они «койку» занимают достаточно долго. И эта статистика с годами практически не меняется.

– В вашем отделении ежедневно происходят чудеса. А какие истории вы считаете чудом?

– Много запоминающихся моментов. А чудо описать очень сложно. Понимаете, для нас они не чудеса. Некоторые дети, на которых, образно говоря, вообще

не рассчитываешь, что они выживут – выживают, становятся замечательными, красивыми. Некоторые, вроде бы имеющие от рождения больше возможностей, становятся инвалидами... Для каждого доктора, для каждой медсестры какой-то ребенок более любимый. Почему так происходит? Никто не знает. У меня тоже есть «свой» ребенок – мой тезка. Его мама рассказывала, что, когда повезли ее на операцию, у нее не было надежды, что ребенок выживет... А потом, когда она зашла сюда, в реанимацию, то подумала, что все будет замечательно. И на самом деле, все было замечательно! Но проблем все равно было очень много с этим ребенком. Словами, знаете, это трудно передать, хотя мы иногда собираемся друг с другом и «сказки рассказываем» (улыбается). У меня есть крестник, тоже глубоко недоношенный ребенок, пролежал у нас долгое время. После выписки, через какое-то время, мне звонят родители и просят его посмотреть. Пришли ко мне, потом еще и еще. Потом пригласили меня быть крестным отцом. Сейчас они живут в Санкт-Петербурге, мальчику уже 14 лет.

Он невероятно умный, очень развитый ребенок.

– Вы всегда отслеживаете судьбу своих детей?

– Не всегда получается. Некоторые родители сами приходят нам показывать. Даже родители детей, которые стали инвалидами, чаще всего благодарны, потому что понимают, что не все в наших силах. По крайней мере, сделали максимум и даже больше. Иногда есть такие патологии, в которые трудно вмешаться. Чаще всего, это генетическая проблема, которую не исправить, и на ее фоне ребенок инвалидность получает. У нас много детей из округа, они уезжают и не всегда возвращаются, мы и теряем с ними связь. Но есть дети, которые приезжают на реабилитацию в детское отделение. Родители заходят, показывают. И дети разные. По мировой статистике примерно 40-50%, родившихся детей преждевременно, инвалиды. Диагнозы разные: слепота, глухота, ДЦП...

– Глядя на спасенных вами детей, о чем вы мечтаете?

– Я мечтаю, чтобы дети не

рождались раньше срока и больше ни о чем. Мне некоторые говорят, что если они рождаются не будут, то я лишусь работы. Ничего, другую найдем работу. В любом случае, хотелось бы, чтобы этих детей рождалось меньше. Нашим особенным детям в жизни непросто.

...После беседы мне сделали небольшую экскурсию по отделению. Надев на меня экипировку, завели в палату. В ней лежал совсем маленький младенец, который родился в 24 недели. Он был в инкубаторе, про который Игорь Владимирович рассказывал. Малыш спал.

Всего, на данный момент, в отделении находится шестеро детей. Но бывают случаи, когда оно переполнено. К счастью, так бывает редко. На прощание меня познакомили с настоящей легендой отделения – ребеночком, который тоже родился в 22 недели беременности. Он уже подросток и выглядел как полноценный новорожденный: «щекастик», нежно сопел и даже не подозревал, что я стою рядом и тихо им люблюсь...

Тебе повезло малыш, ты попал к настоящим волшебникам в белых халатах!

Анастасия Потехина



Хирурги – это люди, которые себе не принадлежат

Кардиохирургия окружной больницы. Прогрессивные методы лечения



Владимир Цейтлин

Встреча с нашим героем назначена, ожидаем в коридоре отделения кардиохирургии Окружной клинической больницы. На стенах – дипломы, грамоты на немецком, английском, русском...

«Сергей Андреевич срочно вызван на внеплановую операцию!» – сообщает нам медицинская сестра. «Извините, но хирурги – это люди, которые себе не принадлежат».

И это не удивительно. Эту миссию спасать жизни людей отложить никак нельзя.

Настал момент, когда мы, совсем «зеленые» и ничего не смыслящие в области здравоохранения студенты кафедры журналистики, сидим в кабинете заведующего отделением кардиохирургии и с тончайшим вниманием слушаем. Кардиохирург Сергей Стефанов начинает свой рассказ. Я открываю для себя новый мир.

Операции на открытом сердце – основная часть работы кардиохирургического отделения. Наибольшее количество пациентов, которым оказывается помощь – это пациенты с ишемической болезнью сердца, у которых есть атеросклероз коронарных артерий. Это болезнь, из-за которой случаются инфаркты, и которая занимает первое место среди причин смертности. Как правило, когда поражено немного сосудов – 1-2 делается стентирование. В сосуды, требующие расширения, вводится каркас (стент), который удерживает их оптимальную форму для проходимости тока крови. При поражении более двух сосудов – аортокоронарное шунтирование. Это наиболее частая операция в силу того, что болезнь самая распространенная. Сердце питают новые сосуды – собственные сосуды пациента. Вены берутся из ног, артерии из грудной клетки. Это практически конструирование человека из самого себя, вообразите!

Вторая категория – пациенты с различными пороками сердца. Здесь выполняется либо пластика (реконструкция), либо протезирование клапанов сердца. Третья группа пациентов – пациенты с аневризмами аорты. Аневризма – расширение, грозящее разрывом аорты, смертельно опасное заболевание. Тут выполняются различные варианты протезирования грудной аорты. Еще более редкая ситуация – это врожденные пороки сердца у взрослых, но с такими случаями специалисты отделения кардиохирургии тоже сталкиваются. Бывают пациенты с опухолями сердца.

– Недавно был пациент с гигантской опухолью левых камер сердца, семь сантиметров. Она росла у него в сердце, и это тоже смертельно опасная болезнь. Успешно прооперировали. Что касается новых технологий, то здесь можно выделить следующие направления, которые мы развиваем у себя в отделении, и некоторые из них мы сделали первыми не только в нашем округе, но и в УРФО.

Малоинвазивные операции на клапанах сердца. Есть операции, которые совершаются через небольшой разрез или торакоскопически – не открывая грудную клетку, а через проколы в ней. Стандартный разрез для операции на сердце – это срединная стернотомия, в процессе которой производится разрез вдоль грудины. Выполняется разрез порядка 20-25 см. Это удобно и безусловно эффективно, но достаточно травматично. И сейчас в кардиохирургии развиваются технологии малоинвазивных операций, где вместо больших разрезов делается небольшие доступы, например, между ребер, порядка 5-6 см, который потом вообще не заметен. Что это дает? Меньшая травматичность, меньшая вероятность всяческих осложнений.

Реабилитация заканчивается гораздо раньше. Раннее возвращение к труду, лучшее качество жизни, потому что человек после таких операций может позволить себе все, что угодно (в пределах разумного, конечно). Для женщин – косметический эффект, потому что следы проникновения в грудную клетку будут незаметны.

Реконструктивная хирургия клапанов сердца – еще одно инновационное направление в области кардиохирургии. В этих операциях важно сохранить для человека свои клапаны, не обращаясь к протезированию.

Конечно, протез вставить легче всего, и в Окружной клинической больнице используют самые лучшие и качественные протезы, но это – инородное тело в организме, для которого характерны определенные осложнения.

Операции коронарного шунтирования на работающем сердце. Большинство операций на сердце выполняется в условиях искусственного кровообращения и остановки сердца, но некоторые операции, в частности коронарное шунтирование, можно сделать без него. Искусственное кровообращение – это своеобразная медаль с двумя сторонами. С одной стороны, оно позволяет делать операции на сердце любой сложности, с другой – для организма, особенно для пожилых людей, это дополнительный фактор риска осложнений, поэтому сердце стараются оставить работающим. Операция в этом случае более сложная, но есть специальные устройства, которые могут ее обеспечить.

Торакоскопические операции

при фибрилляции предсердий (мерцательной аритмии). Еще одно инновационное направление. Такие операции выполняются в четырех или пяти клиниках по всей России. Мерцательная аритмия – это часто встречающееся нарушение ритма. Есть разные формы этого заболевания, некоторые из них хорошо лечат врачи-аритмологи с помощью катетеров, которые они заводят в сердце через вену. С запущенными формами мерцательной аритмии такие методы неэффективны. Здесь с этим справляются теми же самыми торакоскопическими операциями – через небольшие разрезы и проколы устанавливают порты, вводят инструменты и устраняют нарушение ритма.

– **Сколько операций вы делаете в неделю?** – спрашиваю я у своего собеседника.

– Восемь-десять операций. Пять рабочих дней, в среднем каждый день 2 операции. Кроме того, случаются дополнительные экстренные вмешательства.

– **И какая из операций была самой большой по длительности?**

– В моей практике это двенадцать часов. Нередко бывали операции и по восемь часов, это обычно какие-нибудь острые расслоения аорты, разрывы аорты. Их к нам привозят на экстренную операцию, и они довольно долго длятся.

– **Долго!**

– Да. В кардиохирургии нет каких-нибудь маленьких и простых операций. Любая операция на сердце – это операция на сердце, мы с вами понимаем. Если оно не будет работать всего каких-то пять минут – человек умрет. Все операции сопряжены с достаточно высоким риском и такой же высоты ответственностью.

Есть случаи, в которых сложными являются только организационные вопросы, к примеру, трансплантация сердца. Для обывателя это нечто сакральное. С точки зрения именно техники выполнения операции, она – проще большинства других. Это несложная для кардиохирурга операция.

Уровень кардиохирургии в Югре очень высок: прогрессивные методы лечения, новейшие технологии, высококлассные специалисты. Сотрудники ездят на научные конференции и европейские стажировки. Окружная клиническая больница идет в ногу со временем, в унисон со всей Россией, наряду с прогрессивной Европой.

Анастасия Тупицына





Биение сердца... Аритмия

«Отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма и электрокардиостимуляции с рентгеноперационной». От одного только названия понимаешь, в какие дебри профессионализмов и медицинской терминологии тебе предстоит погрузиться. И этот рассказ превратился бы в статью из Википедии, если б не помощь Сергея Юрьевича, доходчиво объяснившего всю внутреннюю кухню работы врача-аритмолога.

Сергей Юрьевич Четвериков приехал в Ханты-Мансийск в 2009 году. Как и многие в отделении, он проделал долгий путь, прежде чем попасть сюда. В больницу Сергей Юрьевич пришел через рентгенологию, потом стал заниматься инвазивными исследованиями сердца, и в 1990 году стал сердечно-сосудистым хирургом. Так что в Окружную клиническую больницу он приехал уже сформировавшимся врачом-аритмологом.

«Что такое аритмия, и чем мы занимаемся? Вообще, аритмия стала оперироваться не так давно. В конце прошлого века. Потому что медикаментозные средства имели некоторые ограничения. Не могли понять, как лечить. Вообще, сердце должно биться как мотор у машин. Если идет разницей, если «троит» как говорят автолюбители, то оно дает знать о себе всему организму.

Сергей Юрьевич ведет меня в коридор, где висят большие красивые плакаты с устрашающими названиями: «Лечение фибрилляции предсердий», «Электрокардиостимуляция» и «Кардиовертер-дефибриллятор». На них изображены схематические рисунки сердца, различные кардиограммы и рентгеновские снимки. А тем временем, я слышу, как Сергей Юрьевич рассказывает мне про пучок Гиса, тромбы и желудочки.

«Сердце должно биться в определенных пределах. Обычно от 40 до 180. 40-вроде мало, но этого достаточно в покое или во время сна. Но если человек имеет частоту сердечных сокращений ниже 40 во время физической нагрузки, это катастрофически мало. А 180 – вроде много, но это допустимо, когда, например, человек бежит или совершает какую-то интенсивную нагрузку за короткий промежуток времени. А представь, если оно будет биться со скоростью 200 ударов в минуту, и будет колотиться беспричинно. И не минуту или две, а час, два, три,

сутки. В общем, когда сердце бьется медленно, то это плохо. Когда бьется очень часто, то это тоже нездорово. Вот этими двумя крайними состояниями мы и занимаемся.

Лечение аритмий (нарушение ритма сердцебиения) условно можно разделить на 2 большие группы. Есть борьба с брадикардией – это редкий пульс, и борьба с тахикардией – это высокий пульс.

В первом случае мы используем устройство электрокардиостимулятор, который подталкивает сердце электрическим импульсом. Впервые в клинике попытка навязать ритм сердцу была предпринята около 60 лет назад. Почему? Потому что ситуация была такая: сердце встало, биться может, но оно не хочет сокращаться. Это всегда страшно.

Ты прекрасно понимаешь, что когда оно забьется, человек оживет, и все будет нормально. И тогда придумали воткнуть иглу в сердце, и электрическим импульсом от внешнего устройства заставить сокращаться сердце. Сердце на эти импульсы давало ответ, и человек жил. Понимаешь, насколько все это было неудобно и не практично?» Впервые метод электрокардиостимуляции применил врач-анестезиолог Марк Лидвилл в 1926 году в Австралии. Сегодня электрокардиостимуляция очень распространенный метод лечения, а сами электрокардиостимуляторы – высокотехнологичные приборы.

Для лечения стойкой тахикардии применяют хирургические методы, наиболее распространенным является проведение прижигания пораженного участка -

(РЧА-радио-частотная абляция) с целью восстановления нормального ритма. Либо имплантируем кардиовертер-дефибриллятор, который даёт мощный электрический разряд на сердце в момент угрожающей жизни тахикардии. Сердце перегружается как компьютер, и начинает биться нормально».

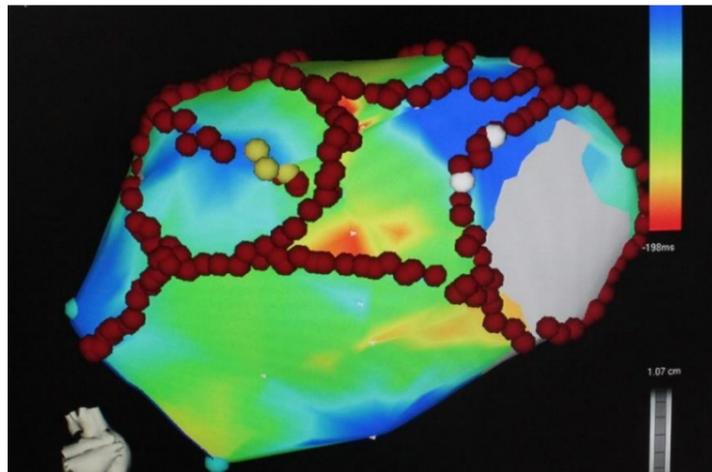
На такую операцию я и отправился. Вокруг какие-то бумаги, мониторы с показателями и компьютеры. За стеклом на операционном столе лежит 15-летний парень. Тахикардия. Присутствуя на операции, становишься невольным зрителем какого-то захватывающего фильма, правда, снятого будто бы на ином языке. Видя мое изумленное лицо, Сергей Юрьевич спрашивает меня: - Ну что? Не понравилось?

– Довольно захватывающее зрелище. Правда, в большинстве своем, ничего не понимаешь, – признаюсь я.

– Это врачебная специальность, которой надо учиться. Приведи сюда любого врача, который только что получил диплом, будет то же самое что у тебя. Это специфика.

После увиденного начинаешь задумываться о том, сколько же нужно приложить усилий, чтоб достичь такого профессионализма. И мало кто сейчас хочет учиться по 5, 10, 15 лет, чтобы потом каждый день находиться в больнице. Именно поэтому такие мастера в наше время на вес золота, и мне хочется верить, что количество специалистов в нашей стране будет только расти.

Эрнест Сафиуллин



Иная хирургия

Интервенционная кардиология и радиология

Студенты кафедры журналистики Югорского государственного университета побывали в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения, где заведующий отделением, врач-кардиолог высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук, специалист по рентгенэндо-васкулярной диагностике и лечению, доцент кафедры терапии ФПДО ХМГМА Прохор Павлов рассказал студентам о мире медицины.

– Чем рентгенохирургия отличается от обычной хирургии? И сколько ей лет в нашем округе?

– Специальность хоть и называется сейчас рентгенохирургией, это не та хирургия, о которой мы вообще думаем. Хирургия – это обычно: разрезы, много крови, операционные травмы, наркоз. Это, как правило, пациент, который заснул, потом ему сделали операцию, он проснулся и ничего не помнит. На самом деле, наша специальность называется интервенционная кардиология и радиология. Объединено это в рентгенохирургию потому, что мы работаем и выполняем наши операции при помощи рентгеновского излучения – просвечиваем

специальными рентгеновскими трубками и вводим контрастное вещество в сосуды разных бассейнов, начиная с головного мозга и заканчивая ногами. Сама специальность появилась и была придумана как альтернатива большой хирургии, большим разрезам. В округе она появилась в 1998 году, когда в Сургуте был открыт центр диагностики сердца и сосудов, или, как его называют, кардиохирургический центр. Потом, буквально в 2002 году появилось отделение здесь в Ханты-Мансийске. Оно существует уже 15 лет.

– Как далеко продвинулась рентгенохирургия в Югре за эти годы?

– Мы работаем в условиях большой клиники, где есть разные направления: начиная с кардиологии, заканчивая гинекологией, урологией и вообще хирургией. Наши методики направлены не только на лечение заболеваний сердца, но еще и на все сосудистые области. Это и острая патология, и остановка кровотечений, и операции, которые мы выполняем в гинекологии, урологии и др. Сегодня рентгенохирургия захватывает все области в медицине. Только рентгенохирургия в педиатрии, в нашей клинике, пожалуй, представлена в меньшей степени, а так, мы можем применять наши технологии во всех специальностях.

Другое их название – катетерные, потому что мы не делаем разрезов. Мы делаем все операции через кожу, только маленькое отверстие в артерии и заводим инструмент, куда нам нужно. Мы можем подвести его к любому органу: головной мозг, сердце, печень, почки, – и туда доставить либо лекарство, либо выполнить внутрисосудистую операцию, открыть сосуд. Иногда выполняем операции, которые требуют закрытия сосуда, такие бывают. Следует отдельно отметить

достижения в области лечения пациентов с острым инфарктом миокарда – наша клиника первая в УРФО стала применять современные технологии лечения этого заболевания, новые подходы к лечению резистентной артериальной гипертензии, пациентов с заболеваниями клапанов. Уникальными вмешательствами мы сегодня занимаемся у пациентов с сахарным диабетом, у многих этих пациентов можно предотвратить ампутации конечностей.





разные заболевания, которые передаются через кровь: гепатиты, ВИЧ-инфекция. Кровь может случайно попасть в глаза, на кожу, на слизистую. Существует определенная защита персонала: перчатки, маски, очки и так далее. Физическими - когда мы работаем непосредственно с рентгеновским излучением. В доктура могут попадать прямые и отраженные рентгеновские лучи, либо отраженные лучи от пациента, от стола. Здесь мы используем рентген-защитную одежду, очки. Понятно, что какой-то процент рентгена попадает, но в целом, с учетом рентген-защиты, считается, что это все-таки допустимо, и не так опасно, как в обычной жизни. Если мы говорим о химических факторах – лекарственных препаратах, контрастных препаратах, о свинце, который находится в воздухе, это тоже влияет – работа находится во вредных условиях. В общем, врач-терапевт, который сидит на приеме в кабинете, и врач, который работает в рентген-операционной, имеют совсем разные вредности и условия работы, но каждый из них вносит свой важный вклад в лечение пациентов.

— Какие ощущения испытывает пациент во время операции, есть ли боль?

— Мы все выполняем под местной анестезией и, конечно, наша задача заключается в том, чтобы пациент не испытывал боли, чтобы все манипуляции проходили для него комфортно. Он может чувствовать: продвижение катетера, где-то касание его руки доктором, эти моменты есть. Есть

чувствительность при стенокардии – это боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке. Когда сердцу не хватает кровотока, возникает определенная нехватка кислорода в сердечной мышце и возникает боль. Примерно такие же боли пациент может испытывать, когда мы начинаем лечить атеросклеротические бляшки. Бляшка перекрывает просвет артерии на 70%. Когда мы ее давим специальным баллоном или ставим специальный стент – металлическую распорку, пациент может испытывать ту же боль, какую он испытывает в жизни, но это абсолютно нормальная реакция. Здесь ничего такого катастрофического нет. Естественно, у нас есть пациенты тяжелые, которых привозят с острыми инфарктами миокарда, которым, естественно, больно, потому что часть сердца в некрозе распадается, миокард погибает, – таким пациентам требуется введение наркотических анальгетиков, иногда требуется общий наркоз. Но в целом, 97% наших операций проходят под местной анестезией.

— Сколько длится реабилитационный период?

— Практически нисколько, если говорить о реабилитации после самой операции, потому что воздействия никакого практически нет. Пациент наутро встал, и, если ему сделали отверстие в руке, то он может к вечеру уже уйти домой, если в ноге, то на следующий день. То есть, нет никаких специальных методов, для того чтобы что-то восстанавливать, ходить на пере-



вязки, рубцы, смотреть инфекции. Эта операция лишена в принципе таких серьезных вещей. Если говорить о реабилитации по заболеванию, то, допустим, если у пациента заболевание сердца и ему нужно поехать в санаторий, пойти в водолечебницу, то это уже другой процесс, который связан с заболеванием пациента, а не с оперативным воздействием.

В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения Окружной клинической больницы проводится весь спектр чрескожных коронарных и периферических вмешательств, с применением самых современных устройств.

Александра Омелина

— Опасна ли доза облучения, которую получает пациент и доктор во время операции, и как от нее защититься?

— Работа врача в условиях рентген-операционной, конечно, сопряжена с определенными вредными факторами. Биологическими – у пациентов бывают

Операционная медицинская сестра

Служение своему делу сравнимо со служением Богу

Многие пациенты, успешно прошедшие реабилитацию после хирургического вмешательства, к сожалению, вспоминают теплым словом только хирурга, несмотря на то, что участие в процессе принимает и другой, не всегда заметный, но незаменимый персонал – операционные медсестры. Поэтому ежегодно 15 февраля специалисты высшей категории сестринского персонала отмечают свой профессиональный праздник. Этот день был объявлен Европейской ассоциацией операционных медицинских сестер в 2009 году.

«В Окружной клинической больнице существует 11 подразделений, где работают 85 медсестер, из которых 40 человек имеют высшую квалификационную категорию. Возраст операционной медсестры в окружной клинике варьируется от 23 до 69 лет. Можно с уверенностью сказать, что девушки, которые однажды вступили на этот профессиональный путь в операционной, сделали свой шаг осознанно» — рассказала газете Пульс Ольга Карпова, старшая медицинская сестра.

Ежедневно медицинские сестры спешат на свои рабочие места, чтобы выполнять свою важную и подчас опасную работу, в центре которой жизнь и здоровье пациента.

Рабочий день операционной медицинской сестры обычно проходит так: «Есть план, его нам дает старшая сестра Ольга Нестерова. Смотрю, когда у меня операция и сколько. Вот, допустим, предстоит операция с отоларингологом. Сегодня собираю набор инструментов, чтобы он у меня был готов заранее. В операционную заходим уже в специальных костюмах: халатах, тапочках, масках, колпачках...

После того, как все инструменты и материалы подготовлены, мы проводим тщательную обработку рук — «моемся». Это целый ритуал, очень важный для медицинской сестры и оперирующего хирурга. Две минуты до локтевых сгибов моем руки с мылом, потом сушим специальными салфетками и пять минут обрабатываем антисептиком. Руки должны быть идеально чистыми. Инструменты кладем на специальный коврик, для грязных инструментов — специальный отдельный столик. Операционная медсестра может еще и ассистировать. Если небольшая операция, тогда хирург и операционная сестра могут оперировать вдвоем. Ниточку ему подержит, завяжет...» — объясняет мне Людмила Вережкина, операционная медсестра. Мы сидим с ней в небольшой светлой комнате, с царящей в ней атмосферой домашнего уюта. Тут в разговор вступила Наталья Андреева, молодая симпатичная девушка, которая только что отстояла 5 часовую операцию, но, увидев ее в этот момент, вы бы не смогли подумать об этом.

«В запланированной операции

все идет по плану, без тебя никаких хирургов не вызовут. Врасплох они меня не застанут никогда. Но если операция экстренная, то обрабатываешь руки одновременно с хирургами, и одеваются в специальный костюм они самостоятельно. Готовятся только первые этапы, остальные приходится доделывать в процессе операции. Но даже в такой ситуации получается все разложить, как положено. Это уже отработанный процесс. По-другому ты уже не сможешь. Мы уже знаем, что за чем подавать. В первую очередь — скальпель. Пока он разрез делает, коагулирует сосуды, у меня уже стол готов», — продолжила Наталья Андреева — «Хирургу должно быть удобно, комфортно, чтобы ничего не мешало его работе».

Обеспечение слаженного и четкого взаимодействия участников операционного процесса является одной из главных обязанностей медицинской сестры. Своевременно подготовленный, поданный инструментарий и материал хирургу, неумолимый контроль за соблюдением асептических норм в ходе хирургического вмешательства,



умение оказать неотложную помощь пациенту, знание анатомии, хода операции и действий врача, просчитывая на несколько шагов вперед — все это ежедневный труд операционной медицинской сестры Окружной клинической больницы

Медицинские сестры стараются внести некую толику уюта, задать настроение и ритм операционного процесса. Улыбнутся ласково глазами, пошутят, и настроение у хирурга сразу поднимается, и работать легче. Ведь даже от того, как ты поздороваешься, будет зависеть рабочий процесс. Вот

такие, незаметные на первый взгляд, вещи способны не только помочь «мастеру» за операционным столом, но и спасти пациента.

В каком-то смысле, можно сравнить профессиональные принципы и качества, необходимые в работе операционных сестер, с любым служением. Здесь важны такие качества, как отречение от себя, соответствие своей роли в операционном процессе и наличие ответственности, — все это напоминает качества и поведение людей, посвятивших свою жизнь служению Богу.

Любовь Панкова

Лидия Ростова: «Наша задача – сохранить и мать, и дитя!»

Благодаря ее профессионализму, улыбке, вниманию, умению вовремя прийти на помощь тысячи женщин обрели счастье материнства и все еще помнят ее заботливые руки, доброе сердце, уверенный, спокойный взгляд.

Сорок три года своей жизни Лидия Петровна Ростова проработала врачом акушером-гинекологом, двадцать восемь лет она отдала роддому Окружной клинической больницы, шестнадцать из которых она была заведующей родильным отделением.



– Как и почему Вы пришли в медицину?

У меня была любимая бабушка, которая обожала и уважала врачей. Она часто болела, поэтому много времени проводила в больницах. У нее было желание, чтобы я пошла в медицину. Уже в школе она прививала мне понимание того, что профессия врача уважаема. А мне очень хотелось, чтобы бабушка не болела.

– Вы сразу планировали идти в акушерство?

Получая образование в Куйбышевском медицинском институте, решила выбрать специальность акушера-гинеколога. Я очень активный человек по натуре, и поэтому посчитала, что мне это подойдет. Это хирургическая специальность, связанная с большой ответственностью за жизнь и здоровье сразу двух людей. Это всегда риск и эмоциональные затраты.

На третьем курсе я пришла в акушерство. Ходила, дежурила, поняла, что это – мое. Здесь всякое бывает, надо быстро сорентироваться, оказать помощь.... После института вышла замуж. Муж закончил ленинградское военное училище, и его отправили на БАМ в Тынду. Докторов не было. После 5 лет обучения в институте я начала там работать и, практически, была врачом. Большая часть акушерской работы навалилась на меня. Приходилось самой принимать решения, оперировать, спасать, принимать сложные роды. Приехала в Ханты-Мансийск в 1989 году уже профессионалом с огромным стажем.

– Расскажите о периоде, когда Вы были заведующей родильным отделением в Ханты-Мансийске.

Я проработала 16 лет заведующей родильным отделением. Начинала еще с улицы Гагарина на горе в Ханты-Мансийске, где сейчас находится психоневрологический

диспансер. Было тяжело – докторов было мало, приходили молодые неопытные врачи, а я приехала с 10-летним стажем – «профи». Приходилось обучать, помогать. Очень много не хватало. Не было детской реанимации в том виде, в котором она сейчас существует, поэтому было трудно выхаживать недоношенных детей – сами они не могли дышать из-за незрелости легких.

Время шло и все менялось! Из молодых специалистов вышли хорошие доктора. Мне было тогда 38 лет, были силы и желание работать. Я была требовательным руководителем, и сама личным примером доказывала, что в работе ничего невозможного нет. Никуда не спрячешься и не убежишь, все тяжелые пациенты были на моих плечах. Работали и очень старались!

– Безусловно, работа врача – одна из самых сложных, но для Вас лично, что самое непростое?

Самое тяжелое для меня это те случаи, когда нам не удавалось спасти ни мать, ни дитя. Понимаете, сначала все было примитивно, потом появились новые методики лечения, новые препараты, процессы планового обследования... Сейчас уже мы работаем по стандартам, которые разработаны Министерством здравоохранения РФ. К примеру, при кровотечении у женщин после родов, мы пользуемся рентген-хирургическими методами лечения. То есть, рентген-хирурги делают эмболизацию маточных артерий, тем самым мы спасаем детородный орган женщины, а значит – возможность в будущем еще иметь детей, быть полноценной женщиной!

Наша акушерско-гинекологическая служба наиболее консервативная область медицины, но и здесь есть прогресс. В нашем учреждении активно развивается отделение

вспомогательных репродуктивных технологий.

Сегодня к нам в родильное отделение приходят 45-летние дамы, применяются новые технологии зачатия и рождения детей – ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение). Детей всем хочется! Много служб на нас работают, – все направлено на то, чтобы сохранить жизнь и здоровье женщине и ребенку.

Сейчас расширили показания к операции кесарево сечение, – это тоже одна из особенностей нашей работы. Сегодня все направлено на то, чтобы получить здорового ребенка! У больной мамы ребенок может не выдержать рождения естественным путем, может погибнуть. Применяют наиболее бережный метод родоразрешения. Это один из факторов снижения перинатальной смертности. Когда я пришла в родильное отделение больницы – 12% женщин оперировались, ну это действительно в тяжелых случаях. Сейчас – около 25%, вырос показатель операций кесарево сечения. Ну, все направлено на то, чтобы сохранить мать и дитя.

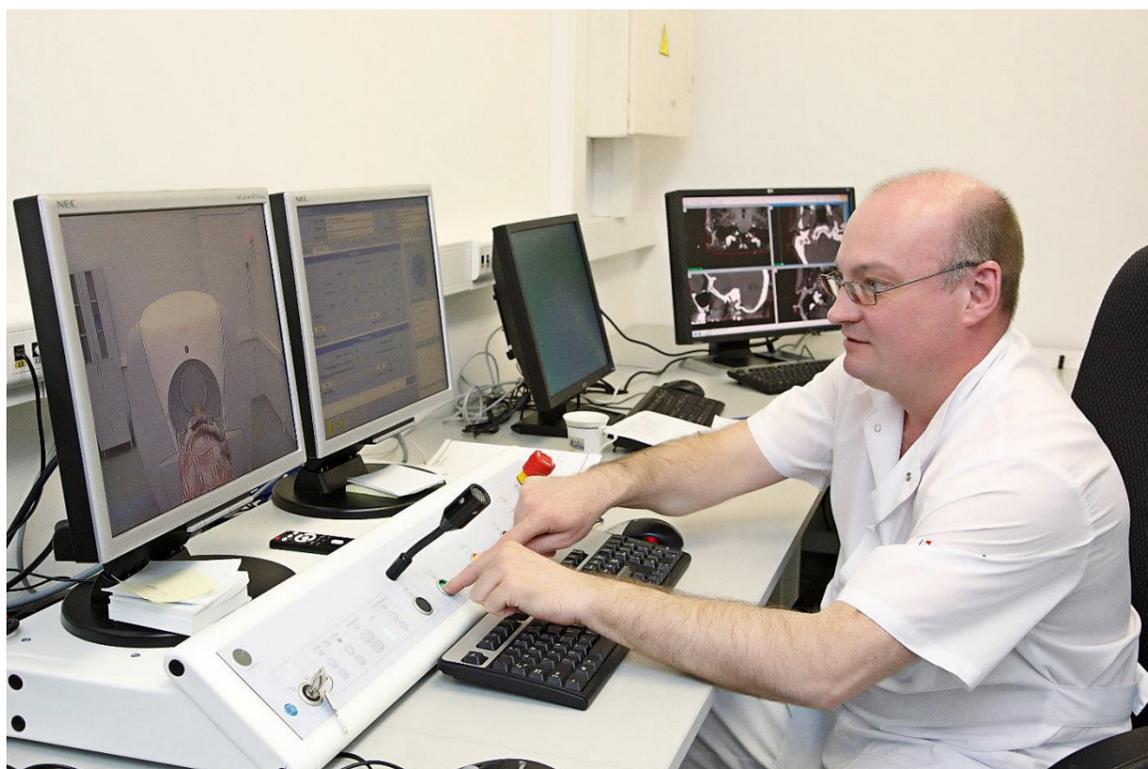
– 2017 год – год здоровья. Можете сказать какое-нибудь напутствие молодым и будущим мамам?

Здоровый образ жизни – для всех! К сожалению, в родильное отделение приходят женщины с наркозависимостью, бывают ВИЧ-инфицированные роженицы. Их количество из года в год растет. Это недопустимо!

Молодая женщина должна помнить, что, в конце концов, она придет к материнству. Есть, конечно, какие-то механизмы в организме, которые защищают ребенка от вредных привычек матери, но все-таки здоровая мама может рассчитывать на то, что она родит здорового ребенка. А это – такое счастье!

Всеволод Терлецкий





Гамма-спасение

Если несколько лет назад диагноз «опухоль мозга» звучал как приговор, то с появлением уникального комплекса «гамма-нож» все изменилось. Основоположником радиохирургического метода лечения является шведский профессор Ларс Лексел. Первый гамма-нож был установлен в США в 1987 году.

Гамма-нож является самым современным способом лечения не только опухолей, но и других заболеваний головного мозга. В мире функционирует около 300 таких центров - половина из них находится в США и Японии. На сегодняшний день проведено около полутора миллионов таких операций. Благодаря широкому распространению радиохирургического метода, многие больные получили возможность излечения. В некоторых случаях, гамма-нож является единственно возможным способом спасения жизни пациента.

Применяется гамма-нож только

при заболеваниях головного мозга. Это единственный шанс помочь таким больным, так как убрать метастазы во время обычной операции, не повредив окружающие здоровые ткани, невозможно. Гамма-нож - это скальпель хирурга. Преимуществом является его безопасность. После применения гамма-ножа в десять раз уменьшилось число осложнений по сравнению с традиционным вмешательством в головной мозг, причем можно лечить сразу несколько патологий.

Такое лечение не требует наркоза, проводится под местной

анестезией.

Суть его заключается в том, что опухоль мозга облучается тонкими пучками гамма-радиации через специальный шлем от множества источников, сфокусированных в одном центре - опухолевом очаге, получающем максимально возможную дозу. Радиация пронизывает опухолевые клетки, происходит разрушение ДНК и опухоль погибает. Весь курс облучения гамма-ножом составляет около часа. Процесс облучения абсолютно безболезненный. После завершения процедуры пациент может в тот же день идти домой.

В России эта установка есть лишь в трех городах: Москве, Санкт-Петербурге и Ханты-Мансийске. Данный комплекс является уникальным для нашего региона. Онкологический центр Ханты-Мансийска - единственное место, где лечение для жителей Югры проводится бесплатно, по полису обязательного медицинского страхования. На сегодняшний день было пролечено около 500 пациентов, причем повторных обращений не было. Уже 5-й год работает эта система в нашем городе, где за год проходят лечение около 100-150 человек.

Деятельность онкологического центра направлена на дальнейшее развитие и повышение доступности современной высококвалифицированной помощи больным со злокачественными новообразованиями.

Любое вмешательство на головном мозге всегда имеет определенное количество

осложнений, тяжесть которых зависит от характера вмешательства. Отзывы о результатах лечения с использованием гамма-ножа являются в большинстве своем положительными. Высокая эффективность данной методики и хорошая ее переносимость пациентами присвоили гамма-ножу заслуженное признание, как среди благодарных пациентов, так и среди врачей. Это позволяет утверждать, что за радиохирургическими методами лечения будущее. Ядерная медицина - новый этап в организации онкологической помощи в Югре.

В онкологическом центре Окружной клинической больницы сконцентрированы не только лучшие технические новшества современной медицины, но и высочайшие мастера-профессионалы своего дела. Врач-нейрохирург высшей квалификационной



категории, кандидат медицинских наук Андрей Екимов; заведующий отделением, врач-радиолог первой квалификационной категории Сергей Князев; медицинский физик Никита Асеев, - это те люди, которые всю свою жизнь посвятили сложнейшей науке, они преданно трудятся, не жалея себя, возвращая жизнь пациентам. Ведь врачу, как и саперу, ошибаться нельзя - на кону жизнь человека. А что может быть важнее этого?

На сегодняшний день коллективом онкологического центра Окружной клинической больницы освоено большинство современных методик, которые используются за рубежом. Ведется активное сотрудничество с Российскими лидерами в области онкологии и нейрохирургии. Специалисты окружной клиники проходили обучение на базе Московского учебного центра. Продолжается обучение новым методикам лечения на рабочем месте. Научно-практическая и кон-

сультативная помощь оказывается профессорами и доцентами кафедры онкологии, лучевой диагностики и терапии Ханты-Мансийской государственной академии

Не так давно, в Окружную клиническую больницу обратилась пациентка, которая уже проходила лечение в Санкт-Петербурге, но оно оказалось не совсем эффективным. В окружной клинике она прошла лечение повторно и чувствует себя значительно лучше. Присутствуя на операции Гамма-нож, еще раз убеждаешься в том, насколько ответственна и сложна данная профессия.

Онкологический центр Югры на этапе своего развития, но уже сейчас, благодаря современной оснащенности, замечательной команде врачей-профессионалов, наш округ имеет хорошие результаты. А подтверждение этому - благодарные слова пациентов и их близких.

Анна Попова