

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

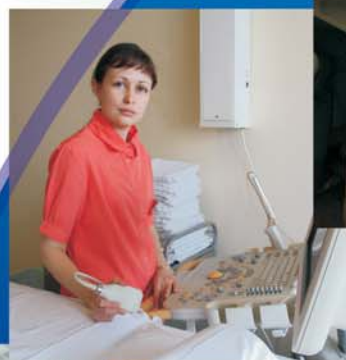
ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№6 (126) ИЮНЬ 2013



ДЦАК
КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БУДНЕТСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



*Будущее -
дело молодых!*

Диагностическому центру Алтайского края - 20 лет



О защите прав пациентов...

Вопросы здоровья, качества оказания медицинской помощи — одни из наиболее острых, злободневных тем, которые касаются и интересуют всех без исключения.

Продолжающаяся дискуссия о состоянии отечественного здравоохранения, в том числе и о правах (кстати, и об обязанностях!) пациентов, в частности и в связи с внесением очередного законопроекта «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи» оставляет невольное ощущение, что на медицинских работников идет массированное «общественное» давление.

Не знаю, согласитесь ли вы со мной, уважаемые читатели, но обсуждение этих чрезвычайно важных вопросов идет постоянно и без запущенной формальной процедуры общественной экспертизы упомянутого выше законопроекта.

Причем, тон такого «обсуждения» зачастую бывает не просто нерациональным, неконструктивным, а неуважительным, я бы даже сказала — оскорбительным, по отношению ко всем медицинским работникам. Будто нет в медицине высококвалифицированных, ответственных специалистов, уникальных операций, тысяч спасенных жизней, бессонных ночей у постели больного!.. Будто нет ежедневного и ежечасного сострадания и участия!

Думаю, у каждого из нас, к сожалению, примеров такому неуважению немало. Буквально в последние дни несколько раз сопровождала заболевших родственников на обследование и лечение в различные лечебные учреждения и невольно становилась участником процесса «пациентского ожидания». И представьте, не было случая, чтобы среди ожидавших своего времени пациентов, причем, пришедших по предварительной записи, с талонами с указанным временем приема (и прием велся без задержек) не нашлось «активного». Агрессивно активного, который невзирая на настроение других пациентов (естественно, встревоженных ожиданием врачебного вердикта, не очень хорошо себя чувствующих), начинал свой монолог. Доставалось всем — от «неграмотных врачей» до Путина. Повествовалось о диких случаях смерти больных, прямо перед врачебными кабинетами, не дождавшись помощи... Комментировались врачебные назначения, направо-налево раздавались «компетентные» советы и оценки. Зачастую именно такие воинствующие невежды и хамы (а как иначе их назвать?!) сеют недоверие, неуважение ко всему медицинскому сообществу, способствуют формированию негативного общественного мнения.

Не идеализирую состояние современной медицины, в том числе и отечественной, и краевой. Но не допускаю даже мысли, что врач или медицинская сестра умышленно могут вредить больному, мстить ему...

Как и в любой другой профессии, в медицине наверняка есть люди, которые ошиблись в своем выборе, в другой сфере деятельности могли бы реализоваться более эффективно. И уровень профессиональной квалификации специалистов — низкий. Но, начиная от системы образования в медицинском вузе, где к студенту буквально с первых минут обращаются по имени-отчеству, где сама организация учебного процесса буквально перенесена в реальные клиники, да и вся последующая работа — это объективная необходимость постоянного повышения уровня собственной профессиональной квалификации, и заканчивая реалиями практической деятельности, сложнейшая работа, чрезмерная нагрузка и мера ответственности — все это предопределяет и особые человеческие качества посвятивших себя медицине.

Именно поэтому возлагаю большие надежды на формирующиеся профессиональные объединения медицинских работников — Медицинскую палату, объединяющую врачей, ассоциации средних медицинских работников (республиканские и региональные). Их главная задача состоит как раз в том, чтобы в медицинской профессии работали люди с высокой квалификацией и особыми моральными качествами. И отстаивать их честь и достоинство как профессионалов.

И еще убеждена в том, что нет более заинтересованных в защите прав пациентов лиц, чем сами медицинские работники. Заинтересованные в использовании самого современного оборудования, новых высокоэффективных методов лечения, препаратов. В создании комфортных условий для пациентов, в том, чтобы у специалиста было достаточно времени, чтобы уделить внимание больному, квалифицированно обследовать, дать правильные рекомендации по лечению, морально, психологически поддержать его.

Потому что права пациента и права медицинского работника — это две стороны одной медали под названием «Жизнь».

Думаю, что именно такое консолидированное профессиональное сообщество, дорожащее своей репутацией, несущее коллективную ответственность за состояние системы здравоохранения, уровень квалификации специалистов, качество медицинской помощи, позволит изменить ситуацию в системе здравоохранения, избавиться от случайных людей в профессии, восстановить и уважительное отношение к представителям своей профессии в обществе. Этим необходимо заниматься постоянно и всерьез.

А в преддверии праздника людей, несущих надежду, здоровье и даже жизнь — поздравляю всех медицинских работников с их днем!

Здоровья, профессионального долголетия, уважения коллег и пациентов. У вас такие сложные, ответственные и очень нужные людям работа и жизнь!



8

**Как будет
работать закон по
борьбе с курением**



15

**Тугоухость -
не приговор**



26

**Апоплексия
яичника: вопросы
и ответы**



36

**Какой бывает
зависть?**



38

**Читаем
этикетку крема**

Я.Н. Шойхет: «Здравоохранение края - время перемен» 2-7

Жизнь без табака
Как будет работать закон по борьбе с курением 8

Как защититься от летающих насекомых 9-10

Шесть задач для тонуса мозга 11

Л.В. Юрченко. Травмы требуют внимания 12-14

ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП
Ю.В. Дранович. Тугоухость - не приговор 15-18

С.Е. Гребенник. Звуки и буквы 18

Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора»
Н.Г. Кеева. Медицинские услуги - по новым правилам.
Лицензирование обязательно 19-20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.
Л.А. Плигина. «Мы делаем скрытое явным...» 21
Л.В. Скляр. Я горжусь своей профессией! 22
В.М. Дымова. Подготовка кишечника
к рентгенологическим исследованиям 23-24

М.Н. Макашова. Как воспитать будущую маму 25

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА
О.М. Сирота. Апоплексия яичника: вопросы и ответы 26-27

ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП
В.О. Долганова. Как и почему проявляется
эмоциональное напряжение у ребенка? 28-30

Я поведу тебя в музей 31

Руки, плечи, главное - грудь! 32-33

НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ
Топ-5 разгрузочных дней 34-35

Какой бывает зависть? 36-37

Читаем этикетку крема 38-39

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!
А.А. Матвейкин. Бороться с болью нужно! 40-41

Как пережить жару в городе? 41-42

Здоровье - каждой алтайской семье! 43

Мир и медицина 43

Топаз. Сибирский алмаз 44



«Здравоохранение края - время перемен»

Яков Наумович ШОЙХЕТ - доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, Заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом хирургии ФПК и ППС, руководитель НИИ пульмонологии при Центральной научно-исследовательской лаборатории АГМУ, Почетный гражданин Алтайского края.

Наш разговор с Яковом Наумовичем Шойхетом состоялся в последние дни мая, в преддверии Дня медицинского работника. Особой темой стала работа Медицинской палаты Алтайского края, президентом которой он был избран на учредительном собрании около года тому назад.

- Медицинская палата Алтайского края в июне отмечает год своей работы. Можно подвести первые итоги?

- Подведение итогов больше подходит для отчета учреждения. Медицинская палата является иной структурой, созданной в непростых для системы здравоохранения условиях. Это прежде всего объединение профессионалов, врачей, и этот союз не может существовать и действовать вне рамок правового поля. Существующая законодательная база, определяющая место Медицинской палаты в системе здравоохранения, претерпела некоторые изменения за этот год. Например, для принятия решений в региональной Медицинской палате достаточно представительство 25% от общего числа врачей, на уровне России - уже 50 процентов. Получилась сложная ситуация: региональная палата может работать и принимать решения, а федеральная едва ли в обозримом будущем достигнет необходимого единства мнений. В то же время параллельно работают профессиональные общества кардиологов, терапевтов, ряда других врачебных специальностей.

Определенным итогом деятельности Медицинской палаты России можно считать появление совместного документа - договора о сотрудничестве между Министерством здравоохранения РФ и Медицинской палатой.

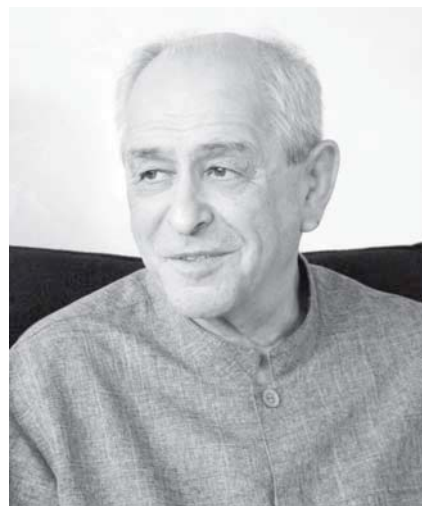
И это существующее взаимопонимание облегчает решение ряда непростых задач.

Например, важнейшей задачей Медицинской палаты является аттестация врачебных кадров. Порядок и участники проведения аттестации кадров Управлением по здравоохранению и фармацевтической деятельности определен приказом, и из трехсот участников процесса - 220 являются членами Медицинской палаты. Понятно, что это позволяет профессиональному сообществу влиять на ситуацию, связанную с присвоением квалификационных категорий.

Следующая большая группа вопросов касается защиты прав застрахованных, работы Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Так, в созданном Координационном совете при ТФОМС из 19 человек в его составе 13 - это члены Медицинской палаты. И здесь все вопросы решаются в рабочем порядке, без ненужного ажиотажа.

Могу констатировать: Медицинская палата успешно вошла в жизнь здравоохранения Алтайского края.

- Одним из сложных, трудно решаемых вопросов остается вопрос заработной пла-



Сегодня Яков Наумович по-прежнему много работает на кафедре факультетской хирургии АГМУ, продолжает оперировать. Он является научным руководителем не только регионального пульмонологического, но и краевого гепатологического центров. Является председателем Совета старейшин, который создан при Губернаторе Алтайского края. Яков Наумович - председатель Попечительского совета благотворительного марафона «Поддержим ребенка!», который оказывает помощь детям, нуждающимся в высокотехнологичной медицинской помощи.

ты разных категорий медицинских работников.

- Нами собрана полная информация по оплате труда всем категориям медицинских работников, включая сестринский и младший персонал. В этом направлении ведется поэтапная работа. Благодаря пониманию ситуации Губернатором края сначала были опреде-



Медицинская палата Алтайского края

лены меры по введению региональных (как их называют «губернаторских») доплат, согласно которым увеличена зарплата специалистам, наиболее уязвимым на тот период в этом плане: хирургам, операционным медицинским сестрам, анестезиологам. Следующим постановлением Администрации Алтайского края была предусмотрена поддержка специалистов звена первичной медицинской помощи, терапевтов.

Среднее звено медиков на сегодня пока оказывается в худшем положении.

Недавно после обсуждения предложений по оплате труда на Совете Медицинской палаты, подготовленных совместно с Главным управлением по здравоохранению и фармацевтической деятельности, я, как председатель Медицинской палаты, докладывал Губернатору ситуацию и наши предложения по оплате труда медиков, подчеркиваю - не только врачей. Докладывал подробно, со всеми выкладками, в разрезе отдельных специальностей. Губернатор выслушал предложение, касающееся оплаты труда пульмонологов, гастроэнтерологов, судебных медиков, патологоанатомов, санитарок... Но надо понимать, что одновременно все вопросы решить нельзя. Поэтому предложена система поддержки медицинских работников в несколько этапов. И работа в этом направлении будет продолжена.

С удовлетворением отмечу, что решение данных вопросов в Алтайском крае переведено из разряда митингов в нормальный рабочий режим. Это стало возможным благодаря пониманию Губернатором края важности решения вопросов, касающихся здравоохранения.

Второй аспект, над которым нам предстоит работать, и он, по моему мнению, гораздо сложнее: медицинская общественность должна вырасти до понимания того, что она сама может регулировать вопросы медицинской деятельности в регионе, в стране.

В доказательство этого приведу пример. Многие администраторы лечебно-профилактических учреждений, квалифицированные специалисты возмущаются получаемыми заключениями экспертов страховых компаний. **(От редакции.** Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным из средств ТФОМС через страховые компании, производится после оценки

экспертами качества ее оказания. И если есть замечания, возможны штрафные санкции, которые усугубляют и без того не блестящее финансовое состояние лечебных учреждений). Действительно, многие привлекаемые страховыми компаниями эксперты не являются практикующими врачами или давно отошли от практической работы. В определенной мере они заинтересованы (в том числе и материально) в том, чтобы выявить как можно больше нарушений. Урегулирование претензий, несогласие с выводами экспертов не формализуется, остается на уровне разговоров. Больницы не выдвигают свои претензии. В то же время Медицинской палатой Алтайского края созданы экспертные группы, состоящие из самых серьезных специалистов по педиатрии, акушерству, другим областям медицины. И их возможностями могут воспользоваться как страховые компании, так и лечебные учреждения. И те, и другие должны быть максимально заинтересованы в улучшении качества лечебно-диагностического процесса, в этом квалифицированная экспертиза всегда - главный помощник. Видимо, администрации больниц считают, что если они обратятся за помощью к экспертам высокой квалификации, у них могут найти ряд других нарушений. И по этой причине отсутствует механизм нормальных отношений страховых компаний и больниц с экспертами и между собой.

- Получается, что несовершенство законодательной базы и отсутствие активной позиции медицинских работников требуют серьезной работы, вмешательства Медицинской палаты.

- Да, это так. Можно пояснить это еще одним примером. Нет законодательной базы, обеспечивающей безопасность врачебной деятельности с одной стороны и пациента - с другой. Причем, по пациентам принимаются решения одно за другим - сейчас вынесен на обсуждение Федеральный закон о страховании пациентов. Вводится понятие медицинской ошибки, и как следствие - штрафные санкции. Но все мы знаем, что смерть поступившего в больницу человека может быть не связана с тем заболеванием, с которым он был принят в отделение. Однако, согласно проекту закона, больница в конечном итоге будет

На региональном уровне я могу ответственно говорить, что Медицинская палата Алтайского края, деятельность ее Совета получили поддержку Губернатора края А.Б. Карлина, Администрации края, Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности. И сейчас, в отличие от своих коллег из ряда других регионов, мы не доказываем свою позицию и право на принятие ряда решений, связанных с изменением ситуации в отрасли. Я бы сказал - идет совместная серьезная постоянная работа. И это существующее взаимопонимание облегчает решение ряда непростых задач.



В состав Медицинской палаты входят медработники - врачи. На своей конференции они избрали Совет Медицинской палаты, ее президента. Идет формирование первичных организаций в ЛПУ, в районах и городах. Медицинская палата Алтайского края вошла в состав федеральной Медицинской палаты. Членство в палате предполагает уплату членских взносов. Мы приняли в штат организации нескольких толковых, активных юристов, как я уже говорил, сформирована серьезная экспертная группа по разным врачебным специальностям. Они должны разработать целый ряд предложений. Работа идет результативно, потому что нет сдерживающих факторов.

платить миллионный штраф в подобном случае. А штрафы могут быть списаны только с бюджета учреждения. Значит, другие статьи его расходов будут сокращены. И это, несомненно, скажется на качестве оказания помощи другим пациентам.

- Очевидно, что изменения в здравоохранении необходимы. Но не слишком ли медленно они происходят?

- Это ошибочное мнение. Медицина весьма консервативна, в этом ее спасение. С другой стороны, все чаще мы имеем дело с запущенным течением болезни у пациентов. Количество неоперабельных больных увеличилось. Население слышит рекламные заявления, обещающие полное излечение, верит, следует всевозможным непрофессиональным советам, - и это становится причиной того, что посещение больницы откладывается день за днем.

На самом деле в медицине проходят настоящие революционные изменения. То оборудование, которое установлено и стало доступным, полностью изменило диагностические и лечебные возможности. Как следствие - развитие крупных медицинских центров, в которых аппаратура задействована полностью, а не на 5-10%, как это было бы в маленьких больницах. Многие нарушения человеческого организма, которые были неизвестны прежде, элементарно - не диагностировались, теперь легко определяются. Скажите, например, сколько у че-

ловека нижних полых вен? Одна - так ответит любой. Нами получены результаты обследования девушки, у которой две нижних полых вены - во внутритрунном периоде не произошло их слияния. Причем, благодаря современной компьютерной программе это можно наглядно увидеть на мониторе.

Идет серьезная перестройка всех систем здравоохранения. К примеру, раньше проводилось этапное лечение: сначала больной попадал в районную больницу, потом - в городскую и т.д. Сейчас во многих случаях целесообразно обратиться сразу в крупный медицинский центр. Прежде долгое время больной принимал «таблетки». Сейчас уже на раннем этапе лечения часто применяются агрессивные методы.

Формируется кластерный подход для того, чтобы была полная загрузка аппаратуры, а у врача - опыт. Если он, даже имея современную аппаратуру, выявляет всего несколько заболеваний в год, опыта не получает, а значит, не исключено, что пройдет мимо даже значимых признаков заболевания при обследовании очередного пациента. У каждого врача должен быть достаточный опыт работы. Важно также, чтобы больной правильно представлял, к кому ему необходимо обратиться за помощью в каждом конкретном случае. Должен быть специалист, который скажет наверняка, где и что можно лечить. Должны быть своеобразные диспетчерские пункты.

- Развитие кластерного подхода может привести к сокращению возможности оказания помощи районными больницами. Не получится ли так, что медицина в сельской местности постепенно сократится до оказания первой неотложной помощи?

- Это непростой вопрос. Нигде в мире нет примеров того, чтобы на уровне района можно было достичь излечения любого больного человека. Подлечиться можно где угодно. Но в результате такого подлечивания, снятия симптомов проявления болезни количество более тяжелых больных резко увеличивается, растет заболеваемость населения.

При проведении анализа результатов обследования населения по Семипалатинской программе выяснили следующее: в одном районе приходится в среднем 3,9 хронических заболеваний на одну женщину, в другом - 3,4.



Медицинская палата Алтайского края

Понятно, что при такой аккумуляции заболеваний качество жизни человека становится низким. Пока мы не поймем, что надо идти по пути излечения, а не перевода острого процесса в хронический, результат труда врача будет считаться неудовлетворительным.

С другой стороны, неизлечимые тяжелые заболевания можно довести до такой степени проявления, с которой можно жить, стабилизировав состояние больного. Есть такие примеры жизни с раком молочной железы. При определенном подборе лекарственных препаратов болезнь не прогрессирует. Несколько лет я занимался лечением девочки с серьезным диагнозом. Болезнь дала о себе знать в шесть лет. О возможных сценариях ее развития знали и она сама, и ее родители. Но ребенок жил нормальной, активной жизнью: девочка посещала бассейн, занималась в кружках, занималась всем, что интересно в этом возрасте. Девочка с родителями регулярно приезжали в больницу на обследование. И так продолжалось много лет.

Можно ли организовать выздоровление каждого больного с тяжелым заболеванием в районной больнице? Нельзя.

Обычные люди, не врачи, знают, что существует деление заболеваний: например, рак легкого, рак молочной железы... А с точки зрения врача, все оказывается сложнее. Например, мы подошли к тому, что некоторые формы аденогенного рака легкого должны лечить так же, как рак молочной железы - природа заболеваний одинакова.

Пришло время поменять все наши былые представления об онкологии: необходимо уйти от органной классификации рака к молекулярной. И это уже вопросы генетиков.

Еще пример - реагенты для анализов, как правило, рассчитываются в количестве 50 доз. А что делать в этом случае в районной больнице, где поток больных ограничен? И где взять средства, позволяющие неэффективно использовать дорогие реагенты? Мы обязательно придем к тому, к чему пришел весь мир: будем строить больницы по типу многопрофильных отделений на 2-3 тысячи человек.

Для расчета затрат каждой больницей приняты стандарты порядка ока-

... Медицинская палата Алтайского края реализует в своей деятельности все, что предусмотрено действующим законодательством.

... Врач всегда действует в интересах больного, он не может умышленно причинить вред пациенту. Но вопрос врачебной ошибки в медицинской деятельности остается всегда, есть эволюция понимания врачебной ошибки. При этом голословное обвинение врачей, без серьезной профессиональной экспертизы любого сложного клинического случая, даже повлекшего смерть больного, - недопустимо.

... Врач проходит обучение клиническим дисциплинам. Любая госпитальная дисциплина - это наука о клиническом проявлении заболевания, и у каждого пациента одно и то же заболевание может проявляться по-разному. Не зря говорят: «Медицина - наука непредвиденного и искусство невероятного».

Из выступления Я.Н. Шойхета на конференции по социальному партнерству, 04.06.2013г.

зания медицинской помощи. Принят алгоритм работы врача. В разных больницах принимаются свои протоколы лечения. Возьмем, к примеру, Первомайский, Угловский районы. В одном проживают 50 тысяч жителей, в другом - около 15. Соответственно отличаются условия работы и задачи в районных больницах. Составление всей нормативной документации, определяющей, формализующей возможности каждой больницы, - огромная работа, дай бог ее нам выполнить за 3-5 лет.

- Все чаще приходится слышать о том, что врач оказывает услугу. При таком подходе нарушается общение врача и пациента, а его ждут приходящие за помощью люди.

- Понятие «услуга» напрямую связано с развитием платной медицины. Ко мне приходят больные с результатами обследования, и больше 50% этих заключений просто никуда не годны: часто люди проходят обследование где попало, при этом тратя на это немалые деньги. Все дело в том, что при проведении таких обследований зачастую нет постановочной задачи. Если вы идете на ультразвуковое обследование внутренних органов без определения того, что необходимо найти или исключить, результат не получите. Обследовать все тело невозможно. Для результата важна логика обследования и заключения специалиста. Другими словами: врачу нужен диагноз, адаптированный к лечебному процессу.

- Существует ли конфликт между платной и бесплатной медициной?

Сейчас много говорят об институте семейных врачей. Но это не те универсальные специалисты, которые смогут лечить все заболевания, - как это обычно представляется. Функция семейного врача в западных странах в том и состоит, чтобы обозначить направление - к какому специалисту, в какое учреждение, в какой конкретно центр обратиться за лечением и консультацией именно этому конкретному пациенту.





Договоримся сразу: врачи услуг не оказывают, они оказывают помощь. Услуги - совершенно другое понятие, связанное с производством и реализацией товара, который можно в чем-то измерить. Что такое лечебный процесс? Сначала идет разговор с больным человеком, затем - диагностика с применением современной аппаратуры, далее - лечение, выполнение назначений врача. И каждый из этих этапов важен.

- Это не конфликт. Лечебный процесс и финансовые операции должны быть разделены. Финансовые вопросы должны быть переданы менеджеру, так делается во всех странах. Врач обязан проводить назначения, давать направления на обследования, руководствуясь их целесообразностью, а не денежной стороной. В США был получен следующий опыт. За счет страхования было решено двум категориям населения - инвалидам и пожилым людям - проводить все обследования, которые необходимы. Объем обследования возрос многократно, соответственно и стоимость лечебных услуг увеличилась в 67 раз. Катастрофическая ситуация была разрешена введением стандарта оказания помощи инвалидам и пожилым людям. И ситуация постепенно нормализовалась. Человек должен понимать, что больница - это не магазин.

- Сегодня сложилась ситуация: пациенты привычно ругают врачей, но и те, в свою очередь, сетуют на низкие зарплаты, отсутствие ремонта в больнице и т.д. Что здесь может стать выходом?

- К нормализации взаимоотношений мы придем обязательно, если поймем, что с помощью зарплаты данный вопрос не решается, это невозможно по содержанию. Стремление людей к большой зарплате естественно, как естественно и то, что у этого процесса нет верхнего ограничения. Причем большие зарплаты не всегда соответствуют большим затратам труда. Так, сложилось мнение, что труд кардиолога - сложнейший. Но за рубежом коронарное шунтирование считается рядовой операцией. На нее в среднем уходит полтора часа. В то же время панкреатодуоденальная резекция делается 4,5-6 часов (речь идет о трудно оперируемом раке поджелудочной железы - прим. ред.) Данная операция проводится не более чем в двух больницах края. И любой хирург подтвердит: это высший пилотаж в профессии. А в зарплате все выглядит иначе. Такая казуистика, к сожалению, существует.

Смертность бывает управляемая и неуправляемая. Все мы умираем от остановки сердца. То, что регулируется медициной, что является главной ее целью, - это предотвращение преждевременной смертности, в том

числе от острых заболеваний. Встает вопрос: насколько врачи в районных больницах готовы работать круглосуточно, оказывать помощь по первому требованию? Не должен, не имеет права врач говорить: я не буду делать, потому что мало получаю. В таком случае он просто опасен для общества и должен уйти, дать возможность его место занять другим. И они, другие, обязательно найдутся. Знаю такие примеры - врач выключил телефон, оказался таким образом вне зоны досягаемости в то время, когда больному была нужна его помощь! С другой стороны, государство должно заботиться о создании таких условий, чтобы у врачей, медицинских работников даже не стоял вопрос о подработках. Сегодня рабочий день врача с учетом дежурств длится не менее десяти часов. Приведите пример таких же условий работы представителей другой профессии! Мы выполняем колоссальную работу, возвращая здоровье согражданам, значит, и государство должно заботиться о гарантированных условиях труда. Врач должен зарабатывать определенную сумму денег. И она не должна дифференцироваться так, чтобы одни покупали яхты, а другие имели доход, не превышающий 12-15 тысяч рублей в месяц.

Но еще раз подчеркну: понятия «заработная плата» и «оказание помощи больным» вообще не должны ставиться в один ряд, это этически недопустимо.

- Приоритетными направлениями современной медицины являются профилактика и реабилитация. От чего в первую очередь зависит результат: от системы работы, от авторитета врача, который ею занимается? Система или уважаемый врач?

- Прежде всего необходима серьезная разработка технологии профилактики. Сейчас происходит зачистающуюся следующую: пришли, посмотрели педагогический коллектив, детей, написали заключение. А это опасный обман. Это пропуск 80% случаев заболевания. Больной будет считать, что его проверили, заболеваний не выявили, все у него хорошо. Появится боль - не поверит необходимости обратиться к врачу. Так, в одной из больниц приобрели новейший бронхоскоп. Обсле-



Медицинская палата Алтайского края

дованию подлежали все больные пневмонией. Выяснилось позднее, что в нескольких случаях были пропущены признаки рака легких. К сожалению, заболевшие пришли к врачу уже слишком поздно. На вопрос: «Почему не обратились за помощью раньше?» - звучал ответ: «Так ведь «лампочкой» же смотрели»... Это слово «лампочка» меня тогда просто убило. Технология профилактических осмотров должна быть сегодня иной - технология скрининга, когда осматривается большая группа людей, имеющих риск заболевания.

В апреле этого года по договоренности с институтом пульмонологии в край приехали четыре врача со своим оборудованием. За четыре дня они осмотрели 2100 человек, точнее - обследовали органы дыхания полностью. Работа проводилась на двух предприятиях - «Роторе» и «Алтайвитамины». Руководители обеспечили постепенный приход людей, так что очереди не возникали. Первый врач проверял вентиляцию легких. Если были отклонения от нормы с объемом дыхания и т.д., обследуемый переходил к следующему врачу, который проводил полное обследование кардиореспираторной системы человека, уходило не более 10-30 минут. Таким образом, на каждого врача ложилась немалая нагрузка - 500 человек. Представляете? Сейчас мы ждем расшифровку результатов такого скрининг-обследования, чтобы работать дальше.

Есть примеры, когда обследование на выявление рака молочной железы проводят в клубах, на выставках при большом скоплении людей. И при этом «забывают», что на ранней стадии это заболевание не выявляется руками, что в одних случаях результат может быть получен на маммографе, в других - с помощью ультразвукового обследования. При проведении профосмотров важны новые подходы, без лукавства и лжи.

Современная медицина все чаще работает уже на молекулярном уровне.

- Медицинской палатой разрабатывается профессиональный кодекс врача?

- Нет, Кодекс уже есть. Он принят и рекомендован съездом. Сейчас дорабатывается до конца на уровне Федерации, будет принят конференцией врачей, затем передан в регионы.



- Июнь этого года объединил профессиональный праздник медицинских работников и юбилей Диагностического центра Алтайского края.

- Считаю, что краевой Диагностический центр оправдал себя, стал значимым компонентом лечебной сети края, вписался в систему здравоохранения, успешно сотрудничает с больницами - и это делает ему честь. В Центре замечательное современное оборудование. Но здесь не просто запускают новый аппарат - создают новый продукт, открывают новые возможности оборудования. Недостаточно иметь современную аппаратуру, надо уметь с ее помощью решать поставленные задачи. И в этом плане Центр является настоящим современным и прогрессивным. Думаю, что в коллективе это не просто понимают, а делают все, чтобы удержать достигнутый уровень работы. В Диагностическом центре создаются условия для профессионального роста сотрудников, освоения ими новых специальностей. Значит, меняется сама фигура врача, ее значимость. А получение удовлетворения от работы - путь к совершенствованию человека.

Обращаясь к медицинскому сообществу, нельзя не подчеркнуть, что происходящее совершенствование медицинской помощи - это заслуга каждого, кто работает в этой сфере. Медицина есть на Алтае, и развивается она на хорошем уровне. Желаю коллегам, чтобы в их жизни были радость, счастье. Медицинские работники этого заслуживают! ☺

Лариса Юрченко

ОТ РЕДАКЦИИ.

Этим разговором мы открываем цикл интервью с членами Совета Медицинской палаты Алтайского края в рамках принятого Советом решения о партнерстве Медицинской палаты с журналом «Здоровье алтайской семьи».

В наших планах - познакомить читателей: пациентов, медицинское сообщество с позицией руководителей Медицинской палаты по вопросам, касающимся модернизации здравоохранения края, кадровой политики в отрасли, с их взглядами на состояние дел в отрасли, с их советами жителям по сохранению и укреплению здоровья.



ОТ РЕДАКЦИИ

В канун Дня медицинского работника к нам обращались благодарные пациенты с просьбой выразить признательность к труду врачам, медицинским сестрам - за их важную и важную работу, а также поздравить их с профессиональным праздником.

Если посмотреть по существу, то наш журнал в целом считает одной из своих задач рассказывать вам, уважаемые читатели, о сложной специфике труда медицинских работников, о тех новых возможностях, которые появились благодаря модернизации учреждений здравоохранения, о важности взаимного уважения и доверия между врачом и пациентом.

Было приятно прочитать слова благодарности начмеду **Наталье Николаевне КУЗНЕЦОВОЙ**, врачу-педиатру **Марине Владимировне КРОТОВОЙ** и сестринскому персоналу барнаульской детской инфекционной больницы №2 от Оксаны Ерохиной, мамы Семена, за чуткое и внимательное отношение к маленьким пациентам.

А с работниками травмпункта больницы №11 г.Барнаула, в адрес которых также поступили добрые слова благодарности, встречался наш корреспондент.

Травмы требуют ВНИМАНИЯ

Круглосуточная работа, четыре бригады врачей, нестандартность случаев - все это относится к молодому коллективу травмпункта барнаульской городской больницы №11.



Они умеют многое - только в редких случаях обращаются за помощью к спасателям, когда, например, пытливого ума человек удосужится надеть неподходящий предмет, скажем, на руку. Например, это происходит, когда в бутылке застрянет палец руки... А вот кольца малого размера травматологи научились снимать самостоятельно, так как аналогичные случаи нередки.

Полдень понедельника - посетителей почти нет. И, в отличие от других отделений больницы, это свидетельствует о благополучии и спокойствии на наших дорогах, в домах - везде, где присутствует человек. А у врачей есть время для передышки.

Но даже сейчас, летом, такие спокойные дни - нечасты.

Татьяна Анатольевна ГОРБУНОВА, старшая медицинская сестра травмпункта, знает о жизни коллектива всё: от общей статистики до деталей каждого случая.

- Мы оказываем помощь всем обратившимся. И на «скорой помощи» могут доставить человека, он может и сам прийти или же в сопровождении родственников... Например, недавно жители села, по каким-то причинам приехавшие в Барнаул, что называется «мимоходом», попросили снять послеоперационные швы. И такое бывает.



- В случаях травмы важно, чтобы обращение пострадавшего за помощью состоялось в день происшествия, или допускается «отсрочка»?

- Если человек пришел через три дня с открытой раной, то мы направляем его в отделение гнойной хирургии, - таков порядок. А так выполняем все манипуляции независимо от сроков обращения: накладываем гипс, работаем с ушибами, ожогами и т.д. Детей стараемся отправить в травмпункт детской поликлиники или специализированные отделения. Часть случаев, касающихся травм детей, конечно, становятся нашими, если возможности нашего травмпункта позволяют оказать требуемую помощь.



С.Ю. Лукьянцева

- Расскажите о вашем коллективе.

- У нас работают в основном молодые доктора - им нет и сорока лет. Многие приходят студентами, затем набираются опыта, а, получив диплом, став докторами, «улетают» - переходят в другие отделения, некоторые уже готовят к защите диссертации...



А.С. Крохалев

Установленный порядок работы таков: врачи три месяца заняты в травмпункте, три месяца - в отделении травматологии и ортопедии нашей же больницы. С такой обширной наработанной практикой и опытом, которые они получают здесь, можно затем перейти в другие «серьезные» отделения и успешно там работать. А медицинские сестры, наоборот, работают по 20 и более лет. Иногда пробуют уйти в другие отделения, но зачастую все равно возвращаются. Это же можно сказать и о санитарках. Видимо, привыкаем к экстремальности нашей работы.

Важное звено - рентгенологические исследования. Имеющаяся в травмпункте современная аппаратура позволяет работать даже с совсем маленькими детьми, снижая дозу облучения до минимума, и даже с самыми сложными переломами. Исследование проводится до проведения вмешательств. А после делаем контрольные снимки после репозиции, наложения гипса, в процессе лечения - что помогает в лечении больного.

- Какие месяцы для вас случаются самые напряженные?

- Уже два года запоминается ноябрь. С травмами в отдельные дни этого месяца обращается столько человек, что в коридоре стоят каталки, люди оказания помощи ждут в течение нескольких часов. В прошлом году причиной многих происшествий стал

гололед. Недопустимо, чтобы человек с болью вынужден долго ждать в очереди приема. Поэтому, как всегда, мы старались работать быстро и слаженно.

Сейчас настало время для другой беды - клещей. Особенно много обращений - после выходных дней. Человек работает на даче, выезжает на природу, затем возвращается домой и обнаруживает такой присосавшийся «сюрприз». Если раньше иммуноглобулин стремились поставить все пострадавшие, - ведь каждый понимает, что с клещевым энцефалитом шутить опасно, - то теперь, как правило, человек отправляется в лабораторию, выясняя: несет ли опасность конкретное насекомое. Если нет страховки, инъекции обходятся достаточно дорого.

- Пациента приняли, оказали необходимую скорую помощь - что дальше? Передают его под наблюдение врача?

- Основное лечение, конечно, проходит по месту жительства. Но это не значит, что мы снимаем с себя ответственность. Накладывая гипс, обязательно предупреждаем: возникнет сильный отек, другие осложнения - не дожидаетесь ухудшений, приходите, не ждите в очереди - обращайтесь сразу в гипсовую, рассказывайте о своих беспокойствах. Есть такие пациенты, которые сидят дома и целый месяц никуда не обращаются, претерпевая боль. Это абсолютно неправильно.



Г.В. Рябогина

Но есть и другая категория: с каждой царапиной бегут в больницу. Иногда доходит до смешного: доктор объясняет, что ничего страшного нет, а человек не верит, вслух комментирует свое недовольство. Нам остается быть в этой ситуации еще и психологами.



Л.Т. Гадирова

- И все же: если при легких травмах или же переломах человек не обратился в травмпункт, перетерпел боль первых дней, какими для него могут

быть последствия?

- Зависит от того, какая получена травма и какова ее степень тяжести. Чаще всего терпят боль при переломе пальцев рук или ног. Если же сломалась первая или средняя фаланга пальца руки, может образоваться ложный сустав или так называемая суставная мозоль. Если произошел перелом ногтевой фаланги крайнего пальца, например, то возможно просто наложение тугой повязки и т.д. Надо понимать, что если нет необходимости, мы и сами не будем гипсовать травмированное место. ►



◀ **- Что можно посоветовать на этапе реабилитации, восстановления рабочих функций травмированных, например, рук?**

- Нередко обращаются к нам с вопросами: сняли гипс, а рука не работает. Не случайно при наложении гипса мы каждому говорим: все, что свободно, то есть не находится в гипсе, должно двигаться и вы должны сами обслуживать себя. Самым послушным в таких случаях оказывается старшее поколение: двигают пальцами рук, занимаются вязанием, по возможности - выполняют привычную домашнюю работу. Поэтому после снятия гипса отмоют руку, приведут в порядок кожу - и никаких проблем и разочарований у них не возникает.



А.С. Тонких

Или наоборот. Если врач говорит, что на загипсованной ноге нельзя ходить, нельзя ее нагружать, то к этому тоже надо относиться серьезно, не пренебрегать советами врача. Лежите, не нагружайте больную ногу!

- Есть альтернатива гипсовой повязке?

- Есть. Сегодня это полиуретан. С такой повязкой человек придерживается привычного образа жизни. Однако в

этом случае уже говорим о платной услуге, причем, не самой дешевой. Новшеством является и повязка из современных материалов, позволяющая мыть загипсованную конечность, а затем ее нужно просто высушить феном.

- Часто вы слышите слова благодарности?

- Честно сказать, слышим другое: нас «увольняют» и называют недобрыми словами. Поступают разные пациенты: в алкогольном опьянении, под действием наркотиков. Стало человеку легче, и вдруг обнаруживается, что нет в кармане телефона или денег, что друзья, доставившие пострадавшего к нам, давно ушли, и спросить о пропаже не с кого... А врачи остаются виноватыми. Слова благодарности, к сожалению, редки, да сейчас врачи на них и не рассчитывают, не ждут. Видимо, время изменилось. Но каждый из нас обязательно испытывает удовлетворение от профессионально выполненной работы - красиво наложенного гипса или операционного шва. Ведь оказание своевременной медицинской помощи человеку для нас - самое главное. ☺



Н.М. Мельникова

Лариса Юрченко



Наслаждаться жизнью, забыв про недержание

MoliMed® - специальные урологические прокладки при легком недержании

 Воздухопроницаемый материал верхнего слоя прокладки помогает коже «дышать»

 Специальная обработка верхнего слоя прокладки предотвращает рост бактерий и надежно защищает кожу от раздражений

 Надежная защита от протекания за счет 3-х слойной впитывающей подушки с гелеобразующим веществом

 Доказанный антибактериальный эффект*

 Нейтрализуют неприятный запах

 Дерматологически протестированы

 Каждая прокладка в индивидуальной упаковке. Удобно и гигиенично брать с собой




ultra micro


micro light


micro


mini


midi


maxi



АКЦИЯ!

С 1 марта по 30 апреля 2013 года соберите шесть стикеров с упаковок МолиМед и отправьте их по адресу: 630102, г. Новосибирск, а/я 26, «МолиМед» и получите гарантированный подарок.

- ✓ При отправке письма обязательно указывайте Ваш точный адрес для отправки Вам подарка (разборчиво, печатными буквами).
- ✓ Территория проведения: Томская, Новосибирская, Кемеровская обл., Алтайский край.
- ✓ Подарок: махровое полотенце, размер 70x140 см.
- ✓ Подробные условия акции Вы можете узнать по телефону бесплатной горячей линии 8-800-505-12-12, и на сайте www.molimed.ru.

Телефон бесплатной горячей линии: 8-800-505-12-12
Узнайте больше о проблеме легкого недержания на сайте www.molimed.ru



Тугоухость - не приговор

Как известно, здоровые люди воспринимают окружающий мир с помощью пяти чувств: зрения, слуха, обоняния, вкуса и осязания. Среди пяти чувств для человека важнее всего зрение и слух: именно через них мы получаем максимальную информацию об окружающей обстановке.

Но бывают ситуации, когда по той или иной причине человек лишен полноценного восприятия мира уже с момента своего рождения или с раннего детства. Это ситуации, когда ослаблено зрение или слух.

Число детей с нарушениями слуха в Российской Федерации превышает 600 тысяч человек. Считается, что на 1000 нормально слышащих новорожденных приходится один ребенок с выраженной степенью тугоухости (так специалисты называют ослабленный слух). Если к этому числу детей с врожденной тугоухостью прибавить тех детей, которые рождаются с нормальным слухом, но по тем или иным причинам утрачивают его полностью, становится ясно актуальность этой проблемы.

Сегодня мы затронем тему врожденной или приобретенной в грудном возрасте тугоухости.

Что такое тугоухость, и почему она возникает

В зависимости от места повреждения слухового анализатора врачи **подразделяют тугоухость на сенсоневральную** (звуковоспринимающую) и **кондуктивную** (звукопроводящую).

Сенсоневральная тугоухость обусловлена повреждением слухового нерва и внутреннего уха, иными словами - той части слухового анализатора, которая ответственна за восприятие и передачу импульсов в головной мозг.

Кондуктивная тугоухость возникает из-за нарушения нормального анатомического строения, вследствие чего нарушается проведение звуковых колебаний по наружному и среднему уху к внутреннему. В частности, к кондуктивной тугоухости относится повреждение барабанной перепонки, звуковых косточек среднего уха - осложнения острого отита, который мог протекать даже бессимптомно.

Снижение слуха может быть выражено в разной степени: от незначительного снижения слуха на одно ухо и до полной глухоты.

Перечислим те факторы, которые могут привести к нарушению слуха:

- *инфекционные и вирусные заболевания матери* во время беременности, особенно в первые три месяца беременности, когда происходит закладка органа слуха: краснуха, грипп, цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз;

- *инфекционные заболевания в раннем возрасте*: сепсис, вирусные инфекции, болезни ЛОР-органов, в том числе патология наружного и среднего уха;

- *использование матерью во время беременности и ребенком медикаментов*, обладающих токсическим воздействием на орган слуха: антибиотики группы аминогликозидов (стрептомицин, канамицин, гентамицин и другие), фуросемид, аспирин;

- *наследственные заболевания* у родителей, сопровождающиеся поражением слухового анализатора. Вероятность развития тугоухости у ребенка, один из родителей которого болен, при некоторых формах тугоухости составляет до 50 процентов;

- *токсикозы беременности*;
- *асфиксия* новорожденного;
- *внутричерепная родовая травма*;
- *гемолитическая болезнь* новорожденных;

- *недоношенность* (вес при рождении менее 1500г);

- *поражения внутреннего уха*, возникшие в результате контузии;

- *алкогольная и иная интоксикация* во время беременности.

Диагноз: чем скорее, тем лучше

Определять состояние слуха у детей первых месяцев жизни должны



**Юлия Викторовна
ДРАНКОВИЧ,**

сурдолог поликлиники
Алтайской краевой
клинической детской
больницы

В зависимости от места повреждения слухового анализатора подразделяют тугоухость на сенсоневральную (звуковоспринимающую) и кондуктивную (звукопроводящую).



Имейте в виду, что иногда звукореактотест в поликлинике не проводится: как правило, по причине отсутствия необходимого оборудования и (или) специально обученного медицинского персонала. В этой ситуации родители сами могут, наблюдая за развитием ребенка, заподозрить какие-то отклонения, одной из причин которых может быть сниженный слух.

врачи или медицинские сестры комнат здорового ребенка поликлиник с помощью прибора под названием «звукореактотест», который производит звуки определенной частоты. При этом фиксируются реакции ребенка на сигналы. Такое исследование должно проводиться наравне с проверкой прибавки массы тела, полноценности питания ребенка, то есть в ходе традиционного медицинского наблюдения ребенка первых месяцев жизни.

Чтобы родители могли правильно оценить ситуацию, приведем этапы нормального развития грудного ребенка:

- в возрасте 2-3 недель ребенок вздрагивает при громких звуках;
- в возрасте 2-3 недель он замирает при звуке голоса;
- в возрасте 1 месяца поворачивается на звук голоса, звучащего позади него;
- в возрасте 1-3 месяцев оживает, слыша голос матери;
- в возрасте 1,5-6 месяцев криком или широким открытием глаз реагирует на резкие звуки;
- в возрасте 4 месяцев поворачивает голову в сторону звучащей игрушки или голоса;
- в 2-4 месяца появляется гуление;
- в возрасте 4-5 месяцев гуление переходит в лепет, который становится более эмоциональным, когда в комнату входят родители;
- в возрасте 8-10 месяцев ребенок осваивает произнесение новых звуков;
- в 1 год начинает произносить простые слова;

- в любом возрасте - проявляет беспокойство во сне при громких звуках и голосах.

Ранняя диагностика тугоухости чрезвычайно важна, поскольку первые два года жизни во многих отношениях являются самыми важными для развития ребенка, в частности, для развития его речи, интеллекта, эмоциональности. **Помните, что ребенок как слышит, так и говорит.** Не получая из-за тугоухости полной звуковой информации, ребенок воспроизводит ее по аналогии с услышанным. Кроме того, отсутствие коррекции сниженного слуха в первые два года жизни может оказать необратимое воздействие на способность использования остаточного слуха. Иными словами, **без коррекции ребенок утрачивает способность использования звуковой информации.**

На всех этапах аудиологическое (инструментальное) обследование обязательно проводится параллельно с педагогическим. Результаты аудиологического и педагогического обследований сопоставляют между собой. И только при их согласовании можно быть уверенным, что состояние слуха малыша определено объективно.

Как уже было сказано выше, **ранняя диагностика на первых этапах опирается на наблюдения родителей (педагогический аспект обследования) и результаты обследования с помощью звукореактотеста.**

Далее на приеме педиатра, невролога и в специализированном сурдологическом учреждении состояние слуха у детей первого года жизни оценивается на основе выявления поведенческих реакций на разные звуковые стимулы. В качестве звуковых стимулов используются звучащие игрушки (погремушки, резиновые пищалые игрушки, дудка, барабан и др.), тоны аудиометра, голос и шепот.

К методам объективного исследования сохранности функции внутреннего уха относятся: компьютерная аудиометрия, акустическая импедансометрия, метод отоакустической эмиссии и другие. Эти исследования проводятся с использованием новейших технологий и являются очень результативными и полезными в диагностике, особенно у грудных детей.

Окончательный аудиологический диагноз ставится на основании ре-



Школа реабилитации ДЦП

зультатов нескольких методов исследования слуха, которые дополняют друг друга.

Лечение и реабилитация

Дальнейшая судьба ребенка с нарушенным слухом определяется следующими обстоятельствами:

- возрастом, в котором произошло нарушение функции слуха;
- сроком обнаружения тугоухости;
- степенью снижения слуха;
- правильностью оценки потенциальных возможностей остаточной слуховой функции, то есть тех возможностей слухового анализатора, на которые можно опираться в лечении и педагогической коррекции;
- своевременностью начала ответных лечебных и педагогических шагов.

Пятая часть всех случаев тугоухости относятся к кондуктивному типу и являются следствием острых и хронических отитов. К этой группе относятся и врожденные пороки развития наружного и среднего уха. В настоящее время оториноларингология обладает достаточно эффективными возможностями для лечения этих заболеваний и восстановления функции слуха. В этих случаях показано лечение основного заболевания, например, антибактериальная терапия антибиотиками последних поколений при отитах и хирургическая коррекция врожденных или произошедших вследствие воспаления анатомических дефектов.

Подавляющее же большинство всех больных (80%) страдают сенсоневральной тугоухостью, для лечения которой до сих пор не найдено достаточно эффективных средств. Хотя делаются попытки восстановления слуха, утраченного в результате острых инфекций, таких, как грипп, менингит и другие, с помощью лекарственных средств и гипербарической оксигенации. Но, к сожалению, приходится констатировать, что в подавляющем большинстве таких случаев проведенное лечение малоэффективно.

В этой ситуации следует в срочном порядке обратиться к сурдологам: поскольку **дети младшего возраста на фоне ослабления слуха быстро утрачивают речевой навык** и позже для его восстановления требуются большие усилия. Важнейшим и нередко единственным способом социальной



реабилитации детей с поражением слухового анализатора является слухопротезирование в сочетании с длительной педагогической коррекцией.

Необходимость слухопротезирования определяется специалистом после инструментального обследования ребенка. Оно проводится сразу после определения показаний, в том числе на первом году жизни ребенка.

Необходимость быстрого слухопротезирования после диагностики тугоухости определяется стремительным замедлением речевого, интеллектуального и эмоционального развития на первом-втором годах жизни при отсутствии у ребенка звуковой стимуляции.

Слуховые аппараты бывают трех типов: карманные, заушные и внутриушные. Наиболее часто для детей применяются заушные слуховые аппараты. Особые сложности возникают при слухопротезировании маленьких детей, потому что они не могут рассказать врачу о своих ощущениях. Если усиление звука очень велико, то появляется опасность травмы внутреннего уха, если недостаточно, - слуховой аппарат не будет выполнять свою функцию. Поэтому очень важно, чтобы ребенок был тщательно обследован в специализированном учреждении.

Для соединения уха малыша со слуховым аппаратом используется специальный ушной вкладыш. Он помещается в ушную раковину и слуховой проход. Вкладыши бывают стандартные и индивидуальные. Индивидуальные вкладыши формируются из специальной массы по слепку уха ребенка,

Заподозрив у ребенка нарушение слуха, родители должны обратиться в специализированное медицинское учреждение. В Барнауле это - сурдологический центр в Краевой детской клинической больнице и сурдологический кабинет на базе городской детской поликлиники №9. В Бийске и Рубцовске сурдологические кабинеты находятся в местных диагностических центрах. В этих учреждениях с помощью современных диагностических методов ребенок даже первых дней жизни может быть обследован на предмет состоятельности слухового анализатора.



Звуки и буквы

◀ что обеспечивает максимальное соответствие формы вкладыша строению наружного уха. При этом создаются оптимальные условия для коррекции слуха, эффективность слухопротезирования увеличивается.

После изготовления и начала применения слухового аппарата наступает очередь **сурдологического этапа**, во время которого сурдопедагог обучает ребенка говорить, при необходимости читать по губам, применяются методики, стимулирующие речевую функцию, в частности, пальчиковые игры.

В Алтайском крае есть детские сады и школы для детей со сниженным слухом. В детских садах занятия проводятся интенсивно и эффективно, что позволяет слабослышащим детям не отставать в речевом и интеллектуальном развитии от своих сверстников с нормальным слухом.

В заключение хочется особо отметить: очень важная роль в своевременной диагностике тугоухости и ее дальнейшей коррекции отводится родителям пострадавшего ребенка. Именно родители подчас являются той движущей силой, которая в конечном итоге помогает ребенку адаптироваться в обществе и максимально реализоваться. Чем раньше родители заметят отклонения в нормальном развитии ребенка и выявят снижение слуха, тем эффективнее будет дальнейшая работа врачей и педагогов. Помните, диагноз «тугоухость» в настоящее время не является приговором, препятствующим реализации потенциала, который заложила в ребенка природа. ☺

Дорогие родители! Ваш ребенок учится в 1-2 классах и не всегда успешно справляется с письменными заданиями? Не ругайте своего маленького ученика. Ваша задача состоит именно в помощи ему, а для этого нужны регулярные занятия, которые не займут много времени.

Бывает, что первоклассники допускают ошибки при письме в связи с тем, что неправильно воспринимают звуковую структуру слова. Если у вашего ребенка есть такая проблема, попробуйте регулярно выполнять с ним следующие упражнения.

«**Наша азбука**». Попросите ребенка придумать как можно больше названий предметов, начинающихся на определенный звук. После можно даже нарисовать свою азбуку, красочно оформить ее, соединить предметные картинки как-нибудь сюжетом.

«**Цепочка слов**». Сначала потренируйте ребенка просто выделять первый и последний звук в слове. Возможно, выделение последнего звука вызовет некоторые затруднения. Не переживайте: выделить последний звук достаточно сложно. Старайтесь первое время избегать слов, начинающихся или заканчивающихся на гласные «е, ё, ю, я».

Ребенок начал безошибочно называть звуки? Тогда переходим к следующему этапу. Вы называете слово, а ребенок определяет в нем последний звук и придумывает свое слово, которое будет на этот звук начинаться.

«**Подбери словечко**». Предложите ребенку рассмотреть картинку и найти на ней предметы, в названиях которых есть определенный звук (в любой позиции). Затем задание можно немного изменить: например, попросите его подобрать слова с определенным количеством звуков.

Во втором классе, когда возрастает объем письменных работ, **дети могут допускать следующие ошибки: пропус-**

Светлана Евгеньевна ГРЕБЕННИК, логопед, первая квалификационная категория, КГБУСО «Краевой государственный реабилитационный центр для несовершеннолетних «Надежда»



кать буквы, заменять их, нарушать слоговую структуру слова, искажать слова. Возможно, что ошибки носят грубый и регулярный характер, - тогда желательно, чтобы с ребенком занимался специалист-логопед. Если же ошибки единичные, то вы вполне можете дома позаниматься самостоятельно.

Постарайтесь каждый день дополнительно писать 2-3 предложения, чередуя письмо под диктовку и списывание. Кроме того, можно выполнять развивающие упражнения:

● **«разгадываем кроссворды»**. Решение кроссвордов хорошо помогает тем детям, которые склонны к пропуску букв. В кроссворде для каждой буквы - своя клеточка, ошибка сразу становится видна. Составляйте кроссворды вместе с ребенком, просите его расчерчивать поля для слов и записывать пояснения - это развивает навык звуко-буквенного анализа слова, письменную речь и активный словарь;

● **«анаграммы»**. Запишите несколько слов, относящихся к одной группе (животные, транспорт и т.д.), переставив буквы местами. Ребенок должен прочитать эти слова и рядом записать их в правильном виде письменными буквами. К тому же он может и сам составлять анаграммы для вас;

● **«шифровки»**. Составьте таблицу, в которой каждой букве соответствует свой порядковый номер. Зашифруйте слово - запишите его цифрами - и попросите ребенка рядом записать это же слово буквами. Затем задание выполняется наоборот - шифровку составляет ребенок. Также можно повысить уровень сложности - выполнять упражнение устно.

Самое главное - будьте терпеливы и сдержанны. Появившиеся замечания делайте спокойно, в корректной форме. Помните, что занятия должны вызывать у ребенка только положительные эмоции. ☺



«Мы делаем скрытое явным...»

В здравоохранении Алтайского края трудится около 600 рентген-лаборантов, из которых 105 уже состоят в рядах Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников». В современных условиях, когда активно внедряются цифровые технологии, труд рентгенлаборантов становится легче и комфортнее, но вместе с тем возрастают требования к знаниям и умениям специалистов.

Следует отметить, что при всех положительных тенденциях в сфере деятельности медицинского персонала со средним профессиональным образованием в области лучевой диагностики существует и ряд проблем, пока еще не решенных, таких, как:

- неадекватная заработная плата;
- отсутствие должной координации и профессиональная разобщенность специалистов в различных диагностических отделениях и службах.

На мой взгляд, для решения многих существующих проблем в интересах развития своей узкой профессии необходима консолидация самих специалистов. Как вариант активизации и систематизации такой работы предлагаю создать комитет по рентгенологии на базе АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников», определив его основной задачей дальнейшую разработку программы по развитию профессии, оптимизации системы обучения, повышения квалификации, в том числе и в форме проведения различных научно-практических конференций, профессиональных конкурсов и семинаров по обмену опытом. Главный рентгенолог края, руководитель отдела лучевой диагностики краевого Диагностического центра В.Г. Колмогоров в предварительном разговоре такую идею поддержал.

Уважаемые коллеги, рентгенлаборанты, медицинские сестры УЗИ и другие специалисты диагностических служб, мы ждем ваши отзывы на данное предложение. Дело - за нами!

В рамках 20-летнего юбилея КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» пройдет межрегиональная конференция «О современных технологиях в лучевой диагностике», в работе которой примут и специалисты со средним специальным образованием. В нашем «Вестнике Ассоциации» мы предоставили сегодня слово специалистам, работающим в краевой службе лучевой диагностики.

Учитывая, что Диагностический центр является одним из флагманов краевого здравоохранения, а сестринский коллектив Центра отличают высокий профессионализм, активная жизненная позиция, заметное влияние на деятельность нашей профессиональной организации в целом от имени членов АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников», **с огромным уважением поздравляю коллектив Диагностического центра с юбилеем!** Желаю крепкого здоровья, благополучия, единства в достижении поставленных целей, постоянного стремления к профессиональному совершенству и активной жизненной позиции!

За многолетний добросовестный труд и преданность профессии Правлением АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» представлены к награждению Почетной грамотой члены Ассоциации - рентгенолаборанты: **Вера Никифоровна КОНОВАЛОВА** (КГБУЗ «Диагностический центр АК»), **Любовь Викторовна СКЛЯР** (КГБУЗ «Краевая клиническая больница»), **Людмила Васильевна ШАТИЛОВА** (КГБУЗ «Городская больница №2, г.Рубцовск»), **Лидия Петровна КУЧЕРЯВЫХ** (КГБУЗ «Каменская ЦРБ»), **Валентина Михайловна ДЫМОВА** (КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул»). Награждение состоится на юбилейной научно-практической конференции 1 июля 2013 года.

С уважением,
президент АРОО ПАСМР **Л.А. ПЛИГИНА**



Я горжусь своей профессией!



Любовь Викторовна СКЛЯР,

старший рентгенлаборант, высшая квалификационная категория, отделение лучевой диагностики, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член АРОО «ПАСМР» с 2006 года

Я начала свою трудовую деятельность процедурной медсестрой отделения гнойной хирургии в Краевой клинической больнице, затем была переведена в отделение урологии, где впервые познакомилась с работой рентгенлаборанта. Принимала участие в проведении экскреторных урографий в рентгеновском кабинете, где находился рентгениагностический аппарат «Уроскоп».

Когда наблюдала за деятельностью рентгенлаборантов отделения лучевой диагностики, меня заинтересовал процесс получения рентгеновских изображений. После прохождения первичной подготовки по специальности «лабораторное дело в рентгенологии» меня приняли на должность рентгенлаборанта в отделение лучевой диагностики.

От качества выполнения работы рентгенлаборантом напрямую зависят результаты деятельности врача-рентгенолога, правильность сделанного им заключения и, как следствие, последующая тактика ведения пациента. Поэтому мы должны обладать навыками работы на различном рентгениагностическом оборудовании, иметь знания физико-технических аспектов работы, технологии процесса получения изображения на экране и на рентгеновской пленке, в совершенстве владеть укладками и режимами для получения информативных медицинских изображений.

Отделение лучевой диагностики Краевой клинической больницы является многопрофильным. Оно оснащено различным современным диагностическим оборудованием: рентгениагностическими аппаратами, флюорографом, маммографом, мультиспиральными компьютерными томографами, магнитно-резонансным томографом, ультразвуковыми аппаратами. С одной стороны, интересно осваи-

вать новое оборудование и выполнять на нем современные диагностические методики, с другой, - это требует дополнительных знаний, времени и желания.

Замечу, что работа рентгенлаборанта не является механической, связанной только с медицинской техникой, она **требует динамичного, творческого подхода, а также предполагает непосредственный контакт с пациентами**, в том числе работу не только в рентгеновском кабинете, но и на местах - в палатах реанимационных отделений, операционных.

Проработав рентгенлаборантом в отделении лучевой диагностики 12 лет, могу сказать, что выбранной специальностью я горжусь. Ведь моя работа включает в себя не только овладение современной техникой, но и работу с пациентами. До и во время проведения различных видов исследований мы объясняем пациентам их технологию, значимость, информативность. Конечно, порой приходится выслушивать неоднозначные проблемы пациентов, опасения и пожелания. Поэтому рентгенлаборант - это не просто технический исполнитель, а порой и душа для пациентов с их различными проблемами и их болью.

Хочу всех поздравить с профессиональным праздником Днем медицинского работника и пожелать успехов в работе, уважения коллег и любви!

Поздравляем с юбилеем!

Диагностический центр Алтайского края - это уникальное учреждение не только для нашего региона, но и для России в целом.

Уникально оно по многим параметрам. Современная и оптимально используемая диагностическая аппаратура. Высокий уровень общей культуры и комфортные условия, созданные как для специалистов, так и для пациентов. Без преувеличения - коллектив высококлассных специалистов, причем специалистов, которые в силу своего особого профессионального статуса, и заданных организационных технологий невольно стали координаторами на уровне края для целого ряда специализированных служб.

Поздравляя коллектив Диагностического центра с 20-летним юбилеем, хотелось бы особо поблагодарить сотрудников Центра - многолетних авторов нашего журнала «Здоровье алтайской семьи» - и члена Редакционного совета журнала, главного врача Центра Владимира Алексеевича ЛЕЩЕНКО за целенаправленную работу по информированию жителей края о возможностях Диагностического центра, новых методах, направлениях в его деятельности, по формированию здорового стиля жизни. С первого выпуска журнала, уже одиннадцатый год(!), вы компетентно и искренне выполняете важнейшую в медицинской профессии миссию - просветительскую!

Здоровья вам, уважаемые коллеги, новых профессиональных успехов и большого личного счастья!

С уважением, главный редактор И.В. Козлова



Подготовка кишечника к рентгенологическим исследованиям

В медицине рентгенологические исследования являются традиционными при многих заболеваниях.

Сущность этого метода заключается в свойстве рентгеновских лучей в различной степени проникать через ткани организма и частично поглощаться ими.

Современные аппараты свели к минимуму вредное воздействие рентген-лучей на организм и практически не приносят вреда здоровью. Успех и эффективность рентгенологического исследования во многом зависит не только от правильного его проведения, но и от подготовки к нему.

Безусловно, существенное влияние на эффективную подготовку и проведение рентгенологического исследования оказывает **эмоциональный настрой пациента, доверительный контакт медицинского работника и пациента**. Необходимо проявить истинный интерес, побудить пациента активно участвовать в процессе подготовки, а также создать благоприятную, доброжелательную атмосферу. В различных медицинских учреждениях имеются свои наработанные схемы подготовки, однако принципы остаются едиными для всех.

Для каждого больного в зависимости от возраста, особенностей и характера заболевания, состояния его пищеварительного тракта необходимо определить **индивидуальный план подготовки**.

Перед рентгенологическим исследованием пациента необходимо расспросить о характере подготовки: выполнении очистительных клизм, соблюдении диеты, приеме лекарственных препаратов, контрастных веществ.

Что входит в этапы подготовки пациента к исследованию?

Назначение за 2-3 дня до рентген-исследования **диеты**, исключая ошей пищу, богатую растительной

клетчаткой и содержащую другие вещества, способствующие повышенному образованию газов. Так, необходимо исключить из питания свежий ржаной хлеб, картофель, бобовые, свежее молоко, свежие овощи и фрукты, фруктовые соки.

Накануне исследования пациенту назначается **легкий ужин** (не позднее 20 часов вечера). Разрешены омлет, кефир, икра, сыр, отварные мясо и рыба без приправ, чай или кофе без сахара, манная каша, сваренная на воде.

Также накануне исследования перед обедом пациенту дают для приема внутрь **слабительные** (бисакодил, гутталакс, лаксигал, касторовое масло).

Накануне вечером (через 30-40 минут после ужина) пациенту ставят **очистительные клизмы** с промежутком в 1 час до получения «чистых» промывных вод.

Утром за 2 часа до исследования пациенту ставят очистительную клизму также до получения «чистых» промывных вод.

Исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта проводят натощак. Получив вечером легкий ужин, пациент утром не ест, не пьет, не принимает никаких лекарств, не курит. Даже малейшие кусочки пищи и несколько глотков жидкости препятствуют равномерному распределению контрастной взвеси на стенках желудка, мешают его заполнению, а никотин усиливает секрецию желудочного сока, возбуждает перистальтику желудка.

При наличии в желудке пациента большого количества жидко-



Валентина Михайловна ДЫКОВА,

старший рентгенолаборант, высшая квалификационная категория, рентгенологическое отделение, КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул»

Накануне исследования перед обедом пациенту дают для приема внутрь слабительные (бисакодил, гутталакс, лаксигал, касторовое масло).



Советы медицинской сестры

◀ сти, слизи, остатков пищи (например, при органическом сужении выходного отдела желудка) следует промыть желудок за 2-3 часа до исследования. **При рентгеноурологических исследованиях и проведении ирригоскопии рекомендуется легкий завтрак** (белый хлеб с маслом и стакан чая) для предупреждения образования голодных газов.

В условиях стационара присутствует постоянная необходимость подготовки к диагностическим рентгенологическим исследованиям пациентов, находящихся в тяжелом состоянии вследствие основной болезни, а также лиц пожилого возраста, анамнез которых отягощен множеством сопутствующих заболеваний. Как правило, характерным для этого контингента больных является затруднение дефекации, обусловленное имеющимися серьезными заболеваниями, малой подвижностью, приемом ряда медикаментов, замедляющих пассаж пищи по кишечнику, недостаточным приемом пищи и жидкости. В этой связи подготовка к проведению диагностических исследований очистка кишечника имеет у них некоторые особенности.

Очевидно, что плохая подготовка пациента приводит к невозможности однозначно трактовать результаты рентгенологического исследования.

Поэтому при подготовке пациентов, находящихся в тяжелом состоянии; пожилых и престарелых пациентов, страдающих запорами, используются не только стандартные схемы механической очистки кишечника с помощью повторных клизм, но дополнительно применяют иные (чаще медикаментозные) средства для облегчения дефекации. В настоящее время в арсенале врача имеется достаточно большое количество слабительных лекарственных препаратов с различными механизмами действия, что делает возможным поиск необременительных для тяжелых и амбулаторных больных фармакотерапевтических подходов, позволяющих улучшить очи-



стку кишечника перед диагностическими исследованиями.

Из представленных на российском рынке препаратов в настоящее время широко используется **Фортранс**. Использование этого порошка значительно упрощает и сокращает до минимума процедуру подготовки больного, что особенно важно для амбулаторной практики. Фортранс надежно обеспечивает хороший очистительный эффект с полным освобождением толстой кишки как от содержимого, так и от газа. Для гарантированного успеха очистительная клизма делается утром.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что для подготовки пациента к различным рентгенологическим методам исследования не может существовать единой определенной схемы. Для каждого метода исследования и для каждого больного в отдельности должен быть выработан свой, индивидуальный, способ подготовки с учетом возраста пациента, характера основного страдания, функционального состояния сердечно-сосудистого аппарата, нервной системы, кишечника, печени, почек и т.п. ®

В условиях стационара присутствует постоянная необходимость подготовки к диагностическим рентгенологическим исследованиям пациентов, находящихся в тяжелом состоянии вследствие основной болезни, а также лиц пожилого возраста, анамнез которых отягощен множеством сопутствующих заболеваний.



КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН
Алтайской региональной Профессиональной
ассоциации средних медицинских
работников: (8-3852) 34-80-04
E-mail: pasmr@mail.ru сайт: www.pasmr.ru



Как воспитать будущую маму

Многие родители, воспитывающие дочь, понимают, что у них растет будущая женщина и мама. Это видно уже с раннего возраста, потому что девочки чаще всего копируют поведение мамы, играют в куклы и игры, связанные с материнством.

Поэтому, если в семье происходит неверное воспитание или жестокое обращение со стороны мамы, то закладывается неверный образ материнского поведения, нарушается готовность молодой девушки к эффективному материнству. Для успешных детско-родительских отношений необходимо закладывать установку на позитивное материнство уже в раннем возрасте. Материнство у девочек закладывается в несколько этапов.

Немаловажную роль играет взаимодействие с собственной матерью: с внутриутробного периода развития и на протяжении всей жизни. Но наиболее значимы - младенческий и ранний возраст, когда происходит формирование базовых основ личности и отношение к миру. Большое влияние на развитие материнской сферы имеют эмоциональные отношения между матерью и дочерью.

Старайтесь чаще обнимать ребенка, держать на руках, гладить. Говорить девочке, как вы ее любите, как она дорога вам.

Роль папы в семье является для девочки не менее значимой. Его общение с дочерью дает ей представление о мужчинах вообще и тем самым помогает почувствовать и четче осознать свою женскую природу. На примере отца у девочки закладывается норма мужского поведения для будущей женщины. «Самая хорошая, самая красивая и т.д.» - эти слова должны стать девизом отцовского воспитания девочки.

Материнское поведение также формируется в игровой деятельности. Игры с куклой в дочки-матери, с младенцем, другими детьми формируют материнскую роль и неотъемлемую ценность ребенка. В игре в куклы у детей прослеживается модель поведения их родителей, общения в семье, отношение к членам семьи. То есть закладывается определенный стереотип воспитания детей и заботы о них, по большей степени стереотип материнского поведения. Ведь именно мама играет важнейшую роль в приучении девочки к се-

мейным делам и заботам, ценностям семьи.

Поощряйте игру в куклы. Если ваша девочка не играет в них, предложите поиграть вместе. Создайте совместную сюжетно-ролевую игру в дочки-матери. Положительное влияние на формирование материнства оказывает забота о других детях, младших по возрасту. Девочка начинает развивать ролевые сюжеты в играх в возрасте от 4,5 лет до подросткового периода, но наиболее благоприятный период - это с 6 до 10 лет. В этом возрасте можно смело доверять (под присмотром взрослых) ей младших детей для игр. Появление в семье младшего ребенка предоставляет богатые возможности для воспитания и развития у девочки многих типично женских черт, которые проявляются в заботе о маленьких и слабых, в уходе за ними, в ласке и нежности.

Позволяйте девочке помогать вам ухаживать за младшим ребенком. Если в семье нет младшего по возрасту, позволяйте ей проводить время во дворе с младшими детьми, с родственниками или друзьями, у которых есть маленькие дети. На формирование мотивации к материнству также влияют культурные и семейные традиции. Все зависит от того, существует ли запрет на внебрачные половые связи, снижение возраста вступления в половые отношения и увеличения возраста зависимости от родителей. Множественность моделей поведения в современном обществе делают развитие ценности материнства в период полового созревания особенно сложным.

Родителям важно беседовать с девочкой, объяснять ей все последствия и приводить примеры из собственной жизни и жизни их родственников.

Надеемся, что эти советы помогут вам воспитать будущую маму. Но не нужно забывать самое главное: дети всегда учатся у своих родителей, берут с них пример. Ведь чаще всего мы повторяем модель поведения в отношениях к детям из родительской семьи. ☺



**Марина Николаевна
МАКАШОВА,**

психолог, отделение
ранней помощи семье,
КГБУСО «Краевой
кризисный центр для
женщин»

Уделяйте внимание воспитанию любознательности, стремитесь расширить кругозор дочери, знакомьте с тем, что выходит за рамки уже известного ей. Этому помогает чтение сказок, разучивание стихов, рассматривание и раскрашивание картинок, общение с природой, просмотр детских познавательных телепередач. Большую пользу принесут совместные прогулки и экскурсии, сопровождаемые необходимыми пояснениями.





Апоплексия яичника: вопросы и ответы



**Ольга Михайловна
СИРОТА,**

врач акушер-гинеколог,
высшая квалификационная
категория, кандидат
медицинских наук, КГБУЗ
«Диагностический центр
Алтайского края»;

**Апоплексия
яичника - внезапно
наступившее
кровоизлияние
в яичник,
сопровождающееся
нарушением
целостности
его ткани и
кровоотечением в
брюшную полость.**

Апоплексия яичника (АЯ) - заболевание женщин репродуктивного возраста, ее еще называют молодежной патологией, поскольку в 75% случаев она отмечена в возрасте до 30 лет, в периоде высокой сексуальной активности, более чем в половине случаев - вне брака. В зависимости от клинической формы различают болевую и геморрагическую форму.

Мы в свое время уже публиковали статью, посвященную АЯ. Но с течением времени актуальность темы не становится менее острой, остаются вопросы у пациентов, на которые мы сегодня ответим.

Что является причиной АЯ?

Среди внутренних, исходящих из организма женщины, следует отметить дисфункцию гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы, которую провоцируют и поддерживают различные стрессовые состояния, дефицит массы тела, ранняя сексуальная активность на фоне незавершенного развития репродуктивной системы, курение.

Выявлено, что дефицит массы тела у девочек в период полового созревания приводит к снижению уровня гонадотропинов, пролактина, эстрадиола и прогестерона.

Хронические воспалительные заболевания гениталий, как и перенесенные ранее операции на придатках, усугубляют дезадаптацию регулирующих механизмов овуляции.

Некоторые специалисты отмечают также генетическую предрасположенность к АЯ.

У пациенток с рецидивирующим геморрагическим разрывом желтого тела имеется высокий риск болезни Виллебранда, даже если в анамнезе нет указаний на меноррагии (обильные и длительные менструации) или патологические кровотечения.

Среди экзогенных (внешних) причин особое место занимает курение. Никотин изменяет регуляцию сложных биологических процессов в половой сфере женщины, вызывая нарушение работы яичников, изменяет

вязкость крови, вызывает сосудистые нарушения.

Достаточно ли этих факторов для того, чтобы произошла травма яичника?

К причинам, провоцирующим травму яичника, относится физическая нагрузка в любом виде: половой акт (в 90% случаев), верховая езда, занятия спортом, акт дефекации или мочеиспускания и т.д.

Однако этому событию предшествуют определенные изменения в сосудах яичников, которые, собственно, и являются источником кровотечения, зачастую достаточно обильного, требующего экстренного оперативного вмешательства. Кровоотечению из яичника предшествует образование гематомы, которая вызывает резкие боли вследствие нарастания внутриовариального давления. Затем наступает разрыв ткани яичника. Даже небольшой разрыв (диаметром до 1 см) может привести к обильному кровотечению. АЯ может возникать в различных фазах менструального цикла: реже всего в первой фазе, когда фолликулы еще в стадии созревания и бедны сосудами, чаще - в период овуляции и в стадии васкуляризации (обеспечение кровеносными сосудами и кровью органов, областей и частей тела) и расцвета желтого тела, то есть накануне менструации. Не исключена возможность разрыва желтого тела и во время беременности.

Какие симптомы у АЯ?

Заболевание начинается остро, с внезапных, иногда очень сильных, болей внизу живота, локализующихся преимущественно на стороне пораженного яичника и отдающие в область прямой кишки. В зависимости от объема кровопотери может быть обморочное состояние. У подавляющего большинства больных наблюдаются внезапное развитие приступа. Редко в дни перед приступом больные отмечают слабые тупые боли или «покалывание» в одной из паховых областей, что можно связать с небольшими внутрияичниковыми кровоизлияни-



ями или усиленной гиперемией и отеком яичника.

Что же делать, когда женщина столкнулась с этим состоянием?

При подозрении на АЯ показана госпитализация в гинекологический стационар в экстренном порядке. В зависимости от формы АЯ врач выбирает тактику ведения. Учитывая, что травма яичника происходит на фоне функциональных изменений, регрессирующих с течением времени, важным является максимально щадящая тактика по отношению к яичнику, которая, однако, во многом зависит от формы АЯ и степени повреждения органа.

Возможно ли избежать операции?

При болевой форме АЯ тактика ведения - **консервативная**: покой, холод на низ живота, препараты гемостатического действия, анальгетики. Консервативное лечение необходимо проводить в стационаре под круглосуточным наблюдением медицинского персонала.

При АЯ, сопровождающейся внутрибрюшным кровотечением, требуется **оперативное** лечение, чаще всего эндоскопическим доступом с целью остановки кровотечения и эвакуации крови из брюшной полости. **Операция с лапароскопическим доступом имеет существенные преимущества, выражающиеся в психологическом эффекте в связи** с отсутствием значительного косметического дефекта и выраженного болевого синдрома; в быстром выходе из наркоза; раннем активном поведении и меньшем использовании анальгетиков в послеоперационном периоде; менее длительном пребывании в стационаре после операции, а также позволяет достичь полноценной реабилитации больных, в том числе репродуктивной функции у молодых женщин.

При выборе объема оперативного вмешательства на яичнике главным правилом является **щадящая тактика**. Основанием для такого подхода служит понимание исключительной важности яичника как эндокринного и генеративного органа, что диктует необхо-

димость сохранения любой по величине функционирующей его части. В случае разрыва желтого тела беременности его ушивают, не производя резекцию, иначе беременность будет прервана.

Даже при остановившемся кровотечении из яичника санационную лапароскопию проводить целесообразно, так как наличие крови приводит к развитию спаечного процесса органов малого таза в 85,7% случаев, бесплодию - в 42,8% случаев и рецидиву АЯ - в 16,3% случаев.

На какое время женщина будет нетрудоспособна?

Сроки нетрудоспособности зависят от оперативного доступа: после оперативного вмешательства срок нетрудоспособности занимает **до 12 дней**, при консервативном лечении - **5 дней**. Однако женщины, перенесшие АЯ, нуждаются в диспансерном наблюдении по месту жительства. Пациентки группы риска должны быть информированы о возможном риске развития АЯ, о необходимости обращения к врачу при появлении первых симптомов АЯ, ознакомлены с основными симптомами заболевания и его последствиями.

Каков прогноз после АЯ, и может ли это повториться?

Апоплексия яичника может повторяться. За последние десять лет удельный вес апоплексии яичника с рецидивирующим течением составил 18 процентов. **К факторам риска по развитию АЯ относятся:** проявления геморрагического диатеза, экстрагенитальная патология, позднее менархе, наличие репродуктивных потерь,

отягощенный тромбофилический анамнез, наличие клинических маркеров дисплазии соединительной ткани, оперативные вмешательства на придатках матки, воспалительные заболевания матки и придатков. К сожалению, часть женщин, перенесших апоплексию яичника, характеризуются пониженной фертильностью. После консервативного лечения пациенток с АЯ бесплодие выявляется в 27,8% случаев.

В задачи реабилитационного периода входят:

♦ **обследование системы гемостаза**, в том числе на генетические тромбофилии, а также консультация гемостазиолога. Особенно это необходимо при рецидивирующем течении АЯ, при АЯ, осложненной массивной кровопотерей, при наличии в анамнезе пациентки геморрагического синдрома (носовые, десневые, маточные кровотечения, синячковость), при наличии осложненного семейного тромбофилического анамнеза (инсульты, инфаркты, тромбозы у родственников первой линии родства в возрасте до 50 лет);

♦ для создания функционального покоя травмированного яичника показано **назначение низкодозированных оральных контрацептивов**, но только после исследования системы гемостаза;

♦ с целью профилактики повторения АЯ необходимо провести **обследование с целью выявления экстрагенитальной патологии и ее коррекцию** (санация очагов хронической инфекции, нормализация функции желудочно-кишечного тракта, коррекция сосудистого тонуса и функции эндокринных желез).

Пациенткам с развитием АЯ на фоне хронического воспалительного процесса матки и придатков показано проведение комплексных противорецидивных курсов лечения в осенний и весенний периоды.

Практика показывает, что при своевременной госпитализации больных с апоплексией яичника, правильном лечении, а также проведении реабилитационных мероприятий прогноз обычно благоприятный. ☺



Как и почему проявляется эмоциональное напряжение у ребенка?



Виктория Олеговна ДОЛГАНОВА,

педагог-психолог, высшая квалификационная категория, консультативное отделение, КГБУСО «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Журавлики»

Психо-эмоциональное напряжение - это процесс постепенной утраты эмоциональной, умственной и физической энергии, который вызывает у ребенка состояние постоянного, полного дискомфорта.

При этом отрицательные эмоции накапливаются и начинают призывать к действиям. Если же действий не происходит, то химические вещества накапливаются в мышцах и вызывают зажимы. Они затрудняют прохождение сигналов от мозга к органам тела и обратно. Страдает процесс обучения, у ребенка могут возникать соматические заболевания, неврозы. Кроме того, вырабатывается избыточное количество кортизола - вещества, которое затрудняет восприятие информации и запоминание.

Психоэмоциональное напряжение лишает ребенка естественного для его возраста состояния радости. При неврозе ухудшается управление функциями организма. Поэтому дети не просто становятся раздражительными и обидчивыми, но и часто жалуются на головную боль. Кроме того, у них могут быть нарушения ритма сердечной деятельности, часто отмечается повышение артериального давления. Что обычно чувствуют в этом состоянии дети? Чаще всего они чувствуют боль, тревогу, неуверенность, злобу, страх.

Многие дети оказываются в состоянии психоэмоционального напряжения из-за:

- физической неподготовленности к предлагаемым учебным нагрузкам, завышенных ожиданий со стороны родителей,
- неадекватного применения методов и приемов обучения и воспитания (ориентированных на паспортный возраст, а не на уровень актуального развития ребенка),
- отрицательной оценки воспитателя (учителя), которая может быть невольно выражена им в неконтролируемой реплике или неосознанном взгляде.

Передается детям и состояние нервного напряжения родителей, вольно или невольно втягивающих детей в круг своих забот, которые им пока еще не по силам. К тому же некоторые родители, забывая, что возможности ребенка не беспредельны, занимаются с ним по учебной программе еще и дома, создавая этим ему дополнительные психологические проблемы.

Нерациональное скудное питание, плохо организованный сон, дефицит свободы движений, реакция организма на погоду, неразрешенность детских проблем могут также стать источниками психо-эмоционального напряжения.

Вспомните свое детство. Вспомните ваши случаи детских обид, ситуации, в которых они возникли. У нас были разные педагоги: воспитатели в детском саду, учителя в школе, родители. По статистике, каждый ребенок, так или иначе, подвергался речевому насилию.

Исследования показывают, что у людей, подвергшихся речевому насилию, в 1,5 раза наблюдаются симптомы депрессии, тревожности, в течение жизни эти люди в 2 раза чаще страдают от аффективных расстройств. Со временем дети, часто слышащие негативные высказывания со стороны родителей, начинают верить в них и впоследствии используют их как объяснения своим неудачам. Выросшие в жестокости мальчики сами становятся обидчиками, а девочки, как правило, связывают жизнь с жестоким и агрессивным мужчиной. Но хуже всего то, что жестокость воспроизводит жестокость. Об этом говорит увеличение числа подростковых преступлений.

Нейрофизиологи отмечают следующие патогенные факторы возникновения психоэмоционального напряжения детей:

- нерациональный режим жизнедеятельности,
- дефицит свободы движений,
- недостаточность пребывания на свежем воздухе,
- нерациональное питание и плохая его организация,
- неправильная организация сна и отдыха детей,
- авторитарность стиля общения с детьми взрослых при отсутствии к ним внимания и заботы,
- необоснованное ограничение свободы детей,
- неблагоприятные в геомагнитном плане дни и плохие погодные условия, а также другие факторы, свя-



Школа реабилитации ДЦП

занные с разнообразными проблемами семьи и взаимоотношений со сверстниками.

Чтобы предупредить возникновение психоэмоционального напряжения детей, **родителям необходимо знать их переживания и эмоциональные реакции.** Благодаря наблюдениям, анализу поведения и высказываний ребенка, близкому контакту с ним мама и папа могут знать его переживания, степень проявления его чувств, их влияние на его поступки. Для того чтобы лучше понять поведение ребенка в различных ситуациях, чтобы знать, как вести себя с ним, как способствовать воспитанию его чувства, **необходимо серьезно изучать развитие своего ребенка.**

Наличие симптомов психоэмоционального напряжения детей свидетельствует о появлении психосоматических расстройств у ребенка, которые отражаются на его самочувствии и поведении. Их игнорирование может не только привести к стойким нарушениям в здоровье, но и отразиться на формировании личностных качеств.

Предлагаем несколько упражнений для предупреждения и снятия эмоционального напряжения детей, которые можно использовать как в детском саду, так и дома с одним ребенком.

Разминка во время напряженной интеллектуальной деятельности. Эта гимнастика разработана советским ученым А.В. Коваликом, выполняется с движениями и без них. Она прекрасно снимает усталость не только при напряженной интеллектуальной деятельности, но и в тех случаях, когда по разным причинам движения на длительное время ограничены. Например, в поездке на загородном автобусе или во время полетов.

Эта гимнастика очень пригодится детям в школе, так как помогает снять напряжение в связи со статичностью позы. **Комплекс состоит из девяти упражнений, которые дети способны быстро освоить.** Упражнения выполняются сидя на стуле.

○ Опираясь то на пятки, то на носки, приподнимать стопы от пола и выполнять ими едва заметные движения наружу и внутрь.

○ Напрягая стопы, поджать под себя пальцы, затем распрямить их.

○ Напрягая мышцы плечевого пояса, выполнять едва заметные движения плечами и лопатками: сведение и разведение, приподнимание и опускание, вращение в одну и другую стороны.



○ Напрягая и расслабляя мышцы предплечья, сжимать пальцы в кулак и распрямлять их.

○ Напрягая мышцы спины, прогнуться в пояснице, свести и развести лопатки.

○ Втягивание и выпячивание живота, при выпячивании - вдох, при втягивании - выдох.

○ Напрягая мышцы шеи, выполнять едва заметные движения головой вправо-влево, вперед-назад, по часовой и против часовой стрелке.

○ Движения глазами яблоками вправо-влево, вверх-вниз, по часовой и против часовой стрелки.

○ Опираясь ладонями о стол, а пятками - о ножки стула, напрячь и расслабить мышцы тела.

При разучивании комплекса каждое упражнение выполняется 2-3 раза, затем ежедневно добавляется по одному повторению. Детям достаточно 8-10 повторений. В начале обучения, пока мышцы недостаточно послушны, напряжение их лучше сопровождать едва заметными движениями. Затем нужно научить детей выполнять эти упражнения без движений, только напряжением мышц. Напряжение держится 4-5 секунд (ребенок может считать про себя до 5), а затем следует полное расслабление. Обучение можно считать закончен-

Психологи выделяют следующие основные причины эмоционального напряжения:

- необходимость разлуки с близкими людьми;

- перемены в привычном образе жизни (переезд, новый график в работе родителей);

- посещение врача;

- телевизионные программы;

- развод родителей. Это одна из самых распространенных причин. Мир малыша состоит из двух половинок - маминной и папиной, и когда целое раскалывается, ребенок начинает испытывать самые настоящие физические страдания: головные боли, страшные сны;

- речевое насилие (негативные высказывания в адрес ребенка со стороны взрослого).



Школа реабилитации ДЦП

►ным, когда ребенок сможет выполнять комплекс совершенно самостоятельно, запомнив последовательность упражнений. В режиме дня детей необходимо обязательно найти место этим упражнениям. Этот вид гимнастики имеет особое значение для развития у детей навыков саморегуляции.

Упражнение «Мороженое»

Взрослый говорит: «Я знаю, что все вы любите мороженое. А теперь вообразите, что вы побывали в гостях у Снежной королевы. Замерзли и сами стали похожи на мороженое. Тело, руки, ноги, голова скованы холодом. Брр...

Но вот пришел добрый волшебник и сказал: «Закройте глаза! Положите руки на колени. Вам удобно, вам ничто не мешает. Сейчас начнем оттаивать. Согреваются и оттаивают пальчики ног, согреваются и оттаивают ступни, согреваются и расслабляются колени. Тепло идет от пальчиков ног вверх, ноги теплые, они расслабляются. Согреваются пальчики рук. Пальцы расслабляются. Согреваются и расслабляются ладони. Согреваются и расслабляются кисти рук. Тепло от кистей идет к локоткам. От локотков тепло идет к плечам. Руки теплые, руки расслабились. Нам тепло. Тепло идет по всему телу, от живота поднимается к груди, шее, голове. Лицу жарко, лицо расслабилось, рот приоткрылся, голова повисла. Растаяло мороженое, растеклось сладкой лужицей по полу».

А теперь потянитесь вперед плечами, откройте глаза! Возьмите карточку, на которой нарисован человечек. Это вы. Красным фломастером отметьте, где вы первый раз почувствовали тепло. Возьмите другую карточку. И отметьте, где больше всего чувствуете тепло сейчас. Спасибо! Вы молодцы! Из вас получилось отличное мороженое».

Упражнение «Волшебная прогулка»

Взрослый говорит: «Усаживайтесь поудобнее (поза лотоса). Сегодня мы отправимся в путешествие на ковер-самолете. Чтобы он мог подняться в воздух, нужно расслабиться. Вы умеете это делать. Лягте на спину. Закройте глаза. Расслабляем ноги. От кончиков пальцев вверх идет тепло, ноги тяжелые. Согреваются руки. От кончиков пальцев идет вверх по руке

тепло. Руки тяжелые и теплые. Расслабляется туловище. Тепло от рук, ног идет к животу, груди, спине. Расслабилось лицо, приоткрылся рот. Отдыхайте. И вот ваш ковер-самолет поднимается медленно вверх. И вы уже летите. И вот вы пролетаете над огромным озером, над ним и над вами кружат чайки. У берега качаются на волнах лодки, вы летите дальше. Над вами в голубом небе бегают облака. Одно облако похоже на пушистого зайчика, другое - на большой ком белой ваты, вот совсем маленькое облако, похожее на белого котеночка.

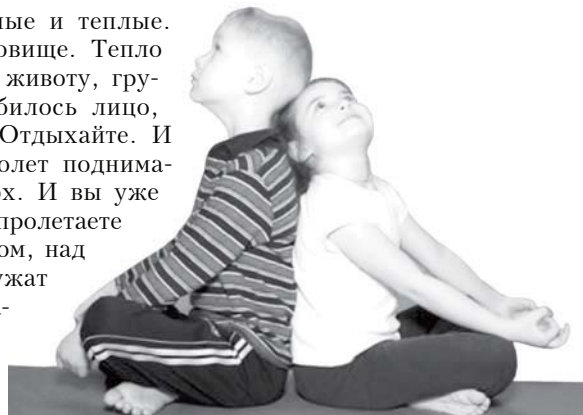
Ковер медленно опускается на землю. Вы - в цветущем саду. Вокруг много цветов, они кивают вам своими головками. Вы идете по тропинке сада. Вы вышли на лужайку. Дети играют в мяч. Мяч катится к вашим ногам. Вы поднимаете мяч, высоко подбрасываете его вверх, и мяч летит вверх.

Но что это? Вы тоже летите. Летите сами. Без ковра-самолета. Вы раскинули руки. Вы парите как птица. Вот знакомое озеро, чайки приветствуют вас, машут крыльями. Рыбак сидит в лодке. Смотрит на вас, машет вам рукой. Вы летите дальше. Рядом летит пушистый белый котенок-облако.

Вот и наш детский сад. Вы медленно опускаетесь. Котенок спешит за вами. И вот вы здесь. Теплый котенок лежит у вас на животе, мурлычет. Слушайте, как он мурлычет. Погладьте его правой рукой нежно. Теперь погладьте его левой рукой. Потянитесь, откройте глаза. Возьмите котенка в руки. Ласково. Сядьте, усадите котенка рядом с собой. Погладьте его по головке. Надеюсь, что прогулка вам понравилась».

А теперь возьмите карточку и в ее клеточках нарисуйте то, что вы видели в своем путешествии. Подсчитайте, сколько клеточек вы зарисовали. Спасибо! На этом наше путешествие закончилось. А котенок-облачко останется жить с нами».

Выполнение вышеперечисленных упражнений, основанных на здоровьесберегающих принципах, позволит родителям помочь своему ребенку справиться с психоэмоциональным напряжением. ☺



Основными симптомами психоэмоционального напряжения детей являются:

- плохой сон (с трудом засыпает и беспокойно спит);
- усталость ребенка от той нагрузки, которая совсем недавно давалась ему очень легко;
- беспричинная обидчивость и/или агрессивность;
- рассеянность, забывчивость, отсутствие уверенности в себе. Ребенок в таком состоянии часто жмется ко взрослым;
- кривляние, упрямство, трудности в соблюдении дисциплины;
- стремление к одиночеству;
- стойкая потеря аппетита;
- постоянное жевание, сосание, которое раньше не наблюдалось;
- дрожание рук, качание головой, передергивание плеч, ночное и/или дневное недержание мочи, игра с половыми органами.



С Днём медицинского работника!



Фоторепортаж с торжественного мероприятия, посвященного Дню медицинского работника, 13.06.2013 г., Алтайская краевая филармония



Диагностическому центру

Алтайского края - 20 лет



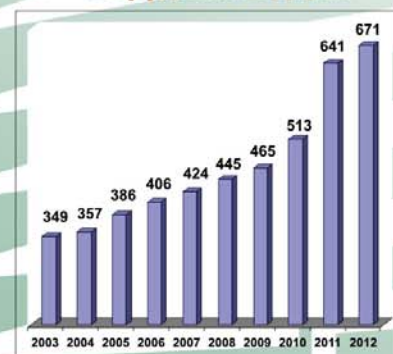
Первоначально Диагностический центр Алтайского края создавался в рамках Государственной программы по ликвидации последствий многолетнего воздействия ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, и был открыт в июне 1993 года.

В центре более 600 сотрудников, на штатных должностях трудится 3 доктора и 21 кандидат медицинских наук. Кроме того, к работе в центре привлечены врачи-консультанты: профессора, доктора и кандидаты медицинских наук Алтайского государственного медицинского университета и других ведущих клиник Алтайского края.

В центре работают главные внештатные специалисты Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности: главный эндоскопист **А.Ф. Федоровский**, главный рентгенолог **В.Г. Колмогоров**, главный специалист по лабораторной диагностике **И.А. Карбышев**, главный специалист по ультразвуковой диагностике в акушерстве и гинекологии **Е.А. Корзникова**.

На базе Диагностического центра функционируют кафедры: патологической физиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики. Здесь же находится филиал института физиологии Сибирского отделения РАН. Учреждение является центром подготовки студентов, а также специалистов края и других регионов страны.

Динамика численности сотрудников ДЦАК



Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Диагностический центр Алтайского края" – это уникальное амбулаторно-поликлиническое учреждение Алтайского края.

Основной задачей центра является проведение консультаций и обследование, прежде всего, «сложных» больных и неясных клинических ситуаций, требующих привлечения высококвалифицированных врачей по различным специальностям и использования высокоинформативных методов диагностики. Работа центра ориентирована на оказание медицинской помощи как можно большему числу пациентов.

Организационно-функциональная структура Диагностического центра обеспечивает максимальную доступность, оптимальную возможность взаимодействия как специалистов самого центра, так и ЛПУ края в интересах пациентов.

- 1. Аппарат управления** (заместители главного врача, ведущий юрист, ведущий инженер по охране труда)
 - 1.1. Планово-экономический отдел
 - 1.2. Бухгалтерия
 - 1.3. Отдел кадров
- 2. Отдел лучевой диагностики**
 - 2.1. Отделение рентгенодиагностики
 - 2.2. Отделение рентгеновской компьютерной томографии
 - 2.3. Отделение магнитно-резонансной компьютерной томографии
 - 2.4. Группа радиационного контроля
- 3. Отдел функциональной и ультразвуковой диагностики**
 - 3.1. Отделение ультразвуковой диагностики
 - 3.2. Отделение функциональной диагностики заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем
 - 3.3. Отделение функциональной диагностики заболеваний нервной и мышечной систем
- 4. Отдел лабораторной диагностики**
 - 4.1. Лаборатория клинических исследований
 - проведение клинических лабораторных исследований (химико-микроскопических, гематологических, исследований гемостаза, общеклинических исследований)
 - 4.2. Лаборатория иммунологических и биохимических исследований
 - 4.3. Лаборатория цитоморфологических исследований
 - проведение цитоморфологических и гистологических исследований
 - 4.4. Лаборатория микробиологических исследований
- 5. Отдел эндоскопии**
 - 5.1. Отделение эндоскопии №1 (гастроэнтерологические методы исследований)
 - 5.2. Отделение эндоскопии №2 (специальные методы исследований в урологии и гинекологии)
 - 5.3. Кабинет рентгеноударно-волнового дистанционного дробления камней
- 6. Медико-генетическая консультация**
 - 6.1. Отделение медико-генетического консультирования и мониторинга
 - 6.2. Отделение перинатальной ультразвуковой диагностики
 - 6.3. Отделение перинатального консультирования
 - 6.4. Лаборатория цито-генетических исследований
 - 6.5. Лаборатория молекулярно-генетических исследований
- 7. Консультативный отдел**
 - 7.1. Взрослое консультативно-поликлиническое отделение
 - 7.2. Детское консультативно-поликлиническое отделение
- 8. Отдел организационно-методической работы**
- 9. Отдел по страховой медицине и платным услугам**
- 10. Регистратурно-диспетчерский отдел**
- 11. Отдел выездной диагностики**
- 12. Центральный стерилизационный отдел**
- 13. Информационно-вычислительный отдел**
- 14. Отдел медицинской техники**
- 15. Отдел научно-технической информации.**

Отдел функциональной и ультразвуковой диагностики

Отдел является теоретической и практической базой двух кафедр: кафедры патологической физиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики и кафедры лучевой диагностики с курсом эндоскопии ФПК и ППС АГМУ.

Отделение ультразвуковой диагностики

В настоящее время отделение оснащено новым современным ультразвуковым оборудованием производства Нидерландов, Японии, Кореи; из 14 аппаратов 8 – экспертного класса. В отделении осуществляется весь комплекс высокоинформативных, безвредных и безопасных для здоровья пациента ультразвуковых исследований.

За первый год работы (1993г.) в отделении выполнено более 9600 исследований, за второй год – уже более 37000, а через 20 лет, в 2012 году, выполнено более 143000. Таким образом, доступность ультразвуковых исследований для населения края по сравнению с первым годом работы выросла более чем в 15 раз.

В отделении работают 53 сертифицированных сотрудника: 27 врачей (в т.ч. 2 кандидата медицинских наук), 23 медицинские сестры, 3 младшие медицинские сестры.



Отделение функциональной диагностики заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной систем

С 2007 года началась поэтапная модернизация аппаратуры в отделении: приобретен первый в Алтайском крае ультразвуковой аппарат с функцией 4D – VIVID7 Dimension, GE. В 2008 году отделение доукомплектовано электрокардиографом фирмы Шиллер (Германия), тремя эхокардиографами экспертного и премиум-класса, более совершенными моделями холтеровских мониторов ЭКГ и АД. В 2011 году поставлена новая стресс-система для нагрузочного тестирования «Mortara» - ВЭМ, ТЭМ с компьютерной обработкой и лаборатория оценки внешнего дыхания Master Screen, Эрих Егер (Германия). Современное оборудование позволило специалистам отдела выполнять практически все известные методики функциональной диагностики патологии сердечно-сосудистой системы.

Сегодня в отделении работают 25 сертифицированных специалистов: 12 врачей, из них 2 кандидата медицинских наук, 11 медицинских сестер, 2 младшие медицинские сестры.



Отделение функциональной диагностики заболеваний нервной, мышечной систем

Открытие отделения стало прорывом в развитии нейрофизиологической службы на Алтае еще и потому, что к 1993 году в крае функционировал единственный кабинет функциональной диагностики нервной системы в краевой клинической больнице, там выполнялись только три методики (ЭЭГ, Эхо-ЭГ и РЭГ). В течение первого года работы отделения были внедрены 8 методик. Сегодня в отделении используются более 30 методик, из них 9 выполняются только в центре (это различные варианты магнитной стимуляции, суточное мониторирование ЭЭГ, ночной ЭЭГ-видеомониторинг, периферический поверхностный кожно-симпатический потенциал).

За 20 лет работы отделения пропускная способность, а следовательно, и доступность нейрофизиологических методик для населения Алтайского края, выросла более, чем в восемь раз. Так, в 1994 году выполнены 10825 исследований, в 2012 году – уже 86795 исследований.

В настоящее время в отделении работают 23 сертифицированных сотрудника: 10 врачей, из них 1 доктор, 2 кандидата медицинских наук, 12 медицинских сестер, три младшие медицинские сестры.



Технологии.

Профессионализм.

Доступность



Диагностический центр Алтайского края является членом Межрегиональной диагностической медицинской ассоциации (ДиаМА), в которую входят крупнейшие диагностические центры России и ближнего зарубежья, что позволяет обмениваться опытом. В 2010 году центр вошел в пятерку лучших центров России и ближнего зарубежья.

Отдел лабораторной диагностики

Отдельным сегментом на рынке медицинских услуг является **лабораторная диагностика**. Центр создал и развивает у себя централизованную лабораторию, с мощным кадровым потенциалом и материально-технической базой.

Количество лабораторных анализов, проводимых в лабораторном отделе центра, перевалило за три с половиной миллиона в год. В своей структуре – это, прежде всего, высокоинформативные и ресурсоемкие лабораторные исследования, которые не могут быть сделаны в большинстве медицинских учреждений края.

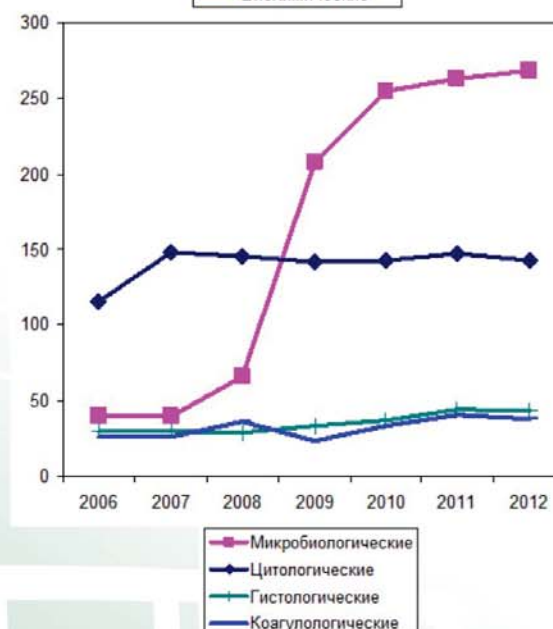
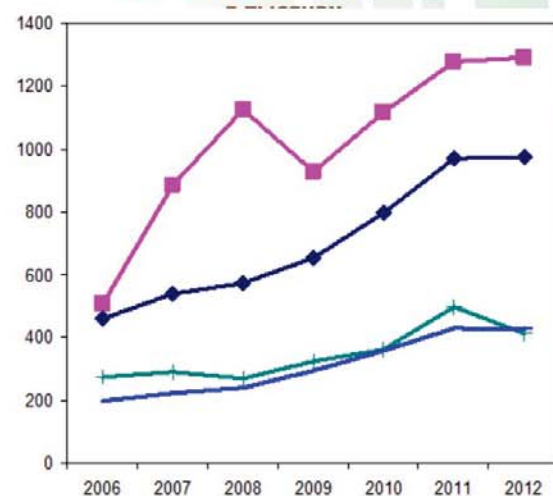


Коллектив отдела лабораторной диагностики

Новейшая техническая база и информатизация позволили Диагностическому центру стать проводником централизации лабораторной отрасли Алтайского края. Сегодня более 100 краевых ЛПУ объединены в единую систему, замыкает которую, обеспечивая качество исследований мирового уровня, лаборатория Диагностического центра.

Специально для лабораторного подразделения был создан уникальный продукт – Лабораторная Информационная Система (ЛИС), которая обеспечила полную автоматизацию рабочего процесса, при этом снижение вероятности ошибок и недостоверных результатов исследований за счет автоматизации и централизованного управления качеством.

Динамика числа лабораторных анализов в ДЦ АК,



Отдел эндоскопии



При организации **отдела эндоскопии** впервые в крае в одном подразделении был создан комплекс, обеспечивающий выполнение гастроэнтерологических, гинекологических, бронхологических, урологических эндоскопических диагностических исследований и лечебных манипуляций, а также вмешательств, имеющих по технологии сходство с эндоскопическими. В составе отдела действовал стационар краткосрочного пребывания с анестезиологической службой, краевой центр амбулаторной урологии. В отделении используется физиотерапевтический комплекс, работает система для уродинамического исследования (Италия).

Разработанные и внедренные в отделе новые организационные технологии позволили интенсифицировать лечебно-диагностический процесс, не только в отделе, но и в других подразделениях, с которыми выполнялась и выполняется совместная работа (отделения рентгенодиагностики, МРТ, РКТ, ультразвуковой диагностики). В отделе была разработана первая в Диагностическом центре оригинальная программа регистрации исследований.

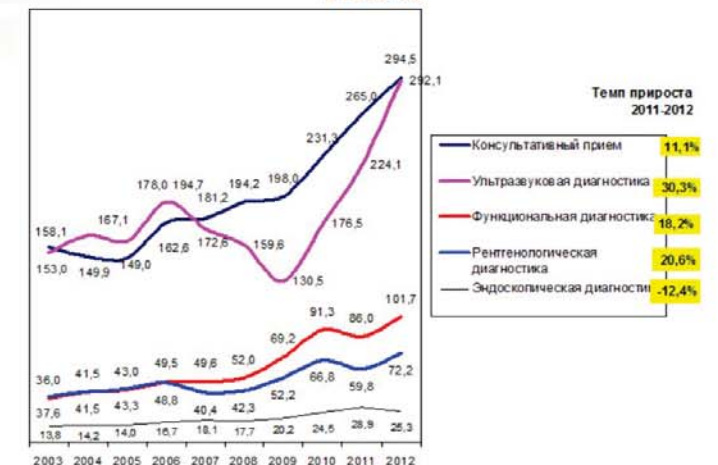
В 1993 году в отделе было выполнено 3746 исследований и манипуляций, в т.ч. – 303 лечебных. В настоящее время ежегодно проводится около 30 000 диагностических и лечебных вмешательств, увеличивается спектр исследований, растет результативность диагностики.

В отделе работает 13 врачей-эндоскопистов и 6 врачей-эндоскописта - совместителя, 12 медицинских сестер, 5 младших медицинских работников.

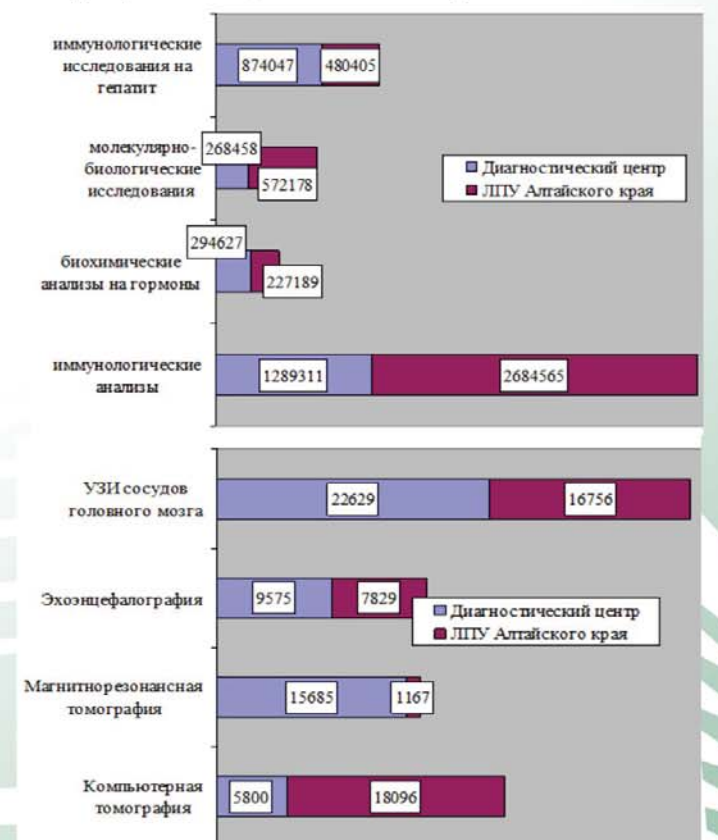


В центре ежедневно оказывается **более 2000 медицинских услуг**, проводится **более 7000 лабораторных анализов**. Объемы оказываемых населению Диагностическим центром медицинских услуг ежегодно растут. Так, за последние 5 лет количество консультативных приемов увеличилось на **30%**, функциональных исследований – на **85%**, лучевых – на **37%**, эндоскопических – на **47%**.

Динамика числа приемов и исследований в ДЦ АК, в тысячах



Диагностический центр за счет концентрации современной диагностической аппаратуры, высококлассных специалистов обеспечивает качественное выполнение преобладающего числа всех высокоинформативных инструментальных и лабораторных исследований жителям края.



Технологии.

Профессионализм.

Доступность

Диагностический центр Алтайского края: научная, практическая и методическая база развития лучевой диагностики в России

Пациентам

Что желает получить пациент от диагностики? Максимальную безопасность, простоту, эффективность и информативность исследования. В идеальном варианте — получить возможность самому решать, что делать и кому доверить свое здоровье. Всё для пациента — таким должен быть лозунг современной медицины и рентгенодиагностики в частности.

Что нужно знать пациентам о рентгене, точнее, о рентгенкабинете и рентгенодиагностике? Наиболее часто вопросы пациентов касаются безопасности исследования, его возможностей и общей информации, принципов работы рентгенкабинета.

1. Кто отвечает за назначение рентгенологического исследования? Лечащий врач. Он руководствуется обоснованными клиническими показаниями к исследованию. Кроме того, врач, назначающий рентгенологические исследования, знает ожидаемые уровни доз облучения пациентов, возможные реакции организма и риски отдаленных последствий.

2. Кто может отменить назначение врача? Врач-рентгенолог. Он руководствуется в своей работе не только клинической целесообразностью исследования, но и нормативными документами. Он должен знать и претворять в жизнь принципы радиационной безопасности. При необоснованном направлении на рентген врач-рентгенолог может отказать в проведении исследования, предварительно проинформировав об этом лечащего врача и зафиксировав отказ в истории болезни или амбулаторной карте.

3. Кто отвечает за проведение рентгенологического исследования? Врач-рентгенолог, который принимает окончательное решение о целесообразности, объеме и виде исследования.

4. Какие средства защиты пациента должны быть использованы? Персонал рентгеновского кабинета знает приемы и методы, при которых лучевые нагрузки на пациентов могут быть значительно снижены. При проведении исследований в процедурной может находиться только один пациент. Для защиты всех областей тела вне области исследования, используются специальные средства защиты пациентов.

5. Как избежать повторного снимка? Врач должен учитывать результаты проведенных ранее исследований. При направлении пациента на консультацию или лечение, при переводе его из одной клиники в другую снимки и их описание должны передаваться вместе с индивидуальной картой. Если снимки и описания результатов исследования находятся на руках, то, отправляясь на повторную процедуру, не забудьте их взять с собой.

6. Можно ли отказаться от рентгенологического исследования? Да, можно, за исключением профилактических исследований, проводимых в целях выявления заболеваний, опасных в эпидемиологическом отношении, например, туберкулеза (попросту говоря, от флюорографии отказываться нельзя).

Конечно же, невозможно осветить здесь все вопросы, связанные с рентгенкабинетом. В любом случае необходимо помнить: чем современнее методика обследования, тем она информативнее, удобнее и безопаснее.

Отдел лучевой диагностики

В начале 90-х годов отсутствие современного оборудования тормозило процесс развития лучевой диагностики в АК, отдел первым на Алтае оснащен (1993 г.) магнитно-резонансным томографом (Гироскан), современным рентгеновским компьютерным томографом (Томоскан), двумя импортными рентгеновскими аппаратами (Диагност-56 и Диагност-96), маммографом с биопсийной приставкой (Маммодиагност). Однако специалистов умевших работать на столь современном оборудовании, в крае не было. Сотрудники отдела прошли стажировку в ведущих мировых клиниках. Для работы на перспективу (1993 г.) принято решение об организации на базе диагностического центра кафедры лучевой диагностики АГМУ, со времени открытия и по сей день кафедрой возглавляет профессор, д.м.н. **Владимир Васильевич Федоров**. Студенты помимо теоретической подготовки стали получать и практические навыки по всем разделам лучевой диагностики, а сотрудники отдела получили возможность вести серьезные научные изыскания. Симбиоз науки и лечебного дела послужил толчком для формирования алтайской школы лучевой диагностики, ставшей со временем одной из ведущих в стране.

В состав отдела входят 4 отделения: отделение рентгенодиагностики; отделение рентгеновской компьютерной томографии; отделение магнитно-резонансной компьютерной томографии; краевая группа радиационного контроля.



Ю.В. Обрезанова

В настоящее время лучевой отдел центра располагает двумя современными мультиспиральными рентгеновскими компьютерными томографами (4 и 64 среза), двумя магнитно-резонансными томографами, двумя цифровыми телеуправляемыми рентгеновскими аппаратами производства, двумя маммографами (в т. ч. цифровым), двухэнергетическим рентгеновским остеоденситометром, цифровым флюорографом. В 2012 г., благодаря программе модернизации здравоохранения, в отделе установлен один из первых в России магнитно-резонансный томограф, в котором используется оптоволоконная система передачи данных и гентри диаметром 70 см (IngeniaOmega 1,5 T). Мощное техническое обеспечение позволяет центру в области лучевой диагностики находиться на одном уровне с ведущими российскими и зарубежными клиниками.



Отдел лучевой диагностики создан в 1993 году, заведует отделом с 2004 г. по настоящее время **Владимир Геннадьевич Колмогоров** - врач-рентгенолог высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук, главный внештатный рентгенолог Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, автор 101 научной и учебно-методической работы. В 2013 году на Невском радиологическом форуме награжден премией «Лучший преподаватель лучевой диагностики России по лечебному факультету».

- Стратегическим вектором развития нашего отдела является создание единого регионального банка — хранилища цифровых лучевых диагностических изображений и формирование на его основе системы удаленного консультирования, экспертной оценки и управления службой лучевой диагностики Алтайского края. Отдел является практической и методологической базой по развитию всех основных направлений лучевой диагностики в Алтайском крае, признанным лидером в СФО по многим направлениям практических и научных изысканий в сфере МРТ-диагностики заболеваний костно-суставного аппарата, а так же новых компьютерно-томографических методик исследования лёгких.

Показателем высокого уровня работы врачей отдела является регулярное проведение краевых и всероссийских конференций врачей лучевой диагностики на базе Диагностического центра. Отдел фактически сформировался, как региональный организационный и методический центр лучевой диагностики АК.

Международный уровень признания получили многочисленные научные работы профессора, д.м.н. **А.В. Брюханова**, выполненные на базе отдела лучевой диагностики КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края», посвященные проблемам диагностики заболеваний костно-суставной системы. Он является крупнейшим специалистом России в области МР-диагностики заболеваний суставов.

Сотрудниками отдела лучевой диагностики (**В.Г. Колмогоров, А.А. Домбровский, Н.Я. Лукьяненко**) под руководством проф. **В.К. Коновалова**, при тесном взаимодействии с кафедрами АлтГТУ и АГМУ (проф. **С.Л. Леонов, А.М. Шайдук, Я.Н. Шойхет,**



В.В. Федоров

В.В. Федоров) проводятся исследования по проблемному направлению «Дифференциальная диагностика заболеваний легких посредством математического анализа цифровых медицинских изображений». Профессор кафедры лучевой диагностики АГМУ **Владимир Константинович Коновалов**, автор более 200 научных работ, пяти патентов на изобретения и более 20 рационализаторских предложений, связанных с новыми методами лучевой диагностики. Является штатным врачом-консультантом отдела лучевой диагностики, занимается



разбором сложных диагностических случаев, переданных по системе удаленных консультаций медицинских изображений из отдаленных районов края. Генератор многих научных изысканий, таких как, например, широкоизвестная методика стратификационной томографии, используемая в отделе для дифференциальной диагностики заболеваний легких. Под его руководством выполнено более десяти диссертационных работ.



В.К. Коновалов

Технологии.

Профессионализм. Доступность

Диагностический центр Алтайского края - научная, практическая и методическая база развития лучевой диагностики в России

Пациентам

- Все исследования в отделении рентгенодиагностики проводятся только по клиническим показаниям по стандартизованному протоколу. В отделении работают высококвалифицированные врачи-рентгенологи и рентгенолаборанты, имеющие высшую и первую квалификационные категории.
- Для всех диагностических рентгенологических исследований пациент обязан иметь направление врача-клинициста с **указанием предварительного диагноза и цели исследования.**
- Пациенту с собой необходимо взять имеющиеся консультативные заключения специалистов, касающиеся данного заболевания, результаты предыдущих исследований: ультразвукового, эндоскопического, и другие, данные лабораторных исследований (если есть).
- Запрещается проведение рентгенологических исследований беременным женщинам и кормящим матерям без строгих клинических показаний. Исследования рекомендуется проводить во второй половине беременности, когда меньше вероятность отрицательного воздействия рентгеновского излучения на плод. Рентгенологические исследования проводятся независимо от срока беременности только в случае, когда рентгенологическое исследование необходимо при оказании скорой или неотложной помощи или решении вопроса о прерывании беременности. Доза, полученная плодом за два месяца невыявленной беременности, не должна превышать 1 мЗв.
- Подготовка к рентгенологическим исследованиям указана, в талоне пациента (там где она требуется).
- На назначенное рентгеновское исследование нужно явиться в день и час, указанные в талоне. Если пациент опоздал на исследование, ему будет предложено пройти рентгеновское обследование в этот же день позже, после того, как будут приняты очередные пациенты по времени.
- Срочные и тяжелые пациенты, приглашаются вне очереди.
- Для соблюдения тишины в отделении необходимо сотовые телефоны перевести в беззвучный режим.
- Пациенты имеют возможность ознакомиться с основными правилами прохождения назначенного рентгенологического исследования на стенде в холле отделения рентгенодиагностики, где отражены показания, противопоказания, сущность проведения методик.
- При выполнении рентгенологических исследований, требующих письменного информированного согласия пациента предлагается ознакомиться с возможными осложнениями и подписать информированное согласие на проведение данной процедуры (бланки размещены в холле отделения).

Отделение рентгенодиагностики

Функцией отделения рентгенодиагностики является выполнение высококвалифицированных рентгенологических исследований населению Алтайского края в соответствии со стандартами исследований на основе эффективного и рационального использования современного оборудования, широкого спектра рентгенологических методов, в целях раннего выявления заболеваний всех органов и систем; проведение удаленного консультирования цифровых рентгеновских снимков и методической работы.

В настоящее время пропускная способность отделения рентгенодиагностики увеличилась более чем в 2 раза в сравнении с начальным периодом работы. За последние 3 года в отделении выполнено 152380 исследований 84792 пациентам. Для сравнения, за период с 1995 по 1998 года выполнено 77312 исследований 41919 пациентам.



Ю.Ф. Романовский, врач-рентгенолог, заведующий отделением рентгенодиагностики

Кадровый состав отделения включает 26 сотрудников, из них 9 врачей (в том числе 2 кандидата медицинских наук, 1 доктор медицинских наук), 9 рентген-лаборантов, 5 младших медицинских сестры и 3 санитарки.

Отделение оборудовано семью рентгеновскими аппаратами: 2 цифровых рентгеновских аппарата КРТ - ОКО «Электрон», цифровой маммограф «Маммо-4МТ» с системой стереотаксической биопсии, аналоговый маммограф «Маммодиагност», цифровой рентгеновский флюорограф «Электрон», двухэнергетический рентгеновский денситометр «Stratos», дентальный рентгеновский аппарат Intra Os 70.

В отделении рентгенодиагностики проводится широкий спектр рентгенологических методик: полный комплекс высокоинформативных стандартных и специальных рентгенологических исследований органов грудной клетки, органов пищеварения, черепа, придаточных пазух носа, височной кости, орбит, позвоночника и краниовертебральной области, костей скелета, контрастные исследования урогенитальной области - экскреторная урография и гистеросальпингография, а также ранняя диагностика онкологических заболеваний молочной железы - маммография, прицельная игловая биопсия образований молочной железы под контролем рентгенографии, рентгеноденситометрия, рентгенологических исследований зубов.



Коллектив отделения рентгенодиагностики

Методики характеризуются малой лучевой нагрузкой на пациента, высокой диагностической информативностью и разрешающей способностью.

Малая лучевая нагрузка обусловлена техническими возможностями цифрового рентгеновского аппарата «Электрон». Так, режим цифровой импульсной рентгенографии органов пищеварения, цифровой гистеросальпингографии с 5 - 10 вспышками в 1 секунду позволяет уменьшить лучевую нагрузку на пациента с 5 мЗв до 0,5-1 мЗв, в сравнении с режимом непрерывной рентгенографии на обычных рентгеновских аппаратах.

Основными задачами удаленных консультаций цифровых флюорограмм являются: уточнение клинико-рентгенологического заключения, определение тактики лучевого обследования при сложном, тяжело протекающем заболевании, подтверждение или коррекция клинико-рентгенологического заключения и тактики лучевого обследования, учебно-методическая работа.

В 2008 году в работу отделения рентгенодиагностики с целью приближения специализированной высококвалифицированной медицинской помощи к географическим удаленным территориям Алтайского края была **внедрена новая методика – заочная (удаленная) консультация рентгенологических исследований**, которая функционирует на базе программного обеспечения системы удаленных консультаций медицинских изображений (СУКМИ), и не имеет аналогов в Алтайском крае.

Методика пункционной биопсии молочной железы под контролем рентгенографии с использованием компьютерной приставки «Цитогайд» и системы «пистолет-игла» до 2012 года проводилась в Алтайском



Т.В. Голяшова, рентгенлаборант отделения рентгенодиагностики

крае только в Диагностическом центре Алтайского края. Цитологическое и гистологическое изучение полученного кусочка ткани способствует выбору оптимального лечебного комплекса. Показанием к проведению методики является наличие опухолевого узла не менее 0,5 см в диаметре, видимого на обзорных рентгенограммах и не находящего четкого отображения при ультразвуковом исследовании молочной железы.

Рентгенологическое исследование молочных желез

Краткая характеристика

метода: исследование основано на визуализации внутренней структуры молочных желез при помощи рентгенографии. При необходимости, после консультации маммологом ДЦАК выполняется прицельная игловая биопсия образований молочных желез под контролем цифровой приставки Цитогайд, которые не визуализируются при УЗИ.

Медицинское оборудование:

маммографический аппарат «Маммодиагност УС» фирмы Филипс с пункционной приставкой.

Цель исследования: визуализация структурных изменений молочных желез, выявление объемных образований, сгруппированных микрокальцинатов. Цитологическая и гистологическая диагностика участков, подозрительных на наличие злокачественного процесса.

Показания к исследованию:

1. Подозрение на наличие опухолевого узла в молочной железе.
2. Подозрение на наличие объемного образования в молочной железе (киста, фиброаденома, фибролипома).
3. Патологическая секреция из соска.
4. Синдром отечной молочной железы.
5. Оценка распространенности воспалительного процесса в молочной железе.
6. Подозрение на увеличение и уплотнение аксиллярных лимфатических узлов.
7. Оценка степени и распространенности инволютивных изменений молочной железы.

Противопоказания:

Относительное противопоказание: возраст пациента моложе 40 лет.

Подготовка к исследованию:

оптимальные сроки проведения исследования: 3-14 день менструального цикла.

Применяются методики:

1. Маммография.
2. Прицельная рентгенография одной молочной железы в одной проекции.
3. Рентгенография мягких тканей подмышечной области.
4. Биопсия молочной железы под контролем Цитогайд.

Технологии. Опыт. Профессионализм. Доступность

Диагностический центр Алтайского края - научная, практическая и методическая база развития лучевой диагностики в России

Отделение магнитно-резонансной компьютерной томографии

Магнитно-резонансный метод завоевал ведущее место среди современных средств диагностики заболеваний различных органов и систем. В настоящее время существует концепция МРТ как всеобъемлющего метода в диагностике заболеваний центральной нервной системы, патологии опорно-двигательного аппарата, брюшной полости, органов малого таза и в кардиологической диагностике.

Летом 2012 года в Диагностическом центре Алтайского края был введен в эксплуатацию современный цифровой магнитно-резонансный (МР) томограф 1.5 Тесла с диаметром туннеля для пациентов 70 см "Ingenu" фирмы Philips. Данный магнитно-резонансный томограф представляет новое поколение магнитно-резонансных томографов, которые поступили на рынок в Российской Федерации в 2011 году.



Коллектив отделения магнитно-резонансной компьютерной томографии

Приобретение и установка данного магнитно-резонансного томографа в диагностическом центре особенно актуально для жителей Алтайского края, пострадавших от радиационного воздействия Семипалатинского полигона, так как при получении изображений тканей и органов не используется ионизирующее излучение, вызывающее развитие онкологических заболеваний. Также учитывались инновационный подход к модернизации службы лучевой диагностики Алтайского края для обеспечения максимальной доступности населению края высокотехнологической медицинской помощи, наличие наиболее подготовленных и опытных врачей-рентгенологов, широкий спектр исследуемой патологии (неврология, онкология, хирургия, гинекология, маммология, сосудистая хирургия, эндокринология, нейрохирургия, травматология, педиатрия, гепатология и т.д.).

Новая МРТ система 1.5 Тесла с диаметром туннеля 70 см представляет МР-томограф с ускоренным временем проведения исследований при повышенном уровне комфорта для пациента.

Преимущества данного МР-томографа обусловлены следующими инновационными качествами:

1. Технология приема высокочастотного сигнала, который используется для получения изображений пациентов во время исследования – оцифровка полученного высокочастотного магнитно-резонансного сигнала выполняется непосредственно в радиочастотной катушке на пациенте. Благодаря оцифровке магнитно-резонансного сигнала рядом с пациентом значительно повышается качество получаемых изображений, по сравнению с изображениями на МР-томографах прошлых поколений.

2. Оптоволоконная передача цифровых широкополосных данных с катушки на реконструктор изображений нивелирует потенциальное влияние шума, который типичен для аналоговых кабельных соединений МР-томографов 1.5 Тесла прошлых поколений. Оптоволоконная передача данных изображения повышает соотношение МР сигнал-шум до 40% и позволяет достичь более высокой скорости формирования и пространственного разрешения изображений изучаемых тканей и органов на МР томографах нового поколения. По соотношению МР сигнал-шум новый МР томограф 1.5 Тесла идентичен (аналоговым, кабельным) МР-томографам 3.0 Тесла, но без проблем получения изображений внутренних органов.

3. В новом поколении МР-томографов для повышения комфорта пациентов применяется уникальная конструкция стола, на котором располагается пациент. Под столешницей располагается встроенная задняя катушка для пациента, обеспечивающая охват тела от шеи до стоп. Задняя катушка позволяет не беспокоиться о позиционировании и перекладывании пациента. Особенно это актуально для исследования всего позвоночного столба у больных с травмами, опухолевыми и воспалительными заболеваниями позвоночника и спинного мозга.

4. В новом поколении МР-томографов для повышения комфорта пациентов применяется уникальная конструкция стола, на котором располагается пациент. Под столешницей располагается встроенная задняя катушка для пациента, обеспечивающая охват тела от шеи до стоп. Задняя катушка позволяет не беспокоиться о позиционировании и перекладывании пациента. Особенно это актуально для исследования всего позвоночного столба у больных с травмами, опухолевыми и воспалительными заболеваниями позвоночника и спинного мозга.



МР-томограф - новые возможности для пациентов

Основные существенные проблемы МР-томографов прошлых поколений – клаустрофобия (боязнь замкнутого пространства, ею страдают до 5% населения планеты) и невозможность обследовать тучных пациентов (количество больных с ожирением по Российской Федерации 20% населения).

Также на этих МР-томографах трудно, а иногда невозможно обследовать беременных женщин, особенно в III триместр беременности. Что особенно важно для акушерства и гинекологии, так как только магнитно-резонансная томография на сегодняшний день позволяет с высоким уровнем диагностики изучать патологию матери и плода без причинения им вреда.

Причиной является высокая тканевая контрастность МР изображений, а также отсутствие рентгеновского излучения при МР исследованиях. Рентгеновское излучение оказывает вредное биологическое воздействие на мать и плод, вызывая врожденные аномалии развития и онкологические заболевания.

Таким образом, новая МР-система 1.5 Тесла с широким и коротким туннелем для пациента снижает возбуждение и страх пациентов перед исследованием, и позволяет обследовать больных различной комплекции и различных физиологических состояний.

Исследование пациентов с избыточным весом на широкотуннельных МР-томографах нового поколения особенно актуально для профилактики и диагностики сердечно-сосудистой патологии. Причиной является высокий риск развития у данной категории больных инсультов и инфарктов. 80% всех инсультов составляют ишемические инсульты. В настоящее время только магнитно-резонансная томография, благодаря используемым программам, позволяет с первых минут визуализировать зону ишемии в головном мозге. Данный уровень диагностики позволяет правильно назначить лечение с момента развития ишемического инсульта, чтобы избежать гибели ткани мозга.

Значительную часть пациентов с избыточной массой тела составляют больные с эндокринной патологией. При целом ряде заболеваний: патологические изменения гипофиза, надпочечников, поджелудочной железы только магнитно-резонансная томография позволяет поставить правильный диагноз. Компьютерная томография, ультразвуковое исследование, рентгенодиагностика при диагностике заболеваний этих органов не всегда могут дать достоверную информацию.

Рентген: «за» и «против»

Вам назначили рентген, точнее рентгенодиагностическое исследование, но Вы сомневаетесь в его целесообразности и необходимости. Нет ли противопоказаний? Стоит ли его проходить? Есть ли другие, более информативные методы исследования?

Постараемся вкратце разобраться в преимуществах и недостатках рентгена, возможностях выбора методов исследования.

● **Беременность** - это пожалуй единственное серьезное противопоказание к посещению рентгенкабинета. А Вам необходимо помнить, что ребенок в утробе матери в десятки раз чувствительнее к облучению (да и любым другим воздействиям), чем взрослый человек. Помните и о том, что беременность является относительным противопоказанием при проведении довольно безобидной МРТ. А данные последних лет показывают, что даже УЗИ, проводимое десятки раз во время беременности может сказаться на здоровье будущего ребенка. **Предупредите врача-рентгенолога о беременности!**

● Если исследование назначил стоматолог, то нет смысла отпираться или искать другие методы исследования. **Дентальный рентген** – практически единственный способ получения изображения зубов и оценки его внутренней структуры. Без него современная стоматология немыслима, а качество лечения порой напрямую зависит от качества рентгенограммы зуба. Кроме того, дозовые нагрузки при современных цифровых методах диагностики минимальны и при правильном проведении исследования (эффективной защите экранами) для других органов за пределами исследования вовсе сводятся к нулю.

● При **заболеваниях головного мозга** первоначально предпочтение должно отдаваться компьютерной томографии (КТ), как более экономичному и быстрому методу (время исследования пациента при КТ обычно в несколько раз меньше, чем при МРТ). Но даже здесь есть выбор. Ведь можно сделать и УЗИ! Однако следует признать, что полноценное УЗИ возможно только для детей первого года жизни, у которых еще не зарос родничок, через который и проводится исследование. У взрослых иногда тоже можно ограничиться УЗИ. Зачем, к примеру, проводить КТ при подозрении на объемное образование мозга, если сначала можно это подтвердить или опровергнуть с помощью одномерной эхографии (эхозенцефалграфии). Еще следует помнить, что МРТ обычно применяется в случае необходимости уточнения результатов КТ. Однако если имеются подозрения на наличие поражения мозга в области задней черепной ямки, ствола, мелкоочаговых или диффузных поражений белого вещества (например, рассеянный склероз, энцефалиты, лакунарные инфаркты), необходима оценка состояния внутричерепных артерий (аневризмы, артериовенозные мальформации), то целесообразно начинать обследование сразу с МРТ. Парамагнитные контрастные средства при этом позволяют более эффективно выявлять патологию центральной нервной системы.

● Исследование **органов грудной клетки** (легких, сердца, средостения) обычно начинают с обзорной рентгенографии. По ней определяют показания к использованию УЗИ, МТР, КТ или радионуклидной диагностике. УЗИ назначают при выявлении жидкости в плевральной полости, для выявления пристеночных и наддиафрагменных образований, уточнении состояния лимфатических узлов по ходу крупных сосудов средостения. МРТ используют для четкого разделения сосудистых и тканевых структур, жидкости, возможности уточнения свойств опухолей в процессе контрастного усиления, прорастание их в сосуды, смежные органы, отсутствие лучевой нагрузки на пациента. Обнадеживают данные о визуализации патологических изменений в лимфоидной ткани. Однако такие недостатки метода как отсутствие визуализации бронхоальвеолярной ткани, длительность исследования (от 40 минут и более), клаустрофобия у 30-50% пациентов, более высокая, чем у КТ, стоимость сдерживают использование МРТ в пульмонологической практике.

Технологии.

Профессионализм. Доступность

Диагностический центр Алтайского края: научная, практическая и методическая база развития лучевой диагностики в России

Рентген: «за» и «против»

Иногда применяют радиоизотопные методы. Например, сцинтиграфию с технецием - при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии.

● Если вам назначили рентгенологическое исследование **органов брюшной полости**, поинтересуйтесь, нельзя ли его заменить другими методами, например, эндоскопией, УЗИ, МРТ. Если УЗИ уже проведено (обычно с него и начинают исследование), значит, рентгеновская диагностика в данном случае окажется более информативной для выявления особенностей патологии. При этом необходимо поинтересоваться методом исследования. Наибольшую дозовую нагрузку обычно дает рентгеноскопия, но без нее не всегда получается правильной диагностика, а значит и лечение. Особенно это касается неотложных состояний и случаев онкологических заболеваний. Иногда более информативной оказывается радиоизотопная диагностика, позволяющая выявить некоторые структурные изменения (особенно печени и селезенки), невидимые при рентгенологических или ультразвуковых исследованиях. В целом следует отметить, что именно в диагностике заболеваний органов брюшной полости больше всего возможностей для выбора различных методов исследования.

● В урологии помимо УЗИ, альтернативными методами являются МРТ или ЯМР-томография и радионуклидная (радиоизотопная) диагностика. Все эти методы имеют свои показания и область применения в урологии. Умело оперируя ими, лечащий врач способен добиться максимальной информативности и безопасности исследования для обеспечения наиболее точной диагностики и лечения пациентов.

● При исследовании скелета (костей и суставов) рентгенодиагностика оказывается наиболее информативной. Есть, правда, свои исключения. Например, у маленьких детей рентгенографию суставов обычно не проводят. Многие мамы знают, что у маленьких деток осматривают тазобедренные суставы. УЗИ-диагностика в случае подозрений на патологию суставов будет более информативна и безопасна.

Как видите, выбор методов лучевой диагностики достаточно широк. Врач при назначении исследования руководствуется выбором наиболее эффективного метода диагностики, сочетающего в себе все достоинства при минимуме недостатков. Если выбор невелик, то обычно предпочтение отдается наиболее современному цифровым методом исследования, т.к. именно они и отвечают требованиям максимальной информативности при минимальных воздействиях на пациента.

Ну а окончательное «за» или «против» - всё же за Вами. Ведь Вы всегда имеете право отказаться от любого обследования. Но при этом помните, пожалуйста, слова, приписываемые великому Авиценне: «Сейчас нас трое - вы, я и болезнь. На какую сторону вы встанете, та сторона и победит. Если вы встанете на мою сторону, как врача, вы будете здоровы, если вы встанете на сторону болезни, победит она».

Отделение рентгеновской компьютерной томографии

В 1993 году в отделении рентгеновской компьютерной томографии был установлен первый в Алтайском крае пошаговый компьютерный томограф Tomoscan LG/X фирмы Philips с реконструкцией изображений в трансверсальной проекции. Впервые стали применяться методики: компьютерная томография головного мозга, органов грудной полости, органов брюшной полости, опорно-двигательного аппарата и др. В первый год работы было выполнено более 4 500 исследований. В течение короткого времени после открытия отделение стало базой для научно-исследовательских работ по внедрению новых методов КТ в клиническую диагностику, а так же площадкой для представительных, в том числе международных, конференций.



Николай Яковлевич
Лукьяненко, к.м.н.,
заведующий отделением

В 2008 году началась техническая модернизация отдела. Мультиспиральные КТ-сканеры Asteion 4 и Aquilion 64 (Toshiba Medical Systems) позволили значительно сократить время обследования, улучшить качество многоплоскостных реконструкций, оптимально визуализировать распределение контрастного вещества в различные фазы. Благодаря современным автоматическим инъекторам «Ульрих» и «Медрад» исследования с внутривенным контрастным усилением (20-25% от общего числа) выполняются на неизменно высоком уровне. Количество исследований в год достигает 14 000.

В 2012 году отделение было оснащено вторым 64 срезовым КТ Aquilion 64. Мощная техническая база позволяет проводить пациентам уникальные исследования, которые разработаны и используются в ДЦАК: МСКТ-коронарографию, локализацию



Врачи-рентгенологи: И.Н. Сокол, А.А. Домбровский, Л.И. Мартянова

патологических процессов с помощью топографической КТ, исследование лимфатических узлов средостения при помощи аэрозольной лимфографии, остеоденситометрию, оценку перфузии головного мозга, фрактальный анализ, многофакторный анализ ошибок в диагностике заболеваний органов грудной полости

Сотрудники отделения стажировались в ведущих ЛПУ и НИИ России, регулярно выступают с научными докладами на научно-практических конференциях, являются авторами научных публикаций и монографий (суммарно 210) по актуальным вопросам лучевой диагностики.

Уровень диагностического процесса отвечает современным требованиям медицинской науки и практической медицины. Приоритетными направлениями развития отделения были и остаются - раннее выявление социально-значимых заболеваний и уточняющая специализированная диагностика.



Н.Н. Тарасенко, врач-рентгенолог

Томография органов грудной клетки

Назначается только врачом-рентгенологом для уточнения локализации патологического образования, его структуры и распространенности. Относится к числу сложных и одновременно высокоинформативных методов, выполняемых по индивидуальному плану. Глубина среза и выбор томографического шага определяется врачом-рентгенологом специально для каждого пациента методом измерения по предварительной рентгенограмме и непосредственно на мониторе изображения системы DSI.

Показания:

- необходимость определения точной локализации, распространенности и характера патологических изменений
- подозрение на гиперплазию внутригрудных лимфатических узлов
- необходимость изучения состояния трахеи, бронхов
- длительное кровохарканье, при отсутствии органической патологии на обычных рентгенограммах.

Противопоказания:

- крайне тяжелое состояние пациента
- открытый пневмоторакс
- легочное кровотечение.

Контролируем вашу безопасность

Краевая группа радиационного контроля - уникальное подразделение, сердце службы лучевой диагностики Алтайского края.

Группа радиационного контроля была создана в 1983 году на базе Краевой клинической больницы. В 1993 году - введена в состав отдела лучевой диагностики ДЦАК. В 1993 году группа была оснащена 3 дозиметрами ДРГЗ-02 и 1 дозиметром ДКС-90 для измерения мощности экспозиционной дозы рентгеновского излучения в процедурных рентгеновских кабинетах и смежных помещениях.

Основная задача группы - проведение мероприятий, направленных на уменьшение лучевых нагрузок на пациентов и на медицинский персонал. С этой целью осуществляется дозиметрический контроль, контроль условий труда персонала, подготовка специалистов по вопросам эксплуатации аппаратов лучевой диагностики, технике безопасности.

Группа радиационного контроля Диагностического центра Алтайского края аккредитована по данному виду деятельности в регионе. Используемые в работе группы дозиметры ДКС-АТ1123 являются одними из лучших, допущенных к эксплуатации на территории Российской Федерации приборов по диапазону измерения мощности амбиентного эквивалента дозы, чувствительности, диапазону энергий излучения и другим основным параметрам, а также по спектру дополнительных функций и возможностей.

Основные функции прибора: дозиметрия импульсного, кратковременного и непрерывного рентгеновского и гамма-излучения в широких диапазонах мощности амбиентного эквивалента дозы и энергии. Дополнительные функции: обнаружение источников мягкого и жесткого гамма-излучения, бета-излучателей, кратковременно действующего и импульсного излучения с оценкой длительности воздействия, а также движущихся излучателей.

Эксплуатация любых рентгеновского кабинета допускается лишь после проведения дозиметрического контроля, в ходе которого проверяется соответствие условий работы установки с рекомендациями, в частности: рентгеновский аппарат должен быть размещен строго в соответствии с планом его размещения и расчетом радиационной защиты стационарных устройств.

Одним из основных требований к организации производственного радиационного контроля при эксплуатации источников ионизирующего излучения является контроль технического состояния и защитной эффективности передвижных и индивидуальных средств радиационной защиты.

На территории Алтайского края единственной организацией, аккредитованной по данному виду деятельности, является группа радиационного контроля Диагностического центра Алтайского края. Проверок более чем в 40 учреждениях края за последние два года выявила и нарушения эксплуатации средств индивидуальной защиты.

При этом возраст изделий зачастую не является основной причиной выхода их из строя. Главной проблемой является неправильное их хранение и эксплуатация: хранение в сложенном, а порой в «скомканном» виде, небрежное обращение, неправильная обработка и т.п.

Поскольку любая доза не безразлична для человека по причине ее суммационного накопления в организме, то уровень радиационного воздействия необходимо сводить до минимума.

Защита экранами, в частности средствами индивидуальной защиты, - наиболее эффективный способ защиты от ионизирующих излучений.

Уважаемые пациенты, не пренебрегайте средствами индивидуальной защиты при проведении рентгенологических исследований!

Технологии.

Профессионализм. Доступность



Диагностическому центру

Алтайского края - 20 лет

Достижения. Перспективы

- Сертификат Соответствия №РОСС RU.И122.04ЕР/ ОС.СМК.00317-08 федеральным и региональным стандартам качества оказания медицинской помощи.
- Как один из лидеров отрасли, Центр технически и методологически включился в процесс **реформирования системы здравоохранения**.
- Разработано и внедрено (2008 год) в программное обеспечение **«Удаленная регистратура»** (авторское свидетельство, выданное Федеральной службой по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам, что позволило существенно повысить доступность услуг центра, минуя обращение в регистратуру).
- Центр активно работает над внедрением в медицинских учреждениях региона **технологий телемедицины, электронного обмена результатами анализов, флюоро- и рентгенограммами**. Их повсеместное применение поможет поднять уровень медицинских услуг на новый, более качественный уровень, существенно повысить доступность высококвалифицированной медицинской помощи для жителей края вне зависимости от места их проживания. В рамках национального проекта «Здоровье» многие ЦРБ края получили современные медицинские рентгено- и флюорографические аппараты. Сегодня флюоро- и рентгенографические изображения можно отправлять врачам-рентгенологам Диагностического центра по Интернету, и оперативно получить высококвалифицированную консультацию по расшифровке рентгенограмм и флюорограмм.
- Разработано и внедрено (2010-2011 гг.) **программное обеспечение по автоматизированному расчету рисков развития сердечно-сосудистых осложнений** при проведении скрининговых обследований пациентов.
- **Оптимальный режим работы для амбулаторно-поликлинического учреждения, удобный для посетителей** (с 8.00 часов утра и до 18.00, после 18.00 часов специалисты центра проводят платный прием пациентов).
- Учитывая специфику края, как аграрного региона, с начала деятельности (в 2003 году) в центре был создан **отдел по выездной диагностике**. Ведущие специалисты учреждения на местах осуществляют консультативный прием пациентов, оказывают помощь врачам ЛПУ края в сложных диагностических ситуациях, в организационно-методической работе, отбирают больных на дообследование в Диагностический центр и госпитализацию.
- На базе центра постоянно проводятся **тематические конференции**, в том числе с международным участием, что позволяет специалистам расширять кругозор и постоянно быть в курсе различных новшеств в мире техники и препаратов, а также возможностей лечения различных заболеваний.
- Дальнейшее развитие материально-технической базы Центра обеспечит расширение спектра медицинских услуг, повышения их качества, доступности и комфорта для пациентов.



Медико-генетическая консультация

Первый кабинет медицинской генетики был открыт в 1980 году в консультации «Семья и брак», в 1987 году он был переведен в Алтайскую краевую клиническую детскую больницу уже в статусе **медико-генетической консультации**, а в 2011 году уже в статусе Межрегиональной медико-генетической консультации (с 1993 года) вошла в структуру Диагностического центра Алтайского края.

Сегодня высокая квалификация специалистов, современное техническое оснащение МГК позволяют проводить массовое обследование новорожденных на наследственные болезни; пренатальную (дородовую) диагностику наследственных и врожденных заболеваний; медико-генетическое консультирование семей и больных с наследственной, врожденной патологией; вести регистр семей и больных с наследственными болезнями.



А.Н. Давыдова, врач-генетик



Медицинское сопровождение беременных – с первых дней

Алтайский край стал одним из первых регионов России, где началась реализация пилотного проекта по созданию **центров пренатальной (дородовой) диагностики**.

Более 10 лет Диагностический центр курирует краевую программу по мониторингу беременных женщин, поэтому и был выбран площадкой для организации уникального подразделения, созданного в 2012 году.

В **пренатальном центре** - с помощью современной техники и высококлассных специалистов на ранней стадии выявляются опасные, в том числе генетические пороки развития плода, комплексно решаются вопросы ведения беременных женщин группы риска. Доступность мировых медицинских технологий для каждой беременной жительницы края здесь гарантирована государством.

На отдел возложены не только врачебные функции, но и организационные. В модели планируемого развития пренатальной диагностики в крае выделен головной офис и филиалы по крупным медико-географическим зонам, при этом отдел выступает как генеральный координационный офис. В 2013 году планируется запуск работы филиалов в г. Бийске и г. Рубцовске, в 2014 году – в г. Камень на Оби и г. Славгород.

Только за первый год работы в центре пренатальной диагностики Диагностический центр было обследовано около 30 тысяч беременных женщин. Выявлено 25 случаев хромосомной патологии, 374 врожденных порока развития, 1 случай сиамских близнецов, сросшихся в утробе печенью.

В **структуре отдела выделены:** отделение пренатальной ультразвуковой диагностики и отделение пренатального консультирования, оказывающее консультативную помощь беременным пациенткам группы повышенного риска по рождению детей с врожденной и наследственной патологией, а также мониторирующее пациенток группы высокого риска.

Подразделение осуществляет пренатальный скрининг всех беременных Барнаульской медико-географической зоны и верифицирующей диагностики у пациенток групп риска всего Алтайского края. Экспертные ультразвуковые аппараты VOLUSON E8 (GE), закуплены за счет средств федерального и краевого бюджетов, привлечены наиболее квалифицированные и дополнительно обучены специалисты.

В настоящее время у 10 врачей ультразвуковой диагностики есть сертификаты международного образца, позволяющие проводить углубленную пренатальную диагностику в 1-м триместре беременности по международным технологиям.

Новизна внедряемой организационной модели пренатального скрининга заключена в концентрировании скрининга в медико-генетической консультации и проведении пренатальной диагностики врачами-экспертами на экспертном оборудовании по расширенному экспертному протоколу обследования. Индивидуальное отличие отделения от подобных организованных в стране – проведение второго пренатального скрининга с одновременной экспертной фетальной эхокардиографией. Это удалось пока реализовать только в Алтайском крае. У пациенток групп риска проводится пренатальная инвазивная диагностика, в отделении совершенствуется ее проведение в ранние сроки беременности, до 13 недель.

В консультации выполняются следующие методики:

- ультразвуковое исследование в 1 триместре с 4D
- ультразвуковое исследование во 2-3 триместре с 4D
- ультразвуковое исследование при ВПР плода с 4D
- ультразвуковое исследование многоплодной беременности с 4D
- трансабдоминальный метод получения биоматериала плода
- трансцервикальный метод получения биоматериала плода.

В отделе работает 15 врачей и 8 медсестер, 5 акушерки, 2 младших медицинских работника.



О.В. Черкрий, заведующая отделом пренатальной диагностики



Е.А. Корзникова, заведующая отделением пренатальной ультразвуковой диагностики

Технологии. Опыт. Профессионализм. Доступность



Диагностическому центру Алтайского края - 20 лет

Рентген и беременность

Здоровье будущего поколения всегда волновало и будет волновать родителей. В этой связи вопрос о возможном воздействии рентгенодиагностики на здоровье женщины и будущего ребенка всегда будет актуальным и животрепещущим. Чтобы разобраться в этом вопросе, необходимо, прежде всего, выяснить, чем отличается ребенок в утробе матери от взрослого человека с точки зрения радиобиологии – науки изучающей воздействие радиации на живые организмы. И для начала немного теории из области радиобиологии, которая уже давно дала ответы на многие вопросы.

Известно, что самыми чувствительными к радиации являются активно делящиеся клетки. В момент деления они почти беззащитны к воздействию многих факторов окружающей среды, включая радиацию. У взрослого человека таких клеток относительно немного и их повреждение малыми дозами радиации не всегда чревато последствиями. У ребенка в утробе матери активно делятся клетки всех органов и тканей. Но и здесь есть свои «тонкости». Природа придумала достаточно хитроумный способ защиты оплодотворенной яйцеклетки от возможных последствий для человечества. На ранней стадии развития зародыша работает принцип «все или ничего». Это означает, что если произошло серьезное повреждение зиготы в первую неделю его существования, то беременность не будет развиваться. Отсюда можно сделать наполовину ошибочный вывод о том, что облучение в ранние сроки беременности неопасно. Это не совсем так. Да, оно неопасно для здоровья будущего ребенка, если зародыш выживет. А если нет. Зачем рисковать?

Более того, специалисты настоятельно рекомендуют проводить рентгенологические исследования, связанные с лучевой нагрузкой на гонады – половые железы (исследования области таза, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы), в первые 10 дней менструального цикла (за исключением случаев, когда исследование по строгим клиническим показаниям невозможно отложить). А дело в том, что именно в этот период вероятность беременности наименьшая. При подозрении на беременность вопрос о допустимости рентгенологического исследования решается, исходя из предположения, что беременность имеется.

Как видите, именно так решается в данном вопросе основной принцип медицины – «не навреди». Вот почему врач, дающий направление на исследование, должен уточнить время последней менструации у женщины детородного возраста.

Но бывают ситуации, когда женщина может не знать о беременности и пройти флюорографию. Как быть? В этом случае необходимо знать, что если флюорография проводилась до наступления срока ожидаемой менструации, то Вам не следует беспокоиться. Кроме того, доза рентгеновского излучения при современной флюорографии невелика и к тому же направление воздействия находится далеко в стороне от матки. Данных за то, что современная флюорография приводит к увеличению частоты аномалий плода, нет.

Из 12 тысяч рентген-кабинетов в России около 11 тысяч все еще работают на оборудовании старого образца. Поэтому если флюорография (особенно классическая, пленочная) у беременных была проведена после срока ожидаемой менструации, то рекомендуется медико-генетическое консультирование.

Итак, во время беременности следует избегать воздействия рентгеновского излучения. Эти исследования у

беременных проводят лишь в случаях крайней необходимости, т.е. только по строгим клиническим показаниям. В плане безопасности также правильнее также говорить не «до какого срока», а «после какого срока». Ведь в ранних сроках беременности эмбрион и плод все же более чувствителен к неблагоприятным воздействиям. Относительно безопасна в этом отношении вторая половина беременности, когда у будущего ребенка уже сформированы все органы и системы, а значит, меньше вероятность отрицательного воздействия рентгеновского излучения на плод.

Нельзя привлекать беременных к участию в рентгенодиагностике. Речь идет о помощи в поддержании детей и тяжелобольных родственников во время исследования.

Рентгенологические исследования проводятся независимо от срока беременности только в случае, когда это необходимо при оказании скорой или неотложной помощи или при решении вопроса о прерывании беременности.

Согласно нормативным документам, для женщин в возрасте до 45 лет, работающих с источниками излучения, вводятся дополнительные ограничения: доза, полученная плодом за два месяца невыявленной беременности, не должна превышать 1 мЗв. Для этого рентгенологические исследования беременных (кстати, этот принцип касается всех слоев населения) должны проводиться с использованием всех возможных способов защиты органов вне зоны обследования. Изредка бывают случаи, когда прогнозируемый уровень облучения плода превышает 0,1 Зв (100 мЗв). Такие случаи могут возникать при необходимости повторных рентгенологических исследований

(например, рентгеноскопии) органов пищеварительной системы, мочевых путей, области таза при тяжелых заболеваниях. В таких случаях врач обязан предупредить пациентку о возможных последствиях вредного воздействия облучения на плод и настоятельно рекомендовать прервать беременность.

Иногда возникают вопросы и другого рода. Например, не отразятся ли на здоровье плода снимки по поводу перелома руки матери? Не должны, если исследование было проведено правильно, с экранированием тела. Но после срока 12 недель нужно выполнить тщательное ультразвуковое обследование плода и его органов.

Бывают вопросы и о послеродовом облучении. Например, можно ли делать рентгеновский снимок легких в период кормления ребенка грудью? Ответ очевиден. Рентгеновское излучение оказывает вредное влияние лишь при непосредственном воздействии на ребенка. Исследование не окажет никакого влияния на свойства молока, поэтому исследование можно проходить, не опасаясь последствий.

И, напоследок, несколько слов о детях. Детям до 14 лет рентгенологические обследования должны проводиться за счет использования методов диагностики с минимальными лучевыми нагрузками и по строгим клиническим показаниям. Профилактические исследования детей не проводятся. Исключаются методы исследований, во время которых ребенок может получить большую эффективную дозу облучения (например, рентгеноскопия). У детей ранних возрастов обязательно проводится экранирование (например, свинцовым фартуком) всего тела за пределами исследуемой области.



Уважаемый Владимир Алексеевич! Дорогие коллеги!
Сердечно поздравляю вас с 20-летним юбилеем Диагностического центра Алтайского края!

Создание Центра в соответствии с приказом Комитета по здравоохранению Администрации Алтайского края № 337 от 30 декабря 1992 года стало настоящим прорывом в системе здравоохранения края. Хорошо помню то время и всю огромную предшествующую работу, как пробивался и создавался наш Диагностический центр, какая большая работа проводилась в Комитете по здравоохранению Алтайского края совместно с Алтайским государственным медицинским институтом по формированию его структуры и функции, определению роли и места в здравоохранении края, и тех людей, благодаря кому открытие Диагностического центра все-таки состоялось, и те усилия, которые были приложены для того, чтобы Центр заработал. Он стал не только первым на Алтае – до этого ничего подобного в крае не существовало, но и лучшим в Сибири.

Сегодня Диагностический центр по-прежнему является флагманом среди медицинских учреждений края, имея в своем арсенале полный комплекс консультативно-диагностической помощи. Зачастую уникальное для страны современнейшее оборудование, высокий профессионализм сплоченного коллектива, отлаженная организация труда – все это составляющие интенсивной и эффективной работы Центра, позволяющие обеспечивать тысячи ежедневных посещений пациентов по более чем двум десяткам направлений, вести активную выездную работу в районах края, делая медицинскую помощь доступной каждому жителю Алтайского края.

За 20 лет своей деятельности Диагностический центр стал не только настоящим центром практической медицины, но и научно-методическим центром, где на симпозиумах и конференциях обсуждаются самые насущные вопросы здравоохранения и медицинской науки в крае.

В настоящее время государство продолжает развивать один из своих важнейших приоритетов – сбережение нации и увеличение продолжительности жизни людей, вкладывая значительные инвестиции в здоровье общества. Государственная Дума совершенствует в этом направлении законодательство, медицинская наука создает новые методы и прорывные открытия. Знаю, что вся многогранная работа Диагностического центра края также нацелена и способствует решению этой основной задачи государства.

В день 20-летия вашего Центра я от всей души желаю вам оставаться лучшими. Вы всегда стремились соответствовать критериям высокой медицинской эффективности – пусть у вас это получается и впредь. Не останавливайтесь на достигнутом, продолжайте свое восхождение по пути профессионализма и эффективности, ведь наша главная цель – здоровье людей. И каждому из вас я также желаю здоровья, благополучия, добра и успехов. С праздником!

С уважением,
1-й заместитель председателя Комитета по охране здоровья,
член Президиума РАМН, член Коллегии Министерства
здравоохранения, академик РАМН, Заслуженный врач России
Николай Федорович Герасименко



Уважаемые работники Диагностического центра!

Я искренне поздравляю Вас с юбилеем. Мы хорошо знаем, что престиж любого учреждения зарабатывается не одним днем. За годы работы центр прочно зарекомендовал себя, как один из лучших диагностических центров России. Жители края доверяют врачам и специалистам центра.

С первых дней открытия ДЦАК стало понятно, что медицина края обрела новый уровень. Понимая важность и его значимость для региона государство регулярно инвестирует в модернизацию диагностического центра значительные средства. В последние два года на переоснащение и доукомплектацию оборудования мирового и экспертного класса потрачено около 200 млн. рублей.

Диагностический центр обладает не только мощным материально-техническим потенциалом, но и кадровым. Талантливые врачи, профессиональный средний персонал и отзывчивый младший – именно это главные достоинства центра. Вы всегда готовы учиться и осваивать что-то новое. Здоровые амбиции докторов, владеющих в совершенстве самыми новейшими технологиями, заставляют их идти в ногу со временем.

Все понимают, сколько душевных сил нужно Вам ежедневно, чтобы выслушать пациента, правильно оценить его состояние. Только беззаветное служение медицине, энтузиазм, любовь к своей профессии и высокая квалификация позволяет Вам с честью выполнять свой врачебный и гражданский долг на самом высоком уровне.

Пусть ваш дружный, опытный коллектив пополняется новыми профессиональными кадрами.

С юбилеем Вас! Мира, добра и благополучия вам и вашим семьям!

С уважением,
начальник Главного управления
Алтайского края по здравоохранению и
фармацевтической деятельности
Ирина Викторовна Долгова

