



МЕДИНФО-Саров

МЕДИЦИНА ИЗ ПЕРВЫХ РУК

№ 8 (154)
АВГУСТ, 2018

ВЕСТИ АДМИНИСТРАЦИИ



По ФГБУЗ КБ № 50 ФМБА России издаются приказы в августе:

- «Об установлении надбавки за интенсивность и высокие результаты, за качество выполняемых работ»;
- «О внесении изменений в структуру кооперативного фонда учреждения»;
- «О внесении изменений в приложение № 2 приказа «О порядке работы с наркотическими веществами»;
- «О внесении изменений в приложение № 2 приказа «Об установлении норм расхода моющих, дезинфицирующих средств...»;
- «О мероприятиях по профилактике гриппа в сезон 2018-2019гг.»;
- «О списании мягкого, хозяйственного инвентаря, оборудования»;
- «О назначении ответственных лиц для контроля за проведением текущих ремонтов педиатрического и неврологического отделений»;
- «О ежесезонном комиссионном уничтожении неиспользованных наркотических средств»;
- «О денежной компенсации донорам»;

– «О подготовке к проведению штабной тренировки по ГО».

В августе месяце изменилась структура кооперативного фонда и штатное расписание психоневрологического диспансера со стационаром. Образовано отделение сестринского ухода и дневной стационар в поликлиническом отделении. Заведующей отделением сестринского ухода психоневрологического диспансера со стационаром назначена Ермакова Н.В.

Успешно завершилась приемная кампания 2018 года в рамках целевой программы. В Приволжский исследовательский медицинский университет (ранее – НижГМА) поступили 5 человек, из них на лечебный факультет – 4, на медико-профилактический факультет – 1).

В целевую ординатуру в ПИМУ по специальности «Анестезиология и реаниматология» поступил 1 чел.

КНИГА ПОЧЕТА

Альбина Сергеевна Шишкина

Родилась 15 марта 1932 г. в г. Шарья Костромской области в семье рабочего. В 1950 г. окончила среднюю школу в г. Шахунья Горьковской области и в этом же году поступила на первый курс Горьковского медицинского института, который окончила в 1956 г. по специальности «Лечебное дело».

По окончании института в 1956-1957 гг. работала врачом в войсковой части 11040 в г. Арамасе-16, затем работала в МСО-50/ЦМСЧ-50:

- с 27.07.1957г. по 09.05.1976г. – врачом-терапевтом участковым, цеховым врачом-терапевтом, врачом-терапевтом терапевтического отделения стационара;
- с 10.05.1976г. по 31.12.1988г. – заведующей гастроэнтерологическим отделением;
- с 01.01.1989 г. до увольнения в связи с уходом на пенсию 08.05.2002 г. – врачом-гастроэнтерологом поликлиники № 1.

Альбина Сергеевна являлась организатором гастроэнтерологической службы, под ее руководством проходили становление этого вида медицинской помощи, было введено много новых методик обследования и лечения гастроэнтерологических больных. Много сделала для профессионального становления в гастроэнтерологии молодых специалистов. Имела высшую квалификационную категорию по специальности «гастроэнтерология».

Альбину Сергеевну отличали высокая культура и большой такт, отзывчивость и милосердное отношение к больным, постоянное стремление к самосовершенствованию.

Она активно участвовала в общественной жизни, являлась депутатом



Горьковского областного Совета депутатов трудящихся нескольких созывов.

За добросовестный, плодотворный труд и достижения в деле здравоохранения награждена орденом Дружбы народов, юбилейной медалью «За доблестный труд. В ознаменование 100-летия со дня рождения В.И.Ленина», медалью «Ветеран труда», знаком «Отличнику здравоохранения», знаком «Победитель социалистического соревнования» и имеет целый ряд других поощрений.

В Книгу почета занесена приказом начальника ЦМСЧ-50 от 03.11.2003г. № 258-к.

АКТУАЛЬНО

Новая модель медицинской организации



В Нижнем Новгороде прошел семинар с участием представителей ФМБА России и Госкорпорации «Росатом»

14-15 августа в АО «ОКБМ им. И.И.Африкантова» Центр управления проектами ФМБА России совместно с Управлением по работе с регионами и проектным офисом по развитию производственных систем отрасли Госкорпорации «Росатом» прошел семинар «Анализ паспортов и хода выполнения мероприятий ПСР-проектов в рамках реализации приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

В работе семинара приняли участие глава администрации города Сарова – Президент Ассоциации ЗАТО атомных городов А.В.Голубев, представители рабочих групп двад-

цати пяти медицинских организаций, подведомственных ФМБА России, а также специалисты Производственной системы «Росатом» градообразующих предприятий, совместно реализующие проект.

В состав комиссии под председательством руководителя ФМБА России В.В.Уйба вошли: руководитель Центра управления проектами ФМБА России В.Миронова, начальник управления по работе с регионами Госкорпорации «Росатом» А.Полосин, директор проекта проектного офиса по программе развития производственных систем в отрасли Госкорпорации «Росатом» К.Грабелников, Советник Управления по работе с регионами Госкорпорации «Росатом» Е.Говырина и специалист Центра управления проектами ФМБА России О.Касьямова.

Приветствуя участников, Владимир Викторович подчеркнул значимость

реализуемого приоритетного проекта, направленного на повышение уровня удовлетворенности пациентов.

В ходе двух рабочих дней были заслушаны доклады участников семинара, проанализированы паспорта и ход выполнения мероприятий ПСР-проектов. Проекты на данном семинаре от Клинической больницы 50 представляли начальник УОИП В.В. Гончаров, заведующая поликлиникой 2 И.А. Макарова, заведующая детской поликлиникой М.А. Алексина.

По итогам семинара комиссией были даны рекомендации по корректировке мероприятий, реализуемых проектов, руководитель Центра управления проектами ФМБА России Валерия Валерьевна Миронова отметила лауреатов конкурса, участвующих в реализации приоритетного проекта.

Официальный сайт ФМБА России

Порядок записи к врачам детской поликлиники

1. Плановый прием пациентов врачами-педиатрами участковыми и врачами-специалистами проводится по утвержденному графику строго по предварительной записи.

Запись на прием к участковым врачам-педиатрам и врачам-специалистам осуществляется: посредством сети Интернет (через сайт КБ №50 либо на портале пациента)

через «инфомат» рядом с регистратурой

через регистратуру детской поликлиники на улице Курчатова, д.36 по телефону: 9-05-47, 9-05-44, 9-05-46 с 13.00 до 19.00

через регистратуру детской поликлиники на проспекте Мира, д.44 по телефону: 7-71-00 с 13.00 до 19.00

Запись на прием через Интернет с помощью регистратуры производится ежедневно с 13.00 – 19.00

Пациенты, записавшиеся на прием к врачу по электронной очереди, принимаются в порядке очереди.

Пациенты, не записавшиеся на прием по электронной очереди, будут приниматься дежурным врачом-педиатром в порядке живой очереди.

4. **Приемы детей 1-го года жизни и здоровых детей, не посещающих образовательные дошкольные учреждения, проводятся в соответствии с графиком работы участковых врачей-педиатров строго по при-**

на первом этаже, кабинет №12. Часы приема с 8.00 до 18.30.

В случае электронной записи на прием, медицинская карта пациента будет находиться в кабинете лечащего врача.

2. Правом внеочередного получения медицинской помощи пользуются:

дети-инвалиды

пациенты, нуждающиеся в оказании неотложной медицинской помощи

3. Электронная запись производится:

на плановый прием к участковым врачам-педиатрам

на плановый прием к врачам-специалистам

в кабинет доврачебного приема на вакцинацию детей, посещающих детские сады

на общий анализ крови на анализ крови из вены на сосок на энтеробиоз на ЭЖГ

Прием врача-невролога в детской поликлинике осуществляется по направлению участкового врача-педиатра, который обеспечивает талоном пациента к данному специалисту.

4. Приемы детей 1-го года жизни и здоровых детей, не посещающих образовательные дошкольные учреждения, проводятся в соответствии с графиком работы участковых врачей-педиатров строго по при-

глашению участковой медицинской сестры.

5. Прием и обследование пациентов, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи, проводятся в день обращения вне очереди, по графику работы соответствующих кабинетов и специалистов.

6. Больные острыми инфекционными заболеваниями обслуживаются на дому, в случаях самообращения данные пациенты должны проходить через отдельный вход на фильтр детской поликлиники по ул. Курчатова, д. 36, каб. №103, на фильтр детской поликлиники по пр. Мира, д.44 в каб. №12.

7. При возникновении вопросов по порядку приема пациентов, выписке рецептов и других поводах рекомендовано обращаться в детскую поликлинику на улице Курчатова, д.36:

к заведующей педиатрическим отделением №1 Скобликовой Елене Константиновне по телефону 9-05-58 (каб. №203)

к заведующей педиатрическим отделением №3 Трифионовой Натальи Николаевне по телефону 9-05-54 (каб. №345)

к заведующей детской поликлиникой Алексиной Марине Александровне по телефону: 9-05-70 (каб. №340)

В детской поликлинике на проспекте Мира, д.44 обращаться к заведующей педиатрическим отделением №2 Мо-

исеевой Татьяне Владимировне по телефону 7-71-03 (каб. №25).

При возникновении вопросов по работе регистратуры детской поликлиники рекомендовано обращаться к старшей медицинской сестре регистратуры Бантуровой Татьяне Николаевне по телефонам: 9-05-47, 9-05-67.

8. Лично ознакомиться с Программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2018 год, с Перечнем лекарственных средств для льготных категорий пациентов можно на стендах в холле детской поликлиники и на сайте ФГБУЗ КБ №50 ФМБА России в разделе «Информация».

9. Медицинские карты пациентов (истории развития ребенка ф.112/у) хранятся строго в регистратуре детской поликлиники. На руки амбулаторные карты не выдаются. Основные – Программа государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2018 год.

При направлении пациентов на консультацию либо госпитализацию в другие медицинские организации на руки выдаются оформленные лечащим врачом направление и выписка из истории развития ребенка.

10. Вызов участкового врача-педиатра на дом осуществляется с 7.30 до 14.00 ежедневно, путем обращения в регистратуру лично или по телефону в детскую поликлинику на улице

Курчатова: 9-05-46, 9-05-44, в детскую поликлинику на проспекте Мира: 7-71-00, 7-71-01.

После 14 часов медицинское обслуживание больных детей на дому осуществляется отделением скорой медицинской помощи. Телефоны вызова: 03, 103. Сотового телефона: 112, 8-8130-6-01-04.

11. Вызов врача на дом в субботу осуществляется в здании детской поликлиники на улице Курчатова, д.36 с 8.00 до 14.00 по телефонам: 9-05-46, 9-05-44.

По Программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2018 год утверждены следующие сроки ожидания:

Сроки приема врачами-педиатрами участковыми не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию.

Срок проведения консультации инструментальных (рентгенографические исследования, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 календарных дней со дня назначения.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Диагноз подтвердился

В приемное отделение больницы бригадой скорой помощи был доставлен мужчина 37 лет в спутанном сознании. Пациент был возбужден, дезориентирован, не доступен контакту. Со слов родственников, до этого в течение четырех дней отмечалось повышение температуры до 38,5 С, многократная рвота, герпетические высыпания в области правого глаза, века, надбровья, слизистых губ. В приемном отделении был консультирован дежурным неврологом, заведующей инфекционным отделением Г.С.Репиной. С подозрением на герпетический менингоэнцефалит пациент был госпитализирован в инфекционное отделение для лечения и обследования. В отделении мужчины наблюдался врачом-инфекционистом Н.А.Кузнецовой совместно с заведующей отделением Г.С.Репиной. Для подтверждения диагноза были проведены всестороннее обследование, а так же незамедлительно назначена комбинация противовирусных и антибактериальных препаратов, симптоматическая терапия. На фоне проводимого лечения клиника нарушения купирована на 2 сутки, а к 5 дню достигнута хорошая клинико-лабораторная динамика. Пациент выписан с выздоровлением под наблюдением невролога.

Маленький пациент

Дети раннего возраста – наиболее сложная категория пациентов, заболевания часто не имеют классической клинической картины, что затрудняет диагностику. В тоже время и осложнения развиваются очень быстро. В конце мая поступил вызов к новорожденному в возрасте 27 дней с жалобами на подъем температуры свыше 38,0 С, заложенность носа. Ребенок был болен первый день, контактов с инфекционными заболеваниями в семье не было, кашлевой синдром отсутствовал. Учасковый врач-педиатр Н.Н.Адаменкова при осмотре обратила внимание на отсутствие кашля и хрипов в легких, врач сразу заподозрила пневмонию. Надеждой Николаевной было принято решение о незамедлительной госпитализации ребенка в педиатрическое отделение. В ходе обследования в отделении выявлена пневмония в начальной стадии. Своевременная госпитализация и вовремя начатое комплексное лечение позволило избежать серьезных последствий для роста и развития ребенка.

Слаженная работа

В начале мая в педиатрическое отделение был госпитализирован ребенок 1 месяца жизни с подозрением на инфекцию мочевыводительной системы. Несмотря на проводимую комплексную терапию, ребенок продолжал лихорадить до 39 градусов,

нарастала активность воспаления. С подозрением на опухоль Вильмса лечением врачом Ю.В.Осадчих ребенок был экстренно направлен для дальнейшего обследования в онкологическое отделение ГБУЗ НО НОДКБ г.Н.Новгорода по согласованию с заведующей отделением Л.П.Приваловой, так как предполагаемый диагноз требовал незамедлительных действий. В отделении онкологии было продолжено обследование. Ребенок консультирован профессором кафедры детской хирургии ФГБОУ ПО «Приволжский исследовательский медицинский университет», д.м.н. Н.Б.Киреевой. В дальнейшем, учитывая положительную динамику на фоне массивной антибактериальной терапии, после дополнительного обследования был выставлен диагноз – гнойный пиелонефрит. В настоящее время ребенок выписан с выздоровлением и наблюдается по месту жительства. Так усилиями врачей, родителей, благодаря преемственности между лечебными учреждениями удалось в короткие сроки восстановить здоровье маленького пациента.

Все му винов... батут

На прием к педиатру С.Г.Зворыгиной обратились родители с ребенком 7 лет. Основными жалобами были: умеренная отечность тканей в области кивательной мышцы, ограничение подвижности шеи. Ребенок занимается в батутной секции. Травму родители категорически отрицали. Несмотря на это, у доктора возникли подозрения на подвывих в шейном отделе позвоночника. Пациентка была направлена на консультацию к травматологу. Специалист после дополнительного обследования установил растяжение и перенапряжение связочного аппарата шейного отдела позвоночника. Юная гимнастка получила курс лечения в стационаре и выписана с выздоровлением. Данный случай наглядно демонстрирует необходимость дифференциальной диагностики банального воспаления шейных лимфоузлов с травматическими повреждениями у детей в силу их особенностей развития.

Интубация трахеи

В отделение реанимации в экстренном порядке поступил пациент с жалобой на затруднение дыхания. При обследовании было выявлено сужение полости глотки. Так же у пациента имелись сопутствующие патологии: болезнь Бехтерева, выраженная деформация шейно-грудного отдела позвоночника. При бронхоскопическом исследовании врачом-эндоскопистом И.А.Яниным и медицинским сестрой Т.П.Загребаловой была выполнена интубация трахеи. На следующем этапе врачом-оториноларингологом Т.М.Даняевой проведено наложение трахеостомы. В результате состояния пациента улучшилось, симптомы дыхательной недостаточности были купированы.

Берегите зрение смолоду

Мало кто из современных школьников может похвастаться 100% зрением. У офтальмологов даже существует специальный термин – «школьная близорукость».

Раньше считалось, что близорукость возникает в начальной школе и прогрессирует в подростковый период, лет десять назад самые интенсивные зрительные нагрузки приходились на это время. Но сейчас, когда малыши часами играют в компьютерные игры, проблемы со зрением нередко возникают гораздо раньше – в 3-4 года. Но школа, безусловно, обостряет проблему.

Если школьник, которому поставлен диагноз «близорукость», не наблюдается у офтальмолога и не проводит профилактических мероприятий,

близорукость будет прогрессировать. А во взрослом возрасте выраженная близорукость может привести к развитию серьезных осложнений, которые чреваты слабослыдением и даже слепотой.

Близорукость любой степени нельзя оставлять без внимания. Но нужно помнить, что у младших школьников в первые полгода после начала учебы часто возникает ложная близорукость, причина которой – спазм глазной мышцы. Важно вовремя попасть к офтальмологу, который выявит причину ухудшения зрения и назначит правильное лечение. Развитие близорукости зависит от трёх факторов:

– генетической предрасположенности;

– состояния соединительной ткани (оно зависит от общего состояния здоровья);

– повышенных зрительных нагрузок. На генетику мы влиять не можем. Поэтому профилактика сводится к балансу между физической и зрительной активностью и снижением зрительных нагрузок. Самый простой способ сохранить ребёнку зрение – оградить его хотя бы до 3 лет от компьютера. Важно следить за правильной осанкой ребёнка. Кровообращение в глазах зависит от состояния сосудов позвоночника и сонной артерии. Часто зрение падает у детей с нарушениями осанки и искривлениями позвоночника. Комната должна быть правильно освещена, а при работе с компьютером или просмотре телевизора нужен дополнительный источник освещения. Профилактика

близорукости немыслима без занятий спортом. Самыми полезными для глаз считаются пинг-понг, бадминтон. Важно правильно кормить ребёнка. В его рационе должны присутствовать молочные продукты, мясо, жирные сорта рыбы.

В заключение несколько полезных советов.

Зарядка для глаз: сильное зажмуривание, а затем открытие глаз, вращение глазами по часовой и против часовой стрелки, движение зрачка вверх-вниз – 10-15 раз. Это восстанавливает кровообращение в глазной мышце.

Сильно сжать-разжать веки – 5-10 раз. Это увеличит приток крови к глазам.

Круговые движения головой, руками – 10-15 раз. Это улучшит состояние

сосудов шеи, сонной артерии, позвоночника.

Запомните, дети, правила эти! При чтении используйте подставку – текст удобнее читать, когда он приподнят.

Расстояние от глаз до книги или тетради должно быть не менее 30-40 см. Не сидите к компьютеру боком – в этой позе нарушается кровообращение не только глаз, но и всего плечевого пояса.

Работать на компьютере или смотреть телевизор в тёмной комнате нельзя – обязательно должен быть дополнительный источник освещения.

Если врач выписал очки – носите их. Постоянное прищуривание приводит к утомлению глаз.

Коварный сальмонеллез

Сальмонеллезе, пожалуй, знают все. Но чаще всего эти знания ограничиваются набором расхожих суждений, зачастую весьма далеких от истины.

Сальмонеллез – острое инфекционное заболевание, которое характеризуется многообразием клинических проявлений, но в основном ему свойственна характерная желудочно-кишечная симптоматика в виде воспалительных заболеваний желудка, толстого и тонкого кишечника. Вещ это гастроинтестинальный «калейдоскоп» вызывает последствием интоксикацию, обезвоживание и присоединение других клинических «сюрипримов».

Возбудителем сальмонеллеза является большая группа бактерий, принадлежащих семейству сальмонелл. Это грамположительные палочки, которые имеют жгутики и содержат значительное количество эндотоксинов. Они чрезвычайно живучи: в воде они могут сохраняться в течение 120 дней, в мясе и колбасе сальмонелла может «квартировать» от 2-х до 4-х месяцев, в сырах и то же больше – до 1 года, а в земле – почти 1,5 года.

Идеальной средой для сальмонелл служат мясные и молочные продукты, но в особенности – сырые яйца, где бактерия может не только существовать, но и создавать целые колонии. Причём вкус и консистенция продуктов от этого совсем не меняется.

Соление и копчение в данном случае ситуацию отнюдь не спасает. При температуре +60 С сальмонелла сохраняет жизнеспособность в течение 1 часа, именно поэтому немаловажное значение имеет соблюдение технологии приготовления пищи, качественная термическая обработка пищевых продуктов, соблюдение правил личной гигиены.

У людей заболевание чаще всего возникает из-за нарушения технологии приготовления блюда из мяса животных, птицы, куриных яиц, несоблюдения правил личной гигиены. Человек весьма восприимчив к сальмонеллезной инвазии.

Путь передачи сальмонеллеза фекально-оральный, через пищу: яйца, фарш, мясные салаты – все это «рискованная диета» в плане сальмонеллеза.

Переносчиками сальмонелл, как правило, являются животные. Это домашние животные, особенно свиньи и крупнорогатый скот. В последние годы сальмонеллез стал чрезвычайно популярен среди кур. Заражение, чаще всего, происходит при употреблении в пищу продуктов птицеводства – копченых кур, кур-гриль, шашлыков из мяса птицы, куриных яиц.

Присутствие в рационе питания сырого яйца и яичницы-глазуньи крайне опасно в отношении сальмонеллеза. Нужно отметить, что, как правило, в домашних условиях, перед приготовлением и употреблением яиц, не проводится их обработка, то есть их не имеет должным образом.

Имеет место несоблюдение правил личной гигиены, нарушение товарного соседства сырых и готовых к употреблению продуктов, нарушение технологических процессов приготовления блюд (отсутствие разделочного инвентаря для сырых и готовых продуктов, недостаточная термическая обработка пищевых продуктов).

Рыба и растительные продукты в этом смысле более безопасны. Возможен контактный путь заражения в бытовых условиях: через предметы общего пользования, детские игрушки, медсестринские и родительские руки, ночные горшки, изделия медицинского назначения.

Ещё один известный инвазивный фактор – пыль, содержащая частички помёта. Сальмонеллы особенно хорошо себя чувствуют в птичьем помёте. Овощи, фрукты, ягоды могут быть заражены при удобрении почвы навозом или помете. Важная роль в передаче инфекции принадлежит загрязнённым рукам. Да, кстати, остерегайтесь также и своих домашних любимцев: 10% собак и кошек являются носителями сальмонелл.

Клинические проявления заболевания зависят от его формы:

– желудочно-кишечная (локализованная) – протекает в форме гастрита, энтерита и энтероколита;

– генерализованная – характеризуется тифоподобными и септическими синдромами.

Инкубационный период составляет от 6 часов до 2 суток. Чаще встречается локализованная форма, при которой заболевание начинается остро. Наряду с симптомами интоксикации у больных появляются тошнота и обильная повторная рвота, жидкий, зловонный, пенный, коричневого или зеленоватого цвета понос.

Сокращается диурез. Живот вздут, он болезненный вокруг пупка, справа; в области живота беспокоит урчание. При энтероколите могут возникать ложные позывы к дефекации. Иногда в стуле можно заметить примесь крови и слизи. Чаще всего температура тела повышена. Артериальное давление снижается, пульс учащается, возникает головная боль и слабость. В результате болей потерь со стулом жидкости и солей у больных нередко развивается судороги.

Генерализованные формы сальмонеллеза могут начинаться как продолжение локализованной формы, то есть с поражения желудочно-кишечного тракта, а могут с самого начала протекать без жидкого стула и болей в животе. Обычно при тифоподобной форме на первый план выступают симптомы интоксикации, и она очень напоминает брюшной тиф и паратиф. Реже у больных появляются сотрясающие ознобы, обильный пот, температурная кривая становится неправильного типа, заболевание теряет циклический характер. В организме больного возникают септические очаги, локализуясь в костной системе, сердце, головном мозге и аорте. Протекание такого сальмонеллеза очень тяжелое, поэтому может наблюдаться летальный исход.

Сальмонеллез – тяжелая инфекционная болезнь, которая при неправильном лечении может перейти в хроническую форму. Поэтому обязательно необходимо пройти полный курс ста-



ционарного лечения. Ни в коем случае не следует заниматься самолечением и принимать антибиотики – большинство возбудителей, которые вызывают кишечные инфекции, к ним устойчивы. Поэтому в результате неправильного лечения человек может превратиться в скрытого носителя инфекции и заражать других. Поэтому, если есть признаки заболевания, обязательно обратитесь к врачу.

Профилактика данного заболевания включает соблюдение комплекса специальных правил:

– приобретённое мясо, птицу и изделия из них нужно хранить только в упакованном виде. Следует избегать соприкосновения этих продуктов с другими продуктами, которые не подвергаются тепловой обработке – салатами, винегретом, студнем, молочными продуктами и т.д.

– при разделке сырого мяса, птицы необходимо пользоваться отдельными разделочными досками и ножами, которые после использования надо тщательно промыть с разрешенными моющими средствами под проточной водой и просушить. Эти доски и ножи не должны использоваться для резки хлеба, вареных овощей, колбасы, сыра и других готовых к употреблению продуктов.

– при тепловой обработке продуктов (варка, тушение, жарение) сальмонелла погибает, поэтому мясо животных, особенно птицу, после разделки надо подвергнуть тщательной тепловой обработке: птица проваривается после

закипания не менее 30 минут; жареная птица считается готовой, если при прокалывании куска выделяется светлый без примеси сок.

– для приготовления пищи использовать только предварительно вымытые яйца (их обработку желательно проводить с использованием щетки и мыла). Для питания использовать яйца, сваренные вкрутую (варить в течение 10 минут после закипания). Исключить из рациона сырые яйца и яичницу глазунью.

– салаты, винегреты и другие продукты, не подвергшиеся повторной тепловой обработке, употреблять в пищу сразу после приготовления.

– тщательно обрабатывать овощи и фрукты.

– соблюдать правила личной гигиены.

– обращать внимание на сроки годности приобретаемых в магазинах продуктов, на сроки хранения приготовляемых в домашних условиях продуктов питания, а также на наименование производителя и место приобретения продукции.

– скоропортящуюся и готовую пищу хранить в холодильнике.

Помните! Соблюдение вами правил личной гигиены, приготовления и хранения пищи – надежная профилактика сальмонеллеза. Будьте здоровы!

Брвч инфекционист инфекционного отделения М.В.Окулова

ЗЕМЛЯ СЕРАФИМА САРОВСКОГО

ЦЕРКОВЬ СВ. ВМЧ. ПАНТЕЛЕИМОНА
расписание богослужений на сентябрь 2018 года

ДАТА	ПРАЗДНИКИ	ЛИТУРГИЯ	ВЕЧЕРНЯ	МОЛЕНЬНЫ
01 вт	Мч. Андрея стратилата	8,00	17,00	
02 ср	Неделя 14-я по Пятидесятнице	8,00		После литургии
03 чт	Ап. от 70-ти Фаддея			
04 пт	Мчч. Агафоника, Зотика...		17,00	
05 сб	Отдание праздника Кисления Б.М.	7,00	17,00	
06 вс	Свт. Петра, митр. Киевского	7,00		
07 пн	Ап. от 70-ти Тита		17,00	
08 вт	Сретение Владимирской иконы Божией Матери	8,00	17,00	
09 ср	Неделя 15-я по Пятидесятнице. Собор Нижегородских святых	8,00		После литургии
10 чт	Прп. Моисея Мурена		17,00	
11 пт	Усекновение Главы Иоанна Предтечи. День постный	7,00	17,00	
12 сб	Блгв. кн. Даниила Московского	7,00		
13 вс	Положение честного пояса Пресвятой Богородицы		17,00	
14 пн	Прп. Симеона Столпника	7,00	17,00	09-30; 10-00
15 вт	Мч. Маманта	8,00	17,00	
16 ср	Неделя 16-я по Пятидесятнице.	8,00		После литургии
17 чт	Сщмч. Вавилы			
18 пт	Прор. Захарии и прав. Елисаветы			
19 сб	Воспоминание чуда Архистратига Михаила в Хонех		17,00	
20 вс	Мч. Созонта	7,00	17,00	
21 пн	Рождество Пресвятой Богородицы	7,00	17,00	
22 вт	Суббота перед Воздвижением	8,00	17,00	
23 ср	Неделя 17-я по Пятидесятнице.	8,00		После литургии
24 чт	Прп. Силуана Афонского			
25 пт	Отдание праздника Рождества Пресвятой Богородицы			
26 сб	Память обновления храма Воскресения Христова в Иерусалиме		17,00	
27 вс	Воздвижение Честного Животворящего Креста Господня	7,00	17,00	
28 пн	Вмч. Никиты	7,00	17,00	09-30; 10-00
29 вт	Суббота по Воздвижению	8,00	17,00	
30 ср	Неделя 18-я по Пятидесятнице.	8,00	17,00	После литургии

Таинство исповеди совершается во время вечерней службы. Телефон храма: 50-8-50.

Профессионализм и надежность

Невозможно представить дневной стационар детской поликлиники без врача-педиатра высшей квалификационной категории Брагиной Татьяны Валерьевны и медицинской сестры Любови Алексеевны Сметневой.

Татьяна Валерьевна работает врачом-педиатром дневного стационара детской поликлиники с 2010 года. Постоянно повышает свою квалификацию. Владеет методами оказания неотложной помощи, методами дифференциальной диагностики. Использует в работе современные достижения медицины по диагностике и лечению заболеваний.

На базе дневного стационара она организовала Школ здоровья для пациентов (гастроколы и школы артериальной гипертензии) с высокой эффективностью оздоровления. Участвует в общепедиатрических конференциях. Под её чутким руководством планомерно-экономические показатели дневного стационара ежегодно превышают 100%.

Неравнодушная, чуткая, отзывчивая, умеет найти подход к самым сложным пациентам, поэтому пользуется большим авторитетом среди родителей и детей.

Организованность, дисциплинированность, требовательность к себе и окружающим позволили администрации клинической больницы № 50 и ФМБА оценить по достоинству работу Татьяны Валерьевны. Она неоднократно награждалась Почетными грамотами главного врача клинической больницы, грамотами ФМБА, была занесена на Доску Почета.

Работа дневного стационара детской поликлиники была бы невозможна без постоянного помощника врача – медицинской сестры дневного стационара Сметневой Любови Алексеевны.

Любовь Алексеевна уже пятнадцать лет трудится в дневном стационаре детской поликлиники на должности палатной медицинской сестры. За годы работы в педиатрического отделения № 3 детской поликлиники она зарекомендовала себя только с положительной стороны и как замечательный, преданный своей профессии специалист.

Она – высокопрофессиональная медицинская сестра. В совершенстве владеет техникой выполнения инъекций, проведения внутривенных инфузий, забора крови для проведения биохимических исследований. Строго соблюдает требования инфекционной безопасности и санитарно-эпидемиологического режима. Аккуратно и четко выполняет назначения врача, контролирует своевременность и полноту получения пациентами лечебных процедур.

Каждый день в дневном стационаре детской поликлиники кипит работа: утро у Любови Алексеевны начинается с подготовки рабочего места, затем с 8 часов – прием и регистрация вновь поступающих пациентов, измерение температуры, снятие антропометрических данных, забор крови из вены, оформление медицинской документации, выполнение внутримышечных инъекций, внутривенных вливаний,



набор и раздача лекарств, с обязательным и четким проведением регулярных отметок о выполнении. Ежедневная интенсивная нагрузка ложится на плечи нашей палатной медицинской сестры, и Любовь Алексеевна справляется с должными обязанностями уверенно и достойно. А еще она заботливая мама двоих детей. Любовь и заботу о детях она принесла и в свою работу. С добротой и чуткостью относится к своим юным пациентам, и они платят ей доверием и уважением. Руководство и коллектив педиатрического отделения № 3 детской поликлиники высоко ценят Любовь Алексеевну как профессионального и надежного сотрудника.

Заведующая педиатрическим отделением № 3 детской поликлиники Н.Н.Трифорова, старшая медицинская сестра педиатрического отделения № 3 детской поликлиники Т.В.Русяева

График дежурств больничного священника на сентябрь 2018 г.

Священник дежурит в церкви святого великомученика и целителя Пантелеимона телефон для связи 8-952-454-18-77

Телефон работает строго в часы дежурств.

Священник проводит беседы для больных и медицинского персонала в трудных жизненных ситуациях и отвечает на вопросы по телефону.

Дата	День недели	Часы приема
04 сентября	Вторник	с 15.00 – 17.00
07 сентября	Пятница	с 15.00 – 17.00
11 сентября	Вторник	с 09.00 – 11.00
14 сентября	Пятница	с 09.00 – 11.00
21 сентября	Пятница	с 15.00 – 17.00
28 сентября	Пятница	с 09.00 – 11.00



Опоясывающий лишай

Опоясывающий герпес (герпес Zoster, опоясывающий лишай) – вирусное заболевание кожи и нервной ткани, возникающее вследствие реактивации вируса герпеса 3 типа и характеризующееся воспалением кожи (с появлением преимущественно пузырьковых высыпаний на фоне эритемы) и нервной ткани (задних корешков спинного мозга и ганглиев периферических нервов).

Возбудитель заболевания – вирус герпеса человека 3 типа. Заболеваемость опоясывающим герпесом (ОГ) в различных странах мира составляет от 0,4 до 1,6 случаев заболевания на 1000 человек в год у лиц в возрасте до 20 лет, и от 4,5 до 11,8 случаев на 1000 человек в год в старших возрастных группах.

Риск развития ОГ у пациентов с иммуносупрессией более чем в 20 раз выше, чем у людей того же возраста с нормальным иммунитетом. К иммуносупрессивным состояниям, ассоциированным с высоким риском развития ОГ, относятся: инфицирование ВИЧ, пересадка костного мозга, лейкемия и лимфомы, химиотерапия и лечение системными глюкокортикостероидными препаратами. К другим факторам, увеличивающим риск развития ОГ, относят: женский пол, физическую травму пораженного дерматомы.

Клиническим проявлениям ОГ предшествует продромальный период, во время которого появляются боль и парестезии в области пораженного дерматомы (реже зуд, «покалывание», жжение).

Боли могут носить периодический или постоянный характер и

сопровождаться гиперестезией кожи.

Особенностью высыпаний при опоясывающем герпесе являются расположение и распределение элементов сыпи, которые наблюдаются с одной стороны и ограничены областью иннервации одного сенсорного ганглия. Наиболее часто поражаются области иннервации тройничного нерва, в особенности, глазной ветви, а также кожа туловища Т3–L2 сегментов. Поражение кожи в области грудной клетки наблюдается более чем в 50% случаев; реже всего сыпь появляется на коже дистальных отделов конечностей.

Клиническая картина опоясывающего герпеса включает в себя кожные проявления и неврологические расстройства. Наряду с этим, у большинства больных наблюдаются общинфекционные симптомы: гипертермия, увеличение региональных лимфатических узлов.

Высыпания при опоясывающем герпесе имеют короткую эритематозную фазу (часто она вообще отсутствует), после чего быстро появляются папулы. В течение 1-2 дней папулы превращаются в везикулы, которые продолжают появляться в течение 3-4 дней – везикулярная форма Herpes zoster. Элементы склонны к сливанию.

Пустулизация везикул начинается через неделю или раньше после появления первичных высыпаний. Далее через 3-5 дней на месте везикул появляются эрозии и образуются корочки. Корочки обычно исчезают к концу 3-й или 4-й недели заболевания. Однако



чешуйки, а так же гипо- или гиперпигментация могут оставаться и после разрешения высыпаний опоясывающего герпеса.

При геморрагической форме заболевания пузырьковые высыпания имеют кровавое содержание, процесс распространяется глубоко в дерму, корочки приобретают темно-коричневый цвет. В некоторых случаях дно пузырьков некротизируется и развивается гангренозная форма Herpes zoster, оставляющая рубцовые изменения кожи.

Интенсивность высыпаний при ОГ разнообразна: от диффузных форм, почти не оставляющих здоровых участков кожи на стороне поражения, до отдельных пузырьков, нередко сопровождающихся резко выраженными болевыми ощущениями.

Генерализованная форма характеризуется появлением везикулярных высыпаний по всему кожному

покрову наряду с высыпаниями по ходу нервного ствола.

Поражение глазной ветви тройничного нерва наблюдается у 10-15% больных ОГ, высыпания при этом могут располагаться на коже от уровня глаза до теменной области, резко прерываясь по срединной линии лба. Поражение назоцилиарной ветви, иннервирующей глаз, кончик и боковые части носа, приводит к проникновению вируса в структуры органа зрения.

Поражение второй и третьей ветви тройничного нерва, а также других черепно-мозговых нервов может приводить к развитию высыпаний на слизистой оболочке полости рта, глотки, гортани и кожных раковин и наружного слухового прохода.

Болевой синдром при герпесе Зостер.

Боль является основным симптомом опоясывающего герпеса. Она часто предшествует развитию

кожной сыпи и наблюдается после разрешения высыпаний (постгерпетическая невралгия).

Болевой синдром, ассоциированный с ОГ, имеет три фазы: острую, подострую и хроническую. Болевой синдром, длящийся более 120 дней, определяется как постгерпетическая невралгия. ПГН может длиться в течение нескольких месяцев или лет, вызывая физическое страдание и значительно снижая качество жизни больных.

У ряда больных болевой синдром сопровождается общими системными воспалительными проявлениями: лихорадкой, недомоганием, миалгиями, головной болью.

Предрасполагающими факторами к развитию ПГН, являются: возраст старше 50 лет, женский пол, наличие продрома, массивные кожные высыпания, локализация высыпаний в области иннервации тройничного нерва или плечевого сплетения, сильная острая боль, наличие иммунодефицита.

При ПГН можно выделить три типа боли: постоянная, глубокая, тупая, давящая или жгучая боль; спонтанная, периодическая, колющая, стреляющая, похожая на удар током; аллодиния.

Болевой синдром, как правило, сопровождается нарушениями сна, потерей аппетита и снижением веса, хронической усталостью, депрессией, что приводит к социальной дезадаптации пациентов.

К осложнениям опоясывающего герпеса относятся: острый и хронический энцефалит, менингит, быстро прогрессирующий герпетический некроз сетчатки, приводящий к слепоте в 75-80%

случаев, офтальмогерпес (Herpes ophthalmicus) с контралатеральным гемипарезом в отдаленные сроки, а также поражения желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы и др.

Офтальмогерпес — герпетическое поражение любого ответвления глазного нерва. При этом часто поражается роговица, приводя к возникновению кератита. Чаще поражается зрительный нерв, что приводит к невриту зрительного нерва с исходом в атрофию.

Ганглиолит коленчатого ганглия проявляется синдромом Ханта. При этом поражаются сенсорные и моторные участки черепно-мозгового нерва (паралич лицевого нерва), что сопровождается вестибуло-кохлеарными нарушениями. Высыпания ОГ могут располагаться в области копчика. При этом развивается картина нейрогенного мочевого пузыря с нарушениями мочеиспускания и задержкой мочи.

Имеются единичные сообщения о заболевании детей опоясывающим герпесом. К факторам риска возникновения ОГ у детей относятся: ветряная оспа у матери во время беременности или первичная инфекция в 1-й год жизни. Риск заболевания ОГ повышен у детей, которые переболели ветряной оспой в возрасте до 1 года. Опоясывающий герпес у детей протекает не так тяжело, как у пожилых пациентов, с меньшей выраженностью болевого синдрома; постгерпетические невралгии также развиваются редко.

Риск развития ОГ у больных ВИЧ-инфекцией более высок, и у них чаще развиваются рецидивы заболевания.

Заболевание у беременных может осложняться развитием пневмонии, энцефалита. Инфицирование в I триместре беременности приводит к первичной плацентарной недостаточности и, как правило, сопровождается прерыванием беременности.

Диагностика ОГ основана на характерных жалобах (проявления неврологической симптоматики), течении заболевания (продромальный период и манифестация на коже) и особенностях клинических проявлений на коже. При необходимости для верификации диагноза используются методы ПЦР для идентификации вируса Varicella zoster.

Дифференцировать проявления ОГ необходимо с зостероформной разновидностью простого герпеса, контактным дерматитом (после укусов насекомых, фотодерматитом), пузырьковым дерматозом (герпетическим дерматитом Дюринга, буллезным пемфигоидом, пузырчаткой).

К профилактическим мерам по предупреждению образования и проявления вируса можно отнести: регулярное потребление витаминов; правильное питание; отказ от вредных привычек; полноценный отдых.

Врач инфекционист инфекционного отделения Н.А. Кузнецова

Миастения – аутоиммунное заболевание

Миастения – аутоиммунное заболевание, характеризующееся нарушением нервно-мышечной передачи, клинически проявляющееся слабостью и патологической утомляемостью скелетных (поперечнополосатых) мышц, обусловленное образованием аутоантител к различным антигенам мишеням периферического нейромускульного аппарата.

Миастения относится к редким заболеваниям; в настоящее время распространённость миастении составляет 10-24 на 100000 населения. Миастения может проявляться в любом возрасте, но наиболее высокая заболеваемость отмечается в двух возрастных категориях: 20-40 лет (в этот период чаще болеют женщины) и 67-75 лет (в этот пери-

од женщины и мужчины поражаются с одинаковой частотой).

Выделяют генерализованную и глазную формы миастении.

Для миастении типично хроническое течение с периодическими обострениями и ремиссиями и возможным развитием тяжелых состояний, называемых кризами. Клинические проявления зависят от формы заболевания и стадии ее течения. Ведущий клинический симптом при всех формах миастении – слабость и патологическая мышечная утомляемость, усиливающаяся на фоне физических нагрузок и уменьшающаяся после отдыха или приема антихолинэстеразных препаратов.

В диагностике миастении важное значение имеют данные анамнеза, указывающие на наличие в прош-

лом кратковременных эпизодов слабости и утомляемости, полностью или частично регрессировавших самопроизвольно или на фоне неспецифического лечения.

У больных с генерализованной миастенией иногда возникает быстрое ухудшение состояния с развитием дыхательной недостаточности, связанной со слабостью дыхательных мышц или бульбарной мускулатуры (миастенический криз). Он может возникнуть спонтанно вследствие неблагоприятного течения заболевания (иногда криз является первым проявлением миастении), в результате нарушения всасывания антихолинэстеразного средства либо как осложнение инфекции или приема препаратов, нарушающих нервномышечную передачу.



Правильная диагностика и своевременное назначение адекватных методов лечения приводят к компенсации двигательных рас-

стройств более чем у 80% больных миастенией.

В апреле 2017 года в неврологическом отделении была направле-

на из поликлиники пациентка М, 1957 г.р. с диагнозом: дисгенная радикулопатия на шейном уровне. Жалобы при поступлении на опущение верхнего века слева, двоение перед глазами, затруднения при глотании, изменение звучности голоса, чувство слабости в мышцах шеи, одышка при небольшой физической нагрузке. Первые симптомы заболевания появились примерно за 6 месяцев до госпитализации, после ОРВИ, в виде слабости в мышцах шеи, усиливающейся к вечеру, опущения века правого глаза; затем присоединились затруднения при глотании, изменения звучности голоса. В статусе при госпитализации: выраженный птоз слева, диплопия, дисфагия, дизартрия, назолалия; ограничение подвижности мягкого неба; выраженная слабость мышц

задней поверхности шеи («кроняет» голову на грудь). Врач-невролог Н.Н. Созник поставила предварительный диагноз – миастения, генерализованная форма. Начата терапия калимином – выраженность симптоматики значительно уменьшилась. Пациентка направлена на обследование и лечение в ГНЦ им. А.И. Буназяна, подтвержден диагноз миастении, генерализованной формы с вовлечением краниобульбарной мускулатуры. Назначены метипред, калия хлорид перорально; уменьшена доза калимина. Бульбарный синдром и слабость в мышцах шеи купированы, глазодвигательных нарушений нет. Пациентка продолжает работать.

В Сарове обнаружены бешеные лисы



Бешенство (гидрофобия) – острая инфекционная вирусная болезнь, возникающая после попадания на поврежденную кожу и слизистую слюны инфицированного животного и характеризующаяся развитием специфического энцефалита со смертельным исходом.

По данным ВОЗ, бешенство является десятой по значимости причиной смерти людей в структуре инфекционных болезней и регистрируется более чем в 150 странах. Бешенство является острой природно-очаговой инфекцией и представляет огромную опасность. Ежегодно в мире от этой болезни погибает более 55 тысяч человек. В настоящее время бешенство остается одной из важнейших проблем, как здравоохранения, так и ветеринарии. Его эпидемиологическая значимость

определяется абсолютной летальностью, повсеместным распространением, прямой связью с заболеванием среди животных, уровнем социально-экономического развития государства и организацией антирабической помощи населению. В Российской Федерации ежегодно регистрируется от 4-х до 22-х случаев заболевания. Вместе с тем, за медицинской помощью в связи с нападением животных каждый год обращается от 250 до 450 тысяч человек. К сожалению, в последние годы отмечается ухудшение ситуации, связанной с бешенством среди животных, увеличивается число неблагополучных пунктов. Необходимо отметить, что более половины случаев заболеваний гидрофобией в последние годы связано с нападением диких животных, что отличает эпидемический процесс бешенства на современном этапе от наблюдений в начале прошлого столетия, когда 87,5% заболевших подвергались нападению собак. Вместе с тем, при анализе обращений за антирабической помощью, установлено, что наиболее часто население подвергается нападению бродячих животных (собак) в

населенных пунктах, число случаев бешенства среди которых с 1990 года выросло в 5,3 раза. На протяжении последних 2-х лет наблюдается тенденция к росту показателей заболеваемости.

Ежегодно отмечается увеличение числа обратившихся граждан в центральное приемное отделение Клинической больницы № 50 с укусами животных. От укусов животных часто страдают дети, поэтому необходимо постоянно проводить с ними разъяснительную работу и стараться избегать ненужных контактов с животными, особенно дикими или безнадзорными.

С 1 по 31 июля в приемное отделение обратилось 19 граждан, 13 из них были привиты профилактической вакциной, 6 человек получили специфическое лечение – антирабический иммуноглобулин, 2 человека обратились после укуса дикими животными (ежами), что особо опасно.

Бешенство человека можно предупредить только профилактическими прививками.

Жителями города Сарова часто пренебрегают методами специфической профилактики. Ни в коем случае не следует отказываться от назначенного лечения и самовольно прерывать его: это может привести к трагическим последствиям.

Как противостоять кори?

Межрегиональное управление № 50 ФМБА России информирует горожан о том, что по данным Всемирной Организации Здравоохранения в последние годы во многих странах мира отмечается неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по кори.

В 2017 году зарегистрировано 20260 случаев кори в 43 странах Европейского региона, из них наибольшее число заболевших было в Румынии, Италии, Украине. В 2018 году корь регистрируется в 28 странах Европы. Также корь распространяется и на Американском континенте: в текущем году очаги регистрировались в Аргентине, Бразилии, Колумбии, Эквадоре, Мексике, Перу, Канаде, США. Одна из наиболее сложных ситуаций складывается в Венесуэле, где с начала 2018 года зарегистрировано более 900 случаев заболевания корью и несколько десятков летальных исходов. В Украине с начала 2018 года переболело более 20000 человек, от осложнений кори умерло 11 человек. Случаи заболевания корью регистрируются также в Киргизии.

Заболеваемость корью в Российской Федерации в 2017 году по сравнению с 2016 годом возросла в 4,3 раза и составила 0,25 на 100 тыс. населения. В 2018 году ситуация остается напряженной. Случаи заболевания корью регистрируются в Дагестане, Карелии, Московской, Калужской, Новосибирской областях, в г. Санкт-Петербурге.

Заболеваемость корью в Сарове не регистрируется с 2000 года. Этому способствует поддержание на защитном уровне (более



95%) охвата прививками против кори населения города.

Корь является заболеванием с воздушно-капельным механизмом передачи. Вирус кори передается здоровому человеку от больного при чихании, кашле, разговоре и даже дыхании. Заболевание характеризуется высокой температурой, поражением слизистых оболочек глаз, дыхательных путей и сопровождается сыпью, которая появляется на голове, затем на лице, шее и в течение следующих 2-х суток покрывает все конечности и туловище. Особенно опасна корь развитием осложнений! При развитии коревой энцефалита у взрослых отмечаются смертельные исходы. Не привитые и ранее не болевшие корью лица в случае контакта с больным человеком заражаются в 100%.

При планировании поездок в неблагополучные по заболеваемости корью регионы

лицам, не болевшим корью и не привитым ранее против кори, единственной мерой профилактики является вакцинация!

Курс вакцинации против кори состоит из 2-х прививок. Дети вакцинируются в возрасте 12 месяцев и 6 лет, если вакцинация не проведена в установленные сроки, то проводится позднее.

Взрослые прививаются в возрасте от 18 до 35 лет с интервалом в 3 – 6 месяцев.

Работниками группы риска медицинских, образовательных организаций, организаций торговли, транспорта, коммунальной и социальной сферы (не болевшим корью и ранее не привитым) вакцинация показана в возрасте от 36 до 55 лет с интервалом в 3 – 6 месяцев.

Межрегиональное управление № 50 ФМБА России



С юбилеем!

10 августа отметила свой юбилей Настагунина Валентина Ивановна. В 1981 году закончила медицинское училище в г.Арзамас-16. С 1989 года начала свою трудовую деятельность в стоматологической поликлинике стоматологического отделения №1. Имеет высшую квалификационную категорию. Валентина Ивановна настоящий профессионал своего дела. Отзывчивая, грамотная медицинская сестра. Она хороший наставник для молодых специалистов. Пользуется уважением среди сотрудников поликлиники и пациентов. Неоднократно поощрялась руководством КБ №50 за трудолюбие.

Коллектив стоматологического отделения МСЧ №1 сердечно поздравляет её с замечательной датой, желает крепкого здоровья, благополучия в семье и успехов в работе.



ФОТОМИКС

Серафимовские дни

В первых числах августа в Дивеево проходят Серафимовские дни. Сотрудники Клинической больницы № 50 по традиции обеспечивают медицинское обслуживание – сюда съезжаются тысячи паломников со всех уголков страны. Вот уже почти 30 лет самим священнослужителям оказывают помощь сотрудники монастырской больницы Свято-Троицкого Серафимо-Дивеевского женского монастыря, история которой неразрывно связана с историей самого монастыря. Отсчет начинается в 1760 году.



Муниципальное бюджетное учреждение культуры Саровский драматический театр
театр кукол «Кузнечик»

ЕНТЯЗОРЬ

рекомендован к просмотру детям с 3-х лет

0+ Премьера! **15¹¹** **16¹⁶**
С. Дорожкин
Калямаля

рекомендован к просмотру детям с 3-х лет

0+ Премьера! **22¹¹** **23¹¹**
С. Дорожкин
Калямаля

рекомендован к просмотру детям с 4-х лет

0+ **29¹¹** **30¹¹**
В. Лымарев
Ай да братец кролик!

БИЛЕТЫ 7-60-09 | TEATRSAROV.RU | VK.COM/TEATR_KUZNECHIK

Муниципальное бюджетное учреждение культуры Саровский драматический театр

70 ТЕАТРАЛЬНЫЙ СЕЗОН СЕНТЯБРЬ

Премьера **«Сумасшедшая квартирка»** 16+ 07¹⁸ 09¹⁸ 14¹⁸
К. Манн
комедия

КАРЛСОН ВЕРНУЛСЯ! 0+ 16¹¹
Л. Лингрен
сказка-опера

СЕРЕБРЯНЫЙ РУБЛЬ 6+ 22¹¹
В. Ойовский
сказка в концертном исполнении

СУМАСШЕДШАЯ КВАРТИРКА 16+ 23¹⁸
К. Манн
комедия

СУПРУГИ КАРЕНИНЫ 16+ 27¹⁸⁻³⁰
главы из романа Л. Н. Толстого «Анна Каренина»

ТАК НЕ БЫВАЕТ! 16+ 28¹⁸
К. Трайтбург
В. Муравьев
водевиле

ВОЖДЬ КРАСНОКОЖИХ 6+ 29¹⁸
О. Тенри
вестерн

СЕРЕБРЯНЫЙ РУБЛЬ 6+ 30¹¹
В. Ойовский
сказка в концертном исполнении

ТАК НЕ БЫВАЕТ! 18+ 30¹⁸
К. Трайтбург
В. Муравьев
водевиле

БИЛЕТЫ 7-60-09 | TEATRSAROV.RU | VK.COM/SDTEATR | TEATRSAROV | TEATRSAROV

МЕДИНФО-Саров

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 50 ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА»

Учредитель: СТК ФГБУЗ КБ № 50 ФМБА РОССИИ

Адрес редакции / издателя:
607190 Россия, Нижегородская область, г.Саров, ул.Зернова, 72,
факс: (83130) 5-32-55
Наш сайт: www.skb50.ru

И.о. главного редактора – Л.Л.Литигова

Выпускающий редактор: Г.Э.Урусова

Над номером работали: В.В.Фомичев, Д.А.Мирясова

При перепечатке ссылки на «МЕДИНФО – Саров» обязательна.
Редакция оставляет за собой право редактировать материалы. Рукописи не возвращаются.
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов публикаций

Отпечатано в типографии
ОАО «Первая Образцовая типография»,
филиал «Нижеполиграф», 603950, ГСП-123,
г. Н.Новгород, ул Варварская, 32
Время подписания к печати по графику 17.00, фактически 17.00

Тираж 999 Заказ № 1567032