Пролетарии всех стран, соединяйтесь!

Пульс

Орган парткома, ректората, комитета ВЛКСМ, профкома и месткома 1-го Ленинградского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени акад. И. П. Павлова

№ 28 (1641) Вторник, 21 сентября 1976 г. | Год издания 46-й Цена 1 коп.

В РУКАХ — ЗАЧЕТКА, чуть усталые глаза сияют и невольно вырывается: «Ну, наконец-то! Последний...»

Последний? Нет, мы понимали, что после сессии начнется, наверное, самый трудный из сданных, 40-дневный экзамен — проверка практикой.

Выбраны «точки», получены командировочные, собраны вещи... Едем работать. В дальнем поезде, в электричке и просто в трамвае. Вот и твоя (!) больница. Какая она? Крупная, похожая на клиники института? Да. Или сельская больничка за невысоким заборчиком? Тоже да.

Ты здесь — доктор. Здесь твои палаты, твои больные. Ожили страницы учебников. И вот уже за беспристрастными, спокойными словами «...болезненность при пальпации в правой подвздошной области...» ты видишь другое: растерянные глаза, беспокойные руки, теребящие простыню, и как ни странно, полуулыбку, спрашивающую, не верящую в болезнь...

Исчезает «случай», остается «человек». Он должен жить, должен стать здоровым. Он должен! Но и мы тоже должны: знать, уметь, делать. Больному ведь не важно, что ты еще студент, что ты еще «не все прошел». Он в тебя верит, и ты не имеешь права предать его.

Было все, но особенно запомнилось то, о чем говорят: «здесь медицина пока еще бессильна...» Горькие это слова. От них хотелось учиться, чтобы победить!

...А теперь мы, увы, снова только студенты, а не врачи. Поэтому с особой силой, радостью, а, подчас, и с сожалением, что «все проходит», мы говорим о практике. Говорим в транспорте, по телефону, на «пятаке», и, простите, товарищи преподаватели, на занятиях... Не вспоминать трудно!

Л. РОДИОНОВА,
студентка V курса

О ПРАКТИКЕ, О МЕДИЦИНЕ, О СЕБЕ

УЧИТЬСЯ, ЧТОБЫ ПОБЕДИТЬ

«ЧЕМ ЛЮДЯМ Я ПОЛЕЗЕН...»

МЫ ДОЛГО ждали нашей первой врачебной практики. Специально выбрали базу, где можно было получить больше свободы и самостоятельности. Очень хотелось проверить, на что способен.

Когда собирались, немного побаивались, почти как перед экзаменом. Только на экзамене качество твоих знаний оценивают в баллах и все неудачи скажутся только на тебе самом, а тут твоя оценка — это здоровье и благополучие людей, их жизнь.

Встретили нас хорошо: 1-й ЛМИ — внушительная фирма. Приятно было, что и больные, и сестры, и врачи признали в нас будущих докторов, с радостью и благодарностью принимали нашу помощь, а после первых положительных результатов стали относиться с истинным уважением и доверием. У нас часто возникали споры со старшими коллегами по поводу ведения того или иного больного, и порой нам удавалось доказать свою правоту.

Видели мы и равнодушие врача, и незнание, и беспомощность. Поняли и твердо запомнили, что врач не имеет права останавливаться в своем профессиональном совершенствовании, врач — это вечный студент.

На практике мы впервые почувствовали тяжесть ответственности за поставленный диагноз. Случались дни, когда мы втроем (А. Чижденко, А. Шумилов и я) оставались в больнице одни, без врачей. И сами решали, что делать, брали на себя ответственность за жизнь больного. После таких дней и ночей смотрели в зеркало: не появились ли в наших шевелюрах седые волосы.

А первые самостоятельно принятые роды? Этого нельзя описать, это нужно самому пережить. Первый крик розового малыша, как глоток свежего воздуха для задыхающегося человека.

Я считаю, что нам с практикой повезло: мы видели обширную акушерскую патологию (эклампсия, неотхождение плаценты, ее отделение), собственноручно боролись с острым инфарктом миокарда, коллапсом, лечили перитонит, трофические язвы, желтухи, облитерирующий атеросклероз и эндоартериит, ожоги второй и третьей степени, политравму, оперировали и ассистировали.

Что еще хотелось бы сказать? Нам не хватало знаний по анестезиологии, неуверенность чувствовали мы при работе с медицинской аппаратурой. И еще. В институте мы получаем общие знания и представления о заболеваниях, порой далекие от конкретного лечебного процесса. Хорошо, если бы в клиниках института нам чаще давали конкретные рекомендации, схему практических действий при неотложных состояниях, при тех или иных заболеваниях, шире знакомили с амбулаторной помощью.

В общем же врачебная практика прошла для нас с пользой, за что мы благодарны начмеду Вырицкой больницы Л. Н. Канаян, заведующему гинекологическим отделением Т. М. Криворучко и заведующему хирургическим отделением В. В. Холманову.

И. НИКИТСКИЙ,
студент V курса

ШЕСТЬ НЕДЕЛЬ В КИНГИСЕППЕ

В КИНГИСЕППЕ нас не ждали. После «серьезного» разговора начмед разрешила нам остаться вместо неприехавшей группы студентов-педиатров.

В первый же день работы поразил контраст: грязь и холод на улице, чистота и тепло в больнице. Прежде всего, теплым было отношение работников всей больницы к нашему приезду. Хирурги откровенно обрадовались. Еще бы врачи в отпуске, а работы так много. Хирургическое отделение молодое, всем, включая заведующего, до 30. Многие окончили наш институт. Понятно, что наши возможности им были ясны, и они принялись нас учить. Принцип — самостоятельность! И мы учились. Например, мы пришли в отделение, не умея толком наложить повязку на молочную железу после операции, а в конце недели самостоятельно вскрывали маститы. И в этом заслуга наших хирургов.

Совсем другое отношение встретили мы на акушерстве (к гинекологическим больным нас вовсе не допускали). Если на хирургии у нас не было возможности взглянуть на часы (да и не хотелось!), то тут, сидя в ординаторской в ожидании родов, мы отсчитывали каждые полчаса. Когда же, наконец, долгожданная роженица доставлялась в отделение, нам разрешалось... померить ей давление и провести наружное и внутреннее акушерское исследование. В приеме родов, мы, практически, не участвовали, нам не доверяли даже зашить кожу (а на хирургии мы накладывали швы на сухожилия!). Очень не повезло нам с акушерским циклом!

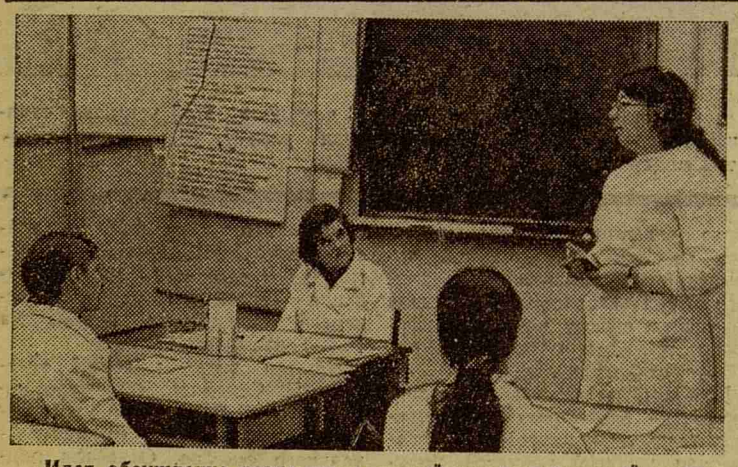
В терапевтическом отделении была скорее теория, чем практика. Мы вели свои палаты, заполняли листы назначений и историй обсуждая каждый шаг с врачом.

В приемном покое мы часто работали одни, и здесь убедились в пробелах, а вернее, незнании неотложной терапии. И еще поняли, что очень плохо усвоили фармакологию, особенно клиническую. Часто оказывалось, что правильно назначенный нами препарат уже давно не выпускается, а чем его заменить мы не знали.

Омрачало наши дни, вернее, вечера, корпение над развернутыми эпикризами; вместе с рефератами они отнимали много времени, а ведь по существу это было лишь переписывание, потому что во время рабочего дня нам приходилось заполнять по 5—10 историй и выписных эпикризов.

...Скоро, наверное, все, что омрачало полтора летних месяца, забудется, и от практики останутся лишь счастливые воспоминания, как о первых самостоятельных шагах, первой благодарности больных.

О. МЕРКУЛОВА, Ю. КОТОВОЙ,
студенты V курса



Идет обсуждение результатов летней производственной практики. Выступает студентка 538-й группы В. Кузьмина.

Доцент И. Е. Головчинер сообщила нам, что студенты этой группы успешно выполнили на практике задания кафедры организации здравоохранения, подготовив хорошие работы.

Завидую нынешним четверокурсникам

◆ СДАН ГЛАВНЫЙ ЭКЗАМЕН

ВРАЧЕБНАЯ практика после четвертого курса — одно из первых и серьезных испытаний, проверка всего комплекса знаний и навыков, приобретенных на кафедрах и в клиниках института, — не миновала и нас, трех студентов, которым выпало проходить практику в Зеленоградске, маленьком тихом городишке на самом берегу моря, в получасе езды от Калининграда. Мало сказать, не миновала, практика захватила нас полностью на все полтора месяца, поставила перед нами свои проблемы и заботы, так не похожие на те, институтские, показавшиеся нам вдруг несерьезными и незначительными. Потом, когда практика окончилась, когда исчезло напряжение рабочего дня в больнице, время вдруг потянулось бесконечно долго, дни стали скучные и пустые.

Но все это придет потом, а пока Зеленоградск... Домишки, крытые красной черепицей, утопающие в зелени палисадников, узенькие улочки, мощенные брусчаткой, роскошные особняки старой постройки с флигельками, мансардами и террасами, а буквально рядом, в ста метрах — море, великолепный пляж... Зеленоградск встречал нас хорошей, солнечной погодой; первое время трудно было привыкнуть работать, когда за окном столько света и солнца.

Из первого же разговора с В. М. Худаловым, главврачом центральной районной больницы, к которой мы были прикомандированы, поняли: нас здесь ждали и сделают все, чтобы практика получилась насыщенной, полноценной. Так оно и вышло.

Мы курировали больных в терапевтическом отделении под началом терапевта С. Е. Кругловой, подолгу работали в перевязочных хирургического отделения (оперировать приходилось мало, т. к. в силу специфики работы хирургического отделения все сложные больные транспортировались в областную больницу Калининграда), вели прием в женской консультации, принимали роды в родильном доме под контролем акушера-гинеколога Л. И. Асыко, словом, занимались всем тем, чем необходимо заниматься на практике.

КАК И ВО МНОГИХ медицинских учреждениях, в нашей (вскоре мы уже и не говорили иначе, как «наша») больнице не хватает врачей, фельдшеров скорой помощи, среднего медперсонала. Нас попросили помочь хотя бы на время исправить подобное положение, поработав на скорой помощи в качестве фельдшеров. Вот эта-то сторона нашей практики и была самой насыщенной, ярко запомнившейся, самой трудной, напряженной и самой любимой, принесшей нам радость, удачи, побед и горечь поражений, ошибок. Именно эта часть практики послужила мощным стимулом к углубленному изучению основ неотложной терапевтической и хирургической помощи, клинической фармакологии и реанимации.

На вызовы выезжали в любое время суток, к любого рода больным, как и подобает службе скорой помощи. Гипертонические кризы, «острый живот», пищевые токсикоинфекции, срочные роды, автомобильные аварии, психозы различной этиологии, суицидные попытки, тяжелые бытовые травмы с ранением крупных артерий и нервных стволов — далеко не полный перечень случаев, составлявших повседневную работу на скорой помощи. Этот перечень могли бы продолжить мои коллеги по практике Геннадий Лапин и Иван Дуданов.

Многие случаи требовали экстренной помощи, и важно было быстро сориентироваться в запутанной и сложной клинической картине, правильно сформулировать диагноз, выбрать верную тактику. Но все это порой было так трудно сделать, так остро чувствовался недостаток знаний и опыта! Ошибки заставляли вновь и вновь садиться за учебники, справочники, руководства. Зато, как приятно было сознавать, что в сложной ситуации ты поступил правильно, быстро, грамотно. Но, очевидно, наши успехи в оказании непосредственной помощи населению были бы значительно меньше, не будь рядом старших: хирурга Т. В. Извековой, невропатолога Л. П. Мишанина, опытных фельдшеров скорой помощи М. П. Скворцовой, П. П. Липиной, И. Поповой — внимательных, чутких, давно завоевавших любовь и уважение жителей Зеленоградска и всего района.

ПО ВЫХОДНЫМ дням мы несли еще дежурства на пляже, куда стекалось чуть ли не все население Калининграда. Эти-то дежурства и оказались для нас, как это ни печально вспоминать и сознавать, школой горького опыта. Вначале наши функции ограничивались перевязкой небольших колотых и резаных ран, в основном, нижних конечностей, обработкой царапин и ссадин, т. е. обычных пляжных травм. Даже случаев перегрева на солнце было очень мало. И вдруг нам сообщают, что где-то в дальнем конце пляжа, куда даже не подогнать машину, утонула девушка. Хватаемся за дыхательный аппарат, чемодан, несемся к месту происшествия. После полукилометрового кросса по песку расталкиваем толпу зевак (и ни одного, пытавшегося оказать первую помощь!), быстро осматриваем пострадавшую: резкая синюшность кожных покровов и слизистых оболочек, тоны сердца не выслушиваются, дыхание и рефлексы отсутствуют — «синий» тип асфиксии, четвертая степень утопления, клиническая смерть.

Сразу же приступаем к реанимации. В ход было пущено все: искусственная вентиляция легких, закрытый массаж сердца, адреналин внутрисердечно, дыхательные аналептики и сердечные средства, хотя, по словам очевидцев, под водой пострадавшая находилась около 10—15 минут. Все тщетно: никаких признаков восстановления самостоятельного дыхания и сердечной деятельности. После полуторачасовых попыток возвратить человека к жизни, со стертыми в кровь пальцами, чуть не плача от сознания своего бессилия что-либо

(Окончание на 2-й стр.)

Завидую нынешним четверокурсникам

(Окончание. Начало на 1-й стр.)

исправить, неслушающимися от усталости руками, не прекращая реанимации, переносим девушку в машину и доставляем в приемный покой больницы. Там была произведена интубация, борьба за жизнь продолжалась еще час, но безрезультатно.

Трудно было смириться с тем, что восемнадцатилетнему человеку, еще недавно бодрому и здоровому, у которого впереди, быть может, была целая жизнь, безграничная и радостная, ничем уже нельзя помочь...

НЕ ВСЕ, КОНЕЧНО, приходилось решать и делать в считанные секунды, экстренно. Были случаи, когда требовалось долго и кропотливо, но с неизменной аккуратностью и тщательностью вести больных к выздоровлению. Если спросить Ваню Дуданова, кто из всех больных запомнился ему больше, он наверняка назовет пациента хирургического отделения Геннадия Михайлевича, молодого парня, эмоционального и экспрессивного, очень страдавшего от последствий автомобильной катастрофы, в результате которой у него оказался поврежден связочный аппарат правого колена и обширно травмированы мягкие ткани правого бедра.

В больнице он находился уже больше месяца, перенес сложную операцию на коленном суставе, устал и издергался от ежедневных перевязок, приносивших боль, передвигался с трудом, из-за болей плохо спал. Ване Дуданову пришлось с ним поначалу тяжело — любое неосторожное прикосновение к области раны вызывало боль, не говоря уже о процессе смены повязки и промывания раны. Но Иван так бережно и осторожно производил все эти манипуляции и так спокойно и непринужденно беседовал в это время с больным о совершенно посторонних вещах, что в конце концов Михайлевич просил, чтобы перевязку ему делал непременно «Иван Петрович». И как приятно было под конец практики видеть, что наш больной ходит уже много и подолгу, почти без помощи костылей, рана хорошо грануулируется и заживает, исчезла бессонница, больной стал спокойнее и даже выглядит лучше.

МНОГОЕ нам запомнилось в Зеленоградске: неповторимая уютность маленького городка, деловая сосредоточенность утренних конференций, ночные звонки на скорую помощь, напряженные лица врачей, когда поступает сложный и тяжелый больной, счастливые улыбки и слова благодарности выздоравливающих и выписывающихся больных, доброта и жизнерадостность коллектива родильного дома, счастливых отцов у роддомовских дверей, людность коридоров поликлиники, районные фельдшерско-акушерские пункты и еще многое-многое, ставшее близким за эти полтора месяца. Завидую нынешнему четвертому курсу — ведь кому-то из них посчастливится попасть на практику именно в Зеленоградск.

Ю. РАДОМСКИЙ,
студент 515-й группы

Этот снимок сделан в первые сентябрьские дни. Студенты 313-й и 314-й групп пришли на кафедру оперативной хирургии, на свое первое занятие. Ассистент кафедры В. И. Яковлев знакомит группу с хирургическим инструментарием, правилами пользования им.
Фото Л. Богачевой и Ю. Сунцова

Внимание: разговор о здоровье студента

ИНТЕНСИФИКАЦИЯ учебного процесса все острее ставит вопрос об охране здоровья студентов и повышении работоспособности.

В нашем институте заболеваемость студентов с временной утратой трудоспособности в 1975 году составила 2163 случая, при этом было потеряно 17.312 дней. В пересчете на 100 студентов, это составляет 48,3 случая и 387,3 дня нетрудоспособности.

В предыдущем году заболеваемость студентов была ниже и соответственно составила 38,2 случая и 262,5 дня нетрудоспособности. Как показывает анализ, колебания уровня заболеваемости зависят от размаха гриппозной вспышки. Структура заболеваемости студентов в 1975 году выглядела так: острые респираторные заболевания — 46,4 процента, грипп — 9,6; ангина — 8,9; бронхиты — 4,6; травмы — 2,8, воспаление легких — 1,8; острые желудочно-кишечные заболевания — 1,4, невралгия, невриты — 1; прочие заболевания — 20,2 процента, из которых большую часть составляют болезни уха, горла, носа и нервной системы.

Из приведенных цифр видно, что наибольший процент составляют простудные заболевания и связанные с ними осложнения.

При анализе динамики заболеваемости с временной утратой трудоспособности обнаруживается четко выраженная тенденция к снижению заболеваемости студентов старших курсов. На младших курсах учащиеся болеют значительно чаще, чем на старших. Поступление в вуз ставит вчерашнего школьника в необычную обстановку, связанную часто с переменой места жительства (а, следовательно, нередко и климатических условий), с перестройкой всего образа жизни.

По мере усвоения сложной учебной программы возрастает нервно-психическое напряжение. Кроме того, нерегулярное питание (большие перерывы между приемами пищи), недосыпание, недостаточное пребывание на свежем воздухе приводят к снижению работоспособности и повышению заболеваемости прежде всего среди студентов младших курсов.

Рост простудных заболеваний в значительной степени зависит от нарушения теплового режима в общежитиях, особенно в общежитии № 2.

О периоде адаптации студентов к условиям обучения в вузе можно, в частности, судить по колебаниям у них гипертонических состояний. Так, количество студентов, страдающих юношеской гипертонией, резко возрастает к III курсу, а затем так же резко снижается, начиная с IV курса. Но снижение это объясняется не только наступившей адаптацией организма, но и уменьшением числа обращений студента за медицинской помощью в связи с самолечением.

Нерегулярное питание, отсутствие для каждого курса дифференцированных перерывов на обед (о чем уже писала наша газета в статье «Часы «пик». Можно ли без них?») приводит к одномоментной перегрузке столовых. Для многих наших студентов своевременный обед превращается в неразрешимую проблему. Все это способствует увеличению числа желудочно-кишечных заболеваний (язвенная болезнь, хронический гастрит, хронический холецистит). Не случайно наибольшая заболеваемость данной нозологической формой отмечается у студентов IV—V курсов.

Состояние здоровья студентов в значительной степени зависит и от правильной организации физического воспитания в институте. Хорошее физическое развитие, успешная сдача норм ГТО — верное средство для укрепления и сохранения здоровья. Необходимо наладить спортивную работу в общежитиях, шире создавать спортивные команды на старших курсах (это должно стать предметом заботы не только спортклуба, но и студенческих общественных организаций), более рационально использовать спортивно-оздоровительный лагерь и постоянно совершенствовать всю систему профилактической и диспансерной работы, которую проводит студенческий здравпункт.

Хотелось бы отметить ценную инициативу кафедр госпитальной терапии и отоларингологии, которые периодически проводят профилактические осмотры студентов во время прохождения ими на этих кафедрах учебных занятий.

Г. АБРАМОВА,
заведующая отделением

Золотая медаль — у фармакологов

300 работ представили медицинские вузы страны на Всесоюзный конкурс студенческих работ в Москве. 12 стали «золотыми» и одна из них — наша!

Поздравляем победителей: членов студенческого научного кружка при кафедре фармакологии шестикурсников А. Быстрицкого, А. Мартынихина, В. Злотника и аспиранта И. Марусова.

Сновцы уже знакомы с этой работой: она была представлена кафедрой фармакологии на пленарном заседании Дня СНО в конце прошлого учебного года. Думается, что и всем студентам будет небезынтересно узнать о работе, удостоенной золотой медали.

Мы попросили авторов рассказать о сути их работы.

— Изучение лекарственных веществ, влияющих на эмоциональную сферу человека, представляет огромный интерес. Психотропные препараты в настоящее время все шире и шире применяются в клинике для лечения шизофрении, эпилепсии, маниакально-депрессивного психоза и других заболеваний. Однако экспериментальное изучение многих лекарств, проводимое в лабораторных условиях на животных, часто отстает от их клинического применения. Между тем лабораторные исследования чрезвычайно важны, потому что позволяют выявить интересные закономерности в действии препарата.

Работа, выполненная нами, была посвящена изучению влияния психотропных средств на эмоциональное поведение животных. В исследовании применялся ряд экспериментальных методов, многие из которых были оригинальными. В совокупности наши методики позволили изучить действие препаратов на различные виды эмоционального поведения (конфликтное, групповое, агрессивное). Действие препаратов изучалось на разных методологических уровнях: нейрофизиологическом, условно-рефлекторном, этологическом. Такой комплексный подход к изучению психотропных препаратов явился новым.

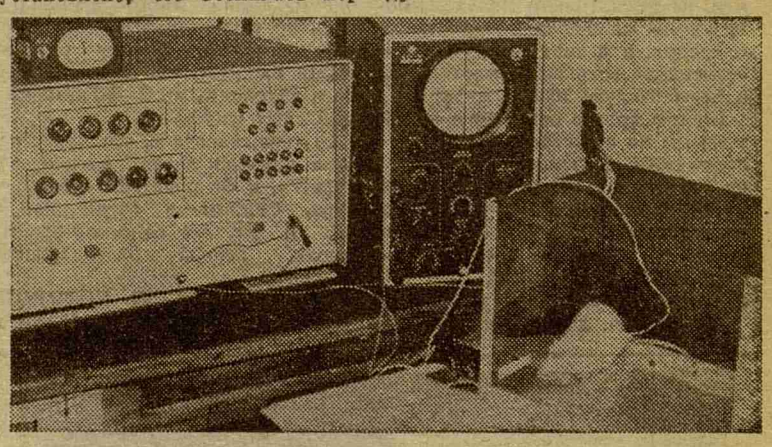
Одна из наших методик — метод самостимуляции. Он основан на том, что животное (крыса), нажимая на педаль, «посылает» на вживленные в ее мозг электроды импульсы, раздражающие структуры, которые ответственны за положительные эмоции. Эта методика применялась нами при изучении формирования различных фаз морфинной зависимости (эйфории, абстиненции). Было установлено, что возникает корреляция между интенсивностью самораздражения и различными фазами морфинной зависимости. Так, при формировании эйфории реакция самостимуляции усиливалась, в фазе абстиненции, напротив, — угнеталась.

Большой интерес представляет изучение влияния психотропных средств на животных, находящихся в условиях конфликтной стресс-ситуации. Нами была разработана оригинальная методика психогенной, конфликтной стресс-ситуации, основанная на конкурентном взаимодействии (объект—пища) двух животных.

Другая методика позволяет оценить социализирующий эффект психотропного препарата. Это так называемая модель «альтруизма», когда мышь, перебегая в экологически неприятный для нее светлый отсек, выключает цепь и «спасает» свою соседку от электрического раздражения, поступающего через электродный пол камеры.

Применяли мы и ряд известных поведенческих методик «открытого поля», «черной камеры с отверстиями», позволяющих определить первичный эмоциональный настрой животных, что также очень важно при изучении влияния препарата на эмоционально-психическую сферу.

Комплексный подход позволил выявить ряд закономерностей как в действии старых, хорошо изученных препаратов (элениум, морфин, седуксен), так и совершенно новых отечественных и зарубежных средств (лорозепан, сиднокарб). Полученные результаты представляют значительный интерес. Это лишь первый этап исследования, которое будет продолжаться и в новом учебном году.



На снимке: идет эксперимент. С помощью этой установки сновцы кафедры фармакологии выполнили работу, удостоенную золотой медали.

Гости из Франции в ЛМИ

Наш ЛМИ — институт интернациональный. И не только потому, что его питомцы, уезжая домой, пересекают не одну границу, но и потому, что связи института, научные и общественные, многообразны.

Сколько зарубежных гостей посещает 1-й ЛМИ! Только в прошлом году члены интерсовета приняли делегации из ФРГ, Австрии, Венгрии, США.

Гости знакомятся с историей института, с его кафедрами. Это своего рода официальная часть встречи. А самое интересное начинается потом, когда за столом в зале Ученого совета идет живой, иногда бурный разговор о том, как «у вас» и как «у нас».

Вот и теперь, в самом начале учебного года, интерсовет комитета ВЛКСМ встречал французскую делегацию, приехавшую к нам по линии молодежной туристской организации «Спутник». Это была несколько необычная группа по своему возрастному составу: и совсем молодые ребята, и уже солидные люди.

Вопросы, интересующие наших гостей, — бесконечны. Об институте (есть ли конкурс?, как организован учебный процесс?, получают ли стипендию студенты?, сколько?, неужели ССО — действительно добровольны?), об организации советского здравоохранения (стоимость лечения, лекарств, количество врачей на 10.000 населения).

На все вопросы гостей отвечали Е. Семернин, секретарь комитета ВЛКСМ и А. Александров, руководитель интернационального сектора. Отвечали подробно и точно.

М-32111 Заказ № 1344 Ордена Трудового Красного Знамени типография им. Володарского Лениздата, Ленинград, Фонтанка, 57. Редактор М. ЖАРИНОВА