

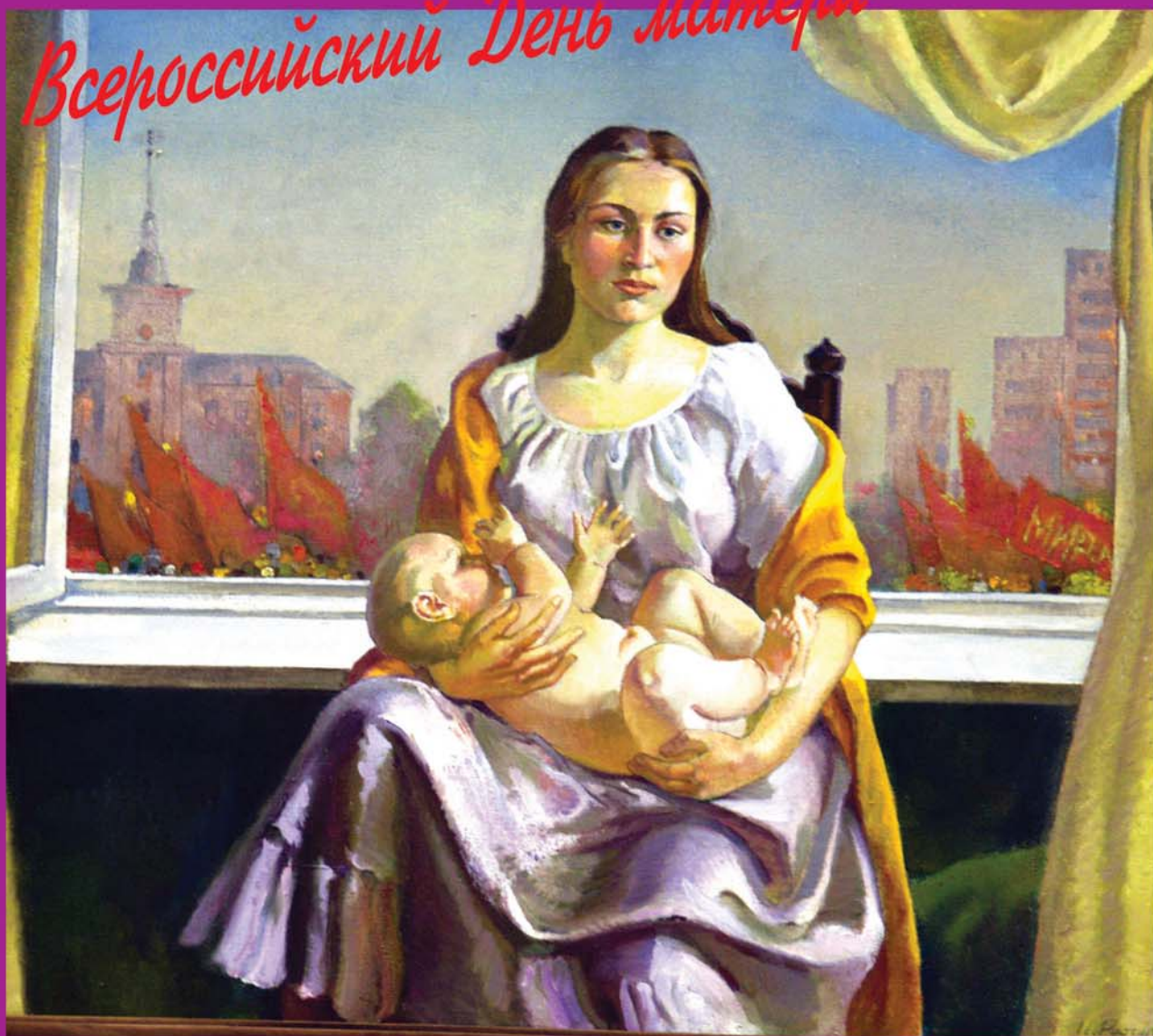
КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

Всероссийский День матери



№ 1 1 (2 3) Н О Я Б Р Ь 2 0 0 4

Чтобы не оборвалась нить жизни...



Если вступить на путь познания истинной истории, дошедшей до нас в зашифрованном виде, то мы найдем доказательство того, что древний человек, создавая концепцию мира, вел происхождение его от Великой Праматери всего сущего. Древние люди свято верили, что именно Великая Богиня породила Вселенную. Уже гораздо позже ее функции разделил супруг, а затем возникла первая женская троица - три возраста Богини: дева, рождающая мать и старуха. И в Древней Руси именно Женщина-Мать занимала самое высокое положение. Для оттенка торжественности и по сей день говорят: Матерь Божья, Мать-Земля. Наши далекие предки, видя, что жизнь рождается из женщины, логически представляли Вселенную в

виде Матери, из чьего лона является любая жизнь.

Вот и сегодня, с некоторым волнением, ничего не предугадывая и не приурочивая, обнаружила, что пишу эти слова в день Покрова Богородицы. История знает массу случаев покровительства и заступничества Божьей Матери как отдельным людям, так и всему народу в целом. Не случайно и то, что именно в России был учрежден этот праздник. Через чудотворные иконы и храмы Пречистая Божья Матерь являет людям в России свое покровительство, свой Покров над нею. Вот почему наше Отечество и дерзало себя называть «Домом Пресвятой Богородицы». Вот поэтому у нас, у россиян, и сложилось отношение к своей Родине как к Матери-Земле, Матушке-Руси.



А много ли вообще у нас осталось праздников в календаре, в жизни семьи, общества, государства, которые прославляли бы женщину-мать, Матерь Божью? Одни уже забылись новыми поколениями, другие еще не прижились, третьих еще не придумали... А жаль, ибо праздники нужны Человеку, особенно если они связаны с ним с рождения, с молоком матери и до самой кончины, когда он уходит в Мать-Сыру Землю. Образ матери, имя матери, слово матери – все это первородно, сущностно, необходимо, чтобы не только родиться, но и стать Че-ло-ве-ком!!!



Надежда РЕМНЕВА,

председатель Общественной женской палаты края, председатель краевого отделения Союза женщин России, координатор женского движения по СФО; член редакционного Совета журнала «Здоровье алтайской семьи»

Учредитель -
ООО "Издательство
"ВН - Добрый день"
г. Новоалтайск,
ул.Обская, 3. Тел. (232) 2-11-19.

ВНИМАНИЕ!

Адрес редакции:
г.Барнаул,
пр.Комсомольский, 118,
1 этаж.
Тел. редакции - (3852) 66-96-20
Тел. приемной - (3852) 24-06-24

E-mail: nebolen@mail.ru

Главный редактор -
Ирина Козлова
тел. (3852) 24-12-87

Ответственный редактор -
Мария Юртайкина
Выпускающий редактор -
Алексей Пшеничный
Корректор -
Валентина Крашенинникова
Отдел рекламы - т. 66-96-20
Татьяна Веснина
Компьютерный дизайн и верстка
Алексей Пшеничный

Подписано в печать
29.10.2004г. Печать офсетная.
Тираж - 5000 экз.
Цена свободная.

Свидетельство о регистрации СМИ № ПИ-12-1644 от 04.02.2003г., выданное Сибирским окружным межрегиональным территориальным управлением Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Все товары и услуги подлежат обязательной сертификации.

Материалы, помеченные знаком ■, размещаются на правах рекламы, точка зрения авторов может не совпадать с мнением редакции.

Отпечатано в типографии
ОАО «Алтайский полиграфический комбинат»,
г.Барнаул, ул. Титова, 3.

Подписаться на журнал
вы можете во всех отделах
связи или через
представителей журнала в
городах и районах края.

**ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС -
73618**

Содержание

День Матери. Чтобы не обрывалась нить жизни...	2-3
Вакцинация детей с нарушенным состоянием здоровья	4-5
Обследование беременных с высоким инфекционным риском в условиях Диагностического центра Алтайского края	6-7
«Мы не Ивановы, не помнящие родства»	8
Приятного аппетита	9
Жизнь с новым тазобедренным суставом	10-11
МИР И МЕДИЦИНА	12
О проблемах профессиональных заболеваний	13-14
БРОНХИТ-ШКОЛА. Табакокурение или здоровье?	15-17
Любители пиццы, бекона и хот-догов рискуют заболеть сахарным диабетом второго типа	18
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.	19-22
ШКОЛА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ. Все о кальции	23-24
Настоящий мужчина: какой он?	25
ДЕТСКАЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ. Забывчивость	26-27
Чай-настоящая кладовая и чудо природы	28
РАДИОТЕРМОМЕТРИЯ - НОВЫЙ МЕТОД диагностики заболеваний молочных желез	29
РОДИТЕЛЬСКАЯ ПРАКТИКА. Особенности детского массажа	30-31
Пусть всегда будет грудь красивой!	32
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Как составить полезную диету	33-34
Еда и лекарства	35
Особенности эндокринной системы у подростков	36
Банк для всей семьи. Изменим жизнь к лучшему!	37
Представляем новый социальный проект журнала: «Верим в себя!»	38-39
Партнер журнала - Муниципальное учреждение здравоохранения «Алейская центральная районная больница»	40

Внимание! Приступили к работе представители журнала:
в Завьяловском районе - с.Завьялово, Завьяловская ЦРБ, тел.2-27-72 (представитель - Карманова Ирина Юрьевна);
в Благовещенском районе - с.Благовещенка, Благовещенская ЦРБ, тел. 22-7-87 (представитель - Чупина Светлана Васильевна);
в Поспелихинском районе - с.Поспелиха, Поспелихинская ЦРБ, тел.21-6-58 (представитель - Палочкина Елена Игоревна);
в Бийском районе - Бийская ЦРБ, тел.38-14-84 (представитель - Овсянникова Нина Владимировна);
в Зональном районе - с.Зональное, Зональная ЦРБ, тел.22-1-31 (представитель - Рыкова Лариса Александровна); тел.22-5-87 (представитель - Гуляева Валентина Петровна);
в городе Рубцовске - г. Рубцовск, ул. Ленина, 13а (Горбольница №3), тел. 3-38-95 (представитель - Царева Татьяна Васильевна)

Чтобы не обрывалась нить жизни...

Светлой памяти матери моей Марии посвящается...

День Матери в России, который отмечается в последнее воскресенье ноября вот уже в седьмой раз, является не только и не столько праздником, сколько Днем смотра положения женщины-матери в нашей стране. Он является тем Днем, когда просыпается наша память обо всех матерях Земли, когда любовь женщины-матери к детям возвышается до ранга государственной политики, когда все вокруг обнаруживают, что «все - от матери на свете», что мать была, есть и будет связующим звеном в непрерывном потоке сменяющихся друг друга поколений, источником любви, заботы, тепла и сердечной доброты. Но не только это осознание несет нам День Матери, а еще и то, что в наше непростое время на матерей возлагается особая ответственность за судьбы своих детей, семьи, всего Отечества, за все происходящее ныне и за будущее. Вот он каков, День Матери!

Наш край стал отмечать этот праздник даже на целый год раньше, чем в России появился Указ Президента РФ. В реализуемой в крае семейной политике последние почти 10 лет приоритетными были именно ценности материнства, семьи, детства, а в последнее время – и отцовства. У нас успели за это время сложиться неплохие традиции по проведению Дня Матери. Четвертый год идет по Алтаю Всероссийская эстафета материнского подвига. Тысячи матерей края принимают в ней осознанное участие. И, конечно же, на материнском слете «Матери Алтая – за достойную жизнь наших детей» будут подведены итоги краевой Эстафеты материнского подвига за 2004 год.

День Матери - это не только государственный общественный праздник, это, хотелось бы надеяться, - **праздник каждой семьи, это, если еще точнее, праздник в каждой Душе и каждом Сердце.** Ведь у каждого из нас была или есть мать, мама, и для каждого из нас имя матери, образ матери, свет материнства – это главные ценности, это первоценности. Но

и сама Мать должна чувствовать, знать свою первоценность! **Сначала в семье, затем в школе, где даже впереди других предметов должно идти обучение быть Ее Величеством Матерью, Богиней, Берегиней...**

Но все начинается из семьи, а потом уже дополняется обществом и государством. У нас пока отсутствует должная государственная политика, обеспечивающая заботу о девочке-подростке, о ее здоровье, о будущей матери. Но согласитесь, что без сохранения этого главного национального богатства все остальное – политика, экономика, культура, всё-всё – становится через определенное время бессмысленным... **Нет здоровой матери, а без нее нет будущего, прерывается нить жизни...** Кто-то подарил миру очень мудрую мысль, что «в жизни каждого народа есть всего лишь три ценности: хлеб, чтобы сыты и здоровы были люди, книга, чтобы не прерывалась связь времен, и женщина-Мать, чтобы не обрывалась нить жизни...».

Хочется, чтобы День Матери был еще и днем **проверки на силу, мудрость, благородство, ответственность у всех мужчин:** дедов, отцов, мужей, сыновей, ибо от их роли в семье, в обществе, в государстве зависит та вторая половина жизни, без которой нет ни устойчивого равновесия, ни радости, ни детей. **День Матери** позволяет оглянуться в прошлое, подумать о будущем. В прошлом – наши бабушки, мамы, в будущем – наши внуки, правнуки, а связывает их опять же женщина-мать, которая неустанно «прядет нить жизни».

Вот и мне сегодня в День Покрова Пресвятой Богородицы вспоминалась моя набожная бабушка **Федора Степановна**, потомственная казачка, грамоте хорошо обученная: умела и читать, и писать, знала старославянский и все молитвы. А еще от природы была наделена даром целительницы, лечила всех: взрослых, но особенно детей. К ней их вели, несли... И помогала им ее молитва, ее заговор, ее «выливание испуга» и всякие прочие народные приемы. В суровые 20-е годы прошлого века, когда началось рассказывание, бежала она ночью из

родной казачьей станицы Ново-Никольская, что в Северном Казахстане, на Алтай, забрав с собой детей. Всех пятерых спасла, привезла туда, где казаки обитали, в село Чесноковку (рядом с ней казачья крепость – Белоярск). Мужа своего, казака Петра Ксенофонтовича, все-таки дождалась, он долго в лесах укрывался. Как ни трудно было, детей подняли на ноги, младшим двум дочерям высшее образование дали. А оба сына воевали на фронте, живые вернулись с войны, семьями обзавелись. Вот так к пятерым детям добавились еще снохи, зятя - уже десять человек стало, а потом девять внуков, потом 14 правнуков...

Бабушка наша жила долго - 92 года, помнила не только всех по имени, отчеству, но и все наши дни рождения. Каждому из детей к этим праздникам вручала несколько рублей на гостинец от нее. Каждое утро, несмотря на возраст и болезни, поднималась, молилась, топила печь, надевала чистый передник, чистый платок, пила чай, читала газеты и ждала внучку, с которой жила в последнее время, чтобы пересказать ей все новости страны и мира, почерпнутые из газет.

Как сейчас вижу ее одухотворенное, как на иконе, лицо, крест на шее и вервочку с ключом от сундука, где хранилось припасенное, как она говорила, «смертное». Все самое доброе, самое светлое, чистое и радостное связано в детстве было с бабушкиным подворьем, с ее традиционными пирогами с рыбой, с ее неумным желанием всем помогать, всем управлять, всему давать лад. Это



Бабушка Федора Степановна с тремя дочерьми

она, я уверена, передала нам, последующим девочкам в роду, свою «закваску», свой талант помогать и сострадать людям, врачевать тело и душу. И прежде всего, **своей старшей дочери, Мане, Марии, которая и стала моей мамой.**

Как старшей из дочерей, маме моей выпала доля побираться для всей семьи, когда прибежали, спасаясь от расказачивания, в Чесноковку; ходить на босу ногу в калошах на учебу, но так и не доучиться; потом очень рано выйти замуж, чтобы было полегче остальным. Но вышла замуж мама по любви, по уважению к человеку, моему отцу, который был старше ее на семь лет, имел по тем временам приличную должность, ее он тоже любил, но по своему - очень сдержанно, очень строго. **И моя мать продолжила «прясть нить жизни», родила двух дочерей: одну - накануне войны, вторую - в год Победы.**



Мама Мария с дочерьми Надеждой и Людмилой

Ничего не боялись наши мамы, они свято верили, что жизнь, несмотря ни на что, надо продолжать в детях! Это такие, как моя мама, спасали ленинградских блокадников от голода, когда были они привезены к нам, на Алтай. Родители нередко делились с ними всем, что имели. Мама поддерживала и сирот, но никогда этим не хвалилась.

Только в час прощания с нею, уже на кладбище, соседи, с которыми она жизнь рядом прожила в Чесноковке, говорили о ней такие слова. Спасибо им, что сказали, что помнили, теперь будем знать и помнить мы, ее дочери, внуки и правнучки. Помнить и делать так же, как она.

А когда мы с сестрой подросли, она так же щедро кормила, чем могла, всех наших друзей и подруг. Сейчас особенно хочется это вспомнить, потому что уходят в последнее время из нашей жизни эти «коммунарские» человеческие отношения, бескорыстные и тем более «нерыночные». Кажется, что не было такого дела, которые бы не могла сделать моя мама. Она и жала, и стирала, и косила, и варила, и стряпала, и вышивала, и ткала дорожки, ковры, она делала все, чтобы все у нас было «не хуже, чем у людей». Так она любила говорить. Но особенно ей удавалась стряпня... Казалось бы, совсем в

доме пусто, а утром к нашему подъему - пироги уже на столе!

Более четверти века мама отработала санитаркой в новоалтайской больнице, в самом главном, как она считала, отделении, где лечили женщин. Она их всех любила, жалела, а они ей платили тем же, а еще доверяли свои проблемы, тайны, свои болезни. А как мама врачей боготворила, считала, что это самая главная профессия на Земле! В нашем доме, семье был культ Врача. Таких людей как Леонид Яковлевич Литвиненко, главный врач в то время новоалтайской горбольницы, как Таисья Васильевна Мамочкина, заведующая гинекологическим отделением, - мы считали просто «небожителями». Так и представляли: на первой «ступеньке» для мамы был Бог, а на второй - уже они, ее любимые врачи! Не став сама когда-то врачом, она через всю жизнь пронесла чувство глубочайшего уважения, поклонение и признательность к врачам вообще, а к тем, кого знала - еще и искренней любви. Она очень хотела, чтобы ее девочки стали врачами. Но, увы, мы стали педагогами.

Поражал запас маминих жизненных сил, ее жизнелюбие, ее преданность семье, мужу, детям, родителям, родне! Только представить, что, отработав весь день санитаркой, убрав 10 палат, вытопив 10 печей, прийти домой, «управиться» со скотиной, все убрать, сварить, вечером еще шить или ткать, или... А летом, взяв косу, идти после работы вместе с отцом на луг косить сено для коровы. И при этой постоянной нелегкой работе в ней всегда жило неугасимое желание, чтобы «все было как у людей», чтобы не хуже был ее дом, ее стол, а главное - ее «девчонки», ее дочери.

Уже более пяти лет нет нашей мамочки, а образ ее не только не меркнет, напротив, все чаще замечаешь в себе ее черты, порой смех, как у мамы, порой заплачу, как она, то в повороте головы своей вижу и узнаю ее. А еще проснулась любовь к земле, как у нее, к цветам, только нет такого мастерства в работе на земле, как у мамы. Она, бывало, со своими пяти соток кормила всех нас, а цветами могла одарить всех желающих!

В канун Дня Матери, как живой, шепчу тебе, моя милая, ласковые слова, которые не умела говорить при твоей жизни, молюсь на твой портрет, хотя не научилась у тебя молитвам, и благодарю тебя, родная моя, за все-все, что получила от тебя. За жизнь, за крепкое здоровье, за ту «казачью закваску», которая через тебя передалась мне от бабушки Федоры, за жизнестойкость, **за дочку свою Ольгу, за нее - особенно.** Это твоя порода, она выполнила твоё желание - стала врачом акушером-гинекологом, она, как и ты, любит женщин и детей, она умеет им помогать, а главное - помогать.



Внучки Марии Оля и Лена.

Спасибо тебе, что всегда учила нас добру и трудолюбию. Сбылась твоя главная мечта: твои «девчонки», дочери твои, не стали «хуже людей», они несут по жизни твои качества. Старшая дочь уже более 40 лет учит детей, старшая внучка помогает детям появляться на свет, а старшая правнучка, тоже твоё продолжение, поступила учиться в мединститут. Как видим, не прерывается нить жизни...

Патриархат длится на Земле всего пять тысячелетий. Достижения этой социальной организации в области технического прогресса и военных наук очевидны, но какой ценой! Разрушена гармония связи человека и природы, само существование человечества на планете - под вопросом. Но есть спасение - человечество не совсем утратило связь с неолитическим прошлым и культурами Великой Матери.

Вступив в третье тысячелетие, мы особенно остро понимаем, что именно духовные и материальные основы культуры, передаваемые из поколения в поколение, прежде всего матерями, стойко формулируют наше сознание, цементируют семью и Общество.

Хочется поздравить каждую мать Алтая с нашим праздником и всех детей, потому что у них есть Мамы. И вслед за этим воскликнуть: «Люди! Берегите своих матерей! Настоящая мать человеку дается однажды!».

Надежда Ремнева



Внучка Марии Ольга и правнучка Ксения

ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ с нарушенным состоянием здоровья

Наш собеседник - **Галина Владимировна Кагирова,**
доктор медицинских наук,
главный педиатр комитета по здравоохранению
администрации Алтайского края



Вакцинация детей с анемией

Детей с анемией следует рассматривать как группу риска по формированию низкого иммунного ответа, требующих особой тактики при подготовке и проведении вакцинации.

У детей с анемией назначение препаратов железа и комплекса витаминов А, Е, С в качестве традиционной подготовки к вакцинации в течение месяца не обеспечивает полной защиты от острых инфекционных заболеваний.

При низком уровне гемоглобина в периферической крови и признаках функциональных нарушений иммунной системы таким детям целесообразно в предвакцинальный период сочетать препараты полиоксидоний или рибомунил с препаратами железа.

Подобная комбинация лекарственных средств оказывает выраженный терапевтический эффект и способствует выработке антител к дифтерийному анатоксину и коревой вакцине у всех детей с анемией на протективном уровне.

Индивидуальная тактика вакцинации детей с анемией является основой для формирования популяционного иммунитета против всех инфекций, управляемых средствами вакцинопрофилактики.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Вакцинация детей с анемией отечественными иммунобиологическими препаратами не сопровождается необычными поствакцинальными реакциями и осложнениями. Включение в предвакцинальном периоде в комплексное лечение основного заболевания препаратов полиоксидония, рибомунилы или

тимогена способствует снижению частоты присоединения острых респираторных заболеваний в поствакцинальном периоде, а также уменьшению случаев рецидивов сопутствующей патологии у детей с анемией.

ФОРМИРОВАНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА

При оценке предвакцинального иммунного статуса у детей с анемией вне зависимости от возраста было выявлено, что у **32,5±1,8%** из них было снижено абсолютное и относительное количество Е-РОК. У **15,5±3,4%** детей в возрасте до 2 лет наблюдалось снижение уровней IgA и IgG, а у **35,7±5,1%** детей - уменьшение фагоцитарной активности лейкоцитов.

При вакцинации детей с анемией без медикаментозной подготовки число серонегативных к дифтерии составило **38,6±6,5%**, к кори - **46,1±6,1%**. Применение препаратов железа и комплекса витаминов А, Е и С в течение одного месяца перед первой ревакцинацией АКДС препаратом или ЖКВ незащищенными от дифтерии оказалось **24,0±6,0%** детей, от кори - **8,0±2,6%**, чего не наблюдалось среди здоровых детей.

В связи с наличием отклонений в исходном иммунном статусе у детей с анемией в предвакцинальном периоде в комплексе с традиционной медикаментозной подготовкой препаратами железа применяли иммунокорректирующие препараты.

При включении тимогена в комплекс препаратов в предвакцинальном периоде было отмечено увеличение концентрации гемоглобина с **95,0±1,3 г/л** до **106,4±1,9 г/л** и численности эритроцитов

- с **3,2±0,03 x 10¹²/л** до **3,6±0,05 x 10¹²/л**. Данный лечебный эффект комбинации, сочетавшей препараты железа и тимоген, был более значимым по сравнению с традиционным курсом терапии.

Использование тимогена в предвакцинальный период у детей с анемией позволило обеспечить при иммунизации защиту от кори в **94,4±5,4%**, от дифтерии - в **77,7±9,7%** случаев. В целом, терапевтический эффект тимогена при анемии был оценен как недостаточный, так как не у всех детей нормализовалось содержание гемоглобина в крови, а часть детей после вакцинации ЖКВ и против дифтерии осталась серонегативной.

Применение полиоксидония в предвакцинальный период наряду с препаратом железа оказалось более эффективным для коррекции анемии, поскольку сопровождалось увеличением гемоглобина с **91,2±1,5 г/л** до **114,2±3,1 г/л**, а числа эритроцитов - с **3,15±0,03 x 10¹²/л** до **3,6±0,04 x 10¹²/л**.

Кроме того, использование полиоксидония привело к появлению статистически достоверных корреляционных связей между содержанием гемоглобина в одном эритроците и фагоцитарным индексом (**r=0,79; p<0,05**), равным таковому у здоровых детей (**r=0,78; p<0,05**), чего не наблюдалось у детей с анемией. Все дети из группы наблюдения, получавшие в предвакцинальный период полиоксидоний, ответили на вакцинацию ЖКВ и АКДС препаратом выработкой протективного уровня специфических антител.

Положительный лечебный эффект наблюдался и при использовании рибомунилы совместно с препаратом железа. При этом варианте медикамен-

тозной подготовки у детей с анемией содержание гемоглобина в одном эритроците, его концентрация в крови и число эритроцитов фактически достигли нормальных значений.

Использование рибомунила совместно с базисной терапией у детей с анемией оказало стимулирующий эффект на абсолютное и относительное содержание лимфоцитов, количество CD2 - позитивных (общих и ранних E-ПОК) клеток и уровень сывороточных IgM и IgA ($p < 0,001$), по сравнению с детьми, получавшими только препарат железа.

Необходимо отметить, что применение рибомунила в комплексной медикаментозной подготовке **оказывает выраженный терапевтический эффект** и обуславливает выработку протективного уровня дифтерийных антитоксических и противокоревых антител у всех детей с анемией.

Проведенные сотрудниками института НИИ вакцин и сывороток им.И.И. Мечникова РАМН, Санкт-Петербургского НИИ детских инфекций, Российского государственного медицинского университета, НИИ педиатрии РАМН, ГИСК им.Л.А. Тарасевича, ГНЦ института иммунологии МЗ РФ исследования демонстрируют целесообразность и эффективность использования иммунокорректоров совместно с препаратом железа и комплексом витаминов в предвакцинальном периоде у детей с анемией при наличии изменений иммунного статуса. Применение данной тактики медикаментозной подготовки в предвакцинальном периоде у таких детей, по мнению специалистов, обеспечивает выработку протективного уровня противодифтерийных и противокоревых антител.



Полезно ЗНАТЬ

Как снять УСТАЛОСТЬ

Если вы выглядите усталой, чувствуете себя старше своих лет, то в вашем рационе должны практически постоянно присутствовать некоторые дары природы, пополняющие запас энергии и стимулирующие обмен веществ.

Орехи богаты витаминами группы В, которые укрепляют нервную систему, активизируют умственную деятельность, устраняют раздражительность и способствуют концентрации внимания. Кроме того, содержащиеся в орехах растительные жиры и белки в отличие от тех же соединений животного происхождения лучше усваиваются организмом, не требуют для этого больших энергетических затрат и не содержат множества вредных веществ, имеющих, например, в мясе.

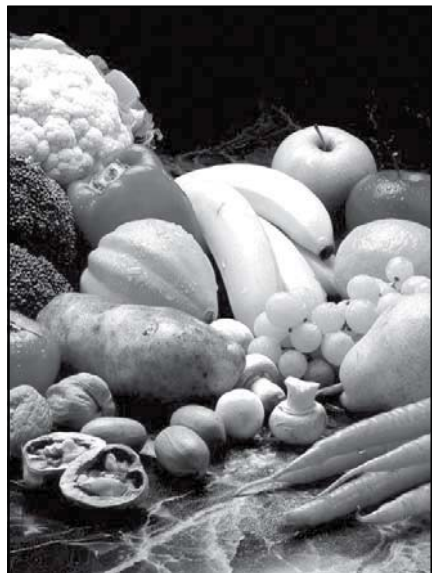
Чеснок укрепляет иммунную систему и содержит фитонциды - особые вещества противомикробного действия.

Банан - кладезь энергии. Ни один из фруктов на столь длительное время (45-60 минут) не заряжает человеческий организм энергией. Высокое содержание углеводов и низкое содержание жира способствуют снижению уровня холестерина, а имеющийся в бананах калий уменьшает вероятность инфарктов и инсультов. Кроме того, бананы содержат антидепрессанты, влияющие на наше настроение, нормализующие его.

Морковь считается источником молодости клеток благодаря высокому содержанию в ней витамина А. Он стимулирует деятельность клеток, заботится об их обновлении, защищает кожу от вредного воздействия окружающей среды, делает ее эластичной и замедляет процесс образования морщин (!). Кроме того, именно морковь поставляет в организм бета-каротин, препятствующий возникновению рака кишечника.

Помидоры малокалорийны и богаты калием, что полезно для деятельности сердца и состояния кровеносных сосудов.

Ароматические травы следует употреблять постоянно. Они богаты витаминами и очень полезны. Включайте в свой рацион укроп, петрушку, сельдерей, базилик, кориандр и т. п.





ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

Ольга Михайловна Тырышкина, заместитель главного врача
по консультативно-диагностической деятельности охраны
материнства и детства

ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ с высоким инфекционным риском в условиях Диагностического центра Алтайского края

В наступившем третьем тысячелетии у акушеров-гинекологов и неонатологов не вызывают сомнения приоритетность и значимость проблем, связанных с вирусной и/или бактериальной инфекциями, частота которых возрастает из года в год. Отмечено существенное увеличение доли оппортунистических инфекций (герпетической, цитомегаловирусной и др.), развитие которых возможно лишь в условиях иммунодефицита. Нарушения экологии, ускорение ритма жизни, рост стрессовых ситуаций и ятрогенных вмешательств в современных условиях неизбежно приводят к увеличению частоты иммунодефицитных состояний.

Классической «моделью» физиологической иммуносупрессии является беременность. Поэтому сочетание инфекции и беременности представляется особо неблагоприятным.

Острые и хронические инфекции играют важную роль в развитии осложнений беременности (самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность, пороки развития плода, преждевременные роды, аномалии прикрепления и предлежания плаценты, аточность, синдром задержки развития плода и его гипоксия, внутриутробная инфекция и др.) и родов (несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, острая гипоксия плода, аномалии отделения последа, гипотония матки, кровотечения и др.).

Современной медицинской науке неизвестно до 2500 различных инфекций. Теоретически в период беременности и до ее наступления женщина может заболеть любой из них, и каждая инфекция может оказать негативное воздействие на рост и развитие эмбриона и плода. **Спектр возбудителей перинатальных инфекций обширен. К безусловным возбудителям относят: вирусы краснухи, цитомегалии, простого герпеса, гепатита В, аденовирус, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и бактерии листерии, трепонема, хламидии.** К осложнениям беременности могут привести и инфекционные заболевания, вызванные некоторыми видами условно патогенной микрофлоры (**стрепто- и стафилококками, клебсиеллой, уреа- и микоплазмами и др.**), простейшими (**токсоплазмой**), а также грибами рода **Candida**.

Причем известна акушерская аксиома: нет параллелизма между тяжестью инфекционного процесса у матери и у плода. **Легкая, мало- или даже бессимптомная инфекция у беременной может привести к тяжелым поражениям плода, вплоть до его инвалидизации или даже гибели.** Этот



феномен в значительной степени обусловлен тропизмом возбудителей (особенно вирусных) к определенным эмбриональным тканям, а также тем, что клетки плода с их высочайшим уровнем метаболизма и энергетики являются идеальной средой для размножения (репликации) микробов. Именно этим и объясняется большое сходство эмбрио- и фетопатий, вызванных различными инфекционными агентами.

В КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края» проводится обследование беременных женщин с высоким инфекционным риском, которое включает стандартные, специфические и дополнительные методы исследования.

К стандартным методам исследования относятся: определение группы крови, резус-фактора, титра антител к нему, серологические пробы на RW, ВИЧ, HBs- и HCV-антигены, клинические анализы крови и мочи, биохимические и реологические исследования крови беременной, микроскопия мазка влагалища.

У беременных с высоким инфекционным риском обязательным является **специфическое** обследование на наличие бактериальной и/или вирусной инфекции. Для выявления первой необходим микробиологический анализ посева отделяемого из цервикального канала и заднего свода влагалища. При воспалительных заболеваниях органов мочевыделительной, дыхательной, пищеварительной систем проводят бактериологическое исследование биологических жидкостей (мочи, мокроты, крови, слюны, кала).

Для диагностики вирусной инфекции применяются:

1. Вирусологический метод.

Достоверным признаком вирусной инфекции служит вирусемия (наличие вируса в крови).

2. Цитологический метод. Простой и доступный, его достоверность равна 50%.

3. Сероиммунологический метод. Из всех его вариантов для обнаружения специфических антител (проявления иммунного ответа) чаще всего применяется метод-иммуноферментного анализа (ИФА). Его чувствительность - 99%, специфичность - 95%.

4. Метод определения вирусного генома. Отличается высокой точностью и чувствительностью. Его разновидностью является метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Метод дает возможность качественного и количественного анализа ДНК вируса в биологических жидкостях и тканях. Достоинствами метода являются высокая специфичность (100%), чувствительность (90-97%), быстрота исследования (несколько часов), возможность определения концентрации вируса и активности инфекции, использования при скрининге сравнительно большого числа образцов. Метод



позволяет выявить вирусы в любой клетке, если в ней есть хотя бы одна молекула вирусной ДНК, т.е. хотя бы один вирус. Концентрация ДНК-вируса служит надежным прогностическим и диагностическим маркером развития явной вирусной инфекции. При выявлении вирусной (герпетической, цитомегаловирусной, Коксаки, энтеро- и др.) инфекции обязательным является иссле-

дование параметров клеточного и гуморального иммунитета, интерферонового статуса.

К дополнительным методам исследования у беременных с высоким инфекционным риском при подозрении на порок развития эмбриона или плода проводится **исследование альфа-фетопротеина (АФП), хорионического гонадотропина человека (ХГЧ), эстриола.**

Новое!

Перспективным для прогнозирования и диагностики состояния фетоплацентарного комплекса в Диагностическом центре Алтайского края проводится исследования плацентарных белков: плацентарный лактоген (ПЛ), трофобластический бета-глобулин (ТБГ), белок плазмы, ассоциированный с беременностью (РАРР-А) - низкая концентрация данного белка - является важным маркером при скрининге синдрома Дауна в сроке беременности 8-13 недель.

Таким образом, риск перинатальной патологии у беременных с наличием вирусной и/или бактериальной инфекций оценивают на основании проводимых лабораторных исследований, а проведение скрининга (обследование всех беременных) даст возможность удешевить исследования, станет доступным и позволит своевременно выявлять инфекционные заболевания, прогнозировать осложнения у матери и плода, проводить профилактические или лечебные меры, способствующие реальному снижению уровней материнской, перинатальной и детской заболеваемости и смертности в крае.

К 75-летию Завьяловской ЦРБ «Мы не Иваны, не помнящие родства»

Завьяловскую районную больницу мы посетили накануне ее 75-летнего юбилея. Кстати, Завьяловский район, образованный в 1924 году, готовился в эти дни к своему 80-летию. Типичный сельскохозяйственный район западной части края, как его характеризует справочник, площадью 222387га, расположен в лесостепной зоне. Районный центр – село Завьялово – находится на расстоянии 230 км на запад от краевого центра. Население района в двадцати населенных пунктах составляет 22300 человек, максимальная удаленность от райцентра – 42 км. Особенностью района является наличие на его территории бальнеологических факторов. Рядом с райцентром расположено озеро Горькое, знаменитое своими грязями и рапой, добывается промышленным способом лечебная минеральная вода «Завьяловская».



Только не сказано в том справочнике ничего о людях, бережно относящихся к истории своего района, коллектива, где они трудятся.

Из породы таких неравнодушных и заслуженный врач России **Анатолий Владимирович Демчук**, главный врач Завьяловской ЦРБ. Благодаря его неутомимой энергии, богатому опыту деятельности в больнице не только не сокращено ни одно рабочее место, а, наоборот, открываются новые отделения, внедряются новые технологии в лечение, диагностику и управление.

Об истории больницы, каждом, кто оставил свой след в здравоохранении района, он рассказывает подробно, с уважением. Особая же гордость – это сегодняшние достижения.

- **Завьяловская районная больница основана в 1929 году.** Спустя три четверти века она превратилась в современное многопрофильное лечебно-диагностическое учреждение, оказывающее амбулаторно-поликлиническую, стационарную медицинскую помощь и догоспитальную скорую и неотложную помощь жителям района.

Сегодня здравоохранение района представлено стационаром на 160 коек, поликлиникой на 250 посещений в смену, отделением скорой помощи, шестью сельскими врачебными амбулаториями (одна амбулатория с 20 койками сестринского ухода, дневной стационар на 6 коек), одиннадцатью фельдшерско-акушерскими пунктами.

Стационар ЦРБ работает в круглосуточном режиме и оказывает плановую и экстренную помощь по восьми профилям. Прием в поликлинике ведется по 17 специальностям. Все сельские врачебные амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты района снабжены автомобильным транспортом, телефонизированы и укомплектованы медицинскими кадрами.

Среди сельских центральных районных больниц Завьяловская ЦРБ в числе первых в 1999 году была аккредитована с присвоением пер-

вой категории и подтвердила ее в 2002 году.

В больнице трудится квалифицированный многопрофильный врачебный коллектив. Несмотря на происходящую сейчас в ЦРБ «смену поколений», здесь высок кадровый потенциал. Из 54 врачей 8 имеют высшую, 12 человек – первую, 13 – вторую квалификационную категорию. Средних медицинских работников – 164, отмечается их достаточная базовая подготовка. Квалификационные категории имеют 76 средних медработников, из них высшую – 9, первую – 42, вторую – 20.

На просьбу назвать лучших, Анатолий Владимирович перечисляет поименно 54 врача и 164 средних медицинских работника.

- Стоит с гордостью напомнить, что в стенах нашей больницы трудились Герой Социалистического Труда, заслуженный врач России **Татьяна Михайловна Капустина**, заслуженный врач России **Елена Иосифовна Ноздрякова**.

Завьяловская центральная районная больница заслуженно считается кузницей хирургических кадров. Хирурги **Ия Андреевна Егорова**, **Виктор Владимирович Братышев**, **Владимир Павлович Черненко**, **В.А. Овчинников**, **Виктор Федорович Черненко**, **Федор Павлович Вербилов**, **Петр Павлович Азаров** начинали свою медицинскую практику именно здесь и сейчас занимают ведущие посты в краевых учреждениях здравоохранения, преподают хирургию студентам медицинского университета.

Конечно, особый акцент делается на техническую вооруженность, внедрение современных технологий.

Высокий уровень медицинского обслуживания достигнут благодаря хорошей оснащенности диагностической аппаратурой. Рентгенодиагностическая система «**Legend 210**» обеспечивает превосходное качество снимков. Кабинет УЗИ-диагностики оснащен ультразвуковой системой «**Vivid 3 Expert**», что позволит проводить телемедицинские консультации. На современном техническом уровне

оснащены аппаратурой отделение анестезиологии и реанимации, клинико-диагностическая лаборатория. Высокая квалификация специалистов лаборатории, хорошие технические качества позволяют выполнять широкий спектр исследований, качество которых гарантируется многолетним участием лаборатории в программе контроля качества МЗ РФ. Для диагностики используются современные высококачественные наборы и тест-системы. Широко применяется метод иммуноферментного анализа. Коллектив лаборатории выполняет анализы также и для соседних районов.

На базе ЦРБ созданы межрайонные отделения. С 2000 года успешно работает хирургическое межрайонное отделение, которое хорошо оснащено набором эндоскопического оборудования для хирургических операций. **Видеопароскопические операции – это реалии сегодняшнего дня.**

Завершается подготовка к открытию в 2005 году межрайонного перинатального отделения.

Заканчивается строительство межрайонного Центра восстановительного лечения и реабилитации.

На территории больницы установлена система гарантийного электропитания. На машинах скорой помощи действует система радиосвязи.

Празднование юбилея больницы вылилось в своеобразную передачу эстафеты от «ветеранов» районного здравоохранения к молодым специалистам, только прибывшим в район.

- Задумывая праздник, - говорит Анатолий Владимирович, - собирая материал для книги, изданной к юбилею больницы, мы хотели показать, особенно нашей молодежи, сколько было сделано для больницы, района предыдущими поколениями медиков и, формируя трепетное отношение к традициям, ветеранам, они должны знать, что их добрые дела будут также вписаны в летопись больницы, что «мы не Иваны, родства не помнящие».

Больница встретила свой 75-летний юбилей – обновленной, молодой, с новыми планами.

Жизнь с новым тазобедренным суставом

Продолжение. Начало в №№9-10(21-22)

Игорь Тимофеевич ДЕЕВ, заведующий травматологическим отделением МУЗ «Городская больница №1», г.Барнаул



ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ

Эндопротез - это довольно сложная и «нежная» конструкция. Поэтому настоятельно рекомендуем не отказываться от предложенной вашим врачом схемы контроля за поведением нового искусственного сустава. Перед каждым контрольным визитом к врачу необходимо сделать рентгенограмму оперированного сустава, желательно сдать анализы крови, мочи (особенно в том случае, если после операции у вас было какое-то воспаление, проблемы с заживлением раны). **Первый контрольный осмотр обычно происходит через три месяца после операции.** В этот визит важно выяснить, как «стоит» сустав, нет ли в нем вывихов или подвывихов, можно ли приступать к полной нагрузке на ногу. **Следующий контроль - через 6 месяцев.** В этот момент вы, как правило, уже довольно уверенно ходите, полностью нагружая оперированную ногу. Определить, что и как изменилось в состоянии окружающих сустав костей и мышц после нормальной нагрузки, нет ли у вас остеопороза или какой-то другой патологии костной ткани - цель этого осмотра. Наконец, **третий контроль - через год после замены сустава.** В это время врач отмечает, как «врос» сустав, нет ли реакции со стороны костной ткани, как изменились окружающие кости и мягкие ткани, мышцы в процессе вашей новой,

более качественной, жизни. В дальнейшем визиты к своему врачу необходимо делать по необходимости, но не реже раза в два года.

ПОМНИТЕ! Если в области сустава появились боль, отек, покраснение и увеличение температуры кожи, если при этом увеличилась температура тела, Вам необходимо СРОЧНО связаться с лечащим врачом!

СОВЕТЫ НА БУДУЩЕЕ

Ваш искусственный сустав - сложная конструкция из металла, пластмассы, керамики, поэтому если вы собираетесь путешествовать самолетом - позаботьтесь о получении справки о произведенной операции - это может пригодиться при прохождении контроля в аэропорту.

Избегайте простудных заболеваний, хронических инфекций, переохлаждений - ваш искусственный сустав может стать тем самым «слабым местом», которое подвергнется воспалению.

Помните, что ваш сустав содержит металл, поэтому нежелательны глубокие прогревания, проведение УВЧ-терапии на область оперированного сустава.

Следите за своим весом - каждый лишний килограмм ускорит износ вашего сустава. Помните, что нет

специальных диет для больных с замененным тазобедренным суставом. Ваша пища должна быть богата витаминами, всеми необходимыми белками, минеральными солями. Ни одна из пищевых групп не имеет приоритета по сравнению с другими, и только все вместе они могут обеспечить организм полноценной, здоровой пищей.

Срок «безотказной» службы Вашего нового сустава во многом зависит от прочности его фиксации в кости. А она, в свою очередь, определяется качеством костной ткани, окружающей сустав. К сожалению, у многих больных, подвергшихся эндопротезированию, качество костной ткани оставляет желать лучшего из-за имеющегося остеопороза.

Под остеопорозом понимают потерю костью своей механической прочности. Во многом развитие остеопороза зависит от возраста, пола больного, режима питания и образа жизни. Особенно подвержены этому недугу женщины после 50 лет. Но независимо от пола и возраста целесообразно избегать так называемых факторов риска развития остеопороза. К ним относятся малоподвижный образ жизни, применение стероидных гормонов, курение, злоупотребление алкоголем. Для профилактики развития остеопороза мы рекомендуем пациентам отказаться от высо-



когазированных напитков типа пепси-колы, фанты и т.п., обязательно включить в свой пищевой рацион продукты, богатые кальцием, например: молочные продукты, рыбу, овощи.

Если же у вас появились симптомы остеопороза, то необходимо срочно обсудить с Вашим лечащим врачом оптимальные пути его лечения. Избегайте подъема и ношения больших тяжестей. Избегайте резких движений, прыжков на оперированной ноге. Рекомендуется ходьба, плавание, спокойная езда на велосипеде и спокойная ходьба на лыжах, игра в кегли, теннис. Обычно при полном восстановлении функции конечности у пациентов возникает желание продолжить занятия любимым спортом. Но, учитывая особенности биомеханики искусственного сустава, желательнее избегать тех видов спортивной активности, которые связаны с подъемом или ношением тяжестей, резкими ударами по оперированной конечности. Поэтому мы не рекомендуем такие виды спорта, как верховая езда, бег, прыжки, тяжелая атлетика и т.п.

Если это не противоречит вашим эстетическим взглядам и не влияет на отношение к вам окружающих, используйте при прогулках трость!

Если и танцевать - то спокойные и медленные танцы. Забудьте о плясках «вприсядку», рок-н-ролле.

Нормальный секс разрешен через 6 недель после операции.

Советуем сделать некоторые простые приспособления для облегчения вашей повседневной жизни. Так, для исключения чрезмерного сгибания бедра при купании используйте губку или мочалку с длинной ручкой и гибкий душ. Старайтесь приобретать обувь без шнурков. Обувь одевайте при помощи рожка с длинной ручкой. У некоторых пациентов с запущенным процессом определенные трудности сохраняются при одевании носков. Для них мы рекомендуем при одевании носков применить простое устройство в виде палки с прищепкой на конце. Мыть пол необходимо шваброй с длинной ручкой.

При поездке в автомобиле старайтесь максимально отодвинуть сиденье назад, приняв полуоткинутую позицию.

И напоследок хочется предостеречь еще от одного опасного заблуждения. Помните, что ваш искусственный сустав не вечен. Как правило, **срок службы нормального эндопротеза составляет 12-15 лет, иногда он достигает 20-25 лет.** Безусловно, не следует постоянно думать о неизбежности повторной операции (тем более что большинство пациентов удается ее избежать). Но в то же время повторная замена сустава, или, как ее называют врачи, ревизионное эндопротезирование - далеко не трагедия. Многие пациенты панически боятся повторной операции на суставе и стараются терпеть возникающие у них боли, но только не обращаясь к врачу, надеясь на какое-то чудо. Делать этого не следует ни при каких обстоятельствах. Во-первых, далеко не все боли и неприятные ощущения в суставе требуют обязательного оперативного вмешательства, и чем раньше о них станет известно врачу, тем больше шансов на легкое избавление от них. Во-вторых, даже при фатальном расшатывании сустава раньше проведенная операция проходит значительно легче для больного и хирурга и ведет к быстрейшему восстановлению.

Мы надеемся, что искусственный сустав избавил вас от боли и неподвижности, которые вы раньше испытывали с собственным больным суставом. Но на этом лечение не заканчивается. **Очень важно, чтобы вы соответственно заботились о новом суставе, все время оставались в хорошей форме и на ногах.** Учитывая некоторые предостережения, о которых мы говорили выше, вы можете полностью восстановиться и вернуться к нормальной, активной жизни.

В городской больнице №1 г.Барнаула проводится эндопротезирование больным с поражением тазобедренного сустава. Консультации проводит зав. травматологическим отделением Деев Игорь Тимофеевич, заявки по тел. 24-16-36.

Мы под микроскопом

Сердечная арифметика

Выражение «сердечный друг» можно трактовать и как «друг сердца». Неплохо было бы, если бы каждый стал сердечным другом самому себе. Много усилий прикладывать не придется: для того чтобы сохранить главный орган здоровым, часто достаточно помнить несколько простых фактов.

☉ **1 стакан красного виноградного сока в день защитит от инфаркта.**

Исследователи установили: выжатый из гроздьев напиток предотвращает закупорку коронарных сосудов, питающих сердце, тромбами. Он на 75% снижает активность кровяных пластинок - тромбоцитов, тогда как применяемая для этой цели ацетилсалициловая кислота эффективна лишь на 45%.

☉ **2 стакана молока предотвратят сердечную катастрофу.**

22 года американские ученые наблюдали за 3150 эмигрантами из Японии в возрасте от 55 до 68 лет. И оказалось, что те из приезжих, кто ежедневно выпивали 2 стакана нежирного молока, страдали от заболеваний сердечно-сосудистой системы в 2 раза реже тех, кто игнорировал этот полезный продукт.

☉ **3 раза в день сердцу и сосудам требуются продукты, богатые витамином Е (овощи, сыр, творог, бобовые, растительное масло).**

11 тысяч американцев старше 67 лет, придерживавшихся диеты, разработанной Национальным институтом геронтологии, в 2 раза реже жаловались на болезнь сердца по сравнению с ровесниками, которые были не столь разборчивы в пище.

☉ **4 кусочка рыбы в неделю на 44% уменьшат риск умереть от инфаркта миокарда.**

Это выяснилось в ходе грандиозного медицинского эксперимента, когда за здоровьем 2 тысяч человек разного возраста врачи наблюдали в течение 30 лет. В пользу даров моря свидетельствует и «гренландский феномен»: несмотря на обилие животного жира и белка в рационе, у приморских жителей этой страны крайне редко встречаются сердечно-сосудистые заболевания: их признаки за 25 лет наблюдения появились только у троих.

☉ **5 грецких орехов, съедаемых ежедневно, удлинит жизнь на 7 лет.**

К подобному выводу пришел профессор Гарри Фрезер из Калифорнийского университета (США). Его исследования показали, что в состав грецких орехов входят вещества, предохраняющие сердце и сосуды от пагубного воздействия холестерина.

О ПРОБЛЕМАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Василий Филиппович САЗОНОВ, ведущий курс профпатологии на лечебном факультете Алтайского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, член-корреспондент Международной Академии наук по экологии и безопасности человека (МАНЭБ), профпатолог высшей категории



Во все времена профессиональная деятельность человека часто сопровождалась условиями производства, отрицательно влияющими на здоровье, а возникшие от них болезни стали называться профессиональными.

Пагубное влияние условий труда на здоровье отмечали еще в древности (Гиппократ, Аристотель и др.). В XVI веке появились работы о профболезнях (Парацельс «О горной чахотке», 1567г.). В XVIII веке М.В. Ломоносов касался вопросов гигиены труда «горных людей». Первые отечественные труды о профессиональных заболеваниях опубликованы А.П. Никитиным «О болезнях рабочих» (1847г.), Ф.Ф. Эрисманом «О гигиене труда» (1847г.) и др. В 1910г. в Милане создана первая клиника профессиональных болезней. В 1923г. в Москве открыт Институт гигиены труда и профессиональных заболеваний.

К неблагоприятным факторам производственной среды в настоящее время в России относят:

- химические вещества, обладающие ядовитым действием;
- физические явления (вибрация, шум, повышение и понижение температуры окружающей среды, барометрического давления, ионизирующие и неионизирующие излучения);
- запыленность воздушной среды (производственные аэрозоли);
- возбудители инфекционных заболеваний и глисты;
- физические перенапряжения, а также перенапряжения голоса и зрения;
- аллергены и канцерогены.

Разнообразие неблагоприятных факторов производства вызывает многочисленные болезни, при которых могут быть вовлечены различные системы и органы организма.

Для возникновения профзаболевания имеют значение:

1. наличие неблагоприятного фактора в условиях производства, превышающего предельно допустимые уровни и определенную продолжительность действия этих факторов на организм;
2. состояние здоровья работающих, их врожденная (генетически обусловленная) и приобретенная (образ жизни, наличие вредных привычек, сопутствующие болезни) устойчивость к неблагоприятным влияниям.

Количество лиц, занятых на работах в неблагоприятных условиях в России, велико. По официальным данным, в Алтайском крае число лиц этой категории составляет около 200000 человек, на самом деле - значительно больше.

Таким образом, болезнь возникает при сочетании длительного и выраженного действия неблагоприятного фактора производства и ослабленного состояния здоровья работающих.

Следовательно, **профилактика профболезней включает**, с одной стороны, **инженерно-технические меры**, направленные на устранение или снижение действия неблагоприятных факторов на работающих (применение безопасных технологий производства, использование индивидуальных и коллективных средств защиты); и непременно - **санитарно-гигиенические и медицинские меры**, включающие должный подбор работающих по состоянию здоровья и динамический врачебный контроль за ними (качественные предварительные и периодические медицинские осмотры) и проведение оздоровительных мероприятий, выражающихся в защите временем от вредных факто-

ров (прерывность действия неблагоприятных факторов в течение рабочего дня, недели, года, недопущение сверхурочных работ и продолжительности работы сверх предусмотренных норм); **предупредительное лечение здоровых лиц санаторно-курортного характера**, с использованием профилактических без отрыва от работы.

Профпатологическая заболеваемость имеет большую как медицинскую, так и социальную значимость. Лица, получившие профзаболевание, выпадают из профессиональной деятельности, что обуславливает уменьшение высококвалифицированных трудовых ресурсов. При этом больные нуждаются в высокотратном, длительном лечении. Лица, приобретшие профзаболевание, имеют право на социальную защиту государства (выплата компенсаций, пособий), что приводит к финансово-материальным затратам. ▶



По существующим законам ответственность за создание безопасных условий труда, должный подбор работающих по состоянию здоровья и текущий контроль за ними (предварительные и периодические медосмотры) несет работодатель (любой формы собственности производства). Служба санэпиднадзора осуществляет контроль за выполнением указанных мер.

Медицинская служба (врачебные комиссии, проводящие медосмотры, территориальные и ведомственные лечебно-профилактические учреждения) выполняет заказ работодателя по проведению оценки здоровья лиц, принимаемых на работу, и по текущему контролю за состоянием организма работающих (проведение предварительных и периодических медицинских осмотров), осуществляет меры медицинского характера, предупреждающие профзаболевания.

Что должны знать и

выполнять работодатель:

1. Характеристику условий труда, имеются ли факторы вредности и какие, их выраженность.
2. Содержание записи в трудовой книжке, отражающей профессию, должность и место работы. Не выполнять работы в условиях действия вредных факторов без документального подтверждения решения работодателя об этом (издание приказов, распоряжений).
3. Меры защиты от имеющихся факторов вредности.
4. Знать признаки возможных профзаболеваний, о мерах само- и взаимопомощи при острых их проявлениях.



5. О частоте медосмотров и объеме обследования.

6. Соблюдать меры безопасности в трудовом процессе, использовать индивидуальные и коллективные средства защиты.

Что должен знать и

выполнять работодатель:

1. Создать безопасные условия труда с использованием инженерно-технических мер (безвредных технологий, коллективных и индивидуальных средств защиты).
2. Обучить работающих коллективным и индивидуальным мерам защиты от вредных факторов и обеспечить этими средствами.
3. Систематически осуществлять инструментально-лабораторный контроль

за условиями труда на производстве.

4. Проводить профилактику профзаболеваний медицинской направленности, а именно:

- осуществлять соответствующий подбор работающих по состоянию здоровья и текущий медицинский контроль за ними в последующем (обеспечить качественные предварительные и периодические медосмотры);

- организовать рабочий режим с применением защиты временем (перерывы в течение рабочей смены, своевременные выходные и отпуска, не допускать сверхурочной работы; соблюдение нормативов общей продолжительности работы во вредных условиях);

- лицам, работающим во вредных условиях, использовать предупредительные лечебно-оздоровительные мероприятия в профилакториях, возможно, без отрыва от работы.

При возникновении подозрения на профзаболевание в условиях Алтайского края обследуемый нуждается в консультации профпатолога или по месту жительства, или в поликлинике краевой клинической больницы, или на кафедре госпитальной терапии с курсом профпатологии АГМУ.

Инициаторами направления к профпатологу могут быть лечащие врачи по месту жительства или работы по результатам медосмотров или при индивидуальном обращении обследуемого, а также по инициативе обследуемого для оценки связи болезни с профессией.

Ставить заключительный диагноз профзаболевания, имеющего юридическую силу, могут краевые или областные профпатологические центры и научно-исследовательские институты профпатологии.

В заключение желаю работающим радости от выполняемой работы, заботливых работодателей, внимательных и знающих профпатологию врачей, обслуживающих вас.

Доброго здоровья!

Вспомнили о здоровье работника

В Москве завершился Всероссийский конгресс «Профессия и здоровье». За последние 12 лет численность населения страны сократилась на 5 млн., а трудоспособного населения за тот же период стало меньше на 12 млн.

Здоровье работника было одним из приоритетов социальной политики в советский период. Система ведомственной медицины при отраслях производства, медико-санитарные части при крупных предприятиях и в целом профессиональная медицина – всем этим можно было действительно гордиться. По качеству лечения, по уровню профилактики основных заболеваний они нередко опережали не только общелечебную сеть, но и «барскую» медицину, созданную для партийно-советской элиты.

Здоровье труженика многих новых собственников не волновало вообще: замену любому заболевшему или ставшему инвалидом можно легко найти в рядах безработных.

Печальную статистику привел на конгрессе заместитель председателя Совета Федерации Михаил Николаев: каждый год в стране становятся инвалидами более миллиона трудящихся, диагноз профессиональных заболеваний за последние 10 лет был поставлен 120 тысячам россиян.

На предприятиях резко сократились медицинская профилактика, диспансеризация и реабилитация. Восстановление утраченного здоровья работающих становится неразрешимой проблемой. Между тем ответственность бизнеса за сохранение и укрепление здоровья работников бесспорна, и это признано во всем мире. Изменить положение дел должна программа «Здоровье работающего населения России на 2004-2015 годы», разработанная ведущими юристами и медиками в соответствии с постановлением правительства. Она должна обеспечить разработку юридической базы сохранения здоровья работающих и привести ее в соответствие с международными нормами, научных подходов к оценке безопасных и здоровых условий труда, стандартов реабилитации людей, ставших инвалидами или заболевших на производстве, а также изучение профессиональных заболеваний и создание новых методов их лечения.



БРОНХИТ-ШКОЛА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Школу ведут специалисты пульмонологического отделения №2, МУЗ «Городская больница №5»



Татьяна Александровна КОРНИЛОВА, главный пульмонолог г.Барнаула, заведующая отделением, врач высшей категории;
Инна Ивановна СОПОВА, врач-пульмонолог; **Ирина Петровна СОКОЛ**, врач-пульмонолог;
Евгения Витальевна НИКИТИНА, врач-пульмонолог

Занятие 4 (часть 1)

Как лекарства попадают в бронхи?

Лекарственные вещества могут быть в нескольких формах: в таблетках, в растворах для инъекций, в растворах для небулизации, в ингаляторах.

Чем ингаляторы лучше препаратов, применяемых внутрь?

При ингаляции препарат попадает непосредственно в легкие. Вследствие этого в легких создается высокая концентрация лекарства, оно быстрее действует и, концентрируясь в легких, не оказывает влияния на другие органы. Принятой же таблетке, чтобы подействовать, надо всосаться в желудке, с током крови побывать в легких, причем попадает туда только маленькая ее часть, а основная масса разносится по всему организму, оказывая общее воздействие. Таким образом, ингаляционный путь введения лекарственного вещества является оптимальным.

Есть мнение, что к ингалятору привыкают и без него уже обходиться не могут. Это заблуждение! Другое дело, что при неправильном лечении течение заболевания может быть таково, что постоянные обострения вынуждают Вас прибегать к помощи ингалятора слишком часто, а это сигнал для обращения к врачу.

Какие же частицы лекарства могут попасть в бронхи?

Известно, что в бронхи долетают только частицы определенного размера - менее 5 микрон, более крупные оседают в

глотке, гортани, трахее, а совсем маленькие частицы в легких не остаются, а вылетают обратно при выдохе. В бронхи же попадает только 20-30% дозы, отмеренной ингалятором.

В аэрозольном ингаляторе под давлением находится взвесь частиц лекарства в пропелленте (вещество, необходимое для образования аэрозоля). При нажатии на баллончик выбрасывается «облако» аэрозоля. Ранее пропеллентом в баллончике служил фреон - газ, разрушающий озоновый слой атмосферы.

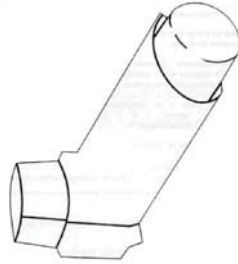
Чаще всего в кармане у больного ХОБЛ можно обнаружить дозированный аэрозольный ингалятор (баллончик). Первый аэрозольный ингалятор появился в 1956 году, и до последнего времени 85% ингаляторов были аэрозольными. Баллончики получили очень широкое распространение благодаря своей компактности, скорости ингаляции и невысокой стоимости.

«Беродуала», «Атровента». А на смену им пришли бесфреоновые «Беротек Н», «Беродуал Н», «Атровент Н». В этих ингаляторах фреон заменен на другой пропеллент - гидрофторалкан, с ним и связан запах алкоголя при ингаляции, а самого алкоголя в баллончике меньше, чем в стакане яблочного сока. То, что ингалятор не содержит фреона, отражается в названии лекарства буквой «Н».

В бесфреоновых ингаляторах в отличие от фреоновых лекарство находится в виде раствора, а не взвеси, поэтому встряхивать перед ингаляцией баллончик не надо. Но перед первым его использованием надо сделать два «пшика» в воздух. Преимущество бесфреоновых ингаляторов перед фреонсодержащим в том, что скорость «облака» лекарства у бесфреоновых ингаляторов значительно меньше, что повышает процент попадания лекарства в дыхательные пути.

Для достижения максимального эффекта от лекарства надо научиться правильно пользоваться бесфреоновым аэрозольным ингалятором.

Если Вы купили новый баллончик, перед первым его использованием надо сделать два «пшика» в воздух!



Аэрозольный баллончик

Техника ингаляции такова:

1. Снять защитный колпачок.
2. Сделать спокойный выдох.
3. Повернуть ингалятор вверх дном и, плотно обхватив мундштук губами, немного запрокинув голову, начать делать глубокий вдох.
4. В начале вдоха нажать на баллончик, не прекращая дышать. Это очень важно!
5. Задержать дыхание на 5-10 сек. (чтобы лекарство осело на бронхиальную стенку).
6. Сделать спокойный выдох через нос.
7. Надеть на ингалятор защитный колпачок.

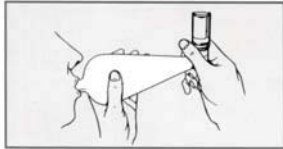
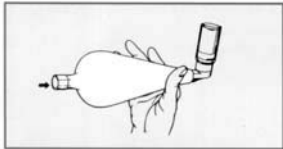
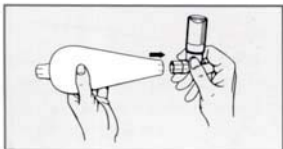
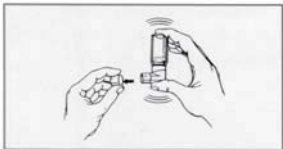
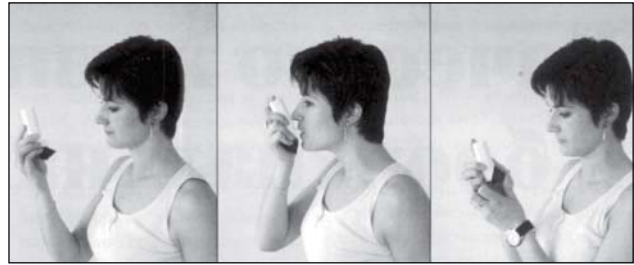


Схема ингаляции через спейсер

В технике ингаляции вроде бы ничего сложного, но при использовании баллончика почти каждый второй делает ошибки. Например, забывают снять колпачок, не подносят баллончик ко рту, не делают выдох перед ингаляцией. Некоторым бывает сложно координировать вдох с выбросом аэрозоля из ингалятора.

Надо знать, что «облако» аэрозоля даже в бесфреоновом баллончике имеет большую скорость и частицы лекарства частично оседают на задней стенке глотки. Если вы пользуетесь гормональным ингалятором, то это особенно нежелательно, так как может способствовать грибковому поражению глотки (кандидоз, или молочница), вызвать осиплость голоса. Чтобы избежать этих осложнений, необходимо сразу после ингаляции гормонального лекарства прополоскать рот и горло водой.

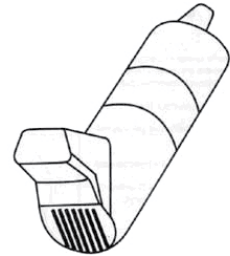
Предупредить осложнения поможет спейсер - пластиковая камера, которая присоединяется к ингалятору. В спейсере оседают крупные частицы лекарства, а также снимается проблема координации. А точность попадания в бронхи повышается, составляя 20-40% от ингалируемой дозы.



Беклазон с оптимайзером: схема ингаляции

Для тех, кому бывает трудно вдохнуть из аэрозольного баллончика, изобретен ингалятор, активируемый вдохом - аутохалер, или «легкое дыхание». Выброс лекарства происходит автоматически в момент вдоха, что увеличивает процент его попадания в бронхи в два раза. В таком ингаляторе, например, выпускается «Беклазон ЭКО».

Клапан, выпускающий аэрозоль, открывается не при нажатии на баллончик, а при вдохе, за счет силы вдоха. В мундштуке при этом создается отрицательное давление - тогда клапан высвобождает лекарство. Важно, что при этом требуемая сила вдоха минимальна. Человек просто вдыхает препарат, как будто из открытого баллончика, не ощущая клапана. Чтобы не сделать случайно несколько вдохов, есть своего рода защита - перед каждой ингаляцией нужно сначала закрыть, а потом снова открыть крышечку. Только тогда можно получить следующую порцию аэрозоля.



аутохалер

К ингалятору «легкое дыхание» прилагается мини-спейсер, называемый оптимайзер, что делает ингаляцию еще более удобной и безопасной.



Беклазон с оптимайзером

Придуман и еще один вариант ингалятора со встроенным мини-спейсером, так называемая Джет-система. Фирменное название препарата - Беклоджет.

Устройство состоит из двух полипропиленовых полусфер, которые формируют круглую расширенную камеру около 10 см в диаметре, имеющую насадку - диффузор и загубник. Система, несмотря на меньшие размеры, обладает всеми достоинствами классического спейсера. Устройство сконструировано таким образом, что при нажатии на баллончик с лекарством в камере образуется вихревой поток. Благодаря этому крупные частицы оседают на стенках камеры и не попадают на слизистую рта. Под действием силы вращения происходит испарение газа - пропеллента, а мелкие частицы лекарства удерживаются во взвешенном состоянии, что облегчает их проникновение в мелкие бронхи.

ингалятор



Это ингаляционная камера (спейсер)

Это мундштук, закрытый колпачком

Таким образом, по сравнению с классическим спейсером джет-система имеет целый ряд преимуществ:

- * удобная компактная форма;
- * минимальное воздействие на слизистую ротоглотки;
- * оптимальное проникновение в бронхи;
- * нет необходимости синхронизировать ингаляцию и вдох.



Интересный ФАКТ

Вред от пыли



Исследователи установили, что бактерии, вирусы и споры грибов, задерживающиеся на частичках пыли, могут переноситься ветром на расстояния в несколько тысяч км. Это явление может отрицательно сказываться на здоровье людей и состоянии природы.

Ученые отмечают, что люди, проживающие в местах, где оседает наибольшая часть пыли, чаще страдают аллергиями, бронхиальной астмой и другими заболеваниями дыхательной системы, у них отмечается повышенное число заболеваний дыхательной системы.

Почему перед прививкой необходимо хорошо поспать?

Чтобы избежать заболевания гриппом, многие люди подвергают себя ежегодным вакцинациям против гриппа. Оказывается, накануне вакцинации вы должны проводить больше времени в постели. Это обусловлено тем, что недосыпание негативно влияет на работу вакцины.

Примерно 9-12 процентов взрослых людей страдают хронической бессонницей и лишением сна. Под бессонницей понимают не только потерю сна, но и трудности при засыпании, а также укорочение длительности сна. Под лишением сна понимают бессонницу в течение 48-72 часов.

Установлено, что под влиянием бессонницы уменьшается эффективность иммунной защиты по отношению к внешним инфекциям. Именно поэтому, когда вы недосыпаете, вы чаще болеете.

При хронической потере сна

значительно хуже вырабатываются антитела, которые обеспечивают поствакцинальный иммунитет (невосприимчивость к болезни, против которой делается прививка). Если вы не высыпались несколько дней до прививки, у вас образуется на 50% меньше защитных антител. Поэтому до прививки рекомендуется обсудить с лечащим врачом возможность нормализации сна накануне вакцинации.



ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Роль сестринского дела в реформировании здравоохранения

«Роль сестринского дела в реформировании здравоохранения» - тема Второго Всероссийского съезда средних медицинских работников, состоявшегося 20-21 октября этого года в Москве.

Первый Всероссийский съезд СМР проходил в ноябре 1998 года в Санкт-Петербурге, тогда было обозначено чрезвычайно много проблем, которые предстояло решить или найти пути к решению их в ближайшие пять лет.

Время быстротечно - прошло уже шесть лет. Сделано за этот период много: введена многоуровневая система образования, сформирован Совет по сестринскому делу в Минздраве, сформирована и функционирует вертикаль управления - главные специалисты по сестринскому делу в МЗ РФ, в федеральных округах, в регионах России. **Разработана и принята отраслевая программа развития сестринского**

дела в России и региональные программы реформирования сестринской профессии, но, к сожалению, главные проблемы так и не решены - это прежде всего:

- отсутствие нормативно-правовой базы в сестринской деятельности;
- снижение нагрузки на медицинскую сестру с учетом современных требований;
- повышение заработной платы до уровня достойной оплаты труда;
- социальная защита, страхование и охрана труда сестринского персонала;
- повышение статуса сестринской профессии в здравоохранении и в обществе.

Проведение Второго Всероссийского съезда переносилось два раза, многие теряли надежду, но все же он состоялся в большом зале Российской Академии государственной службы при Президенте РФ. Присутствовало 1100 участников, из них делегатов - 600, гостей - 500 человек.

В работе съезда принимали участие зарубежные коллеги - из Швеции, Норвегии, Голландии, Дании, Международного Совета медицинских сестер, Белоруссии, Украины.

Председателем президиума была избрана **В.А. Саркисова** - президент Российской Ассоциации медицинских сестер.

В работе съезда приняла активное участие делегация Алтайского края, состоящая из 10 делегатов и пяти гостей. Участники:

Блохина Зоя Атлухановна, главная медицинская сестра, МУЗ «Детская городская поликлиника №2», г.Бийск;

Власова Альбина Григорьевна, главная медицинская сестра, МУЗ «Славгородская ЦРБ», г.Славгород;

Воротникова Нина Ивановна, главная медицинская сестра, ГУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница», г.Барнаул;

Мамонтова Галина Иннокентьевна, главная медицинская сестра, МУЗ «Городская больница №2», г.Рубцовск;

Миллер Любовь Михайловна,

главная медицинская сестра, МУЗ «Городская больница №11», г.Барнаул;

Плигина Лариса Алексеевна, Президент Алтайской региональной ассоциации средних медицинских работников, г.Барнаул;

Скворцова Валентина Витальевна, главная медицинская сестра, МУЗ «Городская больница №1», г.Барнаул;

Фролова Юлия Александровна, главная медицинская сестра, ГУЗ «Алтайская краевая клиническая больница», г.Барнаул.

Гости:

Гуськов Анатолий Иванович, главный специалист по сестринскому делу комитета по здравоохранению администрации края, директор Базового медицинского училища Алтайского края по повышению квалификации, г.Новоалтайск;

Касаткина Вера Петровна, заведующая ФАП п.Заря, МУЗ «Бийская ЦРБ», г.Бийск;

Коршак Татьяна Васильевна, помощник санитарного врача, Центр Госсанэпиднадзора, г.Рубцовск;

Латышева Нина Алексеевна, главная медицинская сестра, КГУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника», г.Барнаул;

Марина Людмила Васильевна, главная медицинская сестра, «Краевая клиническая психиатрическая больница», г.Барнаул;

Шокорева Наталья Петровна, главная медицинская сестра, Рубцовская ЦРБ.

На страницах нашего «Вестника Ассоциации» мы опубликуем основные материалы выступлений на съезде.

Доклад **В.А. Саркисовой** представляет особый интерес для сестринского персонала и для медицинской общественности в целом.

С уважением, **Л.Плигина**, президент ассоциации



Любовь Петровна Зуева, старшая медицинская сестра поликлиники Благовещенской ЦРБ

Медсестры требуют от начальства повысить их статус и мыть руки

В Москве прошел Всероссийский съезд средних медицинских работников – сестер, фельдшеров, акушерок. Вопреки ожиданиям самые низкооплачиваемые из медиков страны говорили не столько о своих нищенских зарплатах, сколько о незаслуженно низком статусе и непонимании их работы со стороны медицинского начальства.

Главная акушерка Санкт-Петербурга Валентина Демина за свою жизнь приняла 10 тысяч новорожденных. Можно представить, какой профессиональный и жизненный опыт стоит за этой цифрой.

- Общество уверено, что главная проблема, которая нас тревожит, - унизительно маленькая зарплата, - говорит Валентина Демина. - Но это далеко не так. Мы провели опрос акушерок нашего города: больше всего их волнует то, что сегодня недооценен их статус, профессиональный уровень. Без врача акушерка, фельдшер, медсестра не имеют право сделать ни одного шага, а это неправильно. Нормальные физиологические роды должна принимать именно акушерка – это вполне самостоятельный, грамотный специалист, а врач необходим тогда, когда возникает патология. И мы намерены свой профессиональный статус отстаивать.

- Сестринское образование за последние годы коренным образом изменилось, - поддерживает ее и президент Российской ассоциации медицинских сестер Валентина Саркисова. - Сестры изучают сложные технологии, новое оборудование, экономику, менеджмент. А когда начинают работать, в них видят лишь технического помощника врача: без его санкции сестра ни грелку, ни пузырь со льдом больному положить не может. В то же время главные врачи нередко недооценивают важность таких сфер компетенции сестер, как



Медработники детского отделения Пospelихинской ЦРБ

дезинфекция оборудования, поддержание санитарных норм. А ведь просто научить персонал правильно мыть руки современными дезинфицирующими средствами, можно на 15-20% снизить внутрибольничные инфекции.

Сестринская работа тяжела: в развитых странах палатная сестра редко работает больше 10-15 лет. У нас большинство оставшихся в этой профессии служит по 35-40. Именно с сестрой чаще, чем со всеми другими медиками, общается пациент, по ней судят об уровне нашей медицины, об отношении к нему. От сестры нередко зависит даже больше, чем от врача: хирурги, к примеру, считают, что полдела, вторая половина – выходить больного, поставить на ноги, а это как раз забота и умение сестер.

У нас уже есть вузовский факультет, дающий высшее сестринское образование, появился

даже первый доктор наук по сестринскому делу. Но и отток из профессии в последние годы все больше, она становится дефицитной не только у нас в стране. В Великобритании, к примеру, нехватка медсестер ощущается последние 10 лет, поэтому там охотно принимают на работу средних медицинских работников из всех стран мира. Вот и наши девочки теперь поступают в медучилища и зубрят английский язык – оплачивается труд сестры за рубежом не в пример нашему, и престиж у профессии соответствующий. Если проблемы наших сестер, фельдшеров и акушерок решаться не будут, не исключено, что придется нам приглашать в Россию сестричек из беднейших стран Африки или Азии. Да и то вопрос, поедут ли они махать шваброй по нашим больничным коридорам.



Сестринский актив Троицкой ЦРБ

В октябре текущего года состоялись встречи редакции журнала «Здоровье алтайской семьи» с коллективами Первомайской, Завьяловской, Благовещенской, Шипуновской, Поспелихинской, Калманской, Бийской, Зональной, Павловской центральных районных больниц. Так случилось, что в эти дни Завьяловская ЦРБ отмечала свой 75-летний юбилей, а Степноозерская больница Благовещенского района - 35 лет!

Лидия Михайловна Бабанина, специалист высшей категории, главная медсестра Степноозерской районной больницы, с удовольствием знакомит с учреждением



- Наш Благовещенский район имеет сельскохозяйственное направление, расположен он от краевого центра, г.Барнаула, в 325 км. На территории района находится 32 населенных пункта, средняя удаленность которых от районного центра – 20-60 километров.

На начало года в районе проживали 34500 человек, в том числе в р.п. Степное Озеро, где расположена наша Степноозерская районная больница, живут 8200 человек.

Развитие медицинской службы в поселке Химиков (Степное Озеро) неразрывно связано со строительством Кучукского сульфатного завода и берет свое начало с 1956 года. В октябре 1969 года открыта Кучукская городская больница, в 2001 году она была переименована в Степноозерскую районную больницу.

Больница имеет первую категорию. Руководит ее работой главный врач высшей врачебной категории Евгений Иванович Гермаш.

Конечно, в разговоре особое место занимают коллеги по работе.

- В нашем районе нет проблем со средними медицинскими работниками. В больнице - девять отделений на 155 коек, в них трудятся 116 средних медицинских работников; 34 специалиста имеют квалификационные категории. В Ассоциации медицинских сестер Алтайского края состоят членами 56 средних медицинских работников.

Наша больница - база подготовки среднего звена медицинских работников для Благовещенского медицинского училища.

Лариса Владимировна Бабанина, палатная медсестра хирургического отделения, и **Ирина Николаевна Лысенко**, операционная медсестра, прошли повышение уровня образования в Барнаульском базовом медицинском колледже по специальности «Организатор и преподаватель сестринского дела».

Всех медицинских сестер больницы объединяет общее чувство сострадания, трудолюбие, милосердие. Важна преемственность поколений.

В поликлинике трудятся и молодые медсестры - **Ю.В. Парамонова**, **Л.Н. Семенова**, **Е.В. Гамаюнова**, и ветераны, люди более 30 лет отдавшие развитию и становлению учреждения, - **Людмила Андреевна Инешина**, акушерка женской консультации, специалист первой категории; **Раиса Семеновна Чувакова**, медсестра педиатрического участка, специалист высшей категории; **Надежда Михайловна Володина**, медсестра кабинета УЗИ.

Медицинские сестры хирургического отделения действительно заслуживают любовь и признательность больных за умение и желание помочь людям, за талант врачевания. **Л.Н. Гордиенко**, **Т.А. Аверина**, **Л.В. Бабанина**, **Н.А. Кулинич**, **Л.И. Захарцова**, **Г.С. Притула**, **Л.И. Гаркуша** – отдают тепло своих сердец, знание и опыт любимому делу.

В родильном отделении больницы работает сплоченный коллектив врачей акушеров-гинекологов, которые, сохраняя лучшие традиции, приумножают достигнутые успехи и идут в ногу со временем. Но доктора говорят, что без помощи среднего медперсонала им не достичь положительных результатов в лечении пациенток. Это – **Александра Ивановна Бертенева**, старшая акушерка роддома, специалист первой категории; палатные медсестры и акушерки **Л.Н. Гамаюнова**, **Е.А. Долбина**, **С.А. Дрогаль**, **Н.В. Скачкова**, **С.А. Кузьмина**, **Л.В. Голобородова**.

Особая точность и порядок во всем, требовательность к себе и подчиненным, вежливость и корректность присущи в работе и медицинским сестрам операционного блока: **Н.Ф. Кукса**, **Т.И. Романескул**, **Л.О. Толстых**, **Н.А. Сердюк**, **И.Н. Лысенко** - медсестрам высшей категории.

Днем и ночью бдительно несут нелегкую службу медицинские работники скорой помощи, специалисты первой и высшей категорий: **В.Н. Бельных**, **А.А. Квасова**, **А.В. Островская**.



Любовь Петровна Зуева, старшая медицинская сестра поликлиники Благовещенской ЦРБ

Коллектив реанимационного отделения - стабильный, отличающийся высоким профессионализмом, где наряду с врачами работают В.Д. Мурзинцева, старшая медсестра, специалист высшей категории, палатные медсестры **Т.А. Инешина, Н.В. Олексенко, И.Н. Бушуева**.

В физиотерапевтическом отделении в лечении используется природная иловая грязь и рапа озера Кучук. В отделении трудится дружный коллектив. Старшая медсестра отделения, специалист высшей категории **В.Т. Церковная**, медсестры высшей категории **Л.Г. Пачковская, В.И. Валько**, палатные медсестры **Л.И. Бауэр, Н.И. Слюсарь, В.В. Лисненко, С.А. Афонина** – все они оказывают неоценимую помощь в долечивании и реабилитации больных.

Чистота и порядок в палатах, холлах, коридорах невозможны без заботливых рук санитарок и всего младшего медперсонала больницы. Это – **З.А. Воробьева**, автоклавер ЦСО; **Г.А. Буток**, сестра-хозяйка больницы; **С.А. Анисова**, сестра-хозяйка хирургического отделения; **Л.А. Новикова**, буфетчица хирургического отделения; **С.Н. Кукса**, санитарка гинекологического отделения; **Н.Г. Грабельная**, сестра-хозяйка операционного блока, **Е.Н. Гордиенко**, сестра-хозяйка роддома; Н.Л. Ильиных, сестра-хозяйка физиотерапевтического отделения.

Особое внимание заслуживают водители машин «Скорой помощи» - **Г.И. Акимочкин, В.И. Аксенов**; электромеханик по медицинскому оборудованию И.И. Хлудеев.

От всей души поздравляю сотрудников больницы с 35-летием! Вы, медицинские работники, по праву можете гордиться своей профессией, ведь имея самое дорогое и ценное – здоровье, люди нашего района работают, рожают детей... Все это возможно только в благополучном районе. Поэтому особая благодарность - людям в белых халатах.

Поздравляю с праздником всех медицинских работников - ныне работающих и ветеранов. Пусть следующие годы добавят только славы вашей работе. Пусть задуманное и начатое вами будет по плечу.



Актив Степноозерского районного отделения Ассоциации медицинских сестер

Спрашивали – отвечаем

РАБОЧЕЕ ВРЕМЯ



Какова продолжительность рабочего времени главной медицинской сестры и санитарок?

В связи с тем, что главная медицинская сестра относится не к медицинскому, а к управленческому персоналу учреждения здравоохранения (несмотря на наличие у нее медицинского образования), сокращенная продолжительность рабочего времени для нее не предусмотрена. На главных медсестер распространяется нормальная продолжительность рабочего времени – 40 часов в неделю.

Если указанные руководящие работники эпизодически привлекаются к выполнению своих трудовых функций за пределами нормальной продолжительности рабочего времени, для них должен быть установлен ненормированный рабочий день.

В соответствии со ст.101 Трудового кодекса РФ (ФЗ от 30.12.01г. №197-ФЗ) перечень должностей работников с ненормированным рабочим днем устанавливается коллективным договором, соглашением или правилами внутреннего трудового распорядка организации.

Этим работникам на основании ст.119 Трудового кодекса РФ предоставляется ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск, продолжительность которого определяется вышеназванными локальными нормативными правовыми актами, но не может быть менее трех календарных дней.

Санитаркам, если они не заняты работой в отделениях и кабинетах с вредными условиями труда (рентгеновских, физиотерапевтических, патолого-анатомических, наркологических и др.), также устанавливается 40-часовая рабочая неделя.



**Контактный телефон
Алтайской региональной
Ассоциации средних
медицинских работников:
(8-3852) 35-70-47**

НАСТОЯЩИЙ МУЖЧИНА:

КАКОЙ ОН?

Например, настоящий мужчина должен быть:

- сильным, мужественным,
- умным, спокойным и уверенным в себе,
- воспитанным, хорошо зарабатывать, продвигаться по служебной лестнице,
- не уступать в конкурентной борьбе, быть победителем, используя любые способы, но в то же время настоящему мужчине вменяется в обязанность быть
- любящим, чутким, заботящимся и понимающим в кругу семьи.

При этом, согласно общепринятым стереотипам, настоящий мужчина не должен быть:

- слабым,
- глупым,
- грубым,
- жадным,
- агрессивным,
- эгоистичным.

Кроме того, настоящий мужчина не плачет и не жалуется на жизнь.

Однако подобный идеал таит в себе опасность, не заметную на первый взгляд. Усваивая определенные образцы поведения: «Ты же девочка, ты должна быть опрятной и вежливой!» или «Не плачь, ты же мальчик! Тебя засмеют», сначала мальчики, а затем и мужчины, обучаются делать вид, что они могут быть только сильными, логичными, бесстрастными и не испытывают чувства жалости, отчаяния или разочарования. Чтобы стать настоящим мужчиной, нужно уметь постоять за себя, быть агрессивным. В результате путь решения проблем с помощью силы, многим видится наиболее эффективным. Кроме того, ребенок, привыкший считать нормальным ругань и побои отца, вряд ли изменит свое отношение к этому в будущем. Просто никто не учил и не говорил о том, что может быть другой способ решения проблем. Это нормальное, спокойное обсуждение проблемы, поиск выхода из нее без скандалов, и уж тем более без побоев.

Вот некоторые «ловушки» в общественно одобряемом образе настоящего мужчины:

· Настоящий мужчина всегда сдержан и хладнокровен.

Поэтому мужчины часто испытывают затруднение в словесном выражении своих чувств. Это не принято, следовательно, нет и навыка подобного общения. Многие мужчины рассматривают агрессивность как обычный способ вести беседу. Договариваться, искать компромисс, выяснять причину конф-

Образ настоящего мужчины – привлекательный и заманчивый для женщин, образец подражания – для мужчин. Понимание того, каким должен быть настоящий мужчина, у каждого свое, но есть в этом образе некоторые общие, обязательные характеристики, считающиеся неременными атрибутами настоящего мужчины.



ликта оказывается намного сложнее, чем успокоить оппонента одним ударом или окриком. Применение физической силы оказывается наиболее эффективным, чтобы заставить кого-то замолчать, повиноваться, вызвать страх. Но: насилие и общение не совместимы. И ни одно живое существо не заслуживает жестокого обращения!

· Настоящий мужчина никогда не плачет и не говорит о своих трудностях.

Потому что иначе он становится «слабаком», «тряпкой», не мужчиной. Но, накапливающиеся негативные эмоции (которые мы не можем не испытывать) и неудовлетворенные желания держат человека в постоянном напряжении, особенно если он живет под давлением стресса, интенсивной и ответственной работы, плохого финансового положения или скверного супружества. В таких условиях сдерживать себя и проявлять самообладание бесконечно не возможно. В какой-то момент обязательно наступает разрядка. Многие мужчины решают эту проблему, поднимая руку на того, кто заведомо слабее.

· Настоящий мужчина - это глава семьи и ее кормилец.

Поэтому он вправе контролировать всех домочадцев, их поведение и образ жизни. Кроме того, он обязан содержать семью. Неся такую огромную ответственность, мужчина испытывает большой стресс. Поэтому часто считает, что имеет право на определенные привилегии в супружестве. Поступки таких мужчин не определяются чувствами или желаниями супруги, членов семьи, они поступают так, как считают по праву может поступать мужчина. Поэтому вспыхивают от гнева, когда не выполняются привилегии, когда поведение членов семьи выходит из-под контроля и возникает сопротивление, обвинения в том, что с ними трудно жить или разговаривать.

Реальность показывает, что не каждый мужчина может соответствовать тем требованиям, которые он предъяв-

ляет к себе сам или окружающие его люди, жена, подруга. Завышенные требования в результате часто становятся причиной длительного физического и психического напряжения. Это становится причиной стресса, депрессии, упадка физических сил, работоспособности, повышенной раздражительности, агрессивности.

В целом, агрессия – положительное явление. Она досталась нам от прародителей как способ защиты своего вида. Другое дело, в какое русло ее направить. Один из вариантов нормальной жизни с этой агрессивностью – разобравшись в себе, своих ощущениях, чувствах, мыслях и желаниях, научиться распознавать начало «приступа» агрессивности, его интенсивность. Только научившись понимать себя, можно начать что-то менять. Чтобы «выпустить пар», есть физическая работа, спорт – они снимают напряжение.

Нет ничего важнее того, чтобы остановить насилие. Оно ломает жизнь и тех, кто его терпит, и тех, кто его совершает. Кроме общественных стереотипов, поощряющих применение силы для решения семейных проблем, причинами насилия являются также управляемое чувство гнева, страха и беспомощности, которые пытаются скрыть при помощи насилия.

Мы все наблюдали и/или испытывали на себе насилие или оскорбления. Мужчины с детства учатся применять насилие в ответ на ситуации конфликта, страха, злости. Но, несмотря на это, насилие и жестокость не являются неотъемлемой частью поведения и характера мужчин. Мужчины могут измениться. И многое приобретают, перестав проявлять насилие и жестокость.

А что выбираете вы: жизнь под властью своих негативных эмоций или жизнь по собственному выбору? Кто хозяин вашей жизни? Вы или ваш гнев? Решать вам.

Светлана Сергеевна Саклакова, заведующая отделением профилактики насилия в семье

Информация предоставлена краевым кризисным Центром для мужчин

«Верим в себя!»

Однажды у одного из авторитетных зарубежных менеджеров я прочитала, что разрешение на создание в руководимой им крупной корпорации кредитного кооператива среди работников он не просто согласовал с собственниками предприятия, но и активно убеждал их в необходимости такого шага, как значимого элемента социальной политики на предприятии. Меня заинтересовала такая форма взаимопомощи.

Оказалось, что в 2001 году в России деятельность потребительских кооперативов граждан была закреплена законодательно. Государство не просто легализовало некогда существовавшие «кассы взаимопомощи», а поощряет и содействует их становлению и развитию. Особо хотелось бы подчеркнуть - граждан, а не предпринимателей.

Опыт создания таких объединений есть и на Алтае, а в краевом бюджете не первый год выделяются серьезные средства на их поддержку.

Что же говорят те, кто имеет опыт



создания кредитных кооперативов граждан в крае?

Александр Васильевич Курылев, председатель правления потребительского кооператива граждан «Надежда», созданного на базе Новоалтайского городского общества инвалидов:

- Согласитесь, всегда есть неотложные вопросы, для разрешения которых не хватает в данный момент какой-то части средств: оплатить лечение, ремонт холодильника или проводят телефон, газ, но не хватает средств, чтобы

приобрести отопительный котел, - да мало ли в чем возникла нужда...

Людьми с ограниченными возможностями еще сложнее. Искали выход все вместе, рассмотрели в том числе и вариант создания кооператива. Принцип работы его несложен. Группа, как правило, хорошо знакомых друг другу людей (вместе работают или живут в одном микрорайоне) объединяются и делают взносы в общую «кассу взаимопомощи» (на практике - от 150 до 250 рублей). Выбирают из своей среды председателя и казначая (можно и принять их на работу по найму), сами определяют условия кредитования. Какую сумму, на какой срок, под какие проценты выдавать исходя из имеющихся ресурсов. Суммы кредитов (особенно на первых этапах) - незначительны.

Какие преимущества у такой формы кредитования, ведь кредит можно получить и в банке?

Прежде всего, это упрощенная процедура оформления документов. Кредит может получить только член кооператива, отношения, как правило, доверительные, и сроки рассмотрения вопроса о получении кредита минимальные - от 1 до 3 дней.

Второе. Проценты за пользование кредитом могут быть значительно ниже, чем в банке.

Чтобы увеличить возможности нашего кооператива, мы ищем различные варианты - обращаемся к спонсорам с просьбой о безвозмездном или временном предоставлении средств на беспроцентной основе. И нам часто шли на встречу. Есть варианты получения средств на поддержание кооператива через краевой бюджет, но собственного такого опыта мы еще не имели. Кооператив имеет право принимать средства во вклады под проценты, а значит, и наращивать объем кредитования.

Одно из основных условий стабильной работы - это расширение числа членов организации. По Закону их не может быть меньше 15 и более 1000 человек.

Еще хотелось бы подчеркнуть следующее. Бытуют такие заблуждения, что кто-то обязательно кооперативу **должен** дать средства. Но это **именно заблуждение**. Потому что люди в кооператив объединяются сами, чтобы решить свои неотложные проблемы, т.е. **объединяются, чтобы помочь друг другу**. В этом суть. А вот привлечение ресурсов извне - это уже, будем говорить, организаторский талант инициа-



торов, понимание значимости такой формы социальной поддержки особо нуждающихся руководителями предприятий, местной властью.

Зинаида Николаевна Кузьменко, председатель профсоюза ОАО «Барнаулский завод АТИ»:

- Мы создали наш кооператив из числа работников и ветеранов завода. Тогда предприятие переживало достаточно сложный период, проблем накопилось много и у людей - у кого телефон отключили за неуплату, кому коммунальные услуги нужно срочно оплатить, кому просто «перехватить» до зарплаты.

Самые тяжелые времена миновали, а кооператив живет. Но заботы у людей уже другие - кто-то обновляет мебель, кто-то оплачивает учебу детей, появились такие, кто размещает деньги во вклад (подкапливает на отпуск), а молодежь недавно заговорила о кредите на жилье. Они повзрослели в других условиях, более предприимчивы, понимают, что лучше создать условия жизни сразу и «отрабатывать».

Конечно, нашему кооперативу было проще потому, что «стартовый капитал» выделило предприятие. Но несмотря на это, изначально у людей не было «синдрома потребительства», люди восприняли кооператив именно как **«кассу взаимопомощи»**.

Я думала, что такая форма работы возможна только на предприятии - все на виду, друг друга знают. Но к нам за опытом пришли из ТОСНа (территориальный орган местного самоуправления) Октябрьского района города Барнаула, они в своем кооперативе объединили людей по месту жительства - там есть и медики, и педагоги, и вете-



раны. Начали работать.

Наталья Васильевна Глебова, главный бухгалтер аудиторской компании «Аудит и консалтинг»:

- Отмечу, что потребительские кооперативы граждан - действительно востребованная форма работы. Мы не первый год обеспечиваем методическое сопровождение создания и работы таких кооперативов. Разработали пакет учредительных документов, унифицировали формы ведения документации. Помогаем их становлению. Буквально недавно зарегистрирован кооператив граждан, созданный педагогами школ города Новоалтайска.

Конечно, если бы районные, городские власти, особенно на первых порах, поддержали бы инициативу граждан и организационно, и финансово - люди бы активнее решали самостоятельно многие свои проблемы.

Ознакомившись с работой потребительских кооперативов граждан, мы обсудили идею в ряде коллективов лечебных учреждений края, в обществах инвалидов. Она явно вызывает интерес и понимание. Дело за организатором. Это может способствовать решению повседневных нужд людей.

Наш журнал выступил инициатором создания *Некоммерческого партнерства «Алтайская краевая ассоциация социальных кредитных потребительских кооперативов граждан «Верим в себя».*

Мы открыты к сотрудничеству, готовы оказать методическую, организационную помощь в создании потребительских кооперативов граждан.

И.В.Козлова, главный редактор журнала «Здоровье алтайской семьи»

От редактора

Мы систематически публикуем в журнале сведения о представителях журнала в городах и районах края и рады, что число их неуклонно растет.

Кто они – наши представители?

Это те ответственные и неравнодушные люди, которые бескорыстно взяли на себя дополнительную работу – обеспечить взаимодействие жителей конкретного района, города с нашим журналом. Именно через них мы чаще всего получаем вопросы наших читателей. С ними советуемся по темам, которые нужно освещать в журнале в первую очередь. Они сподвижники публикаций в журнале материалов специалистов, работающих в их лечебных учреждениях, они содействуют становлению региональных представительств Ассоциации средних медицинских работников края, они в массе своей одобрили и заинтересовались идеей создания потребительских кооперативов граждан в своих лечебных учреждениях, они понимают важность систематической работы по пропаганде здорового образа жизни.

Словом, это те люди, благодаря энтузиазму которых авторский коллектив журнала имеет возможность встречаться с вами, уважаемые читатели, на страницах нашего журнала «Здоровье алтайской семьи».

Прошедшие два года для нашего журнала я бы назвала удачными.

Многие люди поддержали его. Внимание и участие каждого было важным, интересным, полезным.

Известный поэт, актер Никита Джигурда, который в 2003 году провел более 20 встреч на концертных площадках края, а в текущем – уже дважды побывал на Алтае, популяризируя социальные программы журнала. У нас есть совместные планы на 2005 год. Верю, они осуществятся.

Народного художника России И.С. Хайрулинова, лидера женского движения Алтая Н.С. Ремневу, председателя профкома Барнаульского завода АТИ З.Н. Кузьменко и Совета ветеранов из г.Барнаула Л.И. Гребенкину, руководителей ТОСНов г.Барнаула Л.И. Донских, Т.А. Дорохину, Г.И. Ефросиничеву – мы заслуженно включили в актив ратующих за «здоровье алтайской семьи».

Но, подчеркиваю, сегодня особый разговор о наших партнерах - медицинских работников. Они не просто одобрили идею журнала, стали заинтересованными и квалифицированными авторами, а в буквальном смысле организовали работу по продвижению идеи журнала – подписались на журнал сами, посоветовали родственникам, друзьям, знакомым, пациентам, включились в проведение «школ», приняли участие в акциях журнала.

Конечно, на наш журнал можно подписаться в любом отделении связи – подписной индекс 73618. Но, получая журнал через наших представителей, вы сможете получать его гораздо дешевле – годовая подписка на 2005 год обойдется вам в 216 рублей. Журнал выходит ежемесячно. Обращайтесь по вопросам льготной подписки на журнал в лечебные учреждения районов, городов, там, где есть наши представительства:

г.Барнаул: ул.Пролетарская, 113, офис 200, тел.23-24-13 (редакция журнала);

г.Бийск: городской комитет по здравоохранению, тел.24-84-38 (представитель – Медведева Надежда Михайловна);

г.Новоалтайск: ул.Обская, 3, тел.2-11-19 (Издательство «ВН-Добрый день»);

г.Рубцовск: пер.Рубцовский, 31 (детская поликлиника), тел.4-63-95 (представитель – Арсеньева Нина Григорьевна); ул. Ленина, 13а (Горбольница №3), тел. 3-38-95 (представитель - Царева Татьяна Васильевна);

Алейский район: г.Алейск, Алейская ЦРБ, тел.2-24-97 (представитель - Салов Геннадий Петрович);

Бийский район: Бийская ЦРБ, тел.38-14-84 (представитель - Овсянникова Нина Владимировна);

Благовещенский район: с.Благовещенка, Благовещенская ЦРБ, тел. 22-7-87 (представитель – Чупина Светлана Васильевна);

Завьяловский район: с.Завьялово, Завьяловская ЦРБ, тел.2-27-72 (представитель – Карманова Ирина Юрьевна);

Залесовский район: с.Залесово, ул.Больничная, 21, тел.22-5-87 (представитель – Логинова Ольга Юрьевна);

Зональный район: с.Зональное, Зональная ЦРБ, тел.22-1-31 (представитель – Рыкова Лариса Александровна); тел.22-5-87 (представитель – Гуляева Валентина Петровна).

Калмандринский район: с.Калманка, ул.Дзержинского, 142, тел.22-2-93 (представитель – Михайлова Галина Ильинична);

Ключевской район: с.Ключи, ул.Адамовича, 1а тел.2-21-78 (представитель – Зарецкая Зинаида Владимировна);

Косихинский район: с.Косиха, ул.Комсомольская, 52, тел.22-4-96 (представитель – Белкин Дмитрий Константинович);

Кытмановский район: с.Кытманово, ул.Закурынская, 18, тел.22-3-09 (представитель – Козлова Людмила Алексеевна);

Павловский район: р.п. Павловск, Павловская ЦРБ, тел. 2-21-97 (представитель - Храмова Ирина Анатольевна); районная поликлиника, тел.2-03-96 (представитель – Рафаловская Елена Владимировна);

Первомайский район: Первомайская ЦРБ, тел.7-93-93 (представитель – Белоцкая Наталья Ивановна), районная детская поликлиника, тел.7-93-13 (представитель – Петрова Нина Алексеевна);

Поспелихинский район: с.Поспелиха, Поспелихинская ЦРБ, тел.21-6-58 (представитель – Палочкина Елена Игоревна);

Ребрихинский район: с.Ребриха, пр.Победы, 120, тел.22-3-87 (представитель – Деркач Надежда Алексеевна);

Советский район: с.Советское, пер.Целинный, 17, тел 2-28-87 (представитель – Курносова Екатерина Евгеньевна);

Тальменский район: р.п.Тальменка, ул.Кирова, 68, тел.22-7-84 (представитель – Аксенова Антонина Александровна); тел. 2-22-87 (представитель - Пениоза Лилия Владимировна);

Топчихинский район: с.Топчиха, ул.Правды, 12а, тел.22-1-87 (представитель – Киндохина Светлана Сергеевна);

Троицкий район: с.Троицкое, Троицкая ЦРБ, тел.22-0-39 (представитель – Красикова Лилия Арновна);

Целинный район: с.Целинное, ул.Советская, 31, тел.2-14-57 (представитель – Ляпина Лидия Балтазаровна);

Шипуновский район: с.Шипуново, ул.Мамонтова, 103, тел.22-6-75 (представитель – Мищенко Вера Ивановна).

Представляем партнеров журнала «Здоровье алтайской семьи»

Муниципальное учреждение здравоохранения
«Алейская центральная районная больница»



Алейский район расположен в юго-западной части Алтайского края. Центр его - город Алейск, расположенный в 120 км от краевого центра - города Барнаула. В настоящее время на территории Алейского района находится 44 населенных пункта, которые объединяют 22 сельсовета. В районе работают 32 ФАПа, 6 участковых больниц, амбулатории. В районе имеются 23 средние школы, 12 основных общеобразовательных школ, 3 начальные школы, 11 детских дошкольных учреждений, 1 оздоровительный комплекс (приют) на базе Дружбинского детского сада, 1 специальный коррекционный детский дом в с.Вавилон. При школах работают три краеведческих музея.

В 1941 году больница переведена в новое здание с общим числом коек – 75. Открыты новые отделения. В военные годы на базе ЦРБ был размещен военный госпиталь, возглавляемый **Любовью Николаевной Шиловой**.

В 1958 году коечный фонд ЦРБ возрос до 200 коек. Расширены врачебные приемы, сеть амбулаторных и фельдшерских пунктов. ЦРБ берет на себя руководящую роль в организации и оказании помощи населению города и района. В 60-е годы при ЦРБ организованы курсы РОКК по подготовке медицинских сестер. С 1961 года по 1982 год больницу возглавляла заслуженный врач РСФСР **Евдокия Сергеевна Бездольная**, в 1980 году благодаря ее заслугам введены новые корпуса ЦРБ, поликлиники.

В настоящее время в МУЗ «Алейская ЦРБ» работает 9 отделений общей мощностью 350 коек, из них 4 отделения являются межрайонными. В 2003 году больнице присвоена 1 категория. Ежедневно поликлиника ЦРБ принимает 800 человек. Медицинская помощь оказывается более чем по 20 специальностям. В ЦРБ работают 600 человек, из них врачей – 86: с высшей квалификационной категорией - 8 врачей, 26 – с первой квалификационной категорией; коллектив средних медицинских работников насчитывает более 280 человек. Все они ответственные и неравнодушные люди.

Продолжают трудиться в коллективе заслуженные врачи, ветераны здравоохранения: **Алексей Николаевич**

Упоминания об учреждениях здравоохранения в Алейске начинаются с 1923 года, когда был создан врачебный участок, а в 1924 году – медпункт на 10 коек, где на весь один район в штате был один врач и один фельдшер.

Алейская центральная районная больница организована в 1929 году. В тот период в больнице было три отделения: общее, инфекционное и родильное, оказывалась также амбулаторная помощь больным.

К 1936 году в больнице было уже 70 коек, работали амбулатория, малярная станция, санитарно-бактериологическая лаборатория, женская консультация, прививочный отряд, молочная кухня, аптека.

Пастухов – заведующий отделением переливания крови; **Роза Ивановна Бриганова** – врач-кардиолог; **Мария Михайловна Проневская** – врач-онколог. Мы гордимся специалистами, работающими в нашем учреждении: **Владимир Николаевич Круглов** – заведующий кардиологическим отделением; **Виталий Константинович Завсеголов** – заведующий травматологическим отделением, врач высшей категории; **Татьяна Анатольевна Бурдачева** – врач-анестезиолог, реаниматолог высшей категории; **Нина Яковлевна Бровко** – участковый терапевт, более 30 лет проработавшая на терапевтическом участке. За последние пять лет в ЦРБ прибыли 10 молодых специалистов, они успешно трудятся, продолжая традиции старшего поколения: **Елена Геннадьевна Гриценко** – невропатолог; **Наталья Викторовна Корovina** – терапевт; **Ольга Анатольевна Веснина** – акушер-гинеколог.

Алейская ЦРБ определена центром медико-географической зоны, в которую входят Алейский, Усть-При-

станский, Усть-Калманский, Краснощекровский, Чарышский, Шипуновский районы. Это, безусловно, повышает статус больницы, требования к уровню ее оснащения, к квалификации персонала.

Главный врач
Н.И. Пастухова

На фото (3-я обложка):
слева направо, сверху вниз:
Н.И. Пастухова, главный врач;
А.Н. Затула и **С.В. Добровольских** - медсестры неврологического отделения;
В.М. Перевалова, заведующая детской поликлиники; **В.П. Гудов**, врач-реаниматор; **Г.П. Топорова**, начмед; **А.А. Попов**, заведующий хирургическим отделением;

А.Е. Диситинов, заведующий неврологическим отделением; **Т.В. Лопатина**, акушер-гинеколог родильного отделения; **Г.Ю. Швиндт**, врач-неонатолог; **Т.В. Кобринина**, заведующая гинекологическим отделением; **В.Н. Круглов**, заведующий кардиологическим отделением;
Ю.Н. Паутов, врач-кардиолог; **С.Н. Чуканова**, старшая медсестра хирургического отделения; **И.Н. Богатырева**, заведующий детским отделением; **Г.Н. Садов**, заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию населения.

Партнер журнала "Здоровье алтайской семьи" "Алейская ЦРБ"



Завьяловской ЦРБ - 75 лет!

Стр. 8



НАШ ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС - 73618