

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (135) МАРТ 2014





Демография. Достижения очевидны, проблемы неоспоримы...

Февраль оказался очень наполненным событиями. Событиями значимыми по своим социальным, я бы даже сказала общечеловеческим последствиям, некоторые из них совершенно разнополярные, как например, зимняя Олимпиада в Сочи, и противостояние в Украине, переросшее в гражданскую войну...

И те и другие события не оставляют большинство из нас безучастными, радуют или травмируют.

Настрой на созидание, позитив, новые рекорды одних – вселяют оптимизм, желание быть лучше!.. И тут же переполняющие людей: агрессия, глухая стена непонимания, уверенности исключительно в своей правоте – разобщают не только некогда близких людей, друзей, семьи, но и целые народы... Порой кажется, что накапливающийся негатив просто убивает, вытравливает из людей доброту, чуткость, бережное отношение друг к другу... Мы скоропалительны в своих выпадах: - ах, вот как! у тебя есть свое мнение и оно не совпадает с моим -... И сразу вердикт – наконец-то ты показал свое истинное лицо! Не ожидал! И все отношeний прерваны?

Откуда берут истоки эти реки гипертрофированного эгоизма?! Думаю в значительной мере из семьи.

Самочувствие семьи, как барометр эффективности семейной демографической политики сегодня, безусловно, приоритетный объектом внимания общества, власти.

Мне лично импонирует, что демографические, социальные программы становятся все более ориентированными на обычную российскую семью, семью, воспитывающую детей, даже технологии социальной поддержки семей, как сейчас их называют, находящихся в трудной жизненной ситуации меняются, поддерживают преобразование семьи, а не иждивенчество...

Значительная часть авторитетных демографов, социологов и экономистов еще недавно утверждали, что тяжелая демографическая ситуация неизбежна, позитивные изменения случайны и скоротечны, а роста населения России уже никогда не видать! Сегодня все больше голосов за то, что на пресловутом «российском кресте» (так демографы окрестили многолетнюю ситуацию превышения смертности над рождаемостью) – поставлен крест. Причем это знаковое событие обусловлено как за счет повышения рождаемости, так и за счет снижения смертности!

При всем том, что нынешняя демографическая ситуация еще не заслуживает однозначной оценки - назвать эти изменения, наметившиеся положительные тенденции огульно случайными – не позволительно. А то, что успехи не должны стать поводом для ослабления внимания к этой проблеме, а пути решения ее на уровне государства на ближайший период четко сформулированы на заседании Президиума Государственного Совета России 17 февраля текущего года.

Я лично за то, что бы государственная помощь семьям с маленькими детьми оказывалась в более существенном объеме и до достижения ребенком, хотя 3-х лет.

Мне кажется, что вопрос частичной занятости мам может быть решен целым рядом предприятий и предпринимателей. Наш собственный опыт: например, у нашего специалиста по компьютерной верстке и дизайну Оксаны в семье уже третий ребенок, после рождения второго мы сразу оборудовали ей рабочее место на дому – и уже не первый год находим варианты сотрудничества, устраивающие обе стороны.

В совокупности с мерами по качественному изменению системы здравоохранения, воспитания и образования, решением других социальных проблем это принципиально изменит положение семьи.

Как говорить, крепка семья - крепка Держава!



Чтобы сердце работало, как часы



Преждевременные роды: быть или не быть?



Рак щитовидной железы



Как создать брак?



Испытание холодом

На фото: Татьяна Анатольевна ТОЛСТИХИНА, заместитель главного врача Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи

Фото: Ларисы Юрченко

Л.В. Юрченко. «Формируется ответственность каждого за состояние своего здоровья» 2-5

СОВЕТЫ КАРДИОЛОГА

Л.В. Юрченко.

Чтобы сердце работало, как часы..... 6-7

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

И.Г. Брусенцов.

Преждевременные роды: быть или не быть? 8-10

И.В. Леонтьева. Игры с песком 11

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

Д.А. Танцырев. Рак щитовидной железы 12-13

Комплекс с фитболом 14

Л.В. Юрченко. Противостоять инфекциям 15-18

В.В. Кожевников.

Ортопедический и ортопедо-хирургический аспекты в реабилитации детей с ДЦП 19-20

Встречаем Масленицу! 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Лидеры сестринской профессии Алтайского края - 2013! 21-22

Л.А. Чернова. Задержка нервно-психического развития у детей до трех лет 23-24

Почему нас тянет сменить вкус? 25

Т.А. Гуж. Зрелая любовь. Что это? 26-27

Л.В. Юрченко.

Экспонаты музея воспитывают, учат, вдохновляют 28-29

Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора»

И.П. Салдан. Привычки, ведущие в никуда 30-31

Неужели только танцы? 32-33

А.Г. Шамсутдинов, С.В. Чернодарова.

Как создать брак? 34-35

А.Сидорова. «Снежный десант - 2014» 35

Л.В. Юрченко. Быть помощником врача 36-38

О пользе претензий 38-39

НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ

СЛЕШЬка ЗА СОБОЙ 40-41

Испытание холодом 42-44



«Формируется ответственность каждого за состояние своего здоровья»

Разговор с Татьяной Анатольевной ТОЛСТИХИНОЙ, заместителем главного врача Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи, начался с истории этого лечебного учреждения, которой по праву гордится коллектив.

- Наша больница - одно из первых лечебных учреждений не только региона, прежде - губернии, но и всей Сибири. Год рождения больницы известен, история ее прописана. К юбилейным датам - столетию и столетилетию - выпущены книги, рассказывающие об истории больницы, прежде всего для того, чтобы новому поколению врачей было на что опереться. Общеизвестно, что не помнящий себя и своих корней обречен.

На протяжении многих лет это был многопрофильный медицинский центр. Здесь зарождались многие специальности и направления практической медицины, которые развиты сейчас. Здесь работали выдающиеся врачи: А.И. Смирнов, К.И. Зеров, А.Н. Чеглецов, Ю.К. Эрдман, А.Ф. Усова, Н.М. Руднев, А.В. Куновский, М.В. Анисимова, Ю.М. Россохин, З.Н. Зорина - памятные доски на фасаде здания говорят сами за себя. В первые дни Великой Отечественной войны ушли на фронт, в том числе и добровольцами, военные хирурги, операционные сестры, которые вернулись с орденами и медалями за мужество и отвагу. Нынешним молодым врачам есть кем гордиться, у кого учиться, на что смотреть.

Сегодня стационар больницы - мощностью на 521 койку. Ежегодно в приемный покой больницы обращаются 54-56 тысяч пациентов. Около 16 тысяч из них проходят стационарное лечение. Остальные получают амбулаторную помощь.

Коллектив больницы немаленький - тысяча человек. Мы объединены общим делом и ответственностью за здоровье наших пациентов. Нет такого дня и часа, чтобы больница была закрыта. Ежеминутно в течение 365 дней в году мы оказываем квалифицированную медицинскую помощь тем, кто в ней нуждается.

Специалистов, получивших первый профессиональный опыт в нашей больнице, можно встретить не только в ведущих лечебных учреждениях края, но и в Москве, Санкт-Петербурге. Это подтверждает: больница является настоящей кузницей кадров. Поработав здесь, не страшно идти работать в другое учреждение по той специальности, которую освоил в больнице. Врач, который работал в БСМП, чаще говорят - «в горке», получает настоящий карт-бланш.

- Одной из первых значимых информации наступившего года явилось сообщение об изменении статуса вашей больницы - она вновь стала больницей скорой помощи. Какие изменения в решении организационных вопросов, в работе врачей могут за этим последовать?

- Напомню, что за годы своей истории больница неоднократно меняла свое название. И даже будучи первой городской, она часто именовалась горожанами не иначе, как «больница скорой помощи». По существу, сейчас она вернула себе тот статус,



который соответствует выполняемой работе: согласно номенклатуре лечебных учреждений, то из них, в котором число больных, поступающих по неотложным состояниям, превышает 80%, обязательно называться больницей скорой помощи.

Наша больница является многопрофильным лечебным учреждением и готова решать стоящие перед ней задачи любой сложности. Основные направления деятельности: абдоминальная хирургия, неотложная кардиология и гинекология, помощь при всех видах травм, в том числе тяжелых сочетанных и травмах кисти. Уже в течение нескольких лет мы принимаем женщин с послеродовыми осложнениями. Это тоже крайне сложная категория больных, требующая повышенного внимания. Отделение тяжелой сочетанной травмы организовано четырнадцать лет назад. Сегодня оно по праву считается одним из основных в больнице.

Имеющийся гемодиализный зал рассчитан на несколько



Модернизация здравоохранения

коек, на которых больные проходят лечение при острой почечной недостаточности, развивающейся по разным причинам. Эти больные поступают к нам в том числе и из других стационаров Алтайского края.

Совсем недавно появилось подразделение по приему больных - отделение СМП (скорой медицинской помощи). В нем имеются койки для временного пребывания больного для того, чтобы врачи могли оперативно разобраться с теми или иными заболеваниями, провести диагностические манипуляции, первичную хирургическую обработку и затем направить пациента на амбулаторное лечение или в конкретное стационарное отделение.

Наше реанимационное отделение - родоначальник многих родственных отделений нашего края. Не случайно на его базе работает соответствующая вузовская кафедра АГМУ. Отделение анестезиологии и реаниматологии принимает самых тяжелых больных.

Радует, что к нам приходят молодые сотрудники, сестры, врачи. Однако не каждому по плечу эта работа, не каждому хватает сил, терпения трудиться в таком режиме. Не скрою, от нас уходили специалисты. Уходили и лучшие - доктора, медсестры - во вновь открывавшиеся больницы. Но многие и вернулись! Как ни странно, по их словам, не хватало объема работы, «образа жизни», к которому привыкли.

В то же время работу с полной выкладкой, самоотдачей необходимо поощрять должным образом, чтобы человек не думал о дополнительных дежурствах, подработках, - нагрузка должна быть адекватной. Уповать всегда на то, что человек должен, наверное, можно, но не совсем правильно. Эта группа вопросов требует решения на государственном уровне.

- Как складывалась ваша профессиональная судьба?

- Я закончила ординатуру на кафедре внутренних болезней нашего медицинского института в 1984 году. А потом мне предложили в больнице работу, что было для

меня большой честью и наградой. Так в 1986 году пришла в кардиологическое отделение. Была старшим ординатором отделения, замещала заведующего. С 2002 года являюсь заместителем главного врача по клинической фармакологии.

В больнице всегда работал стабильный сильный коллектив, сложилась серьезная профессиональная школа. А вот оснащение ее менялось. Сейчас больница имеет современное оборудование, у нас применяются иные подходы к лечению, к организации труда, используются передовые технологии. Мы всегда - за освоение новых методов, позволяющих результативнее помогать пациентам. Эта позиция, подкрепленная делами, и стала той основой, благодаря которой сегодня можно говорить о широких возможностях в нашей работе.

Конечно, мы, врачи больницы скорой помощи, хотели бы, чтобы на догоспитальном этапе, в дневных стационарах оказывали помощь более качественно, чтобы к нам не поступали тяжелые больные с панкреонекрозами, запущенными онкологическими процессами, тяжелыми полиорганными нарушениями. В ряде случаев больные не виноваты в том, что не получили своевременной нужной помощи, что в силу определенных причин заболевание стало затяжным, запущенным. Человек вправе рассчитывать на качественную медицинскую помощь и получить ее. Поэтому наша постоянная задача - работать эффективно, работать так, чтобы достигать максимального положительного результата.

Правилом для всех является постоянное совершенствование, рост профессионализма. Каждый врач ежедневно должен читать специальную литературу, стремиться осваивать новые методы, новые технологии. «Средь малых действуя, мельчаешь, а средь больших - и сам растешь» - эти слова принадлежат Гете. Именно это правило, взятое на вооружение, помогло молодежи, которая пришла в реанимационное отделение, быстро стать профессионалами. Сегодня они на голову выше тех, кто не один год проработал в других больницах. Радостно видеть,

Радует, что к нам приходят молодые сотрудники, сестры, врачи. Однако не каждому по плечу эта работа, не каждому хватает сил, терпения трудиться в таком режиме. Не скрою, от нас уходили лучшие специалисты - доктора, медсестры - во вновь открывавшиеся больницы. Но многие и вернулись! Как ни странно, по их словам, не хватало объема работы, «образа жизни», к которому привыкли.





Граждане должны понять, что ценность человеческой жизни очень велика, что здоровым быть сегодня - модно, необходимо, что болезнь не нужна ни самому болеющему, ни тому, кто с ней позднее помогает бороться. Только медицинскими мероприятиями нам ничего не достичь. Сам пациент должен понимать, что если у него есть настоящие симптомы, нельзя откладывать посещение врача.

как они лихо обращаются с аппаратами искусственной почки, дыхательной и наркозной аппаратурой! Как грамотно умеют выхаживать послеоперационных больных!

Всего несколько лет назад эндоскопические операции были чем-то заоблачным для наших хирургов. **Сейчас в экстренном стационаре больше половины операций разного профиля**, в том числе на поджелудочной железе, толстом кишечнике, делаются с применением данной методики. Это означает, что все поступившие больные оперируются малоинвазивно, а не расширенным доступом, что процесс реабилитации идет быстрее.

Легко заметить, что **в травматологии прошли времена гипсовых повязок, скелетных вытяжений** - таких больных вы редко увидите в отделениях. Прежде с тяжелой сочетанной травмой люди лежали по полгода, чтобы сросся сложный перелом. Сейчас после операции пациенты активизируются, ходят уже через неделю. При переломе бедра любой сложности прооперированный человек поднимается на вторые сутки. Кто хоть однажды был «привязан» к кровати несколько месяцев, понимает, что это значит. Большой редкостью сейчас являются переломы со смещением. Если врачу на первом этапе лечения понятно, что бесполезно держать поврежденную конечность в гипсовой повязке, что есть угроза такого осложнения, не откладывая, проводится операция. Сегодня в больничных палатах можно увидеть тех, кто присаживается, расхаживается, выполняет программу реабилитации, но нет неподвижно лежащих пациентов.

Эндопротезирование суставов стало привычной операцией. Занимаемся имплантацией: есть успешные случаи, когда пришивались кисть, стопа. В результате человек имеет возможность в дальнейшем вернуться к привычному образу жизни, к профессии.

Не могу сказать, что мы занимаемся только взрослыми пациентами. **К нам, к сожалению, поступают дети с черепно-мозговыми, с тяжелыми сочетанными травмами.** И наши врачи-травматологи, хи-

рурги, реаниматологи умеют помогать маленьким пациентам.

Рада тому, что ценность больницы не утрачена со временем. Она остается настоящим форпостом между экстренной ситуацией, в которую попал человек, и квалифицированной специализированной медицинской помощью. Это мы делать умеем, делаем хорошо, будем делать еще лучше.

- Идет обсуждение нового закона о службе «скорой помощи», в частности, закон вводит новые категории - экстренную и неотложную помощь. Это изменит как-то работу больницы?

- Это не наша ипостась - организация работы станций скорой помощи... Мы занимаемся оказанием специализированной помощи, работаем с доставленным к нам пациентом. Наша задача - грамотно оказать тот вид помощи, который необходим, быстро провести диагностические мероприятия. Для этого используем комплексные силы: работает бригада врачей разного профиля, развернуты все диагностические службы. При оперативной оценке состояния больного важна именно многопрофильность подхода. Бригадный, командный метод работы позволяет быстро уточнить диагноз, определить, где он должен находиться на излечении.

- Вы являетесь членом медицинской палаты Алтайского края. С чем пришли к этой работе? Каких результатов ожидаете?

- Мысль одна - мне всегда хочется улучшений. Мои устремления направлены на создание условий, при которых медицинская помощь будет оказываться качественнее, эффективнее, легче. А легче работает тогда, когда все хорошо организовано. С этими мыслями и пришла.

То, что Палата появилась, уже очень хорошо. Появилось конструктивное взаимодействие между руководителями края, Управлением по здравоохранению и фармацевтической деятельности и медицинским сообществом. Нет препонов, разногласий, есть совместная работа, позволяющая решать все необходимые вопросы. То, что врачебное и сест-



Модернизация здравоохранения

ринское сообщества услышаны, - это уже замечательно. Неверно ждать качественного мгновенного скачка в решении актуальных вопросов медицины края, для этого требуется время, но вот основы взаимодействия уже заложены. Я считаю, что мы - на правильном пути.

- Вам, как никому другому, отчетливо видны тенденции в состоянии здоровья населения.

- Идет процесс формирования ответственности каждого за состояние своего здоровья. **Профилактический принцип, который сейчас стал основным в работе здравоохранения, очень правильный.** Каждый человек должен понимать, что не надо дожидаться болезни, необходимо заниматься предупреждением заболеваний. Граждане должны понять, что ценность человеческой жизни очень велика, что **здоровым быть сегодня - модно, необходимо**, что болезнь не нужна ни самому болеющему, ни тому, кто с ней позднее помогает бороться. Только медицинскими мероприятиями нам ничего не достичь. Можно говорить: плохо отработала «скорая помощь», но если врача пациент вызвал на пятые сутки после того, как у него начались нестерпимые боли в животе или все эти дни происходят периодические потери сознания, некого винить в запущенности болезни и печальном ее исходе, кроме самого пациента. Сам пациент должен понимать, что если у него естьстораживающие симптомы, нельзя откладывать посещение врача. Однако очевидно: многие сограждане находят причины и оправдания, чтобы поступать иначе.

С другой стороны, **надо, конечно же, делать обращение к врачу более удобным для пациента, для каждого, кто заинтересован в своем здоровье.** И мы, врачи, проблемы знаем и их решаем. Быть заинтересованным в своем здоровье нужно, чтобы жизнь твоя была полноценной, чтобы иметь возможность учиться, путешествовать, воспитывать детей. **В обществе должна сложиться традиция, культура быть здоровым.** Пока мы этот вопрос не научимся комплексно решать, будем иметь запущенные болезни, несвоевременные обращения. Реше-



ние этой проблемы начинается с культурного уровня семьи, с образовательного уровня, с сочетания с медицинским просвещением и профилактическими мероприятиями.

Радует, что идущее после нас поколение более прагматично в хорошем смысле слова, более дотошно в вопросах собственного здоровья. Безусловно, со временем мы должны выйти на некий европейский уровень, когда догоспитальный этап ведения больного результативен, проводится амбулаторный патронаж, когда пациент поступает в стационар только в том случае, если ему это действительно необходимо и у него нет страшных запущенных, гнойных, деструктивных процессов, полиорганной недостаточности. Тогда всем будет легче - и пациентам, и врачам.

- У вас есть личный секрет здоровья?

- Секрета нет. Как у многих, у меня достаточно обязанностей, работы. Я обычный человек. И, повторю, мне нравится, когда стремятся хорошо делать свое дело. Когда есть к чему стремиться, это всегда стимулирует. Быть позитивным, не останавливаться на достигнутом, быть заинтересованным в жизни, смотреть по сторонам и находить новое - вот что важно. Жизнь на самом деле - очень интересная штука, и плохо, когда ее проводят во вредных привычках, ограниченных желаниях. ☺

Лариса Юрченко.

Фото: <http://bgb1.ru/>

Рада тому, что ценность нашей больницы не утрачена со временем. Она остается настоящим форпостом между экстренной ситуацией, в которую попал человек, и квалифицированной специализированной медицинской помощью. Это мы делаем умеем, делаем хорошо, будем делать еще лучше.



Чтобы сердце работало, как часы...

Циклично сокращаясь и расслабляясь, сердце на протяжении всей жизни снабжает организм кислородом и питательными веществами через кровь. Нарушениями ритма сердца называют отклонения от нормы ритмичности и частоты его сокращений. Состояние здоровья человека напрямую зависит от выраженности этих нарушений.

На вопросы, составленные на основании писем читателей журнала, отвечает врач-кардиолог Алтайского краевого кардиологического диспансера А.А. ПОПОВ.

- Алексей Александрович, давайте назовем самые первые признаки аритмии сердца, которые должны насторожить человека.

- Все нарушения ритма можно условно разделить на тахи- и брадиаритмии. В первом случае имеет место учащенное сердцебиение. Чаще всего - это фибрилляция предсердий, или мерцательная аритмия. *Брадиаритмия* - это редкие сердечные сокращения, обусловленные нарушениями проведения электрического импульса по проводящей системе сердца, или синдромом слабости синусового узла.

При фибрилляции предсердий человек будет испытывать учащенное неритмичное сердцебиение, нехватку воздуха, ощущение комка в горле. *При урежении сердечных сокращений* возникнут чувство замирания в работе сердца, слабость, головокружение, возможно обморочное состояние. Если человек чувствует, что *сердце «переворачивается»* время от времени, можно говорить об экстрасистолии - внеочередном сердечном сокращении.

Основными причинами нарушений сердечного ритма считаются расстройства регуляции нервной и эндокринной систем, отклонения в анатомической структуре сердца и его развитии.

- Перечисленные состояния могут быть одноразовыми

ми или обязательно повторяются с определенной периодичностью?

- Можно пережить только один эпизод, но это не повод забыть о случившемся. Если болезнь - в прогрессирующей стадии, состояния могут повторяться все чаще. При мобилизации сил (спешке, беге, резких движениях) возможна потеря сознания.

Если человек хотя бы раз испытал приступ аритмии, необходимо обратиться к врачу. Если сердцебиение продолжается, необходимо вызвать «скорую помощь», зафиксировать данное состояние с помощью ЭКГ. Кардиограмма покажет, насколько серьезны изменения в работе сердца. При необходимости пациент госпитализируется по экстренным показаниям либо проходит амбулаторное обследование и лечение.

- Каков первый этап лечения?

- Лечение назначается после того, как поставлен диагноз. В одних случаях достаточно медикаментозной коррекции, в других (чаще при брадикардиях) - требуется хирургическое вмешательство.

Пациенту обязательно проводится *суточное мониторирование ЭКГ* - наблюдение за работой сердца в течение суток или дольше. При этом пациент ведет себя обычно, как привык, выполняет ежедневные обязанности либо создает ту ситуацию, которая привела к изменению в работе сердца. *Анализ ЭКГ проводится параллельно с изучением записей дневника пациента*, в котором он делает отметки по часам о своих заняти-



ях и ощущениях. Расшифровка и сопоставление записей ЭКГ и дневника дают представление врачам о времени появления, длительности и частоте аритмии, о соответствии появления аритмии определенным действиям.

- Оперативное вмешательство - всегда испытание для человека. А что следует после установки импланта: возвращение к полноценной жизни или болезненное существование?

- Мы с вами рассматриваем случаи установки кардиостимуляторов (ЭКС), в результате которых работа сердца возвращается к норме. Эта группа устройств достаточно большая. Каждый имплант поддерживает множество вариантов настройки. Пока больной находится в больнице после операции, мы можем корректировать режим работы устройства с тем, чтобы в дальнейшем человек смог вернуться к привычному образу жизни. Импланты, например, дают возможность продолжить занятия спортом, если человеку это действительно важно, могут поддерживать привычный образ жизни без значительных физических нагрузок.

- А затем, в течение жизни вне больницы, как часто пациент должен приходить в



Советы кардиолога

ваш кабинет для контроля своего состояния?

- В идеале - каждые полгода. При таких встречах, кроме прочего, мы оцениваем заряд батареи и те параметры, которые установлены в импланте. **При имплантированных сложных устройствах необходим контроль каждые три месяца.** Надо иметь в виду, что работа устройства **не отменяет медикаментозную терапию по поводу основного и сопутствующих заболеваний.** Кардиостимулятор - это просто помощник в работе сердца.

- Все-таки - есть ограничения в образе жизни для человека с установленным имплантом? В частности - можно поднимать тяжести?

- Не рекомендуются активные движения в первые четыре месяца после операции. За этот срок электрод укрепляется в стенке сердца. В первые месяцы необходимо также **ограничить со стороны установки импланта резкие (рубящие) движения руки,** медленные движения сохраняются в полном объеме. Имплант может находиться как справа, так и слева. Спустя четыре месяца человек может жить в привычном ритме.

Надо помнить, что пациентам с имплантированными кардиостимуляторами **противопоказана работа в больших магнитных полях или связанная с вибрацией** (например, дрелью). Перед выпиской каждый больной получает памятку, где написано обо всех ограничениях, также врач обязательно разъясняет все требования в личной беседе.

- Всегда у больного человека есть выбор: обратиться за помощью к вам в кардиодиспансер или отправиться в федеральный центр в Новосибирск. Защитите свой диспансер!

- Все проводимое лечение в нашем диспансере бесплатное. Практически все типы различных производителей кардиостимуляторов могут быть имплантированы в АККД. Однако есть

особо дорогостоящие устройства с дополнительными функциями (например, электрической дефибрилляции сердца), которые пока имплантируются только в федеральных хирургических центрах. В федеральные центры направляются также пациенты с показаниями для хирургического лечения дополнительных путей проведения и других пароксизмальных нарушениях ритма сердца. Однако мы не теряем надежды, что необходимое оборудование будет закуплено и подобные операции будут выполняться в АККД. (Справка: данные процедуры выполнялись в АККД с 1989 до 2000гг.)

- Насколько знаю, создается регистр больных, которым установлен имплант.

- Запущена компьютерная программа, которая позволяет собрать воедино данные обо всех больных, которым в кардиодиспансере был установлен кардиостимулятор. В регистр внесены также больные, прооперированные в федеральных центрах, но живущие на территории края.

Только за последние два года в АККД сделано более тысячи подобных операций. Всего же в крае наблюдаются около 3000 пациентов с имплантируемыми устройствами. Регистр позволит вовремя пригласить на обследование оперированных больных, провести мониторинг их состояния. К сожалению, многие не приходят в назначенный срок или приходят спустя 5-10 лет. Объясняют: «Чувствовал себя хорошо». С течением времени аккумулятор кардиостимулятора истощается, что может привести к сбоям в его работе. Регулярный контроль функций ЭКС необходим для своевременного определения показаний к его замене.

мулятор кардиостимулятора истощается, что может привести к сбоям в его работе. Регулярный контроль функций ЭКС необходим для своевременного определения показаний к его замене.

- Допустим, человек живет в удаленном от краевого центра районе. Насколько реально попасть к вам на лечение, что для этого надо сделать?

- Схема простая и достаточно отработанная: заболевший человек обращается в больницу по месту жительства, после обследования оценивается тяжесть заболевания и делается вывод, какая помощь нужна. Существует система преемственности между лечебными учреждениями: к нам передаются кардиограммы, результаты обследования с тем, чтобы была проведена консультация специалистов кардиодиспансера.

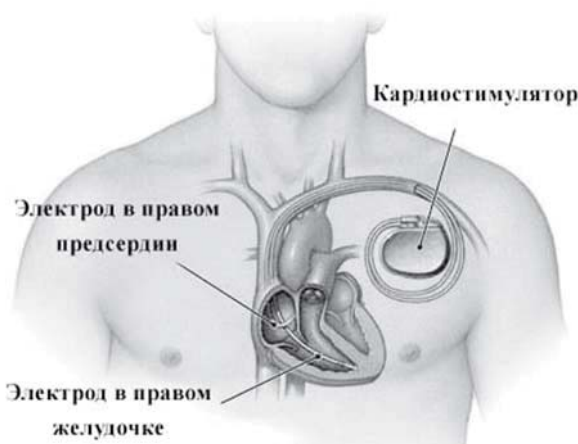
Всегда есть возможность проконсультироваться по вопросам неотложных состояний в круглосуточном дистанционно - консультативном центре АККД. Экстренная госпитализация пациентов производится с привлечением медицины катастроф.

- Каковы причины группы заболеваний, повлекших нарушение сердечного ритма? Можно ли подстраховаться, уберечь свое сердце?

- Нарушения сердечного ритма могут быть как приобретенными, так и врожденными. Причем врожденные отклонения от нормы необязательно проявляются в юном возрасте. Предотвратить их, как правило, не удается, однако можно профилактировать рецидивы при своевременной установке диагноза. Приобретенные нарушения ритма сердца часто являются следствием хронических заболеваний, и в этом случае профилактика здорового образа жизни не утрачивает своей актуальности.

Всю информацию вы можете получить на сайте www.akkd.ru ☺

Лариса Юрченко





Преждевременные роды: быть или не быть?

**Наш разговор с преподавателем АГМУ
Иваном Григорьевичем БРУСЕНЦОВЫМ, кандидатом
медицинских наук, ассистентом кафедры акушерства и
гинекологии №1, касался очень непростой темы:
здоровья будущего поколения россиян. И, может быть,
именно поэтому он получился таким острым.**



Мы постоянно говорим на страницах нашего журнала о том, что семья, молодые родители отчетливо должны понимать: принимая решение о том, чтобы дать новую жизнь, они в первую очередь должны задуматься: готовы ли они сделать все, чтобы их ребенок родился ЗДОРОВЫМ?! Ключевое понятие здесь - «**здоровье будущего ребенка**».

- С 2012 года в Российской Федерации осуществлен переход на новые критерии живорождения - с 22 недель беременности. Человек оказался «умнее» природы, которая в течение миллионов лет путем проб и ошибок нивелировала вынашивание беременности в течение 38-40 недель, а мы, благодаря росчерку экспертов ВОЗ и приказу чиновников Минздрава России, решили, что процедура вынашивания «затянута» и для этого достаточно 22-х недель, - искренне горячился Иван Григорьевич. - Героическими усилиями врачей-неонатологов в последние годы удалось снизить перинатальную смертность среди недоношенных, но это привело к возникновению другой проблемы - возросли перинатальная заболеваемость, детская смертность и, самое страшное, тяжелая инвалидизация.

Еще задолго до этого «удивительного» приказа пресса была тревогу о том, что уже не осталось здоровых школьников, некого призывать в ряды Российской армии, а что получим в недалеком будущем, - нетрудно представить. Уже в наши дни, по данным отечественных и зарубежных авторов, гидроцефалией, умственной отсталостью, судорожным состоянием, нарушением поведения, поражением органов слуха и зрения, церебральным параличом страдает до 40% всех выживших детей с массой тела до 2000 граммов. Гипоксия, перенесенная недоношенным плодом и новорожденным, вызывает, прежде всего, перинатальные поражения центральной нервной системы, которые определяют постнатальную заболеваемость, нервно-психические расстройства подростков и лежат в основе инвалидизации с детства. Высокая повреждаемость мозга у недоношенных новорожденных связана с его незрелостью, повышенной

проницаемостью капилляров, хотя их мозг более устойчив к действию гипоксии.

Задаю себе вопрос: почему наши высоко сидящие чиновники от медицины идут на такой абсурдный шаг? Потому что как только такой ребенок выходит из стен родовспомогательного учреждения, он больше никому из высоко сидящих персон не нужен.

Не разделить его озабоченности такой ситуацией трудно. Приведенные специалистом данные о росте так называемых преждевременных родов, их последствиях - действительно заставляют взглянуть на эту проблему гораздо шире, чем просто «трудности в работе врачей».

- ...В России ежегодно регистрируется 56-60 тысяч преждевременных родов, - продолжает Иван Григорьевич. - Такие роды уже составляют 5-12% от общего числа рождений. Но мертворождаемость при преждевременных родах наблюдается в 8-13 раз чаще, чем при своевременных родах! Именно недоношенность обуславливает 60-70% ранней неонатальной и до 75% детской смертности!

Не менее значим психосоциальный аспект преждевременных родов, - подчеркивает Иван Григорьевич, - так как и рождение больного ребенка или его смерть становятся тяжелой психической травмой для семьи. Для неонатологов появившийся на свет конкретный недоношенный младенец является хоть и большой профессиональной, но кратковременной проблемой, тогда как для его родителей это - длительная, психотравмирующая ситуация, ведь теперь вся моральная и материальная ответственность за его дальнейшую судьбу ложится на их плечи, а нередко - только на плечи несчастной матери, которая часто остается в одиночестве.

(Хотя и для врачей проблема эмоционального выгорания и, как следствие, уход из таких сложных врачебных профессий, как акушерство, неонатология, реаниматология и т.д., нарастает, как снежный



Школа ответственного родительства

ком, и мы об этом уже неоднократно писали. - Прим. редакции).

В последующем проблема неудовлетворительного состояния здоровья для личности, родившейся недоношенной, остается на всю жизнь. А корни этого уходят далеко вглубь и зависят, в первую очередь, от соматического и репродуктивного здоровья родителей, формирования, функционирования плаценты, осложнений беременности и родового акта и в определенной степени от состояния окружающей среды, производственных факторов и т.д.

- Но, может быть, в этой ситуации, когда число преждевременных родов растет, такое решение, как вы говорите, «чиновников» - это ответ на те демографические вызовы, с которыми пришлось столкнуться практически всем странам? Создание сети перинатальных центров, выделение колоссальных ресурсов на оснащение родильных домов, реанимационных отделений в них, то есть технологических условий для выхаживания рожденных преждевременно детей, стремительное развитие этого направления в медицине - это объективная необходимость? Может быть, мы не очень доходчиво разъясняем, что сохранить жизнь преждевременно родившемуся ребенку - это не равнозначно понятию «гарантировать здоровье» такому ребенку?! Может быть, сегодня ответственность за неблагоприятные последствия преждевременных родов необоснованно возложили исключительно на медиков? И роль семьи, мужчины и женщины, принявших решение стать родителями, стала второстепенной? Если такая проблема существует, то какие пути решения видите вы, специалисты?

- Начнем с того, что преждевременные роды - это мультифакторный и многоступенчатый процесс, как правило, с общим неблагоприятным исходом: рождением недоношенного и часто больного ребенка.

Мы разделяем преждевременные роды на самопроизвольные и индуцированные. Последние - это когда в силу ряда причин (по показаниям со стороны матери и/или плода) врачи-акушеры прерывают беременность преждевременно (тяжелые соматические заболевания, осложнения беременности, пороки развития плода, несовместимые с жизнью и др.).

Известны четыре основные группы риска преждевременных родов, которые нередко сочетаются между собой.

Первая группа рисков связана с половой инфекцией (острая или хроническая, вирусная или бактериальная). Откуда она берется? Прежде всего - это так называемая «свобода нравов». Природа не зря наделила женщину - венец творения живой природы! - девственной плевой. Только в таком случае сохраняется генная чистота отца ребенка.

Задумайтесь над тем, насколько люди беспринципны и нерациональны и в вопросах сохранения «породы» (как бы грубовато это ни звучало!): у кинологов есть железное правило - если породистая сучка случайно спарится с непородистым кобелем, то ее выбраковывают. И выбраковывают навсегда!



Но человек не только не следует принципу моногамности, он подвержен еще более серьезному риску - заразиться, причем часто без каких-либо клинических проявлений у него, заболеваниями, передающимися половым путем. Если еще лет 10-15 назад на слуху были 3-4 таких заболевания (гонорея, трихомоноз, сифилис), то в настоящее время это количество значительно возросло (более 30). И, повторюсь, самое опасное заключается в том, что даже гонорея, особенно у женщин, до 65% не вызывает никаких симптомов, то есть женщина/мужчина, считающие себя здоровыми, являются носителями опаснейших для плода инфекций!

Свою лепту в такую ситуацию внесли, к сожалению, и мужчины: сейчас даже у части 25-35-летних, казалось бы, уже повзрослевших мужчин - женщина, сохранившая физическую чистоту до замужества, является «дурой, никому не нужной». Вот и стараются малолетки обогнать друг друга «во взрослении». На сегодняшний день редко встретишь на приеме беременную женщину, которая начала бы половую жизнь после замужества, то есть в 18-22 года. Нередко это «таинство» начинается уже в 14-15 лет, и женщина очень удивляется, когда спросишь, а почему так рано? Ведь очевидно, что чем раньше началась половая жизнь, тем, как правило, больше половых партнеров. Цепочка тянется дальше: чем больше половых партнеров, тем больше девочка получает «подарков», но это не шикарные розы, а букет инфекций, передающихся половым путем. Но когда женщина беременеет, то вот тут-то и наступает звездный час для микробов и вирусов, которые «табуном устремляются на зародившуюся новую жизнь», тем более что условия для этого очень благоприятные. Во время беременности у женщины снижается иммунитет, чтобы сохранить наполовину чужеродный для матери объект зародившегося ребенка в чреве матери.

Есть еще один фактор, играющий существенную роль в активации половой инфекции: **продолжающаяся активная половая жизнь уже при наличии беременности!** Сперматозоиды, чтобы выжить во влажной среде, дополнительно снижают



Школа ответственного родительства

◀ местный иммунитет. Опять же обратимся к опыту живой природы. Ни одна беременная самка не подпустит к себе самца. Да и ни один самец не будет хотеть беременную самку - так заложено инстинктами жизни.

Если атака присутствующей в организме женщины инфекции начинается до формирования плаценты, то эмбрион погибает и возникает замершая беременность, а если плацента уже есть, то она на себя принимает первый удар, но в последующем не может выполнять полноценно возложенные на нее функции, в том числе эндокринную, за счет которой беременность сохраняется. У плаценты «барьерные» возможности небезграничны - и тогда проторена прямая дорога для продвижения инфекции к плоду. В конце концов, матка старается избавиться от опасного груза - инфицированного плода и выбрасывает его из себя. По данным мировой литературы, 80% преждевременных родов обусловлены инфекцией.

Думаю, молодым людям нужно обязательно давать информацию о возможных неблагоприятных последствиях их легкомысленного полового поведения.

Второй фактор - стресс матери и/или плода, обусловленный наличием самой беременности.

Как ни воспевают поэты и писатели красоту беременной женщины, но от действительности мы никуда не уйдем. Беременность является мощным фактором естественного отбора выживаемости всего живого, и особенно человека. Но, как уже говорилось выше, здоровье нашего населения, в том числе и женской половины, как общего, так и репродуктивного, оставляет желать лучшего. Материнский организм является для плода внешней средой, и если маме плохо, то плохо и плоду. И тут уже будущая мама, сохраняя себя, старается досрочно избавиться от «лишнего груза»... А плод, в свою очередь, пытается найти лучшие условия для своего существования, и в результате таких «совместных усилий» он, еще не вполне созревшим, «недоношенным», оказывается в детском реанимационном отделении родильного дома. Но, увы, врачи - не боги и не могут обеспечить ему лучшие условия, чем это мудро предусмотрела природа, сохраняя его в здоровой матке и в здоровом организме 38 недель!

Третью причину стрессового состояния для плода и матери, ведущую к преждевременным родам, я бы назвал так - «самовредительство» людей. Особенно это касается женской половины населения, потому что фолликулы с яйцеклетками закладываются у девочки еще в эмбриональный период, то есть в срок до 10 недель беременности. А если девочка еще начинает курить в 10-12 лет, продолжая курить, будучи уже беременной, то можно ли говорить о физиологическом формировании плаценты и о нормальном ее функционировании для сохранения беременности? А еще более страшная беда не только для вынашивания беременности, но и для жизни самой беременности - наркомания. Но иногда удивляешься тому, что беременные даже не задумываются над



этим и считают, что их главная задача - забеременеть, а там потечет все само по себе и не надо прикладывать никаких усилий для того, чтобы выносить полноценного, здорового младенца, а если таковой не получился, то во всем виноваты врачи.

Менее управляемая **четвертая причина невынашивания беременности - тромбофилические состояния**, которые ведут к нарушению микроциркуляции и тромбозам в сосудах плаценты, преждевременной ее отслойке при нормальном расположении, а нередко - ко внутриутробной гибели плода. Но и в данном случае не совсем все безнадежно, нужно только вовремя обратиться к специалистам.

Есть еще группа факторов, провоцирующих преждевременные роды, - первичная патология миометрия (пороки развития матки, инфантилизм), или вторичные дистрофические изменения в эндо- и миометрии, как следствие травм и воспалений, а также перерастяжение матки при многоплодии и многоводии. Но и эта причина невынашивания беременности, как бы странно это ни звучало, в большей или меньшей степени зависит от самой женщины. Если бы она изначально планировала и рожала столько деток, сколько ей хочется, а уж потом делала аборт, то доля недоношенных детей резко бы сократилась и во столько же раз увеличилось число здоровых детей. Бывают разные жизненные коллизии, и врачи входят в положение, но отношение к абарту как к безобидной операции превалирует в обществе, и это отношение, если мы хотим иметь здоровую нацию, должно кардинально меняться.

Если каждая женщина научится планировать беременность, то есть заниматься своим здоровьем задолго до беременности, проходить полное обследование, а при выявлении какой-либо патологии корректировать ее у врача-специалиста, то практически всегда можно добиться положительных результатов. А если еще и их партнеры, мужья, достигнут такого уровня развития, что будут также планировать зачатие у своих любимых и придти вместе с женами к врачу, то уменьшение числа преждевременных родов, а значит, и улучшение здоровья нашего населения будет происходить стремительными темпами. ☺



Игры с песком

Сегодня жизнь ставит нас в сложные ситуации, требующие адекватных решений. Только уверенный в себе человек может добиваться высоких результатов, развивать творческие способности и активно самовыражаться. С этим не все справляются - так возникает психоэмоциональное напряжение.

Игры с песком и водой относятся к наиболее древним забавам человечества. И до сих пор они доставляют удовольствие и детям, и взрослым.

Основополагающая идея песочной терапии - это игра с песком предоставляет ребенку возможность избавиться от психологических травм с помощью перенесения во вне, на плоскость песочницы, фантазий и формирования ощущения связи и контроля над своими внутренними побуждениями, особенно с архетипом самости, и их выражение в символической форме в значительной мере облегчает здоровое функционирование психики». Это благотворно влияет на психику, успокаивает, создает умиротворенное настроение, гасит негативные эмоции. Играя с песком и водой, дети познают окружающий мир, знакомятся со свойствами веществ, учатся трудолюбию и терпению.

Для детей это - игровой способ рассказать о своих проблемах, показать свои страхи и избавиться от них, преодолеть эмоциональное напряжение. Ведь игра для них - это необходимая, естественная и любимая деятельность.

Что же может дать «песочница» для взрослых? Песок и вода, как естественные природные материалы, обладают уникальными свойствами и способностью вызывать образы определенного характера, которыми не обладают другие материалы. **Человек, руки которого прикасаются к песку, инстинктивно пытается придать определенную форму своим чувствам и мыслям.** Так песочная терапия становится уникальным способом общения с миром и самим собой; способом снятия внутреннего напряжения, воплощения его на бессознательно-символическом уровне, что повышает уверенность в себе и открывает новые пути развития. Песочная терапия дает возможность прикоснуться к глубинному, подлинному «Я», восстановить свою пси-

хическую целостность, собрать свой уникальный образ, картину мира.

Фигурки, использованные в песочнице, могут символизировать реальных людей и явления той среды, в которую включен человек. В песочной среде могут драматизироваться реальные жизненные ситуации, относительно которых человек испытывает определенные трудности. Разыгрывание в песочнице конкретных жизненных ситуаций позволяет человеку изменить отношение к ним и найти правильные для себя решения, выстроить новые взаимоотношения с самим собой и окружающим миром.

В магазинах игрушек продаются специальные наборы для игр с песком, а также и приспособления для игры с водой. Но многое можно сделать своими руками: из пластиковых упаковок от продуктов, из пенопласта, из картона. Различные пластмассовые баночки хорошо использовать в качестве формочек. Особенно вам могут пригодиться пластиковые бутылки из-под минеральной воды и лимонада. Из них можно делать совочки, воронки. Поверьте, дети с не меньшим увлечением играют с «самоделками», чем с игрушками из магазина. ☺



Ирина Владимировна ЛЕОНТЬЕВА,

педагог-психолог,
КГБУСО «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Журавлики»

Играя с малышом, проявляйте больше фантазии и выдумки. Таким образом вы стимулируете развитие творческих способностей ребенка и сами, окунаясь в мир детства снимите эмоциональное напряжение.



Рак щитовидной железы



**Денис Анатольевич
ТАНЦЫРЕВ,**

врач-онколог, хирург,
вторая квалификационная
категория
- КГБУЗ «Алтайский
краевой онкологический
диспансер»

Щитовидная железа - это орган, который располагается на передней поверхности шеи, практически сразу под кожей. Она относится к железам внутренней секреции и продуцирует множество жизненно важных гормонов и биологически - активных веществ.

В щитовидной железе, как и в любом другом органе, могут появляться как доброкачественные образования (зоб), так и злокачественные опухоли. Рак щитовидной железы характеризуется относительно нечастым и в большинстве случаев - относительно благоприятным течением.

Риск заболеть раком щитовидной железы зависит не только от пола, но и от возраста. Он возрастает в течение жизни, достигая максимальных значений к возрасту 45-49 лет, и сохраняется на этом уровне до 65-69 лет. Рак щитовидной железы является так называемой «опухолью наружной локализации». То есть, щитовидная железа расположена под кожей и легко доступна для обследования, в том числе и простейшего прощупывания и осмотра этой области. Поэтому **достаточно большое число случаев рака щитовидной железы выявляется на профилактических осмотрах** (около 15%). По этой же причине рак выявляется в более чем двух третях случаев на начальной стадии (первая и вторая - около 70%), что дает больше шансов на своевременное и успешное лечение.

При проведении современного алгоритма лечения в большинстве случаев результаты лечения рака щитовидной железы весьма обнадеживающие. Только 5-10% от общего числа заболевших имеют практически не чувствительную к лечению и крайне агрессивную форму (так называемый недифференцированный рак). При остальных формах более 90 процентов больных получают стойкий эффект и живут 5 лет и более (80-90% больных - более 10 лет).

Факторы риска

Фактор риска - это то, что повышает вероятность развития злокачественной опухоли. Для разных опухолей существуют разные факторы риска, но некоторые из них могут вызывать сразу несколько

опухолей. Наличие у больного факторов риска не означает того, что он определенно заболеет. Нередко у больных отсутствуют факторы риска. Тем не менее явления, определенно влияющие на риск, четко определены. Основные факторы риска, повышающие вероятность заболевания раком щитовидной железы, представлены ниже.

Пол и возраст. Многочисленные эпидемиологические исследования позволили выявить наиболее рискованные в плане развития рака щитовидной железы демографические показатели. Женщины болеют намного чаще мужчин, причем при некоторых разновидностях опухоли разница может быть в 3-4 раза. Доброкачественные и злокачественные опухоли щитовидной железы могут возникать у людей всех возрастов, но пик заболеваемости приходится на возраст в районе 40-55 лет.

Наследственные состояния. В основе наследственного рака щитовидной железы является повреждение генов ДНК и передача ее детям от родителей. ДНК - это молекула, несущая информацию о деятельности всех клеток организма. В случае мутации определенных генов риск заболевания в семейной цепи может возрастать иногда в несколько раз. Это может быть как изолированной наследственной патологией, так и в составе других наследственных болезней. Так, например, такие состояния, как синдром Гарднера и семейный полипоз сопровождаются повышенным риском заболеть раком щитовидной железы.

Низкое содержание йода в пище. Все питательные вещества, витамины и микроэлементы человек получает с пищей. В зависимости от того, где мы живем, содержание в пищевых продуктах полезных веществ может различаться. В случае, если в продуктах питания недостаточно йода, риск заболевания раком щитовидной железы возрастает



Победим свой страх!

ет. С йодной недостаточностью связана заболеваемость наиболее часто встречающихся форм этой опухоли - папиллярный и фолликулярный раки. В некоторых странах йод специально добавляют в соль и другие продукты питания. Это позволяет снизить заболеваемость не только раком щитовидной железы, но и другой патологией этого органа.

Расстройства нейроэндокринной регуляции. Жизнедеятельность нашего организма регулируется великим множеством различных биологически активных веществ (гормоны, медиаторы и так далее), а также нервной системой. Эти «управляющие станции» находятся в очень тонком и очень сложном постоянном взаимодействии. Если в силу тех или иных причин это взаимодействие нарушается, то риск многих болезней, в том числе и рака щитовидной железы, может возрастать.

Воздействие радиоактивного облучения. Доказанным фактором риска для рака щитовидной железы является облучение области головы и шеи, особенно в детском возрасте. Лучевое воздействие у взрослых людей сопряжено с гораздо меньшим риском. В прошлом веке, когда вредное влияние радиоактивного облучения было недостаточно изучено, оно применялось для лечения угревой сыпи у детей, грибковой инфекции волосяной части головы, при увеличенных миндалинах и аденоидах, при увеличении тимуса (так называемая вилочковая железа). Наблюдение за этими детьми в последующем показало увеличение среди них случаев рака щитовидной железы, в сравнении с теми детьми, которые не подвергались облучению. Многими исследованиями доказано, что риск возникновения доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы связан с разработкой и испытанием ядерного оружия, а также аварийными ситуациями на атомных электростанциях, в особенности у детей. Так, у детей, проживающих в районе Чернобыльской АЭС, было зарегистрировано увеличение



частоты заболевания раком щитовидной железы после аварии, произошедшей в 1986 году.

Исключение из жизни факторов риска позволяет снизить вероятность заболевания раком щитовидной железы. Своевременное обследование при появлении жалоб, а также профилактические осмотры при наличии у человека факторов риска могут помочь в выявлении рака на ранних стадиях, когда эффективность лечения будет максимальной.

Таким образом, рак щитовидной железы - несмотря на относительно небольшую частоту встречаемости (в сравнении, например, с раком желудка или легкого) - актуальная проблема современной онкологии. Это связано как с тем, что заболеваемость им растет в последние годы, так и с тем, что этот рост отчасти обусловлен социально-общественными факторами. Тем не менее, в большинстве случаев это заболевание выявляется на ранних стадиях гораздо легче опухолей внутренних органов и в большинстве случаев достаточно эффективно лечится, что позволяет большому количеству больных надеяться на полное избавление от опухоли и продолжительную жизнь после успешного лечения. ☺

Риск заболеть раком щитовидной железы зависит не только от пола, но и от возраста. Он возрастает в течение жизни, достигая максимальных значений к возрасту 45-49 лет, и сохраняется на этом уровне до 65-69 лет.



Противостоят инфекциям

Когда-то для мальчишек, рожденных в СССР, страна представлялась большой и открытой для мечтаний и планов, самых дерзких и смелых. Родиться на Украине, получить образование в Сибири и на Урале, а затем работать на Алтае – было столь же естественно, как и непросто. В таких поворотах судьбы в короткие сроки воспитывался характер, формировалось умение отвечать за свои поступки. Может быть, это стало первым условием профессиональной успешности Владимира Михайловича ГРАНИТОВА?

Его детство прошло в украинской деревне. И только трудолюбие, целеустремленность позволили в дальнейшем, получив диплом врача, стать ученым, врачом-инфекционистом, преподавателем АГМУ, воспитавшим сотни врачей, практикующих сегодня в медицинских учреждениях края. Собственно, перечисление регалий Владимира Михайловича - дело простое. Он - Заслуженный врач России, академик Международной академии наук экологической безопасности, действительный член Нью-Йоркской академии наук, профессор, председатель Краевого научного общества инфекционистов. Сегодня он - гость нашего журнала.

- Владимир Михайлович, расскажите, почему когда-то решили стать врачом?

- Эту профессию для меня выбрала бабушка, простая крестьянка. Сейчас трудно предположить, почему именно такое будущее она видела для внука. Однако когда после окончания школы три друга отправились в Сибирь (в Омск) поступать в институт, я выбрал медицинский, а мои друзья поступили в технический вуз. Честно скажу, ни разу не пожалел о своем решении.

- И сделали следующий выбор - стали врачом-инфекционистом...

- Это тоже осознанное решение. Хорошо учился в институте, поэтому на шестом курсе имел возможность выбрать лучшее распределение. Первый вариант был - в научно-исследовательский институт, потом сагитировали приехать на Алтай на целину. Это же романтика! Четыре года я работал в Центральной районной больнице в Тогуле. Была возможность заниматься всем без ограничений: на селе и сегодня требуется универсальность. Был заместителем главного врача, исполнял обязанности руководителя больницы. Специальность инфекциониста оказалась бли-



же других. Этот врач имеет возможность быстро получить конкретные результаты: вылечить человека, добиться снижения заболеваемости, даже - ликвидации инфекции. В районной больнице организовал инфекционное отделение, построил для него здание. Однако всегда мечтал заниматься наукой. Спустя четыре года переехал в Барнаул, был принят на работу в краевую СЭС. В составе экспедиций, организованных ведущими научно-исследовательскими институтами Академии медицинских наук СССР, занимался изучением заболеваний с природной очаговостью. Затем поступил в целевую аспирантуру в Перми, защитил диссертацию по природно-очаговым заболеваниям, в частности, по лихорадке Ку в Алтайском крае. В Барнаул вернулся в 1971 году. С тех пор уже 42 года работаю в медицинском университете, 21 из них заведую кафедрой инфекционных заболеваний.

- Стороннему человеку ваша профессиональная судьба кажется прямым путем к выбранной цели. Это так?

- Могу сказать, что всю жизнь хотел заниматься наукой. Когда появилась возможность поступить в аспирантуру, реализовал ее, поехал в Пермь, хотя в то время уже была семья, маленький ребенок. Быстро защитил диссертацию, это удавалось не каждому врачу-аспиранту. А трудностей на каждом



◀ этапе хватало. Четыре года в деревне не могли быть простыми. Хотя теперь они вспоминаются лучшими - тогда был молод! Помню, как на вызов поехали с конюхом, надев большие тулупы. Заблудились, провели ночь в лесу на морозе, едва остались живы. Не всегда было все гладко, нет. Но всегда занимался любимым делом, работы не боялся. За время работы в Тогуле был награжден грамотой крайкома и крайисполкома за хорошие показатели. Горжусь своей первой профессиональной наградой.

Сейчас молодые коллеги боятся ехать в сельскую местность. А мы жили интересно. У нас в селе была своя киностудия, в российский конкурс наши работы заняли второе место. Создали молодежный театр, я был его режиссером. Организовали музыкальную школу. О нас, молодых врачах, писали центральные газеты. Нам стали присылать репродукции картин, что положило начало картинной галерее. За развитие культурной жизни на селе Е. Фурцева, тогдашний министр культуры, подарила значительную сумму денег, и благодаря этому мы оборудовали парк культуры (в селе!), поставили колесо обозрения, качели.

- Для людей, не принадлежащих к медицинскому сообществу, профессия инфекциониста имеет ореол романтики и героизма. А для вас?

- Первым человеком, который доказал, что заражение людей чумой происходит от диких животных, был доктор И.А. Деминский. Им впервые была выведена культура чумных бацилл от павшего суслика. Сам Ипполит Александрович заразился и заболел. За ним ухаживала Е.М. Красильникова, слушательница Московских высших женских курсов. Деминский скончался 22 октября 1912 года, а Елена Меркульевна пережила его на пять дней. Врачи, впервые описавшие сыпной тиф, тоже погибли. Изучение каждой новой инфекции всегда связано не только с риском заражения, но и с реальной гибелью исследователей. Я бы сказал, что элементы

риска постоянно есть. Когда я иду в приемный покой, куда доставлен больной без точного диагноза, не могу знать достоверно, с чем встречу. При этом риску подвергаюсь не только я, но и мои близкие. Возможно, предстоит смотреть больного с диагнозом дифтерия, менингит, холера. Врачи инфекционного отделения всегда подвержены риску. Врачу, который направляет больного в наше отделение, иногда проще написать любой настораживающий диагноз, зная, что здесь примут пациента и установят истину. Фактически около 20% доставленных к нам пациентов - непрофильные больные. Но это, если хотите, и особенность, и героическая романтика нашей профессии, которая становится привычной.

- Как избежать инфекции в обычной жизни? Стремиться к полной стерильности?

- Хотите уберечься от инфекции - значит, надо жить в стерильном боксе. Вокруг нас находится много возбудителей, в том числе и те, которые могут действительно вызвать заболевания. Надо соблюдать определенные известные правила в быту и в жизни. Например, остро стоит проблема гепатитов В и С. 80% больных этими болезнями заразились при введении внутривенно наркотиков. А все просто: не колись - и не будет ВИЧ и гепатитов. Есть заболевания, от которых помогают прививки. Но важна иммунизация всего населения. Национальный календарь прививок должен стать обязательным для исполнения. Хотелось бы его расширить, включить прививки от ряда других заболеваний. Корь появилась вновь, потому что не соблюдался этот принцип. Благодаря прививкам в глобальном масштабе ликвидирована натуральная оспа. Это результат работы инфекционистов за последние пятьдесят лет. Но природа не терпит пустоты: за это же время появились как минимум 50 новых болезней. В природе заполняется любая экологическая ниша, но в нашей специальности почему-то заполняется худшим. Простые болезни исчезли, но появились

СПИД, новые геморрагические лихорадки, в 90% случаев заболеваний которыми происходит гибель человека. Источником многих инфекций являются животные - до 75% случаев. Причем, одинаково опасны дикие, домашние, сельскохозяйственные животные. Заболевания инфекционными болезнями нередко приводят к инвалидности человека.

В настоящее время установлена роль вирусов и бактерий в развитии других соматических заболеваний. Например, уже доказано, что 80% онкологических заболеваний связаны с вирусами. Очевидна инфекционная природа рака желудка - виновен в этой болезни вирус герпеса IV типа, печени - все начинается с вируса гепатита С. Поражение легких, бронхиты и пневмонии, даже - шизофрения, рассеянный склероз тоже имеют вирусную природу. Инфаркт миокарда, атеросклероз тоже рассматриваются как инфекционные заболевания. В принципе, как сказано одним великим ученым, все болезни можно разделить на две группы: инфекционные и абсолютно инфекционные. К герпесвирусной инфекции, хорошо всем знакомой, относится, в частности, цитомегаловирусная инфекция, которая с большой вероятностью приводит к патологии плода. Парадокс: краснухи боятся все, а о ЦМВ даже не задумываются. Другой пример - синдром хронической усталости, заболевание страшное. Слава Богу, в мире пока статистика не самая худшая - 10 случаев на 100 тысяч населения, хотя, по данным американских авторов, более 20% тех, кто обращается за помощью к врачу, жалуются на быструю утомляемость, слабость, значит, наличие проявления синдрома хронической усталости - заболевания, которое может привести к полной потере трудоспособности.

В понимании врача-инфекциониста вылечиться - значит, освободиться от возбудителя болезни. При большинстве инфекций это можно сделать. Но есть и исключения. Вирус герпеса, однажды



попав в организм человека, останется в нем навсегда. Правда, проявляется это заболевание только у людей с ослабленным иммунитетом. Мы называем такие болезни оппортунистическими. К сожалению, население России страдает от разной выраженности иммунодефицита, а значит, значительно подвержено таким заболеваниям.

В нашей профессии много интересного и с точки зрения теории, и с точки зрения практики. Проработав более 50 лет в медицине, из них 42 года - чистым инфекционистом, я ни разу не пожалел о своем решении работать в этой области, о решении быть преподавателем в вузе. АГМУ - один из ведущих среди родственных вузов по многим положениям и в Сибири, и в России. Многие программы, которые сегодня широко применяются в медицинской практике, разработаны у нас в университете. Я по праву горжусь нашим медицинским вузом.

- Вы являетесь одним из организаторов создания краевого СПИД-центра. Именно там я была на приеме у замечательного врача - гепатолога В.В. Шевченко.

- Валерий Владимирович - прекрасный врач и мой ученик. Он учился у меня сначала в ординатуре, затем - в аспирантуре. Я был его научным руководителем. Валерий Владимирович выполнил кандидатскую диссертацию и блестяще ее защитил в военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге.

- Вы таким и хотели видеть СПИД-центр - учреждением, где помогают человеку с тяжелым диагнозом, дарят надежду?

- Это все-таки специализированное учреждение. Не забывайте, что больные СПИДом в большинстве своем - наркоманы, часто - люди с асоциальным поведением. Многие из них больны туберкулезом. Это объясняет особые требования к медицинскому персоналу. В центре работают мои ученики, те, кто проходил у меня ординатуру. Их труд нелегкий. При этом, несмотря на то, что среднее



время профессионального выгорания составляет семь лет, врачи СПИД-центра работают дольше и по-прежнему хорошо оказывают помощь людям. В городской больнице №5, где расположена кафедра инфекционных болезней, 10% пациентов - это больные СПИДом в тяжелой форме с серьезными полиорганными проявлениями. Благодаря усилиям, большой работе врачей, ученых в противостоянии этому заболеванию медицина шагнула далеко вперед: если человек лечится регулярно, продолжительность его жизни не отличается от жизни обычных людей. Правда, они быстрее стареют, но, согласитесь, это уже детали. Мировым сообществом врачей поставлена задача: с 2015 года не должны регистрироваться новые случаи заболевания и смертельные исходы от ВИЧ. В большинстве стран к этому идут. Но, к сожалению, страны Восточной Европы в отношении ВИЧ сохраняют лидирующее положение в мире. Сравните: в странах Северной Америки и Канады 1300 тысяч больных, в Восточной Европе - 1,5млн. 90%

этого количества больных составляют жители Украины и России. И эта цифра растет! И положительной динамики пока нет.

- А что можно сказать о гепатитах?

- Гепатит С в настоящее время - излечимая инфекция, но при усиленной терапии возникают определенные проблемы. Одна из них - побочные действия применяемых лекарств. Гепатит В поддается коррекции, наблюдению. Наиболее опасно заражение им в раннем детстве, внутриутробно. В более позднем возрасте гепатит В является контролируемой инфекцией. Разработанная система лечения - достаточно дорогая, не каждый ее себе может позволить. Государство не берет на себя эту миссию, к сожалению.

- Прорывом в борьбе с вирусами явилось изобретение антибиотиков. Их применение по-прежнему результативно?

- Конечно, появление антибиотиков в 40-х годах прошлого века сравнимо с революцией. Но, к сожалению, количество



◀ микробов в мире и скорость их размножения растут быстрее, чем мы учимся этому противостоять. Это организованные сообщества, не такие примитивные существа, как может показаться, имеющие социальный статус. Например, одна популяция может пожертвовать собой, чтобы дать жизнь другой популяции. Поэтому так быстро развивается резистентность - нечувствительность - к антибиотикам теперь уже пятого поколения. К сожалению, 50% из них не работают, и прогнозы неутешительные: мы возвращаемся в доантибиотическую эру. Надежда на бактериофаги слабая. А если взять во внимание ухудшение экологической обстановки, климата, страшно подумать, что нас ждет. Первыми на земле появились вирусы и последними они исчезнут. Когда-то был в СССР выдвинут ошибочный тезис: ликвидируем инфекционные заболевания. Это невозможно сделать! Врачи-инфекционисты обеспечены работой надолго. Но вот насколько эффективно будет идти эта работа, трудно прогнозировать.

- И еще одно заболевание, о котором нельзя не сказать отдельно - туберкулез. Недавний факт: начало работы специализированной поликлиники в Барнауле было негативно встречено жителями близлежащих домов. Для них опасность заражения возрастает?

- Микобактерии туберкулеза очень устойчивы во внешней среде, но так просто заражение не происходит. Уверен, что в течение дня мы с вами встречались неоднократно с микобактериями. Но не факт, что каждая такая встреча обязательно должна привести к болезни. Туберкулез относится к оппортунистическим заболеваниям, более того, - к генетически детерминированным. Это означает, что не каждый, даже поцеловавшись с человеком, больным туберкулезом, обречен. Страх у населения перед этим заболеванием всегда был. Не думаю, что это в настоящее время - реальная угроза. Есть семьи, где

один человек страдает туберкулезом, а другие - нет. А ведь в семье контакт людей - ближе не бывает.

- Что для вас всегда было важнее: обучение студентов или собственная профессиональная деятельность?

- Так сложилось, что преподаватели вуза не считаются ни врачами, ни учителями. В то же время нельзя разъединить эти два направления деятельности. Воспитание будущих врачей, их обучение и получение собственных профессиональных навыков - звенья одной большой задачи. Для ее успешного решения преподаватель вуза обязан заниматься наукой, следить за новыми исследованиями, иметь научные публикации, обязан просто быть хорошим врачом. В нашей профессии специалист должен иметь широкий кругозор, знать основы других областей медицины - терапии, хирургии, акушерства и гинекологии, неврологии и других медицинских специальностей. Ведь инфекционные болезни - это мультидисциплинарная проблема.

Я сторонник классического обучения - в палате на больном. Сейчас используются иные технологии, считаю, что достаточно спорные. Дорогостоящие фантомные классы не заменят непосредственного общения с больным человеком.

- Знаю, что вами собрана большая библиотека.

- Кроме медицинской литературы, это художественные книги - более трех тысяч томов. Всегда много читал и читаю. Последнее мною прочитанное: «Инферно» Дэна Брауна, «ЖД» Дмитрия Быкова, «Географ глобус пропил» Алексея Иванова. Работая в Тогуле, собрал библиотеку первый раз, а уезжая, забрал из нее один трехтомник, остальные книги остались в районной библиотеке. Собираение книг - не самоцель, не раз передавал, например, книги в детские дома - это были серии, интересные для юношества. К сожалению, сейчас читают мало и дети, и студенты, и взрослые, как следствие, - мало общаются меж-

ду собой. Приходят пятикурсники на экзамен - и говорить не умеют! Таков закономерный результат нелюбви к чтению.

- У вас есть большая коллекция кактусов. Какова история ее появления?

- Однажды понравился цветущий кактус. Я - увлекающийся человек. С удовольствием стал читать о новой для себя области, выписывать семена. Потом встретил единомышленников, организовали городской клуб любителей кактусов, был его председателем. Собирались, обменивались опытом, демонстрировали слайды. Бывая в других городах, привозил новые виды растений. Хорошо было развито кактусоводство в Прибалтике: Риге, Таллинне. Моя коллекция доходила до 450 видов. Сейчас их 150. При правильном уходе одновременно могут зацвести десятки растений. Это очень красиво!

- Иметь хобби обязательно для каждого человека?

- Уверен в этом. Увлеченный человек больше читает, у него шире кругозор. Особенно такими должны быть учителя, врачи - представители интеллигенции, несущие культуру, являющие своей жизнью пример образованности и целеустремленности. Современный врач должен обязательно увлекаться чем-либо, кроме работы, много читать, лучше - на бумажных носителях.

- Чем гордитесь больше всего?

- В своей жизни достиг того, к чему стремился: стал неплохим преподавателем и врачом - к 50-летию вуза отмечен как лучший, имею звание «Заслуженный врач России». В медицинских учреждениях края работают мои ученики, грамотные успешные врачи. На возглавляемой мною кафедре из 9 человек 7 - мои ученики. Они стали доцентами, докторами, кандидатами медицинских наук. Это не может не быть основанием для удовлетворения результатами своего труда. И конечно, семья. Жена, дочь, зять, внук - врачи. Наш общий стаж в медицине - 154 года. ☺

Лариса Юрченко



Ортопедический и ортопедохирургический аспекты в реабилитации детей с ДЦП

Прежде чем говорить о сути ортопедической коррекции детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП), необходимо исходить из определения данного заболевания.

ДЦП - заболевание центральной нервной системы, характеризующееся патологической двигательной активностью и аномальными постуральными нарушениями. Заболевание развивается при поражении центральной нервной системы в перинатальном периоде или вследствие аномалии развития головного мозга. У этой категории детей длительно сохраняются (то есть не угасают) рефлексy, которые характерны для детей первых месяцев жизни. Как следствие, сохранение таких (нередуцированных) рефлексов приводит к аномальному (неправильному) распределению мышечного тонуса.

Чаще всего встречается спастическая форма ДЦП. Мышечный гипертонус либо дистония (реже) являются основной причиной двигательного дефицита у детей с этим заболеванием. Гипертонус мышц нижних конечностей приводит к формированию патологических установок с последующим развитием контрактур и деформаций, патологических двигательных стереотипов, повышение же тонуса мышц верхней конечности резко ограничивает ее функциональные возможности.

Особо хочется отметить то, о чем не подозревают родители этих детей, а именно, что у детей со спастическим синдромом характерно развитие вторичной дисплазии впадины с формированием нестабильности тазобедренного сустава, а зачастую - спастического подвывиха либо вывиха бедра. А ведь достаточно соблюдать общемировой стандарт (которого придерживаются ведущие клиники США, Германии, Израиля, Санкт-Петербурга, Москвы) - это выполнение через определенные временные промежутки рентгенографии тазобедренных

суставов. Что позволит обеспечить своевременное выявление начальных признаков нестабильности тазобедренных суставов с последующим подбором алгоритма консервативного лечения либо современных щадящих методов сухожильно-мышечной пластики позволит предотвратить формирование подвывиха, и тем более вывиха, бедра.

Еще раз хочется отметить, что данная патология занимает первое место в структуре детской неврологической инвалидности. Заметную роль в определении стратегии лечения этой категории детей играют неврологи. Но **результат лечения зависит от интегрального подхода, а именно - от взаимодействия врачей нескольких специальностей: невролог - ортопед - реабилитолог.** Основой лечения детей является консервативный подход. Совместно с неврологом, который проводит медикаментозную терапию, составля-



Вадим Витальевич КОЖЕВНИКОВ,

врач травматолог-ортопед, кандидат медицинских наук, заведующий детским травматолого-ортопедическим отделением, ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Барнаул



◀ ется программа реабилитации с применением средств ортезирования, опоры и различных приспособлений для улучшения качества жизни и стимулирования новых навыков и моторики.

Общепризнанным оптимальным направлением консервативной коррекции деформаций является интеграция - введение ботулинического токсина А (далее - БТА), ортезирование - этапное гипсование. В данной связке ортопед играет значимую роль. На фоне устранения локальной спастичности при помощи БТА-терапии с последующей этапной коррекцией (фиксацией) гипсовыми сапожками, либо ортезами, удается устранить нефиксированную контрактуру, а значит, дать толчок для положительной динамики развития навыков опоры и ходьбы, функции конечностей. Для закрепления достигнутого результата используются современные методики хирургических вмешательств.

Конечно, еще сохраняется стереотип изолированного подхода, а именно - хирургическим способом устраняется какой-то один компонент (элемент) деформации, но это является нарушением современной технологии и может привести к рецидиву деформации. **Необходимо применение современных принципов хирургического лечения детей с ДЦП - комбинированные методики на всех уровнях анатомического сегмента для одновременного устранения деформаций, функционально значимых контрактур (патологических установок).** Это - различные варианты сухожильно-мышечных пластик, коррегирующих остеотомий, невротомий с использованием современных средств внутренней фиксации (канюлированные, биодеградируемые винты). Все эти методики соответствуют характеристикам высокотехнологичной помощи.

Хотелось бы предостеречь родителей от устаревшего способа лечения по методу Ульзибата, который еще используется в некоторых регионах. Данный метод малоэффективен, довольно часто приводит к тяжелым вторичным деформациям. ☺

Встречаем Масленицу!

Масленичная неделя - это народный и веселый праздник встречи весны. Перед долгим Великим постом всю неделю люди прощаются с холодной зимой и зовут теплое весеннее солнышко, выпекая традиционные блины, устраивая народные гуляния и приглашая друг друга в гости.

На Масленицу уже нельзя есть мясную пищу, можно употреблять молочные продукты и рыбу. Основное блюдо Масленицы - блины, которые пекут каждый день с понедельника, но особенно много - с четверга по воскресенье (широкая Масленица).

Считается, что предтечей современного блина был овсяный кисель. Позже блины стали печь не только из овсяной муки, но и пшеничные, ржаные, гречневые, гречнево-пшеничные. В традиционной русской кухне популярны блины с луковым припеком, мясом, рыбой, грибами, яйцами, медом, гречкой, картошкой, творогом, со сметаной и лесными ягодами. К блинам подают сливочное масло, черную и красную икру, малосоленую рыбу, рубленую сельдь.

Масленичная неделя

В народе у каждого дня Масленицы есть свое название и свои традиции.

Понедельник: «встреча Масленицы». В этот день начинают печь блины, причем первый блин раньше не ели, а отдавали нищим или выставляли на окно. Делали чучело Масленицы, надевали на него старую одежду и с пением возили по селу, затем ставили на снежной горе, где начиналось катание на санях и на заледенелых рогожках.

Вторник Масленицы: «заигрыш». Этот день посвящают молодоженам. Начинаются массовые гулянья: в прошлые времена строились балаганы, карусели, ледяные горы, устраивались катания на санях.

Среда Масленицы: «лакомка». Хозяйки приглашают в дом гостей и накрывают стол. Готовят блины, пироги, медовые пря-



ники, сбитни и орехи в меду. В этот день принято угощать зятьев блинами. Пекут их по своему достатку, кто с икрой, красной рыбой, сыром, кто с селедкой, картошкой да с луковым припеком. В этот день соревнуются в силе и ловкости, проводят кулачные бои, конные бега.

Четверг Масленицы: «разгуляй». Чтобы помочь солнцу прогнать зиму, устраивали катание на санях «по солнышку» - по часовой стрелке вокруг деревни. А еще строили снежные городки.

Пятница Масленицы: «тещины вечера». Зятя приглашают в дом своих тещ и угощают их блинами. При этом теща накануне должна прислать зятю сковородки, половник, а тесть - мешок гречневой муки и масло.

Суббота: «золовкины посиделки». Молодые невестки приглашали к себе в дом золовок (сестер мужа) и обязательно дарили им какой-нибудь подарок.

Прощеное воскресенье («целовальник»). В этот день провожают зиму и встречают весну. Сжигают на костре чучело зимы и веселятся. Финальная забава этого веселого дня - прыжки молодежи через костер. А еще в этот день принято просить друг у друга прощения за обиды, скопившиеся за весь год. А в ответ говорят: «Бог простит!». ☺



Лидеры сестринской профессии Алтайского края - 2013!

17 января 2014 года в Большом зале Администрации Алтайского края состоялась торжественная церемония награждения победителей краевого смотра-конкурса на звание «Лучший врач - 2013», «Лучший специалист со средним медицинским образованием - 2013», «Лучший провизор - 2013».

Награды победителям вручили Губернатор Алтайского края **Александр Богданович Карлин** и начальник Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности **Ирина Викторовна Долгова**.

Сам конкурс такого уровня среди представителей сестринской профессии проходил впервые. Наша Профессиональная ассоциация активно участвовала в его проведении. И сегодня, говоря об его итогах, мы с особой гордостью отмечаем, что **все победители краевого конкурса - активные члены нашей АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников»**.

От лица всего сестринского сообщества поздравляем наших коллег - победителей краевого конкурса и желаем им дальнейших успехов в их профессиональной деятельности,

крепкого здоровья и активной жизненной позиции.

Представляем победителей.

В номинации «Лучшая медицинская сестра»: *первое место - Татьяна Генюсовна СМIRHOBA, медицинская сестра отделения профилактики рака молочной железы КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»; второе место - Светлана Анатольевна СИТНИК, медицинская сестра хирургического отделения КГБУЗ «Центральная районная больница с.Родино»; третье место - Наталья Валерьевна ДЕРЯБИНА, медицинская сестра-анестезист отделения анестезиологии и реаниматологии КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул».*

В номинации «Лучшая участковая медицинская сестра»: *первое место - Елизавета Борисов-*



И.Н. Донских

на СКРИПКИНА, медицинская сестра КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»; второе место - Татьяна Николаевна ХРАМЦОВА, медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №6, г.Барнаул»; третье место - Юлия Владимировна ЛАРИОНОВА, медицинская сестра КГБУЗ «Детская городская поликлиника №6, г.Барнаул».

В номинации «Лучшая старшая медицинская сестра»: *первое место - Ирина Николаевна ДОНСКИХ, старшая медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г.Барнаул»; второе место - Ольга Константиновна ПОНАМАРЕВА, старшая медицинская сестра терапевтического отделения №1 КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн»; третье место - Людмила Анатольевна КОРОБКОВА, старшая медицинская сестра травматолого-ортопедического отделения №2 КГБУЗ «Краевая клиническая больница».*

В номинации «Лучшая главная медицинская сестра»: *первое место - Юлия Александр-*



▲ **ровна ФРОЛОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Краевая клиническая больница»; *второе место* - **Жанна Юрьевна ЧИЧКАНОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»; *третье место* - **Наталья Ивановна ЗЫРЯНОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края».



Т.И. Храмова

В номинации «Лучший фельдшер»: *первое место* - **Наталья Анатольевна ЧИКОВСКАЯ**, фельдшер КГБУЗ «Городская больница №2, г.Бийск»; *второе место* - **Елена Викторовна ПОЛИКАНОВА**, фельдшер Городского центра здоровья КГБУЗ «Детская городская поликлиника №2, г.Барнаул»; *третье место* - **Татьяна Васильевна ГРИЦ**, фельдшер скорой неотложной помощи КГБУЗ «Косихинская центральная районная больница».

В номинации «Лучший лаборант»: *первое место* - **Ольга Викторовна БУРКИНА**, медицинский технолог КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул»; *второе место* - **Ольга Геннадьевна ТАЛАНЦЕВА**, фельдшер-лаборант КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»; *третье место* - **Елена Геннадьевна МЕДВЕДЕВА**, фельдшер-лаборант КГБУЗ «Бурлинская центральная районная больница».



Т.Т. Смирнова

В номинации «Лучшая акушерка»: *первое место* - **Ирина Викторовна БОГОМЬЯ**, акушерка акушерского отделения КГБУЗ «Романовская центральная районная больница»; *второе место* - **Ирина Борисовна ПАВЛОВА**, старшая акушерка акушерского физиологического отделения КГБУЗ «Городская больница №3, г.Рубцовск»; *третье место* - **Марина Михайловна НОСОВА**, старшая акушерка акушерского отделения патологии беременности КГБУЗ «Городская больница №2, г.Бийск».



Е.Б. Скрипкина



Ю.В. Ларионова

Участие в профессиональных конкурсах - это большая ответственность, возможность продемонстрировать важность и значимость своей профессии для общества, уровень ее возможностей и профессионализма работающих в ней специалистов, понимание ими важности их социальной миссии.

Наша Профессиональная ассоциация поддерживала и будет поддерживать все возможные формы повышения профессионализма членов своей организации, содействовать их адекватной оценке обществом.

С победителями конкурса по итогам 2013 года вы, уважаемые читатели, встретитесь на страницах нашего Вестника Ассоциации в течение этого года. А сегодня мы уже готовимся к участию в новом конкурсе: конкурсе «Лучший специалист со средним медицинским образованием - 2014»!



Н.А. Чиковская

С уважением, Президент АРОО «ПАСМР»
Л.А. ПЛИГИНА

Благодарим за предоставленные фото Ю.А. Третьякову



Уважаемые коллеги!

АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» сердечно поздравляет вас с Днем защитника Отечества!

Желаем крепкого здоровья, удачи, любви, мирного неба, творческих успехов и благополучия вам и вашим близким!

**Дни за днями незаметно пролетают,
И любимый праздник вновь приходит к нам!
Пусть от теплых поздравлений снег растает
И зимой в сердцах мужчин цветет весна!**

Президент АРОО «ПАСМР» **Л.А. ПЛИГИНА**



Задержка нервно-психического развития у детей до трех лет

Несвоевременно начатое или неправильно организованное воспитание может не только привести к замедленному темпу психического развития и недоразвитию эмоциональной сферы ребенка, оказывать отрицательное влияние на его физическое развитие, но и вести ребенка к неправильному пути развития и закреплению отрицательных форм поведения, вызывать частые проявления возбудимости нервной системы и вести к переутомлению.

Диагноз «задержка психического развития» (ЗПР) порождает у родителей смятение и чувство вины. Ребенок нуждается в регулярном наблюдении и лечении в зависимости от степени выраженности ЗПР, стремясь преодолеть ее. **Предупредить и преодолеть задержку умственного развития - значит, учить ребенка думать.** В большинстве случаев причинами задержки умственного развития являются неблагоприятно протекавшая беременность с хроническим или длительным кислородным голоданием плода, что приводит к задержке внутриутробного развития, асфиксия в родах и родовая травма, инфекционные, наследственные заболевания центральной нервной системы, длительные соматические заболевания и интоксикации в раннем возрасте, а также погрешности воспитания.

К 10-му дню жизни ребенок пытается поднять голову, лежа на животике, задерживает взгляд на ярком предмете или глазах матери; **в 2 недели** различает тихие и резкие звуки. **В возрасте одного месяца** прислушивается к звукам. **В 1,5 месяца** удерживает голову, пытается сосредоточить внимание на предмете, повернуть голову, чтобы удержать в поле зрения перемещающийся объект. Он предпочитает положение на руках: так удовлетворяется генетически заложенная в ребенке потребность видеть и слышать, такое положение дает ему возможность лучше ориентироваться пока еще в небольшом пространстве. Все, что он видит, удивляет его. А удивление, в свою очередь, - основа познания.

В три месяца ребенок прочно удерживает голову, сосредоточенно смотрит в лицо взрослого, видит все, что находится в комнате. Он слышит звуки и ищет их источник, ко всему присматривается и прислушивается.

К четвертому месяцу ребенок окончательно выделяет мать из всех окружающих, распознает ее голос и, услышав его, ищет взглядом. Он гулит, привлекая внимание матери и перекликаясь с ней. Ребенок радуется ей, улыбаясь и всплескивая руками, быстро двигая ножками. Он уже эмоционален. Помните, что эмоциональность является движущей силой умственного развития в этом возрасте.

В пять месяцев ребенок способен 10-15 минут неотрывно следить за перемещающимся предметом или человеком. Теперь он сам выбирает объект, на котором фиксирует свое внимание. Ребенок уже не просто смотрит, а рассматривает предмет. Проявление сосредоточенного внимания и интереса к чему-то говорит о психической полноценности ребенка.

В пять месяцев он может самостоятельно повернуться со спинки на живот и, опираясь на ладони, высоко поднять голову, чтобы видеть и слышать больше.

В 5,5 месяцев ребенок захватывает предмет, ощупывает его руками, тащит в рот, пробует на вкус, рассматривает. Это уже произвольный активный познавательный этап развития. Если ребенок отбрасывает предмет, чтобы тут же схватить другой и через секунду отбросить и его, не заинтересовавшись им, то это может свидетельствовать о начале поверхностности и отвлекаемости или же о возможной задержке умственного развития.

В 6 месяцев малыш свободно переворачивается с животика на спинку, чтобы отдохнуть или лучше рассмотреть захваченный предмет. Услышав вопрос «Где бабушка?», он ищет ее взглядом. Интересно, что когда к малышу подходит взрослый и заговаривает с ним, то сангвиник улыбается сразу; а холерик и флегматик не торопятся с улыбкой; они



Людмила Алексеевна ЧЕРВОВА,

медицинская сестра, высшая квалификационная категория, краевой консультативный прием амбулаторного отделения, КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей», член ПАСМР с 2002 года

Ребенок рождается с определенными физиологическими, генетическими особенностями. Своевременное полноценное общее развитие в раннем детстве важно для дальнейшего развития ребенка, а отставание - трудно компенсируется в дальнейшем.



Советы медицинской сестры

◀ сосредоточенно всматриваются, их лица серьезны. Только оценив, кто перед ними (опасен - неопасен; приятен - неприятен), они или улыбаются, или отвернутся, заплакав.

В 6 месяцев ребенок начинает ползать, когда можно говорить о том, что он созрел для этого не только физически, но и умственно. Педиатры рекомендуют побуждать ребенка ползать, поскольку при этом у него укрепляются мышцы спины. Ползание, как и ходьба, расширяет возможности ребенка в ознакомлении с окружающим миром. Он видит игрушку на расстоянии и преодолевает его, чтобы исследовать игрушку.

Но скорость ползания мала, и жажда познания побуждает малыша в **7 месяцев** встать на четвереньки. Ребенок лепечет, повторяя слоги, что очень важно. Отвечая на вопросы «Где папа?», «Где киса?», малыш ищет их взглядом и если не находит, указывает пальчиком на то место, где они могли бы быть (например, на кресло). С ним необходимо говорить, объясняя все, что делают, что требуют от него, а не воспринимать его как куклу.

В 8 месяцев ребенок уверенно садится и сидит, наклоняется к игрушке, берет ее, перекладывает из одной руки в другую. Это важнейший этап в развитии психики ребенка. Руки следует занять, чтобы ребенок не хватал бессмысленно предметы и не разбрасывал их, а сосредоточенно исследовал. Эта сосредоточенность внимания, если ее поощрять, обеспечит будущие успехи в школе и в жизни. Но психическое и физическое развитие малыша требует большего познания. Манеж становится для него тесным. Он с помощью ручек встает и идет боком, перебирая ножками, придерживаясь за перильца.

В 9 месяцев ребенок знает свое имя, оборачивается на зов.

С 9-11 месяцев во взгляде малыша проявляется пылкий интерес ко всему, что его окружает. Его глаза изучают, в них - удивление и заинтересованность. Заметив этот интерес, важно не погасить его, ласково ответить на взгляд-вопрос и тем самым побудить, направить его взор еще на что-нибудь.

Ребенок с задержкой развития тоже смотрит, но пассивно, вяло. Ему тем более следует рассказывать, что находится в поле его зрения, называть предметы, по которым безучастно скользит его взгляд. Вопросительный взгляд ребенка, любознательность в его взгляде - это этап к периоду вопросов, которые будут заданы, когда он заговорит.




В 10 месяцев по просьбе «Дай!» ребенок находит и дает знакомые предметы.

К году ребенок использует 7-14 слов, сосредоточенно занимается делом до 15 минут, хорошо усваивает смысл слова «нельзя». Он начинает ходить. И не потому, что окрепли ножки, а потому, что появилась потребность дойти до интересующего предмета, дойти со свободными руками. Девочки начинают ходить на 1-2 месяца раньше, чем мальчики: они психически созревают раньше. Начало ходьбы - это этап психомоторного развития. Психику и моторику ребенка следует развивать комплексно - совершенствование движений и двигательных навыков способствует развитию ума. Ведь малыш с ловкими пальчиками имеет хорошее психоречевое развитие.

Второй год жизни более всего характеризуется развитием речи. Ребенку для накопления словарного запаса следует показывать предметы, животных, птиц на картинках, называя их. В 1,5 года ребенок использует 30-40 слов, а в два года - уже 300-400 слов. В 1,5 года задает вопросы: «Что?», «Кто?», в два года: «Что это?», «Кто это?». Чтобы сказать о чем-то, ребенок должен знать не только названия предметов, но и их характерные признаки. К 1,5 годам у девочек и к двум годам у мальчиков формируется фразовая речь. Вначале фразы состоят из 2-3 слов. ☺

Продолжение следует

Чем лучше развивается ребенок умственно, тем более преобладает в речи познавательная сторона, тем больше он задает вопросы и выслушивает ответы на них. Продолжают развиваться и психомоторные навыки. Ребенок усаживается за столик, берет карандаш и бумагу. Зажав карандаш в кулачке, он выполняет на бумаге беспорядочные линии (клубки). Складывает башенку из кубиков. В этом возрасте он сосредоточенно занимается одним делом.

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



Зрелая любовь. Что это?



Татьяна Александровна ГУЖ,

гештальт-терапевт, психолог, Алтайская региональная общественная организация противодействия насилию «Право на счастье»

Известный американский психолог и психотерапевт Ирвин Ялом говорит о том, что «зрелая любовь - это не собственническая любовь, она уважает и восхищается партнером, а не использует его для удовлетворения своих потребностей. Она приносит чувство удовлетворения и ощущение гармонии жизни. В ней мало тревоги и враждебности (хотя, конечно, она может заставлять беспокоиться за другого)».

В реальной жизни не бывает, чтобы «...с тех пор жили они долго и счастливо». В семейной жизни бывают стрессы, конфликты и необходимость приспосабливаться к постоянно происходящим переменам. Принцам и принцессам нужно узнавать друг друга как реальных людей, чтобы решить, будет ли этот мужчина или женщина вашим партнером в последующей совместной жизни.

Семейная жизнь - это труд ежедневный и ответственный, требующий желания и усердия.

Какие можно выделить черты здоровых отношений в семье или зрелых любви и заботы?

Во-первых, это *доверие и поддержка* - это то, как партнеры эмоционально поддерживают друг друга, ценят мнение другого и умеют слушать и слышать.

Ответьте на следующие вопросы теста «Умеете ли вы слушать?»:

1. Вы часто отвлекаетесь, когда разговариваете с партнером?

2. Не делаете ли вы только вид, что слушаете, а сами думаете о другом?

3. Вы часто перебиваете собеседника?

4. Вы слушаете или только делаете вид, что слушаете?

Чем больше ответов «да», тем хуже вы умеете слушать. В этом случае попробуйте ответить на вопрос: «Что мешает мне слушать другого?».

Вторая черта здоровой семейной атмосферы - это *уважение*, то есть умение понимать и принимать партнера таким, какой он есть, уважать право на его (ее) собственные эмоции и чувства, а также мнение, выбор друзей и деятельность.

Любящие зрелой любовью партнеры независимы друг от друга, автономны, не ревнивы, но в то же время они стремятся помочь другому человеку в самореализации, гордятся его победами, великодушны и заботливы. *Зрелая любовь говорит: «Я могу прожить без тебя, но я люблю тебя и поэтому хочу быть рядом».*

Человек, склонный создавать нездоровые отношения, ориентирован на любовь-сделку, любовь-эксплуатацию. Он не может отдать, не прося ничего

взамен. А отдав, чувствует себя использованным, опустошенным, обманутым. Но для зрелой личности способность отдавать - это выражение силы и изобилия. То есть, *отдавая, зрелый человек получает удовольствие*, и это само по себе уже является компенсацией его эмоциональных, физических и материальных затрат.

Зрелый человек знает своего партнера и реалистично оценивает его качества. Он ценит его таким, каков он есть, и помогает ему лично расти, раскрываться его собственными способами - помогает ради него самого, а не ради того, чтобы он ему служил.

Зрелый человек уважает своего партнера, его психологическую территорию и его психологические границы. Он (-а) вступает в отношения без каких бы то ни было ожиданий и уж вовсе без требований.

В-третьих, это *честность и ответственность*. Каждый из нас сам несет ответственность за выбор своего партнера, свое поведение, свои реакции на поведение партнера и за его последствия. У каждого есть собственное представление о счастье и любви. Если мы считаем своего партнера ответственным за наше счастье, то мы сердимся, когда не получаем желаемого. Но в действительности он не несет ответственности за то, что у него другое представление о счастье, не совпадающее с нашим. Это мы несем ответственность за то, что выбрали неподходящего партнера.

Четвертая черта - *обсуждение и общение*. Это умение находить компромиссы и взаимно удовлетворяющие решения конфликтов. Конфликт - это всегда встреча двух людей, двух интересов. А в сердцевине этой встречи оказывается некая проблема, которую можно разрешить при помощи переговоров, компромиссов и взаимных уступок. Ценность конфликта кроется в возможности открыто заявлять о своих потребностях партнеру. То есть конфликт можно рассматривать как возможность менять и пересматривать семейные отношения, развиваться как семья.

Зрелая любовь - это любовь личностей, чье «Я» имеет целостность и не нуждается в заполнении за счет партнера. Такая любовь не нуждается в оккупации чужой территории, по-





сколько имеет собственные внутренние «просторы», наполненные ресурсами. И партнер для его обладателя - это радостное, щедрое и свободное общение, не связанное с нуждой выживания.

В-пятых, это *ненасильственное поведение*. Нужно уметь разговаривать и поступать так, чтобы в семье чувствовались безопасность и комфорт, при этом не прибегая к насилию. В хронической ситуации насилия в семье один партнер постоянно контролирует или пытается контролировать другого и управлять его поведением и чувствами, наполняя свое дефи-

цитное «Я» уничтожением другого. Здесь нет места для открытости и доверия, такие отношения наполнены страхом, чувством вины и желанием не проявлять собственное «Я», афишировать свои интересы и потребности.

Подведем итог: зрелые, здоровые отношения между партнерами в семье - это отношения людей, которые, дополняя друг друга, остаются отдельными, целостными личностями, имеющими достаточно возможностей для индивидуального саморазвития и обладающие внутренними ресурсами, независимыми от партнера. ☺

Зрелые потребности в любви:

- духовно зрелый человек готов по-настоящему понять другого и принимать его таким, каков он есть, со всеми сильными и слабыми сторонами;
- духовно зрелый человек желает иметь партнера, которому сможет доверять и довериться, поделившись своими мыслями и чувствами, а также потребностями и пристрастиями. Он желает быть с теми, на кого мог бы опереться сам и кого сам сумеет поддержать;
- зрелый человек стремится к таким взаимоотношениям, при которых оба партнера имеют возможность полного раскрытия своей индивидуальности и живут в любви друг с другом;
- духовно зрелый человек относится к личностному росту и развитию другого так же серьезно, как и к своим собственным. Он готов и способен соглашаться с другим и быть ему опорой, не отрекаясь от своей индивидуальности и не позволяя причинять себе ущерб;
- духовно зрелый человек готов отвечать за свою судьбу и за судьбу партнера;
- духовно зрелый человек знает, что партнерские отношения не вечны и, следовательно, могут прерваться. Но он знает также, что это никак не отразится на его ответственности и любви, и благодарен каждому дню жизни.



На заметку

Что мы ценим друг в друге

Влюбившись, мы покоряемся чувству. Но в свободное от влюбленности время мы немало размышляем и довольно ясно представляем себе, какие качества мы хотели бы видеть в своем партнере.

Что женщины ценят в мужчинах? Порядочность (61%), заботливость (27%) и верность (27%). 18-24-летние чаще обращают внимание на темперамент мужчины (15%). Те, кто моложе 34 лет, более склонны придавать значение уму (70-72%) и внешней привлекательности (15-19%). Чем старше россиянки, тем более ценными в мужчине для них являются порядочность (63-69% опрошенных женщин в возрасте старше 45 лет) и хозяйственность (45-47% женщин старше 35 лет).



Что мужчины ценят в женщинах? Внешнюю привлекательность (44%), верность (33%) и сексапильность (14%). Молодые мужчины (18-24 лет) чаще придают значение привлекательной внешности (54%) и сексапильности (27%), 25-34-летние - уму (44%). Хозяйственность ценят практически в равной степени все мужчины (48-52%). Заботливость имеет наибольшее значение для тех, кто старше 45 лет (33-34%).



Экспонаты музея воспитывают, учат, вдохновляют

Интервью с основателем музея истории развития медицины на Алтае, в течение двадцати лет возглавлявшим коллектив городской больницы №2 г.Рубцовска, И.Г. БЕККЕРОМ, состоялось 17 декабря 2013 года - в день 20-го юбилея музея. Представители редакции журнала стали гостями праздничного мероприятия.



- Иван Генрихович, помните историю первого музейного экспоната?

- Разумеется. Мы поступили на первый курс Алтайского медицинского института, и осенью нас, студентов, отправили в колхоз. Стояла самая теплая осень за все предыдущие и последующие годы. Мы хорошо работали, и в конце положенного срока председатель колхоза вручил нам памятную открытку. На

ее обороте был вид старой радоновой лечебницы в Белокурихе. Вот с этого и началась большая работа по сбору материалов для будущего музея истории медицины на Алтае, растянувшаяся на десятилетия. А открытка стала первым экспонатом.

- Признаюсь, что ожидала увидеть в музее только несколько залов с фотографиями...

- Не вы первая говорите об этом. Многие посетители, пришедшие в музей первый раз, удивлены тем, что создан полноценный музей по-настоящему энтузиастами - данная деятельность не является моей основной работой, за нее зарплату не получаю. Но желание заниматься музеем от этого не пропадает.

- Были организованные вами экспедиции для сбора материалов?

- Конечно, и достаточно много - по территории Алтайского края, Кузбасса, Горного Алтая. Начинали с территории Алтайского горного округа (Алтайский край - его совсем небольшая часть). Нас интересовали разные этапы развития медицины - от помощи травников и шаманов до достижений прошлого и нынешнего веков. В экспедициях всегда были неожиданные находки. Да и во многих событиях в разные годы жизни это происходило! Помню поездку в Киев на специализацию. Знакомился с городом и буквально наткнулся на музей-аптеку. Хочу отметить, что аптекам проще становиться музеями - в одном зале торгуют, в другом оформлена музейная экспозиция. Читаю: «Аптека принадлежала Бунге» - «Позвольте, ка-

кому Бунге? И у нас, на Алтае, Бунге основал аптеку». Стали выяснять, оказалось, что речь идет об отце и сыне. Началась беседа заинтересованных людей, единомышленников. И не стали преградой многие километры между Киевом и Алтаем! Столько восторгов, радости было и у меня, и у киевлян. Я им рассказывал о том, что уже знаю, они делились со мной своими наработками, открывались неожиданные подробности событий XVIII века.

- А какой музейный экспонат для вас самый дорогой?

- Для сердца важны и дороги все. Музей - это состоявшийся живой организм. Убери один экспонат - и он станет беднее, прибавь новый - заметно богаче. Находки бывают самые неожиданные. Как-то в руки попал пожелтевший лист бумаги, пригляделся - на нем печать первого лечебного учреждения станции Рубцовка. Или другая находка: фотография первого медицинского работника, рубцовчанина, погибшего в бою Великой Отечественной войны. Им суждено было стать фельдшеру Кору, в следующем году будем отмечать 100 лет со дня его рождения.

Последняя наша экспедиция была организована в село Гилево. Там живет уникальный человек. В свое время, чтобы иметь возможность получить сведения из народной медицины (только для этого!), он крестился в старую веру, будучи коммунистом и православным. И бабушки ему передали свои знания, научили готовить травяные настои. Бывал он и в староверческом скиту в Чарышском районе. Живущие там монахи собирали целебные алтайские травы для царской семьи. Настоятельница скита довозила травы до Москвы, получала деньги и возвращалась назад. Эти факты описаны, достоверно известны. В 30-е годы скит разобрали, сделали плоты из бревен и сплывили их по Чарышу. Так вот, житель Гилево знал жизнь скита, быт монахинь - об этом мы долго говорили. Например, монахини готовили особый настой - травянушку, включающую до 70 трав. Они помещались в бутылку, которая затем опускалась в колодец и выдерживалась без доступа воздуха и света полгода. Получался эффективный биостимулятор. В архивах мне удалось найти фо-



Гражданское общество

тографию скита, копию отправил новому знакомому. Трудно передать его радость и ту благодарность, которая была высказана в мой адрес.

- Естественно возникает вопрос о судьбе музея. Почему до сих пор он не имеет статуса городского, не имеет устойчивого финансирования, поддержки?

- Пока здание, в котором размещен музей, был на балансе у города в течение 19 лет, никто нам таких вопросов не задавал. Но пришло время - передали в край здание, и этот шаг был ошибочным. У Минздрава есть номенклатура, согласно которой четко определен перечень подразделений, а слова «музей» в этом списке нет. В то же время, в музее должен быть минимальный штат сотрудников для того, чтобы он работал, чтобы проходили экскурсии, разрабатывались новые экспозиции и т.д. Два года назад с этой проблемой я обратился к Губернатору края А.Б. Карлину, он выслушал с большим вниманием. Но изменения пока не последовали. Вариантом решения вопроса могло бы стать расположение в здании музея центра медицинской профилактики, чем по существу он и является. Таким образом удалось бы наладить финансирование и сохранить музей. Загубить музей смелости не хватает, но и сохранить его тоже не спешат. Хорошо понимаю, что в жизни легких путей нет, жизнь - это борьба, так что пойдем дальше.

- Вы - выпускник АГМИ, успешный руководитель, врач. Ваши однокурсники не изменили выбранной профессии. В то же время многие молодые врачи, получив диплом, сегодня уходят из профессии. Чем это можно объяснить?

- Это показатель отношения государства к нашей отрасли.

- И все же - качество полученного вашими ровесниками образования сыграло не последнюю роль?

- В музее три мемориальных зала посвящены институту и его профессорам. Это говорит о многом, является лучшей благодарностью нашим преподавателям. К сожалению, многое из того, что хочется сделать, ограничено имеющимся свободным временем. Ряд экспозиций еще формируется, поскольку сбор любого материала - длительный процесс. Бывают и неожиданности. Знаете, как появился у нас портрет Н.С. Хрущева, благодаря решению которого в 1954 году образован медицинский институт на Алтае? Его подарили заключенные, узнав о нашем музее. Возможно, среди них были врачи, что и стало причиной такого решения.

- Вы являетесь членом географического общества...

- Географическое общество в Рубцовске работало достаточно активно, организовывались экспедиции - было особое время открытий. Я вспоминаю общество с особой теплотой. Удавалось соединять сбор экспонатов для музея и проводимые географические исследования.

Наш музей необычный. Не случайно неоднократно мы становились участниками сибирских ярмарок и были отмечены медалями. Представьте, на подобных мероприятиях все торгуют, рекламируют свою продукцию, и только музей приглашает познакомиться с экспозицией, нацеленной на воспитание и просвещение молодежи. Его работу замечают - и награждают! Причем, каждый раз мы выдерживали тематику экспозиций, соответствующую выставкам. Мы рады заинтересованному отношению бли-



жайших соседей-новосибирцев. Они приглашают нас каждый год, берут на себя расходы, связанные с нашей поездкой, лишь бы она состоялась.

Третьего декабря 2013 года меня пригласили в Москву в числе лучших россиян. Нас было немало - 21 человек. Медицинскую отрасль представляли трое. Мне вручили премию «За сбережение народа». Ею же были отмечены, в частности, Владислав Третьяк, космонавт А.Волков, руководитель ансамбля «Русская песня» Надежда Бабкина. Я не думал, что такое событие в моей жизни будет, просто не ожидал ничего подобного. Тысячи людей собрались в зале храма Христа Спасителя, необычайно красивого и торжественного.

Теперь о печальном. Музеем истории медицины Алтай исполнилось 20 лет, при этом не было ни одного официального поздравления. Собран богатейший материал - берите и сохраняйте. Но и на это не приходится рассчитывать. Ни один музей без энтузиазма не создается. Надо верить в начатое дело и любить его. Это и помогает в сложившейся ситуации.

- Расскажите о больнице, с которой столько связано в вашей жизни.

- Это единственная больница, на территории которой стоит памятник медицинским работникам. Больница, когда я пришел сюда работать, представляла несколько барачков, выстроенных пленными японцами. На приемах сидели фельдшеры - врачей не было. Больница принадлежала «Алтайсельмашу», и в городе сложилось устойчивое мнение: если ты работаешь здесь, значит, себя не уважаешь как специалиста.

Сегодня больница представляет собой комплекс, являющийся одним из крупнейших в городе. По многогранности, многопрофильности оказания медицинской помощи - ему нет равных среди городских больниц. Работают уникальные отделения. Например, создан Центр реабилитации лиц, пострадавших вследствие влияния Семипалатинского полигона. Центр создан с учетом специфики нашего города. В лечении используются самые разные методики - специалисты уверенно проводят обследование на компьютерном томографе и с точностью выполняют лабораторные исследования крови. Работает параклиника, есть два бассейна, грязелечебница, сауна, успешно применяется иглоукалывание. Эти методы необходимы для оздоровления тех, кто получил дозу облучения, кому противопоказано физиолечение. Я горжусь своей больницей и удовлетворен тем, что сделал за эти годы. ☺

Лариса Юрченко



Привычки, ведущие в никуда

От чрезмерного употребления
алкоголя ежегодно умирает около 500
тысяч россиян, от последствий курения
- 300-400 тысяч человек.

Курение вредит не только вам

В дыме табака содержится более 30 ядовитых веществ: никотин, углекислый газ, окись углерода, синильная кислота, аммиак, смолистые вещества, органические кислоты и другие.

В сравнении с некурящими длительнокурящие в 13 раз чаще заболевают стенокардией, в 12 раз - инфарктом миокарда, в 10 раз - язвой желудка. Каждый седьмой курящий долгое время болеет облитерирующим эндартериитом (тяжким недугом кровеносных сосудов). Рак у курящих людей возникает в 20 раз чаще, чем у некурящих. Курильщики составляют 96-100% всех больных раком легких. Чем дольше человек курит, тем больше у него шансов умереть от этого тяжелого заболевания. Статистика показывает, что у курящих людей часто встречаются раковые опухоли и других органов: пищевода, желудка, гортани, почек. Очень часто курение ведет к развитию хронического бронхита, сопровождающегося постоянным кашлем и неприятным запахом изо рта. Инфаркт миокарда у курящих встречается в 3 раза чаще, чем у некурящих. Список болезней, которым подвержены курильщики, можно продолжать очень долго.

Но курящие подвергают опасности не только себя, но и окружающих людей. В организме некурящих людей после пребывания в накуренном и непроветренном помещении («пассивное курение») определяется значительная концентрация никотина.

Живущие в накуренных помещениях дети чаще и больше страдают заболеваниями органов дыхания. У детей курящих родителей в течение первого года жизни увеличивается частота бронхитов и пневмонии и повышается риск развития серьезных заболеваний. В семьях, где курят, у детей, особенно в раннем возрасте, наблюдаются частые острые пневмонии и острые респираторные заболевания.

Еще в 1970г. Международный раковый союз в Мадриде признал табак одной из самых серьезных проблем здравоохранения. С этой информацией ВОЗ обратилась ко всем странам и государствам, выразив твердую решимость вести борьбу с этим массовым недугом человечества в мировом масштабе. На сегодня антитабачной кампанией охвачены все цивилизованные страны. В феврале 2013 года в России был принят Федеральный закон от 23.02.2013 №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потреб-

УВЛЕКАТЕЛЬНАЯ ЖИЗНЬ?



ления табака», который значительно ужесточил требования и к курильщикам, и к продавцам табака.

Похититель рассудка

Алкоголь - один из наиболее опасных врагов самого ценного достояния человека - здоровья. Злоупотребление алкоголем является причиной многих тяжелых болезней, вызывает преждевременную старость и сокращает жизнь.

Алкоголь - главный фактор катастрофического снижения населения нашей страны. В современной России злоупотребление алкоголем приводит к преждевременной смерти около полумиллиона человек ежегодно. Каждая четвертая смерть в России прямо или косвенно связана с алкоголем - около 30% смертности среди мужчин и 15% среди женщин. Алкогольная смертность включает не только случайные отравления алкоголем, но и 2/3 смертей от несчастных случаев и насилия, 1/4 смертей от сердечно-сосудистых заболеваний и многое другое. Злоупотребление алкоголем - главная причина того, что продолжительность жизни среди мужчин в России ниже, чем в десятках несравненно более бедных стран, таких как Йемен, Бангладеш, Мавритания, Гондурас, Таджикистан, Сенегал.

Основным действующим началом опьянения любого напитка является алкоголь - этиловый, или винный, спирт. Принятый внутрь, он через 5-10 минут всасывается в кровь и разносится по всему организму. **Алкоголь - яд для любой живой клетки.** Проникнув в организм, алкоголь очень скоро нарушает работу тканей и органов. Под действием алкоголя нарушаются все физиологические процессы в организме, и это приводит к тяжелым заболеваниям. Перерождается ткань печени, почек, сердца, сосудов и др. Быстрее и губительнее всего алкоголь действует на клетки головного мозга. Злоупотребление спиртными напитками может привести к сердечно-сосудистым заболеваниям, поражениям центральной нервной системы, хроническому панкреатиту и гастриту, язвенной бо-



лезни двенадцатиперстной кишки, хроническим заболеваниями почек, печени и т.д.

Оскудение интеллекта, сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, обменные, нервные заболевания, раннее одряхление и старость, моральная деградация - неизбежная судьба алкоголиков.

О пропаганде здорового образа жизни

Управление Роспотребнадзора по Алтайскому краю много лет занимается профилактикой алкоголизма и табакокурения, пропагандой здорового образа жизни путем информирования населения о проблемах и последствиях вредных привычек, в том числе и на страницах журнала «Алтайский вестник Роспотребнадзора».

В ноябре 2013 года состоялось заседание постоянно действующего координационного совещания по обеспечению правопорядка в Алтайском крае, решения, принятые на заседании, были отражены в Распоряжении Администрации Алтайского края от 10.12.2013 №458-р. Согласно данному документу, Управление обязано готовить и размещать в СМИ материалы антиалкогольной направленности, способные оказать эффективное воздействие на снижение потребления населением спиртных напитков, а также алкогольной продукции сомнительного происхождения (п.1.5. Поручить управлению Алтайского края по печати информации, Главному управлению Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности совместно с Управлением Роспотребнадзора по Алтайскому краю подготовить и разместить в СМИ материалы антиалкогольной направленности, способные оказать эффективное воздействие на снижение потребления населением спиртных напитков, а также алкогольной продукции сомнительного происхождения).

Руководитель Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю, Главный государственный санитарный врач по Алтайскому краю, д.м.н. И.П. САЛДАН



Переменка

Упражнения для родителей и школьников

«Перекрестные шаги»

Это упражнение развивает диафрагмальное дыхание, улучшает дыхательный процесс, расслабляет центральную нервную систему, способствует гибкости и точности выполняемых движений, помогает снять избыточное возбуждение и успокоиться. Также оно улучшает навыки чтения, способствует связной эмоционально окрашенной речи. Правильное выполнение упражнения поможет снять боль в пояснице и подтянуть мышцы живота. Его рекомендуется выполнять перед ответственными работами или в ситуации напряжения.

Для начала мысленно провести линию от лба к носу, подбородку и ниже - она разделяет тело на правую и левую половины. Движения, пересекающие эту линию, интегрируют работу полушарий мозга.

Локтем левой руки потянуться к колену правой ноги. Легко касаясь, соединить локоть и колено.

Это же движение повторить правой рукой и левой ногой. Выполнять стоя или сидя.

Соединить левую ногу и правую руку за спиной и наоборот. Повторить 4-8 раз.

«Перекрестные шаги» желательно делать в медленном темпе и чувствовать, как работают мышцы живота. Если этого ощущения нет, проследите: не низко ли опускается локоть, не слишком ли высоко поднимается колено, нет ли излишнего наклона в пояснице.

«Сова»

Упражнение объединяет все каналы восприятия: аудиальный, визуальный, кинестетический. Оно стимулирует внутреннюю речь и творческое мышление, благодаря чему улучшаются навыки чтения, слушания, письма, речи, повышается внимание, улучшается память. «Уханье» снимает челюстные зажимы, что делает речь более связной, напряжение в районе шеи, улучшает приток крови к головному мозгу. Это упражнение особенно полезно после длительного письма, работы с компьютером, вождения машины. Выполняя движения, важно добиться, чтобы работало все тело.

Правая рука захватывает левую надостную мышцу (находится в горизонтальном углублении верхней части лопатки). Ладонь должна быть мягкой, как бы «приклеенной» к мышце.

Сжимать мышцу и медленно поворачивать голову слева направо. Доходя до крайней удобной точки, начать движение в обратную сторону. При этом губы сложить трубочкой и на выдохе произнести «ух». Шея слегка вытягивается, подбородок движется вперед, а глаза при каждом «уханье» округляются, как у совы. Обычно на один поворот головы приходится 5 звуков.

Все движения выполняются синхронно! Прodelать упражнение не менее 3 раз. Поменять руки и повторить, расслабляя правую надостную мышцу.



Как создать брак?



Артур Гилязович ШАМСУТДИНОВ,
специалист
по социальной работе;



Светлана Валерьевна ЧЕРНОДАРОВА,
психолог

- КГБУСО «Краевой кризисный центр для женщин»

Создание семьи - прерогатива каждого человека, но на этом пути иногда возникают непредвиденные трудности, с которыми нам сложно справиться самостоятельно. Эту статью мы посвятим оказанию помощи в тех или иных проблемных жизненных ситуациях.

На протяжении всей жизни мы стремимся обеспечить свою семью всем необходимым, порою мы плохо информированы или не желаем обращаться за помощью к государству, стараемся самостоятельно решить вопросы по трудоустройству, жилищным, временным финансовым проблемам, и не всегда наши усилия приводят к желаемым результатам.

Чтобы создать счастливый брак, нужно, наверное, захотеть создать его! При этом совершенно необходимо желание обоих: как мужчины, так и женщины.

Хотелось бы перечислить некоторые признаки, характеризующие счастливый брак.

Например, **здоровое желание и стремление сделать свой собственный дом уютным**, как говорится, обустроить «семейное гнездышко», в котором можно укрыться от всех невзгод, таких, как экономический кризис в стране, «доброжелательные» соседи, проблемы с родственниками, на работе, в учебе и т.д. И, наверное, самое волшебное, чего можно ожидать в твоём собственноручно созданном «гнездышке», - это **поддержка твоей второй половинки**. Например, идешь домой после какой-то неудачи и думаешь, как об этом объявить дома и, набравшись последних сил, рассказываешь о случившемся, а в ответ слышишь: «Ну, значит еще не время, попробуешь, когда будешь готова, еще раз». И поддержка обязательно должна быть взаимной.

Произнося тост на свадьбах, психологи всегда желают **обрести семье побольше хороших традиций**. Очень важно, чтобы они объединяли всех домочадцев и чем-то выделяли двоих как пару, ведь именно традиции вручают во вре-

мена разладов. В таком случае ваша семья становится уникальной, а ваш дом - центром притяжения для ваших близких.

Здоровое слияние - когда говорят о себе как о семье, «МЫ», но в то же время не теряют и собственного «Я». Однако зачастую слияние может стать источником различных семейных сложностей. Если в слиянии участвует только один из супругов, он (-а) следует за вторым куда угодно, в каком угодно направлении как замороженный, то другой нередко направляется в другую сторону, так как у него уже появились интересы вне отношений с партнером, а первый еще к этому не готов. Но даже если это слияние обоюдное, нередко партнеры рискуют элементарно заскучать: из интимных отношений уходят азарт, новизна, острота ощущений. Поэтому в семейной жизни очень важно, чтобы каждый из партнеров сохранил свою индивидуальность. В семьях, в которых «МЫ» не доминирует над «Я», не бывает ультиматумов: таких, как, например, «выбирай: или я, или ... (рыбалка, друзья, твоя мама или работа)».

Помимо семейных обязанностей и общих ценностей, **каждому из супругов нужно иметь свои собственные интересы**, но при этом у них не дол-



жно возникать раздражения по поводу интересов супруга и ощущения, что рыбалка или работа им дороже семьи. И, конечно же, об этом важно говорить с партнером и прояснять все неясное между вами по этому поводу.

Еще немаловажным признаком счастливого брака являются **общие ценности**. Как относятся оба супруга к появлению детей. Как относится мужчина к карьерному росту женщины или же он убежден, что место женщины дома на кухне. Разные взгляды и ценности могут стать почвой для конфликтных ситуаций. Ведь для счастливой семьи очень важно, чтобы супруги совпадали в этическом плане и в целом жили по шкале единых ценностей. Есть мнение, что наиболее удачные союзы - те, которые сложились из похожих семей.

После празднования свадьбы требуются осознанность, умение идти на компромиссы, умение разговаривать, обустройство уюта, обоюдная поддержка, общие ценности, традиции, здоровое слияние индивидуальностей, и, мы думаем, каждый добавил бы еще что-то из собственного опыта. И это тоже было бы правильным, так как подходило бы именно его семейному счастью, - ведь все очень индивидуально!

Одним из учреждений, оказывающих семьям помощь в решении семейных проблем, является краевой кризисный центр для женщин. Здесь можно получить очное индивидуальное и семейное консультирование по юридическим, психологическим и социальным вопросам, найти временный приют для беременных женщин и женщин с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, посетить тренинги и группы развития ответственного материнства (для детей до трех лет и их родителей). Экстренную психологическую помощь можно получить по «кризисной линии для женщин» по тел.34-28-26.

Возможно, мы рекомендуем вам не оставаться наедине со своими семейными проблемами, в конце концов, наше семейное благополучие не всегда бывает к нам терпеливо. ☺

«Снежный десант - 2014»

На территории Алтайского края Межрегиональная патриотическая акция «Снежный десант - 2014» прошла с 31 января по 9 февраля 2014 года.

В ее программу традиционно вошли: лыжные переходы через населенные пункты края; профориентационные встречи с учащимися школ и средних специальных учебных заведений; тематические лекции по здоровому образу жизни, правовой грамотности и политической активности молодых людей; социально значимые трудовые десанты; спортивные состязания с сельской молодежью; культурно-массовые мероприятия.



В рамках подготовки к проведению акции были организованы лекции для студентов по здоровому образу жизни, на которых рассматривались наиболее актуальные проблемы среди современной молодежи.

В акции приняли участие 19 отрядов, это - 437 студентов и аспирантов Алтайского края, а также в отряды вошли студенты Томской, Омской, Кемеровской, Свердловской, Новосибирской, Московской областей, Пермского края и Республики Казахстан.

За 10 дней проведения акции отрядами были охвачены 20 районов края - около 160 сел, осуществлены 14 лыжных переходов. Участники акции оказали помощь не только ветеранам ВОВ и пенсионерам, а также и на 144 социально значимых объектах. Были организованы профориентационные встречи с учащимися, прочитаны лекции по различным направлениям (здоровый образ жизни, политическая грамотность, антиСПИД, о вреде алкоголя и табакокурения, молодежная политика). Участники акции провели мастер-классы по прикладному творчеству, организовали концерты и дискотеки для местного населения.

Второй год подряд в ходе акции «Снежный десант» по инициативе АРООО «Молодежный союз юристов РФ» (председатель - О.П. Быков) населению районов края оказывалась бесплатная юридическая помощь при участии студентов юридических факультетов вузов, включенных в состав бойцов патриотической акции.

Впервые в рамках Межрегиональной патриотической акции «Снежный десант» в 2014 году работал автопоезд «Здоровье», сформированный в рамках Губернаторской программы. Специально созданные пять мобильных медбригад более чем из 40 специалистов (кардиологи, офтальмологи, онкологи, неврологи, врачи УЗИ, ЛОР, гинекологи, эндокринологи, врачи детского и взрослого центров здоровья) проводили медосмотры жителей из сел Шелаболихинского, Залесовского, Ребрихинского, Волчихинского, Михайловского, Романовского, Завьяловского, Рубцовского, Угловского районов.

Отряды - участники акции отмечены благодарственными письмами и почетными грамотами. ☺

Алина СИДОРОВА, пресс-секретарь КГБУ «Алтайский краевой штаб студенческих отрядов»



Р.С. Редакция журнала «Здоровье алтайской семьи» передала Российскому отделению Детского фонда для «Снежного десанта - 2014» около 1000 экземпляров издания, в том числе и тематические выпуски «Алкоголь - вкрадчивый враг», «Алтайский край - без табака!».





БЫТЬ ПОМОЩНИКОМ ВРАЧА

В ноябре на базе КГБОУ СПО «Барнаульский базовый медицинский колледж» состоялся заключительный очный этап профессионального смотря-конкурса «Лучший специалист со средним медицинским образованием - 2013». Инициатором этого конкурса стало Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности.

Конкурс прошел по семи номинациям: «Лучшая медицинская сестра», «Лучшая участковая медицинская сестра», «Лучшая старшая медицинская сестра», «Лучшая главная медицинская сестра», «Лучший фельдшер», «Лучшая акушерка», «Лучший лаборант».

Проведению заключительного этапа конкурса предшествовала серьезная работа по отбору финалистов. Представленные на конкурс творческие работы оценивались по многим критериям. Это, прежде всего, - умение анализировать свою профессиональную деятельность, оценивать эффективность своей работы. Учитывался также профессиональный рост, владение смежными специальностями, формы и результаты наставничества, проводимая профилактическая работа и многое другое. В каждой номинации по количеству набранных баллов определялись три финалиста, которые на заключительном этапе представляли свою работу в виде презентации.

Все конкурсанты показали отличное владение не только профессиональными умениями, но и информационными технологиями, продемонстрировали творческий подход к представлению материала, раскрыли свои личные качества. Эти хрупкие женщины при огромной профессиональной и психологической нагрузке находят время для занятий спортом, вышивают, пишут стихи, растят детей, участвуют в конкурсах.

Коллектив КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» представляли трое участников: главная медицинская сестра Н.И. ЗЫРЯНОВА, участковая медицинская сестра Е.Б. СКРИПКИНА, медицинская сестра клинической лаборатории О.Г. ТАЛАНЦЕВА. И все стали победителями!



О конкурсе и о профессии наш разговор с Н.И. Зыряновой.

- Наталья Ивановна, сколько лет вы работаете медицинской сестрой?

- Общий мой профессиональный стаж - 19 лет. Начала работать акушеркой в Алтайском краевом перинатальном центре. За год ра-

боты получила такую практику! Увидела все. Поняла, насколько важно, чтобы рядом с доктором всегда был помощник, который бы по взгляду, по жесту понимал, что необходимо сделать.

В наших стенах - в Диагностическом центре - 99,9% врачей работают на приемах непосредственно с медицинскими сестрами. Труд медицинской сестры - та необходимая часть медицины, которая заметно определяет качество и результативность лечения. Это тот человек, который гарантирует правильное выполнение назначений врача, внимательное отношение к пациенту. Психологи говорят: если врач улыбнулся, сестра правильно сделала инъекцию, то на 50% человек уже здоров. Роль медсестры не умаляется развитием современных технологий, наоборот - растут требования к ее профессиональному уровню, значит, более образованные и подготовленные медсестры должны работать в наших больницах. Не случайно в 2004 году было принято решение об открытии высшего сестринского образования (ВСО) в Алтайском государственном медицинском университете.

Две ступени образования - в медицинском колледже и в медицинском университете - дополняют друг друга. Высшее образование учит ориентироваться в потоке информации, уметь находить нужную. Медицинский колледж дает хорошую практическую базу. Причем, выпускники колледжа знают и понимают не только врачебные термины, но и этиологию заболевания, основы лечения. Растущую роль медсестры подтверждает и тот факт, что все реже на представительных мероприятиях говорят о среднем медицинском персонале, чаще - о помощниках врача.

- Верно утверждение о том, что вашу профессию можно осваивать всю жизнь?



- Конечно. Медицина стремительно развивается. И если раньше медицинские сестры проходили специализацию раз в пять лет, то сейчас это необходимо делать каждые три года. Появляются новые, современные технологии диагностики заболеваний и их лечения, это требует соответствующей подготовки. В крае на базе Барнаульского медицинского колледжа каждый квартал проходят блоками семинары, как для главных медицинских сестер, так и акушерок медицинских сестер по узким специальностям и т.д. Проводятся также конференции внутри медицинских учреждений. Имидж профессии и учреждения, качество работы - это здоровье наших пациентов.

- Есть особенности работы медицинской сестры в Диагностическом центре?

- Конечно. Во-первых, это большой объем работы. Ежедневно на прием к специалистам, например, в клиническую лабораторию приходят сотни людей, и все они должны получить квалифицированную помощь. Во-вторых, у нас нет текучести кадров, хотя не секрет, что зарплата у медицинских сестер не самая большая. По этой причине после окончания обучения уходят из профессии медсестры и врачи. При таких объективных факторах штат Диагностического центра сформирован, выработаны и реализуются принципы кадровой политики. Мы не боимся брать на работу молодых специалистов и обучать их так, как надо нам. Человек вливается в нашу структуру, принимает сложившиеся правила работы. Развит корпоративная этика. Посмотрите, если в коридоре Диагностического центра человек не может найти кабинет или лицо иные затруднения, проходящий мимо медработник обязательно выяснит в чем дело и подскажет решение. В штатной поликлинике не всегда это встретишь.

Диагностический центр - многопрофильное учреждение. Работают взрослое и детское отделение,

ведут прием ведущие специалисты, краевая профессура. Для оптимального режима работы в Центре реализуется принцип взаимозаменяемости медицинских сестер. Становится нормой наличие у одного сотрудника двух сертификатов по разным специальностям. Бывает и так, что ко мне обращается медсестра: свой участок работы знаю досконально, а хотелось бы освоить что-нибудь новенькое. И мы обязательно находим приемлемый вариант.

Заслуживают восхищения медсестры процедурного кабинета: настолько они оперативно работают! Это достигается благодаря правильной организации рабочего места, максимального использования разовых расходных материалов. Мы работаем на качество и пациента - таково наше правило. Это возможно благодаря любви к тому делу, которому служим. Много медицинских сестер имеют различное высшее образование, но работают все равно в медицине по простой причине: получив образование, они не смогли уйти из профессии. Конечно, образование помогает в плане клиентоориентированности, общения с пациентами. По моим наблюдениям, пациенты очень любят этих медицинских сестер за их профессиональные качества.

- Ваши впечатления о прошедшем профессиональном конкурсе?

- Он проходил впервые, поэтому многие организационные вопросы решались в ходе конкурса. На мой взгляд, следует добавить номинации. Участвовать в конкурсе мне, как руководителю, было непросто, учитывая особую значимость нашего Диагностического центра в системе здравоохранения края. Достаточно сказать, что наша клиническая лаборатория - самая большая в крае, и вся работа здесь выполняется на хорошем клиническом уровне. Наши победы доказывают, что к конкурсу мы подошли профессионально, в нем участвовала медицинская сестра и фельдшер-лаборант.



О.Г. Таланцева

- Чем запомнился конкурс - дополнительным волнением? Чем-то еще?

- Конкурс потребовал хорошей подготовительной работы, позволил проверить свои профессиональные качества. В последнее время приказы меняются молниеносно. «Нырять» в работу, нередко спросить не у кого. Считаю своим важным профессиональным качеством стремление и умение задавать вопросы, касающиеся любой сферы деятельности. Пока не узнаю ответ, я не успокоюсь. Это важно, поскольку за мной стоит коллектив. Конкурс для меня стал поводом для сбора всех документов, касающихся профессиональной деятельности, что называется, в одну папку. Честно удивилась, что сделано было немало.

- Значит, такое подведение итога оказалось важным?

- Да. Есть и такой итог конкурса. Медсестры мало говорят на публику. Обычно знаешь аудиторию, перед которой предстоит выступать. А на конкурсе была иная ситуация. Это другой уровень, дополнительная практика. И она важна для каждого участника!

- Расскажите о других участниках конкурса, ваших коллегах.

- Ольга Геннадьевна Таланцева представляла коллектив



лаборатории. У нее большой стаж работы - с основания Диагностического центра. Лаборатория по-хожа на отдельный дом: здесь меньше видят пациентов, работают с материалом, используют дорогостоящее оборудование, требующее серьезной подготовки, знаний. В лаборатории выполняется огромный перечень анализов. Я не сомневалась в победе Ольги Геннадьевны, хорошо зная ее личные качества, заслуживающие уважения. И Ольга Геннадьевна заняла второе призовое место.

Елизавета Борисовна Скрипкина работает в Диагностическом центре пять лет. Не надо специально искать людей, которые особенно тянутся к знаниям, их видно сразу. Елизавета Борисовна стремится к личностному и профессиональному росту - это всегда было для меня очевидно. Она тщательно готовилась ко всем этапам конкурса. В результате стала лучшей участковой медицинской сестрой и заняла первое призовое место.

Не смогла без медицины

Елизавета Скрипкина:

- Работаю в детском отделении с 2008 года, вела прием с Татьяной Эргартовной Шульц. В 2011 году ее признали лучшим неврологом России, сейчас она перешла на руководящую работу. Я осталась здесь, и приняла эстафету побед от Татьяны Эргартовны - стала лучшей участковой медсестрой 2013 года.

Считаю, что такие конкурсы необходимы для мотивации нашей деятельности. Выбранная мною профессия тяжела по-своему. Мы буквально правые и левые руки врачей - это не преувеличение.

Конкурс проходил в три этапа. Первый на уровне учреждения - выдвижение кандидатуры. Второй этап - конкурсная работа. Третий - презентация. Срок для подготовки был ограничен, но справилась, стала лучшей из участковых медсестер.

Так сложилось, что первый свой опыт медицинской сестрой получила в стационаре. Финансовые проблемы существовали и в те времена, понимала, что зарплата небольшая. Решила поспорить с судьбой: заочно получила педагогическое образование. Однако уйти из медицины не смогла. Не смогла без белого халата и пациентов. Если побываешь в этой атмосфере, увидишь лица пациентов, сможешь им помочь, то отказаться от этого уже не сможешь. ☺



КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГБУЗ «Диагностический
центр Алтайского края»:

(3852) 36-47-16 - справочная,

26-17-60, 26-17-76 - регистратура.

Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а

Социальная реклама

О пользе претензий

В сознании большинства из нас претензия - это повод как минимум для обиды. Любую претензию в свой адрес мы воспринимаем как негатив, а когда сами вынуждены высказать претензию, делаем это так неумело и неуклюже, что все действительно может закончиться конфликтом.

А между тем претензия - вещь, несомненно, полезная, и важно правильно с ней обращаться. Можно ли высказать и выслушать претензию так, чтобы не испортить, а улучшить отношения? И как это сделать с пользой для себя?

Стерпится - слюбится?

Во-первых, в нашей культуре вообще не принято прямо высказывать недовольство. Мы скорее готовы обсуждать оппонента «за глаза» с человеком, к которому это не имеет непосредственного отношения, обсуждать порой жестко, беспелляционно, не стесняясь в выражениях. Потом наше высказывание, конечно, доходит до адресата, но уже в искаженном виде.

Во-вторых, когда мы раздражены или чем-то недовольны, когда внутри у нас все кипит, в этот котел попадают действия «провинившегося», наши представления о его личностных качествах, наши ожидания и разочарования. Мы начинаем оценивать другого комплексно, тотально, не разделяя личность и конкретный поступок. А когда нет никакой конкретики, нет конструктива, только выброс эмоций - мы ни на сантиметр не приближаемся к решению проблемы.

В-третьих, мы не хотим прямо заявлять свое недовольство, потому что думаем о себе: как мы выйдем в глазах окружающих, какие последствия могут иметь наши слова, не испортим ли мы отношений и т.д. Поэтому, даже отважившись сделать замечание, высказать конкретную претензию по конкретному поступку, мы часто тут же «сдаем назад» или уходим в сторону и начинаем спорить по вопросам, которые напрямую дела не касаются. Так мы пытаемся перенести накопленные эмоции с одной ситуации на другую - где нам не надо предпринимать никаких конкретных действий.

Как высказать негатив

Как бы нам не хотелось увильнуть или отмолчаться, рано или поздно все равно придется высказать претензию. Но как это сделать тактично и





Торжественная встреча Губернатора Алтайского края с женским активом, посвященная Международному женскому дню и открытию Международного года семьи на Алтае



6 марта 2014 года



Торжественная встреча

Губернатора Алтайского края с женским активом,
посвященная Международному женскому дню
и открытию Международного года семьи на Алтае



6 марта 2014 года