

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№5 (89) МАЙ 2010

С Днем Победы!



Волна памяти

Вспоминая наше детство, мы со сверстниками единокровны в том, что нашему поколению, воспитанному на примерах юных героев Великой Отечественной войны Зои Космодемьянской, Лары Михеенко, Гули Королевой, зачитывающемуся позднее воспоминаниями командира партизанского отряда Медведева, тогда как-то даже и не думалось, что от той героической войны нас отделяло всего 10-15 лет!

И удивительнее всего для меня сейчас то, что наше детство, спустя этот совсем короткий срок после разрушительной войны, было таким счастливым, ярким и радостным, я бы даже сказала, безмятежным.

На 9 мая мы шли на парад с распустившимися веточками березы, предусмотрительно поставленными родителями на окошко в зеленых бутылках.

Украшали их самодельными цветами. Это был самый торжественный, самый радостный день в году. Может быть, сейчас, с годами, я острее чувствую это поистине всенародное ликование.

От 9 мая этого года у меня - очень смешанное чувство. Была радость, гордость за Мужество, Победу. Были встречи с ветеранами, подарки, искренние слова благодарности. Но... чувство вины, неисполненного долга перед этими, уже давно не молодыми, людьми от этого только еще нарастало. Может быть, его усиливали и те сюжеты, которые прошли по телевидению, показывающие проживающих буквально в нечеловеческих условиях ветеранов и их «экстренное», до 9 мая, переселение в благоустроенные квартиры...

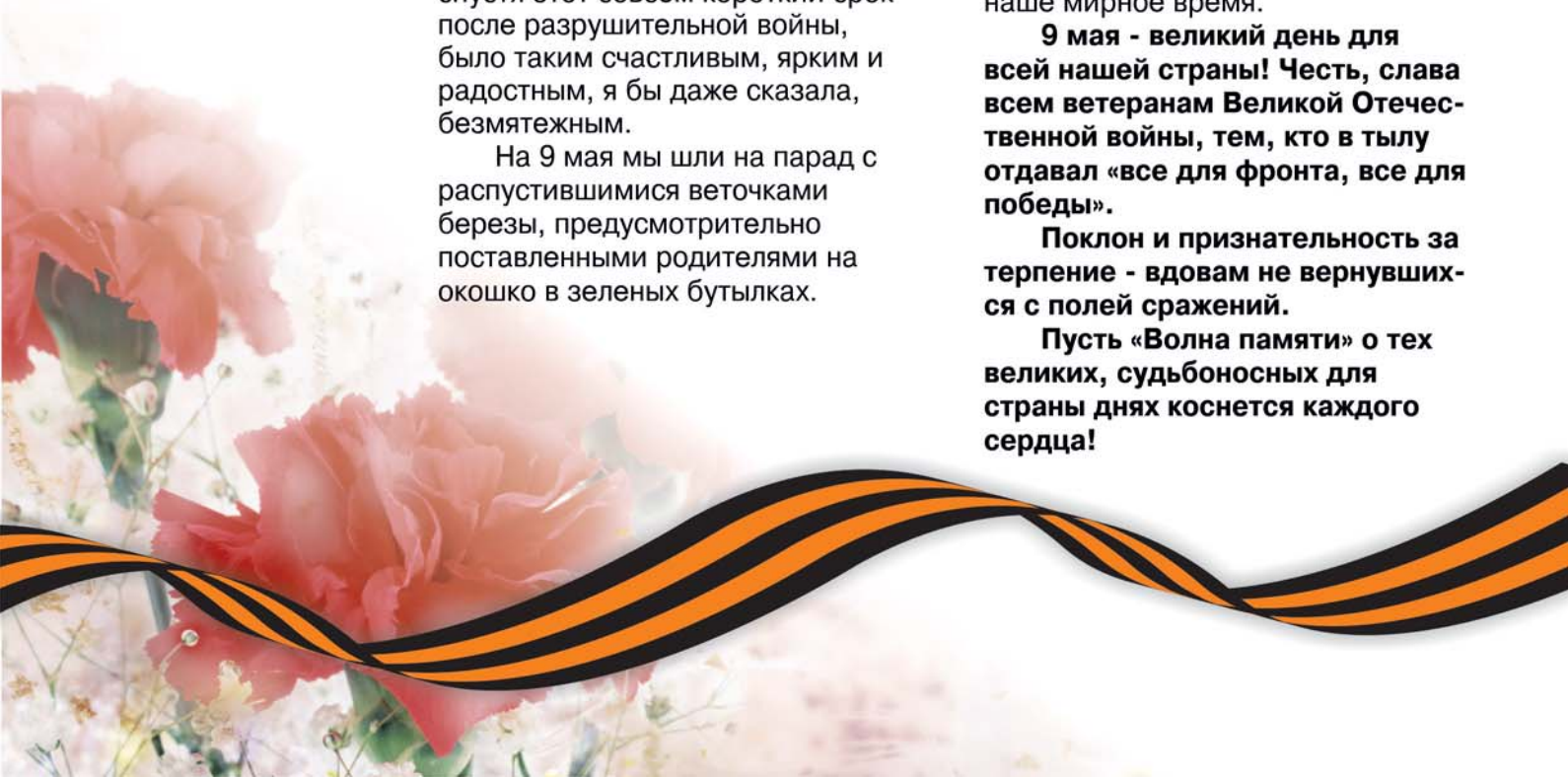
Я помню, как мой сын, тогда еще школьник, вместе с друзьями бегал на улице, восторженно встречая «афганцев» - героев их времени, - приехавших на торжественное мероприятие, посвященное присвоению их школе имени бывшего выпускника, Героя Советского Союза Константина Павлюкова.

Мне бы очень не хотелось, чтобы спустя годы наши дети испытывали такое же чувство стыда перед ребятами, прошедшими через горнило «вооруженных конфликтов», семьями погибших в наше мирное время.

9 мая - великий день для всей нашей страны! Честь, слава всем ветеранам Великой Отечественной войны, тем, кто в тылу отдавал «все для фронта, все для победы».

Поклон и признательность за терпение - вдовам не вернувшимся с полей сражений.

Пусть «Волна памяти» о тех великих, судьбоносных для страны днях коснется каждого сердца!



Содержание



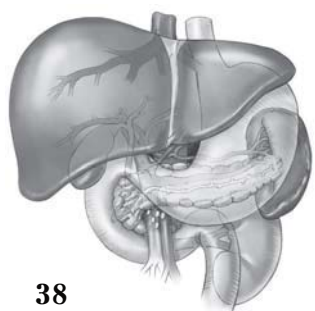
6
Аутизм: любовь и терпение помогут



25
Еще одна женская проблема



36
Живите до 100 лет



38
Современные подходы к диагностике холестаза

Было разное - война, обстрелы и любовь	2
А.Л. Репин, А.М. Смоляков. Вам требуется помощь окулиста... ..	3-5
Аутизм: любовь и терпение помогут	6-7
Медицинские работники не бывают бывшими	8-9
Можно ли, не уважая себя, рассчитывать на уважение общества?..	10
Будьте любезны - это полезно!	11-12
Запрет на дым	13
Профилактика нарушения голоса у педагогов и лиц речевых профессий	14-16
Пять упражнений для голоса	16
Дорога к себе... ..	17-19
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» Л.А. Бильчич. Профилактика полиомиелита	20
Т.А. Толмачева. Лицом к проблеме	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Т.М. Каширина. Первая Всероссийская конференция фельдшеров ФАПов, скорой медицинской помощи	21-22
Г.И. Крайниченко. Особенности алкоголизма у женщин	22
Т.В. Беспалова. Кровь - река жизни	23-24
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА Т.А. Кузнецова. Еще одна женская проблема	25-26
Мужчины тоже плачут	26
«Доброта живет на белом свете»	27
Мир и медицина	28
Хобби, которое лечит	29-30
Вырастим дерево	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Мир и медицина	34
Поддержите мышцы в тонусе	35
Живите до 100 лет	36-37
Н.В. Цуркан. Современные подходы к диагностике холестаза	38-39
Отруби для красоты и здоровья	40
Мир и медицина	41
Тест: Талант вести деловое обсуждение	42-43
Что съесть на завтрак?	44



Было разное - война, обстрелы и любовь

О ветеранах-медиках, прошедших через Великую Отечественную войну, мы говорили с Ией Андреевной Егоровой, долгое время работавшей в краевой клинической больнице. Назвав не один десяток уважаемых людей, она особенно тепло отозвалась о Павле Александровне АЛЕШИНОЙ.

Всю войну прошла она юной девчонкой, специалист высокой квалификации, а еще троих детей воспитала - все, как и родители, стали врачами.

Павла Алешина когда-то в начале 40-х не боялась бороться за свою мечту стать врачом и для этого приехала после окончания школы поступать в Московский медицинский институт. Семья была многодетная, без большого достатка, и у девчонки-студентки столичного вуза долгое время были единственные парусиновые туфли. Но это было неважно, когда профессии тебя учат настоящие светила медицины того времени.

Позднее уже своей подрастающей дочери рассказывала Павла Александровна, может, и с неким сожалением, о том, что из дома уехала очень рано и мама не успела научить многому из «женских наук» - готовить, шить. Все это пришлось осваивать самой, когда стала Павла Александровна женой военного хирурга и строила свой дом. Но это будет годы спустя...

Институт был окончен в 1940 году. Всего год работы в Узбекистане врачом-терапевтом - и в страну пришла война. Основным опытом, накопленным в первые годы самостоятельной практики, стал опыт работы во фронтовых условиях. Павла Александровна в 1941 году ушла на фронт добровольцем.

Медсанбат 387-й стрелковой дивизии стал местом службы, работы - жизни. Павла Александровна отвечала за выхаживание больных, перенесших операции, позднее руководила работой госпитального взвода. Потом вспоминала, что, по существу, терапевтических больных - с обострением хронических заболеваний - было немного. Это еще раз подтверждало, что в экстремальных условиях силы человеческого организма мобилизу-

ются настолько, что становится ему не до болезней... Работать приходилось сутками, выходить хотелось каждого. Только ей самой известно, сколько слез было пролито над теми, кому помочь оказывалось невозможно. Этих переживаний не должны были видеть - и не видели - коллеги, тем более - раненые. Нынешнее поколение врачей не может даже предположить, что такое провести обход раненых во время боевых действий, под обстрелом. Требовались не только глубокие знания, но и решительность, выносливость, выдержка, доброта. Нужно было и чувство юмора, которое помогало в самых сложных ситуациях.

Жизнь даже во фронтовых условиях развивалась по обычным, всем известным, законам. С будущим мужем, хирургом-красавцем **Николаем Смирновым** под Сталинградом играли фронтовую свадьбу. Друзья подарили молодоженам замечательные столовые принадлежности - алюминиевые ложки. Он был из семьи потомственных врачей. И эта семья многое сделала для развития медицины в Барнауле, и не только - его отец был одним из основателей Покровского собора.

Смирновы не сразу приехали в Барнаул после победного сорок пятого. Была работа в разных больницах в Красноярском крае, но все же удалось мужу уговорить Павлу Александровну вернуться в родной для него город. И многие годы супруги работали в Краевой клинической больнице.

В семье выросли трое детей. Старший сын родился в сентябре 1945 года, поэтому часто говорит, что тоже побывал на фронте с мамой. По словам дочери Галины, то, что все дети стали врачами, было естественно: когда семья собиралась вечерами, разго-



воры так или иначе касались лечения больных, потому что вся жизнь родителей проходила в больнице:

- Вариантов другого профессионального выбора для нас, детей, просто не могло быть. Каждый из нас окончил медицинский институт, отработал по распределению в районных больницах. Отец помогал, приезжал, вставал к операционному столу вместе с братом, мне помогал советом. Такое участие родителей помогло быстрее получить опыт каждому из нас.

Атмосфера в родительском доме была такая, что для каждого ребенка успехи в школе, выполнение требований дисциплины были естественными, не требовались дополнительные напоминания. Родители не повышали голоса, оставались тактичными и выдержанными, что бы ни происходило.

Замечено, что наградой за годы, отданные благороднейшему делу - лечению или обучению людей, - становится долгая и счастливая жизнь. Павле Александровне сейчас 92 года. Судьбой ей сделан главный подарок - после всех перенесенных испытаний живет в окружении своих детей, внуков и даже правнуков. С юбилеем Победы Вас, дорогая Павла Александровна! ☺





Вам требуется помощь окулиста...

Берегите зрение Это - ваше окно в мир. К сожалению, люди все больше стали страдать заболеваниями органов зрения. Так, в 2009 году можно сказать, что каждый второй житель края в течение года обращался к окулисту по той или иной причине! Это число, по данным медицинской статистики, больше, чем количество посещений у других, более «популярных», специалистов: хирургов, невропатологов, кардиологов и других.

Именно потому совместно со специалистами Краевой офтальмологической больницы мы решили подготовить цикл материалов о том, как беречь зрение, какие заболевания могут угрожать глазам, как заниматься их профилактикой.

Во вводной статье мы даем общую информацию об офтальмологической службе края, ответы на наиболее часто задаваемые жителями организационные вопросы.

Наши собеседники: **А.Л. РЕПИН**, главный врач больницы, и **А.М. СМОЛЯКОВ**, заместитель главного врача.

В чем причина такой востребованности офтальмологической помощи?

Известно, что через орган зрения человек получает не менее 80% информации об окружающем мире. Малейшие нарушения в его функционировании вызывают у человека тревогу и вынуждают его обращаться за квалифицированной офтальмологической помощью.

Каким образом организовано оказание офтальмологической помощи в Алтайском крае?

Всего в Алтайском крае 192 врача-офтальмолога, из них поликлинический прием проводят 123 врача. На 60 районов края приходится всего 42 офтальмолога, остальные работают в городах (в Барнауле их 47).

Врачи-офтальмологи городских и районных поликлиник оказывают первичную офтальмологическую помощь населению края: проводят профилактические осмотры, диагностику глазных заболеваний, назначают необходимое консервативное лечение, осуществляют диспансерное наблюдение за больными.

Как быть, если лечение у районного окулиста не помогает

или требуется сложное обследование?

В таких случаях районный офтальмолог направляет больного на консультацию в одно из краевых лечебных учреждений: консультативную поликлинику ГУЗ «Алтайская краевая клиническая больница» или ГУЗ «Краевая офтальмологическая больница».

Сегодня эти учреждения оснащены самым современным диагностическим оборудованием, в том числе ультразвуковыми сканерами, оптическими когерентными томографами, компьютерными анализаторами полей зрения, авторефрактометрами, электронными тонографами и т.д., что позволяет офтальмологам краевых ЛПУ поставить диагноз при самой сложной глазной патологии.

Может ли пациент самостоятельно обратиться за плановой помощью в одно из названных краевых ЛПУ?

Алтайский край является одним из самых территориально крупных регионов в России. В крае - 60 районов, 12 городов, 1607 сельских населенных пунктов, население края составляет 2млн. 496 тысяч человек. Если каждый желающий обследоваться именно в краевом ЛПУ самостоятельно явится на прием, можно представить, какая очередь и неразбериха будут в регистратуре и возле кабинета врача. Да и врач не сможет принять всех желающих - ведь на прием каждого больного выделяется определенное время, а рабочий день врача регла-



Александр Леонидович РЕПИН,

главный врач,
Заслуженный врач
Российской Федерации,
врач-офтальмолог высшей
квалификационной
категории;



Александр Михайлович СМОЛЯКОВ,

заместитель главного врача
по организационно-
методической работе и
экспертизе качества
лечения, врач-офтальмолог
высшей квалификационной
категории - ГУЗ «Краевая
офтальмологическая
больница»



«Школа здоровья - школа профилактики»

ментирован Трудовым кодексом РФ.

Поэтому «Территориальной программой государственных гарантий оказания на территории Алтайского края бесплатной медицинской помощи», в разделе 7, предусмотрено, что «направление больных в краевые консультативные поликлиники и специализированные центры, включая диагностические, осуществляется клинико-экспертными комиссиями муниципальных учреждений здравоохранения. Пациент должен иметь при себе паспорт, страховую медицинскую полис, направление, выписку из медицинской документации с результатами предварительных обследований. При повторном направлении в выписку включается информация об эффективности исполнения данных ранее рекомендаций».

Обратите внимание, что направление выдается только врачебной комиссией и только муниципальными (краевыми) ЛПУ! Врачи частных медицинских центров такого права не имеют!

Нередка ситуация, когда пациент приезжает в Барнаул на консультацию из далекого района только к середине дня, а талонов на прием уже давно нет. Есть ли возможность предварительной записи на удобное для больного время?

Уже более двух лет, как в крае организована *врачебно-диспетчерская служба* и работает так называемая «интернет-регистратура». В настоящее время все районные поликлиники края имеют доступ через Интернет к расписанию краевых ЛПУ; расписание открыто на месяц вперед. По направлению офтальмолога поликлиники по месту жительства **каждый житель** любого, самого отдаленного района края, у себя в поликлинике имеет возможность записаться на прием в краевые ЛПУ в удобные для него день и час. На «интернет-регистратуру» в краевой офтальмологической больнице выделяется более 50% талонов.

Конечно, продолжается и запись на прием «по обращаемости», но это чревато для пациента, в луч-

шем случае, длительным ожиданием в очереди, в худшем - в этот день пациента принять не смогут.

А если больной нуждается в стационарном лечении?

Стационарная помощь глазным больным оказывается в 10 офтальмологических отделениях края, в том числе в межрайонных отделениях городов Бийска, Рубцовска, Камня, Славгорода. Все отделения края оказывают как консервативную, так и хирургическую помощь. *Некоторые отделения имеют узко направленную специализацию.* Например, микрохирургическое офтальмологическое отделение №3 ГУЗ «Краевая офтальмологическая больница» в основном занимается лечением наиболее сложных больных глаукомой, отделение №№1 и 2 - лечением глазной патологии у детей; на базе МУЗ «Городская больница №8» г. Барнаула работает отделение неотложной офтальмологической помощи, более известное как «отделение травмы глаза».

Всего в крае функционирует 583 *глазных койки*; нагрузка на них - одна из самых высоких среди прочих специальностей. Соответственно, очередность на стационарное, в том числе - хирургическое, лечение достигает полутора-трех месяцев.

Все прекрасно понимают, что хирургические вмешательства в глазах требуют высочайшей квалификации хирурга и дорогостоящего оснащения, расходных материалов. А сколько это стоит для больного?

К сожалению, среди жителей края сложился стереотип, что все хирургическое лечение, в том числе - по поводу глазных заболеваний, платное. Это совершенно не соответствует действительности. В соответствии с «Территориальной программой государственных гарантий оказания на территории Алтайского края бесплатной медицинской помощи» **лечение в стационарах, в том числе хирургические вмешательства, и обеспечение медикаментами в период стационарного лечения пациентам предоставляются бесплатно.**

Скорее всего, мнение о «платности» лечения вызвано тем фактом, что до 2009 года включительно бюджет здравоохранения не мог обеспечить всех нуждающихся искусственными хрусталиками, расходными материалами для операции «Факоемульсификация», антиглаукомными коллагеновыми дренажами и т.д. В «Программе» было записано: «...обеспечение в пределах выделенных средств», а эти средства очень быстро заканчивались, и больные, чтобы не дожидаться очередного поступления бюджетных средств, вынуждены были самостоятельно приобретать искусственные хрусталики и прочие материалы в коммерческих структурах (не в больницах!). Но медицинская помощь всем больным оказывалась бесплатно!

Территориальная программа на 2010 год предусматривает полное обеспечение пациентов вышеназванными материалами; таким образом, **в 2010 году пациентам, имеющим полис ОМС, ни за что платить не придется.**

Что касается искусственных хрусталиков, по поводу которых наиболее часто возникают вопросы. За счет средств ОМС закупаются качественные, удовлетворяющие всем требованиям хирурга и пациента, сертифицированные хрусталики, обеспечивающие пациенту зрение на много лет. Но есть хрусталики так называемого «премиум - класса», цена которых составляет 10 и более тысяч рублей - вплоть до 45 тысяч рублей. *Если пациент не желает имплантировать бюджетный «стандартный» хрусталик, то он имеет возможность письменно отказать от него и приобрести «супер-хрусталик» за свой счет в коммерческой структуре.*

А как быть, если в простом глазном отделении больному не могут оказать необходимую помощь при тяжелом заболевании глаз?

Действительно, не всегда есть возможность оказать всю необходимую пациенту помощь в условиях Алтайского края. В таком случае **больной направляется, по заключению врачебной комиссии поликлиники по месту жительства**



«Школа здоровья - школа профилактики»

больного, на консультацию к главному офтальмологу края, который принимает решение о необходимости и виде высокотехнологичного лечения и направления больного в одну из центральных офтальмологических клиник страны (городов Москва, Уфа, Новосибирск) в счет квот Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Лечение в таком случае для больного также осуществляется бесплатно.

Следует отметить, что в 2010 году ГУЗ «Краевая офтальмологическая больница» получило федеральную лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по пяти видам, и теперь жители Алтайского края смогут получить такую помощь, не выезжая за пределы края. Не все регионы России могут похвастаться такими возможностями и успехами.

Речь идет о высокотехнологичном лечении катаракты, глаукомы, отслойки сетчатки, сочатной и врожденной патологии органа зрения и его придаточного аппарата. Эта помощь оказывается за счет средств краевого бюджета и так же **бесплатна для больных**. Для информации: операция по поводу отслойки сетчатки крайнему бюджету обходится в сумму около 70 тысяч рублей. К сожалению, госзаказ на высокотехнологичную помощь ограничен.

Мы говорили о плановой офтальмологической помощи. Но если у пациента резко ухудшилось или пропало зрение, или появились сильные боли в глазу, или случилась травма глаза, - что делать, и куда можно обратиться?

В таких случаях для спасения зрения речь, чаще всего, идет о часах и даже минутах. Больному необходимо немедленно обратиться к офтальмологу. Жители городов Барнаула, Бийска, Рубцовска имеют возможность обратиться в круглосуточные кабинеты неотложной офтальмологической помощи, жители других городов и районов края - к офтальмологу ЦРБ, а в нерабочее время - на станцию «Скорой помощи». Дежур-



ный врач, оценив состояние глаза, примет решение о срочном вызове офтальмолога или о срочном направлении больного в специализированное офтальмологическое отделение. Жители отдаленных сел должны обращаться к медработникам фельдшерско-акушерского пункта или участковой больницы. Все медицинские работники всех звеньев оказания медицинской помощи имеют утвержденный Главным управлением по здравоохранению алгоритм действий, позволяющий максимально быстро оказать больному помощь и обеспечить его направление в специализированное отделение. При необходимости, работник ФАПа имеет право (и обязан) направить больного напрямую в краевой офтальмо-травматологический центр или межрайонное глазное отделение, минуя районного врача-офтальмолога.

Обращаю внимание, что **неотложная помощь всем пациентам должна оказываться бесплатно**, независимо от наличия полиса обязательного медицинского страхования.

Кстати, почему так трудно записаться на прием к «узким» специалистам?

Начнем с того, что очередность при оказании плановой медицинской помощи предусмотрена «Территориальной программой». Врач-специалист, как и любой другой работник любой другой специальности, может вести прием только в пределах нагрузки, установленной нормативными актами.

Обеспеченность офтальмологами на 10000 населения в целом по краю составляет **0,7** (норматив - 1,0); в районах края - всего **0,44**. Даже беглый анализ приведенных показателей говорит о серьезном дефиците офтальмологических кадров, особенно в сельских районах. В перспективе кадровая проблема может усугубиться: изучение возрастного состава показывает, что в 2009 году из числа офтальмологов 52% достигли пенсионного и предпенсионного возраста.

Органы управления здравоохранением осведомлены об этой проблеме и принимают возможные меры к устранению кадрового дефицита.

В частности, в течение последних трех лет ежегодно в интернатуре и клинической ординатуре обучается до 10 молодых специалистов. К сожалению, многие из них по окончании обучения идут работать в коммерческие структуры, а желающих работать в районных поликлиниках - единицы.

Еще один путь решения проблемы очередей - отработка системы предварительной записи. В настоящее время система «интернет-регистратуры» начинает внедряться не только в краевых ЛПУ, но и в поликлиниках города Барнаула. Это позволит пациенту записаться на прием если не в тот же день, то в ближайшее, удобное для больного, время.

Все познается в сравнении. Например, в Англии очередь на плановую консультацию к врачу-офтальмологу составляет от 2 до 5 месяцев, а на плановое хирургическое лечение катаракты - до трех лет. Конечно, это не тот пример, на который мы должны равняться.

Поэтапное внедрение национального проекта, проводимое руководством страны и Минсоцразвития, позволило обеспечить материально и технически оказание первичной медико-социальной помощи. Следующим этапом планируются мероприятия по обеспечению доступности и качества специализированной медицинской помощи, в том числе и офтальмологической. ☺



Аутизм: любовь и терпение помогут

Аутизм называют одной из болезней XXI века. Этот диагноз все чаще ставится современным детям. В ряде стран были проведены исследования по выявлению распространенности детского аутизма. Установлено, что данный синдром встречается примерно в 3-6 случаях на 10000 детей, обнаруживаясь у мальчиков в 3-4 раза чаще, чем у девочек. По данным Краевого реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями, в Алтайском крае 10% от общего числа детей с ограниченными возможностями - это дети, страдающие аутизмом.

Понятие «синдром раннего детского аутизма» (РДА) ввел в обиход американец Л. Каннер, который в 1943 году в собственной клинике наблюдал 11 сходных между собой случаев среди детей, которые своим поведением напоминали взрослых, отгородившихся от людей и реалий внешней жизни. Но большие исследования в этой области были проведены не так давно.

О том, какие моменты в поведении должны насторожить родителей, на что обратить свое внимание, мы беседуем со специалистами Алтайского краевого психоневрологического диспансера для детей: медицинским психологом высшей категории **Аллой Викторовной ЧУНИХИНОЙ** и врачом-психиатром высшей категории **Ириной Геннадьевной БУРЕНКОВОЙ**.

- Можно описать типичный портрет ребенка-аутиста?

- Выделяются три основные области, в которых аутизм проявляется особенно ярко: *речь и коммуникация; социальное взаимодействие; воображение, эмоциональная сфера*. Обычно эти особенности проявляются уже на первом году жизни, а к третьему году становятся очевидными.

У новорожденного ребенка-аутиста есть свои особенности. Так, кроха не имеет комплекса оживления, который есть у детей первого месяца жизни, эмоционально очень слабо реагирует на близких, вплоть до полного безразличия. Ребенок-аутист не улыбается, «не дает» контакта глаза в глаза. Для него характерен отсутствующий, неподвижный взгляд «мимо», «сквозь» человека, он не откликается на свое имя. Эти дети слабо реагируют на различные зрительные и слуховые раздражители, они иногда кажутся глухими и слепыми.

К трем годам здоровый ребенок начинает говорить «я хочу...», «мне надо...», что означает, что он выстроил свои границы в окружающем его мире. Аутист же этого этапа достигает очень поздно или вообще не достигает. Он говорит о себе во 2-м или в 3-м лице, как делают это окружающие по отно-

шению к нему. Поскольку *механическая память* у таких детей, как правило, *хорошо развита*, они надолго запоминают отдельные высказывания, иногда очень умные, не соответствующие возрасту и уровню развития. *Не вдумываясь в смысл, они автоматически повторяют понравившиеся им фразы*.

Если хоть что-нибудь аутисту становится понятно, - он тут же за это цепляется. Отсюда появляется *стереотипия в действиях*: ребенок повторяет одни и те же движения (стереотипные движения пальцами рук, потряхивание и вращение кистями рук, ужимки, подпрыгивание, ходьба и бег на цыпочках), зачастую они проявляются и в его играх (причем, здесь используется неигровой материал: веревочка, баночки и т.д.), носящих несюжетную направленность.

Такие дети по отношению к родителям имеют как *чрезмерную привязанность*, так и наоборот - *полное абстрагирование от окружающих*.

Что касается речи аутичного ребенка: *он может вообще не говорить*, а может, как попугай, *произносить одни и те же слова, слоги, не обращаясь ни к кому*. Если же у ребенка наблюдается отставание в развитии речи, характерно то, что этот недостаток аутист даже и *не пытается компенсировать жестами, мимикой*.

Интеллект у аутистов тоже может быть разным: от сниженного до высокого. Правда, проявление высокого интеллекта своеобразно: например, ребенок не понимает происходящее, но при этом прекрасно рисует.

Страх играет ведущую роль в формировании аутичного поведения и может сохраняться долгие годы. Порой, на взгляд здорового человека, аутичные страхи выглядят смешно и нелепо, настолько они имеют *вычурный* (например, боязнь кнопок на телефоне, отдельной рекламы, громких звуков, ветра, шума бытовых при-



Поддержим ребенка!

боров и т.д.) и ярко выраженный характер (ребенок закрывает глаза, уши, прячется, громко кричит, тягивает голову в плечи).

Чаще всего ребенок-аутист испытывает большую потребность в сохранении стабильности и неизменности его привычного окружения, поэтому он плохо переносит даже малейшие изменения в своей жизни.

Нередко долго сохраняется и избирательность в еде, например, ребенок вообще не ест салат, овощи, мясо, но очень любит один только суп и может есть его длительное время. Или проявляется большая «любовь» только к вредным продуктам («кириешки», чипсы и пр.).

У аутистов часто наблюдаются нарушения сна, это - тяжелое засыпание/вставание, беспокойный сон (частые просыпания).

В более старшем возрасте все эти симптомы и особенности у аутичных детей только нарастают. Дети кажутся отрешенными, безразличными к окружающему. От коллективной игры такие дети отказываются, предпочитая индивидуальную игру в уединении. Причем, они могут одержимо годами играть в одну и ту же игру, рисовать одни и те же рисунки и т.д.

Несмотря на то, что аутизм - это медицинский диагноз, который ставить имеет право только специалист после (порой многолетнего!) диагностического наблюдения, нельзя приуменьшать роль родителей. **Не смотрите на ранние симптомы как на нечто безобидное, последствия могут быть очень и очень серьезные!** Безусловно, чем раньше проблема выявлена, тем больше шансов ее преодолеть. Можно не допустить развития аутизма, выявив своевременно такого ребенка и дав ему нужную терапию заранее. **Чем больше усилий прикладывается родителями и специалистами, чем раньше проблема замечена, тем лучше результат.**

С другой стороны, нередко случается, когда ребенок, имеющий предрасположенность к заболеваемости аутизмом, не получает этот диагноз, так как «спусковой крючок» «не сработал». Эту роль толчка извне могут выполнять: различные инфекционные заболевания, болезненная (в том числе и психологически) адаптация к детскому саду, ребенка определяют надолго жить

к другим родственникам, постоянно обрушивающийся шквал новой информации на детский мозг, внезапный испуг и т.д. То есть, по большому счету, вполне по силам родителей оградить своего ребенка от воздействия этих моментов.

- Что же служит причиной развития аутизма?

- До сих пор нет четкого объяснения возникновения этого заболевания. Все чаще в последнее время аутизм относят к разряду заболеваний из-за проблем в окружающей среде. То есть все то, что окружает нас и может нести в себе потенциальную опасность для человека, служить источником проблем. Другими словами, поражается ряд процессов в системах организма. В первую очередь, страдает центральная нервная система (мозг), пищеварительная система (кишечник) и иммунная система (защита организма).

Несомненно, есть генетический компонент в природе аутизма. Так, вероятность возникновения у ребенка аутизма повышена у родителей, которые либо сами, либо их родственники имеют психические заболевания. Для близнецов этот риск у второго ребенка доходит до 98%, если у первого ребенка диагностирован аутизм. У братьев и сестер аутистов и у двойняшек риск развития аутизма также выше, чем у остальных людей. Но если даже генетически у ребенка нет предрасположенности, но с раннего детства вы видите какие-то симптомы из вышеперечисленных, значит, к вашему ребенку нужно относиться с повышенным вниманием. **Не забывайте об этом и относитесь к этому с должным пониманием!**

Нельзя не упомянуть и о воздействии неблагоприятных факторов во время беременности и родов, в том числе инфицирование вирусом краснухи, и имеющиеся у ребенка заболевания: фенилкетонурия, менингит, энцефалит и некоторые другие. Все это может вызвать заболевание аутизмом!

За бесплатной консультацией в Алтайский краевой детский психоневрологический диспансер могут обратиться родители из любого города и села края. Хотим отметить, что в детских дошкольных учреждениях психолог, при выявлении нарастающих признаков у ребенка, может только рекомендовать ро-

дителям обратиться за консультацией к детскому психиатру.

- Какой прогноз для ребенка с аутизмом?

- При отсутствии лечебно-коррекционной помощи до 70% детей с аутизмом получают инвалидность и нуждаются в постоянной помощи посторонних лиц. Раннее же начало лечебно-коррекционных мероприятий значительно улучшает прогноз таких больных.

Родители должны понять, как сложно жить их ребенку в этом мире, что он очень раним, научиться терпеливо наблюдать за ним, замечая и интерпретируя вслух каждое его слово и каждый жест. Нужно быть очень осторожным и деликатным, общаясь с ребенком с аутизмом.

Работа с аутичным ребенком - тонкое, даже деликатное дело, требующее ощутимых временных затрат. Коррекционная работа с таким ребенком будет более успешной, если ее проводить комплексно: помимо медикаментозного лечения, работает целая группа специалистов: психиатр, невропатолог, психолог, логопед, музыкальный работник и, конечно же, родители. Но только при одном условии можно добиться положительного результата: работа специалистов и родителей должна проходить по одной программе. ☺

Сегодня есть реальная возможность приобрести необходимое оборудование и помочь каждому ребенку в крае, страдающему аутизмом. Для этого лишь необходимо перечислить посильную для вас сумму для приобретения оборудования.

Подарите надежду этим ребяташкам жить в мире, полном ярких красок и эмоций!

ИНН 2225053679 КПП
222501001
656045, г.Барнаул,
Змеиногорский тракт, 69
Конт.тел.: 68-51-18
Р.сч. 40603810300001000020
ГРКЦ ГУ Банка России по
Алтайскому краю г.Барнаул
БИК 040173001
Лицевой счет 03172003620
УФК по Алтайскому краю
Код дохода
06030303020020000180



Медицинские работники не бывают бывшими

Думаю, что с трудом можно привести пример, когда медицинский работник, проработавший всю свою жизнь на фельдшерско-акушерском пункте, в участковой больнице или в любом другом лечебном учреждении, выйдя на пенсию, вдруг утратил бы свой профессиональный статус!

И пациенты по-прежнему обращаются за советом к своему врачу или фельдшеру, и коллеги-медики не оставляют без профессиональных вопросов. Профессиональное дополнение в медицине даже как-то привычно... А консультация у заслуженного опытного специалиста - особо ценится.

Я уже как-то цитировала мнение о том, что продление времени, когда специалист-медик может применять свои знания и опыт в профессии, существенно скажется на состоянии охраны здоровья всех жителей.

Нас очень радует то, что по инициативе целого ряда бывших руководителей службы здравоохранения в крае, главных специалистов **краевая общественная ветеранская организация здравоохранения и фармацевтической деятельности объединяет 101 первичную организацию** (против 37 в 2005 году), **в которых состоят около 16 тысяч ветеранов, пенсионеров** (против 7 тысяч в 2005 году).

Те, кто многие годы охранял наше здоровье, работал самоотверженно, - сегодня нуждаются в нашем внимании и заботе.

Наш разговор - с председателем краевого Совета ветеранов (пенсионеров) органов здравоохранения и фармацевтической деятельности З.И. ЕФИМЕНКО.

- Краевая ветеранская организация медиков существенно выросла?

- Да, возросло число ветеранов, пенсионеров, охваченных внимани-

ем первичек, преимущественно за счет вновь созданных организаций, особенно в медицинских учреждениях сельских районов и городе Барнауле.

Особое внимание первички всегда, а в этот юбилейный год особенно, оказывают медикам - участникам Великой Отечественной войны, труженикам тыла. Их на учете осталось, к сожалению, мало (**155 - УВОВ, 340 - тружеников тыла**), **по 1-2 человека** в учреждении.

- Многие из ветеранов еще работают, особенно в условиях дефицита медицинских кадров?

- Широко используются опыт и возможности наших пенсионеров. Все медицинские учреждения предоставляют им возможность работать. Ведь по 30 и более лет добросовестного труда они вложили в дело нашей отрасли. Примеры заботливого отношения к своим врачам, медицинским сестрам и всем другим работникам, а также нуждам ветеранской организации показывают руководители и председатели советов ветеранов большинства медицинских учреждений.

Значительно возросло число пенсионеров, которым присвоено звание **«Ветеран труда Алтайского края»**. На 1 января этого года наши первичные организации насчитывают **8525 ветеранов труда Алтайского края**, или в 2,3 раза больше, чем в 2005 году. Этому процессу способствовали не только изменение законодательства края, но и внимательное отношение первичек, которые совместно с профсоюзными организациями, руководителями учреждений про-

должают присваивать звание **«Ветеран труда»** своего учреждения.

Наличие звания Ветеран труда учреждения расширяет возможности присвоения звания **«Ветеран труда Алтайского края»**. В 2009 году присвоено звание Ветеран труда учреждения **1277** врачам, медицинским сестрам, младшим медицинским сестрам и другому персоналу.

- Участвуют ли ветераны в общественной жизни коллективов лечебно-профилактических учреждений?

- Советы ветеранов помнят, что важно не только заботиться о материальном положении пожилых людей, но и не забывать о нравственной потребности каждого, именно поэтому ветеранов больниц, поликлиник поздравляют с их днями рождения, общепринятыми праздниками, приглашают на общепольничные мероприятия, концерты. Особо отмечаются юбилейные даты рождения, День Победы в ВОВ, День медицинского работника, месячник пожилого человека. Тематика встреч разнообразна. Например, Совет ветеранов, (пенсионеров) здравоохранения г.Бийска (председатель - **Галина Викторовна ЧЕРНИКОВА**) в прошедшем году провели встречи: «Славим женщину», «Слава победителю», «С Юбилеем, любимый город», «Ровесники В.М. Шукшина», «Нам года - не беда». Кроме того, состоялась встреча ветеранов с молодыми коллегами с посвящением молодых врачей, медицинских сестер в профессию. Отдельные медицинские учреждения проводят праздничные встречи с «детьми военного лихолетья». Правилком первичных ветеранских организаций стало чествование ветеранов в месячник пожилого человека, предварительно оценивая состояние здоровья ветеранов, готовность их квартир, ветеранского подворья к зимнему отопитель-



ному сезону, уборку урожая, заготовку овощей.

Не остаются без внимания и те ветераны, которые не смогли принять участие во встречах. Их обязательно посещают на дому активисты, вручают подарки, рассказывают о жизни коллектива и интересных новостях.

- Сегодня многие ЛПУ отмечают юбилей, воссоздают историю своего пути, открывают музеи...

- Важная составляющая духовного потенциала коллективов наших медицинских учреждений - это история создания и жизни медицинского учреждения, его людей, как молодых, так и пожилых: в музеях, на стендах, в альбомах. Гордостью нашего здравоохранения является музей городской больницы №2 г. Рубцовска (главный врач - **Иван Генрихович БЕККЕР**), который демонстрирует не только историю отрасли, но и сохраняет память о тружениках, заслуженных работниках, формах работы, технологиях.

Отрадно отметить наличие музеев в краевой клинической больнице, Новоалтайской городской больнице, Локтевской ЦРБ. В стадии подготовки к открытию находятся музеи краевой офтальмологической больницы, краевого онкологического диспансера. Стенды Славгородской и Каменской ЦРБ размещены в городских музеях.

- Краевой совет координирует работу на местах?

- Да, мы организуем совместные мероприятия, обмен информацией. Так, по инициативе Краевого совета ветеранов органов здравоохранения и фармацевтической деятельности при поддержке Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности в сентябре 2009 года **был объявлен краевой конкурс первичных организаций ветеранов медицинских учреждений**. В нем приняли участие **145** медицинских учреждений.

При анализе материалов можно сделать вывод о том, что большинство медицинских учреждений считают неработающих пенсионеров «своими» членами трудовых коллективов. Главный принцип первичек, профкомов, руководите-

лей медицинских учреждений: ни одной просьбы - без внимания и положительного решения.

Особо конкурсной комиссией были отмечены главные врачи, председатели Советов ветеранов (пенсионеров) и председатели профкомов следующих медицинских учреждений: ГУЗ «Краевая клиническая больница», КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края», МУЗ «Центральная районная больница муниципального образования городской округ г. Камень - на Оби», МУЗ «Новоалтайская городская больница имени Л.Я. Литвиненко», МУЗ «Городская больница №12 г. Барнаула», Бийские городские медицинские учреждения.

- То есть вы, Зинаида Ивановна, оцениваете работу ветеранских организаций как хорошую?

- Не совсем так. Например, работу ветеранских организаций здравоохранения г. Бийска организует Совет, объединяющий 24 первички ЛПУ, муниципальные аптеки, центр санэпиднадзора, медицинский колледж и военный госпиталь. Более 15 лет Совет ветеранов возглавляет Г.В. Черникова. Она сумела объединить усилия ветеранской организации, горкома профсоюза и управления здравоохранения своего города.

В то же время в ходе конкурсов первичек *отмечены медицинские учреждения, которые слабо ведут работу по поддержке своих ветеранов (пенсионеров)*. Отдельные муниципальные учреждения не приняли участие в конкурсе: Алейская, Заринская, Зональная, Крутихинская, Курьинская, Панкрушинская, Первомайская, Солтонская, Рубцовская, Третьяковская, Усть-Пристанская, Шипуновская центральные районные больницы, а также городская больница г. Белокурихи, краевая клиническая детская больница. Некоторые другие приняли участие в конкурсе, но из их информации явствует, что первичные организации ветеранов не созданы, неработающие пенсионеры не учтены либо учтены частично, в коллективные договоры вопросы по поддержке ветеранов не включены, одним из ведущих мероприятий этих коллективов является проведение месячни-

ка пожилого человека. *Думаю, что руководителям этих учреждений следует пересмотреть свое отношение к своим ветеранам (пенсионерам). Ведь нужно продолжать добрые традиции, показывая молодым пример милосердия и благодарности!*

- Итак, кто победители?

- По итогам конкурса Почетным дипломом награжден **Совет ветеранов города Бийска**.

Победителями конкурса названы: КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края», МУЗ «Центральная районная больница муниципального образования городской округ г. Камень-на-Оби», МУЗ «Городская больница №12» г. Барнаула, МУЗ «Новоалтайская городская больница имени Л.Я. Литвиненко».

Дипломами лауреатов отмечены: ГУЗ «Алтайский краевой онкодиспансер», МУЗ «Городская больница №3», г. Барнаул, МУЗ «Павловская ЦРБ», МУЗ «Центральная районная больница с. Завьялово», МУЗ «Славгородская ЦРБ», МУЗ «Благовещенская ЦРБ», МУЗ «Бийская ЦРБ», МУЗ «Петропавловская ЦРБ».

Одиннадцать ЛПУ края отмечены Благодарственными письмами.

От редакции. На одном из последних заседаний Совета с участием главного редактора журнала И.В. Козловой шел разговор о сотрудничестве ветеранских организаций медиков и журнала «Здоровье алтайской семьи». Договорились о том, что в журнале рассказываем о ветеранских организациях медиков, а также специалистов, имеющие громадный опыт, знания, выразили готовность выступить на страницах нашего журнала по темам, наиболее интересным для наших читателей.

Единодушны члены Совета ветеранов в отношении того, что морально-психологический климат в лечебных учреждениях не всегда соответствует статусу медицинских учреждений, отношения между медиками и пациентами не всегда доверительны. Именно эти обстоятельства побудили ветеранов здравоохранения обратиться к своим прежнему. ☺



Можно ли, не уважая себя, рассчитывать на уважение общества?..

Что заставило нас, ветеранов здравоохранения, обратиться к вам, молодому поколению медиков, с таким вопросом? Тревога за состояние нынешней медицины вообще и за здоровье наших пациентов - в частности.

Проблема взаимоотношений врача и больного стара. Волнует она стороны одинаково. Живет она несмотря на смены режимов, уровень профилактики, развитие фармакологии. Противостояние партнеров особенно заметно сейчас, в начале XXI столетия. Утратив уверенность, надежду на лучшее завтра, люди стали жестче, чем прежде, относиться друг к другу. А разобщение, отчужденность, как известно, - плохие спутники выздоравливающего.

Нюансов в этой тончайшей сфере человеческих взаимоотношений - немало.

Начнем с самого первого контакта. Обычно к нам, врачам, обращается человек за помощью, опасаясь, что его бездействие приведет к ухудшению состояния. А это нередко - самое простое, даже пустяковое недомогание, но оно беспокоит человека. **И пока не будут преодолены эта озабоченность, это опасение, тревога человека, мы должны, обязаны бороться с ними так же, как боремся с серьезной болезнью.** Поступаем так исключительно ради того, чтобы у пациента вместо страха пришло понимание, осознание своего истинного состояния здоровья. А это происходит тем не быстрее, чем компетентнее врач. Его знания, его возможности, уверенность в себе и человечность творят чудо. **Доброе, заинтересованное отношение просто целительно.**

Потому-то **медицина** во многом - **человековедение**. Врач ведь обладает, по сути, огромной властью над людьми. Говорят, обязанность врача - право больного. И это так. В борьбе за здоровье они должны быть вместе. Еще М.Я. Мудров писал, обращаясь к врачам: *«Теперь ты изучил бо-*

лезнь и знаешь больного, но ведай, что и больной изучал тебя и испытал, знает, каков ты».

Да, во врачебной этике, наравне с меняющимися нормами, требованиями времени, есть непреходящие принципы, диктуемые спецификой профессии. Спросим себя, *всегда ли мы спешим делать добро? Всегда ли мы высоконравственны?* Можно усвоить самые сложные технологические приемы, но не преодолеть в себе черствость, безразличие. Образно говоря, способность откликаться на чужую боль, милосердие нельзя заменить протезом.

Мы призваны помнить о начитанности, медицинской осведомленности, возросших информированности и общеобразовательном уровне пациентов. Это позволяет им еще более адекватно и требовательно анализировать, оценивать действия врача. Вот поучительное мнение на этот счет В.В. Вересаева: *«Врач может обладать огромным распознавательным талантом, уметь улавливать самые тонкие детали назначений, но все это остается бесплодным, если у него нет способности покорять и подчинять себе душу больного».* Безусловно, путь к этому не всегда легок, подчас тернист. Чего греха таить, умения вести беседу с пациентом, как это делали не обремененные техникой старые доктора, нынешнему поколению врачей и медицинских сестер очень не хватает. Древние греки считали, что сила эскулапа - не только в том, что он рекомендует, сколько в том, как он слушал. Оно и понятно, ведь это тоже лечение, если врач способен слушать и слышать.

В печати появился термин **«ветеринаризация»** медицины. Что вкладывается в это понятие? Речь

идет о заслонении личности больного результатами анализов. Большой принцип отношений все больше подменяется цепочкой «врач-аппарат-больной». Отношения врача с пациентом обезличиваются. Человек же всегда - личность с присущими ему особенностями характера, воспитания, темперамента. Истинный врач не может этого не учитывать. Хочется видеть врача не рабом техники, но обогащенным ею специалистом.

Лицо медицинского учреждения, его культуру и определяют медицинские работники. **Люди - прежде всего!** Их вера в необходимость того, что они делают, их оптимизм и любовь к больному человеку! Прежде всего имеется в виду их добросовестность, честность.

Халатное отношение к больному нередко граничит с преступлением. К сожалению, многим из нас встречался врач, который вечно спешит, чем-то занят, а по сути - просто не может уделить должного внимания пациенту. А тот, чувствуя неловкость от такого «общения», обычно замыкается.

Есть и другие варианты равнодушия, формализма: врач занят «писаниной» и на больного даже не поднимает глаз либо принимает с таким суровым, пренебрежительным видом, что больной теряется.

Качество медицинской помощи населением оценивается через удовлетворенность ее оказанием.

Мы верим, что **внимательный, уважающий себя медицинский работник воспримет такую нашу обеспокоенность с пониманием** и, может быть, именно такие, с обостренным чувством долга и совести, специалисты станут авторами Врачебного или Медицинского кодекса. Только уважающий сам себя специалист может претендовать и заслуживает уважение общества. ☺

Члены краевого Совета ветеранов (пенсионеров) органов здравоохранения и фармацевтической деятельности



Большая семья - это большая радость!

Лидия Васильевна ЛЫСЕНКО - победительница Эстафеты материнского подвига Алтай в 2005 году (о ней мы рассказывали на страницах нашего журнала) - удостоена в 2010 году медали «Родительская слава».

Лидия Васильевна - учитель истории Алтайской средней общеобразовательной школы Калманского района, мама шестерых детей. Случилось так, что со своим мужем Лидия Васильевна рассталась, когда дети были еще маленькими. Вся ответственность по воспитанию и образованию детей легла на ее плечи.

У каждого в семье есть свои обязанности, которые дети выполняют с большой ответственностью. Лидия Васильевна готовит их к взрослой, самостоятельной жизни, учит ценить чужой труд, с уважением относиться к людям. **Семья Лысенко - это большая дружная семья, где старшие заботятся о младших, все помогают друг другу и никогда не бросят в беде.** В результате совместного труда большая дружная семья живет в достатке, а в доме царят чистота и уют.

Старший сын Тимофей в школе показал себя как дисциплинированный, добросовестный ученик, активно участвовавший в жизни школы. Успешно окончил Алтайский государственный аграрный университет. И на работе его характеризуют как трудолюбивого, ответственного специалиста.

Дочь Алена - скромная и целеустремленная девушка. Ее увлечения были разносторонни: она посещала драмкружок при сельском Доме культуры, разводила цветы, сажала плодово-ягодные деревья. Это и явилось решающим при выборе профессии: после окончания девяти классов Алена поступила в школу садоводов. Закончив вечернюю школу, она поступила в Алтайский государственный аграрный университет.

Сегодня она - счастливая мать и прекрасная жена.

Третий ребенок в семье - Илья - окончил Алтайскую среднюю школу, где его знают как обаятельного, вежливого, аккуратного ученика. Активно участвовал в спортивной жизни школы, неоднократно занимал призовые места. В настоящее время он - студент торгово-экономического колледжа, где также участвует в спортивных мероприятиях.

Сын Алексей окончил Алтайскую среднюю общеобразовательную школу с серебряной медалью. В девятом классе награжден грамотой за третье место в районной олимпиаде школьников по математике, в десятом - похвальной грамотой за особые успехи в изучении геометрии. Одиннадцатиклассником Алексей стал стипендиатом депутата М.Заполева. Награжден Почетной грамотой администрации Калманского района за достигнутые успехи в учебе. После окончания школы он поступил в Барнаульский государственный педагогический университет, где активно участвовал в студенческой жизни университета, награждался грамотами, дипломом за 2-е место в конкурсе докладов «Ломоносовские чтения». Сейчас Алексей работает учителем биологии в родной школе и одновременно обучается в магистратуре.

Пятый ребенок в семье - Анатолий - учится в девятом классе. Спокойный, аккуратный, вежливый молодой человек, увлеченный географией. Он - активный участник общешкольных и районных мероприятий. Ежегодно принимает участие в районной интеллектуальной



игре «Одиссея разума», во всероссийских играх по школьным предметам, в районных спортивных соревнованиях. Награжден грамотами за отличную учебу. Дома Анатолий следит за порядком, ухаживает за домашними животными, может приготовить обед.

Младшая дочь Дарья учится в седьмом классе. Вежливая, тактичная при общении со взрослыми, она пользуется авторитетом и среди сверстников. К учебе относится серьезно и ответственно. Активно участвует в жизни класса, школы, села, района. Посещает танцевальный кружок, занимается вокалом при сельском Доме культуры, выступает на праздничных концертах. Награждена грамотами за отличную учебу и активное участие в общественной жизни села и школы.

Мама такой большой и дружной семьи - Лидия Васильевна - ответственно относится к выполнению своих родительских обязанностей, **заботится о том, чтобы ее дети выросли достойными людьми, способными реализовать свои способности и выбрать правильный жизненный путь.** ☺

Н.А. БЫКОВА,
заместитель директора
МОУ «Алтайская средняя
общеобразовательная школа»,
Калманский район



«Здоровая семья - это здорово! Начни с себя!»

ОТ РЕДАКЦИИ. В список опасных профессий, составленный Американским институтом здоровья, отнесена профессия педагога! Причина? «Ангина учительниц» - голосовые нагрузки при объяснении теоремы Пифагора по пять уроков в день перенапрягают голосовые связки и высушивают заднюю стенку гортани, на которую «набрасываются» микробы. В результате появляются все симптомы ангины, да еще с осложнениями.

Сегодня наш собеседник - Анна Сергеевна ШЕИНА, методист кафедры психологии и специальной педагогики АКИПКРО.

Профилактика нарушения голоса у педагогов и лиц речевых профессий

Голос у представителей речевых профессий, к которым, без сомнения, относится и работа учителя, должен отвечать определенным стандартам:

◆ быть достаточно сильным и выносливым для интенсивной ежедневной работы в течение нескольких часов на протяжении десятилетий;

◆ достаточно широким по диапазону, то есть не менее октавы;

◆ голос учителя должен быть звонким, «полетным» (независимо от силы), чтобы перекрыть шум аудитории;

◆ речь должна быть разборчивой, ясной, эмоциональной, гибкой и мелодичной.

Несмотря на характеристику, которую в пору отнести к требованиям к голосу профессионального певца, - с Анной Сергеевной не можем не согласиться.

- Полноценная деятельность педагогов, - продолжает наша собеседница, - как ни парадоксально это звучит, во многом зависит от работоспособности их голосового аппарата, умения правильно и эффективно использовать его в профессиональных целях. Способность владения своим голосом, для этой категории специалистов является не менее важной и существенной, чем высокий профессиональный уровень.

Основным симптомом при заболеваниях голосового аппарата является нарушение голосовой функции - дисфония. Функциональные нарушения

голоса у педагогов часто носят стойкий характер и с большим трудом поддаются лечению.

Поэтому очень важно, чтобы педагог и сам умел адекватно оценивать свои голосовые возможности, не допускать перенапряжения голосового аппарата, при необходимости - своевременно обратиться за помощью к специалистам - фониатру и логопеду.

- В качестве совета: что нужно делать для эффективной работы голосового аппарата?

- Наряду с тем, что важно в принципе вести здоровый образ жизни, необходимо соблюдать ряд профилактических мер, предупреждающих заболевания голоса. Они чрезвычайно просты, но следовать им нужно постоянно, осознанно. Голос - это то, что позволяет вам остаться в профессии.

Правильно выстраивать занятия, предусматривать чередование периодов нагрузки и отдыха на ваш голос.

Избегать форсированного звука, твердой атаки звука, визга, крика.

Избегать длительной монотонной речи, ведущей к накоплению статического напряжения, шепотной речи.

Отказ от курения, умеренное употребление алкоголя.

Исключение, по возможности, побочных шумов в аудитории при речевых нагрузках.

Своевременное лечение ОРЗ, трахеитов, по возможнос-

ти - освобождение от работы на это время от работы.

Работа в чистых помещениях, с достаточной влажностью! Проблема «пересушенного» воздуха и проблема современных жилых помещений.

Избегать контакта с пылью и вредными химическими веществами.

Избегать резких температурных перепадов, употребление холодных напитков при перегревании.

При заболеваниях лор-органов - своевременное и безотлагательное обращение к специалистам!

Хотелось бы дать рекомендации по формированию и поддержанию правильного «речевого дыхания».

Правильное речевое дыхание является основой звучащей речи. Известно, что дыхание в покое и дыхание во время речи отличаются друг от друга и по частоте, и по продолжительности периода вдоха, выдоха, паузы, и по количеству вдыхаемого воздуха. Для овладения правильного речевого дыхания рекомендуется первые упражнения проводить лежа на спине, положив одну руку под поясницу, а другую для контроля на верхнюю стенку живота.

Для лучшего самоконтроля вначале предполагаются беззвучные дыхательные упражнения, целью которых является тренировка диафрагмального дыхания, а также отработка координированного рит-



◀ мичного вдоха и выдоха. Так как процесс сознательного управления диафрагмой трудный, то занятия начинают со статических дыхательных упражнений. Спокойный вдох, затем длительный выдох, медленно выпуская воздух через рот, после чего надо глубоко вдохнуть носом, сосредоточив внимание на движениях передней стенки живота.

Занятия в течение нескольких дней позволяют добиться осознанности движений диафрагмы, после чего можно переходить к упражнениям стоя и сидя. Тренирующиеся при выполнении упражнений должны обращать внимание на тонусное состояние диафрагмы и нижних отделов грудной клетки, сохраняя ощущение выдоха, чувство «опоры».

Выполняя дыхательные упражнения, следует следить за тем, чтобы вдох осуществлялся только через нос. Выдох при этом чередуется и производится через нос и через рот медленно и плавно, быстро и интенсивно в различных сочетаниях. **Например:**

- ♦ вдох медленный, плавный на 3 счета, а затем такой же выдох на 4 счета через нос (повторить упражнение, сделав выдох через рот);

- ♦ вдох резкий, быстрый на 1-2 счета, выдох медленный и плавный на счет до 6-8, через рот;

- ♦ вдох медленный на 4 счета, выдох интенсивный, короткий на 1-2 счета;

- ♦ вдох с остановками в 3-4 приема, выдох плавный, медленный на счет до 8;

- ♦ вдох в 2-3 приема, выдох интенсивный, форсированный в 4 приема;

- ♦ короткий интенсивный вдох на счет 1, выдох плавный и длительный на счет до 8-10.

Таким образом, бережное отношение к своему голосовому аппарату и правильное речевое дыхание - залог полноценной профессиональной деятельности лиц речевых профессий. ☺

Пять упражнений для голоса

Эти простые советы-упражнения рассчитаны на разрешение основных проблем, которые могут возникнуть у человека с собственным голосом.

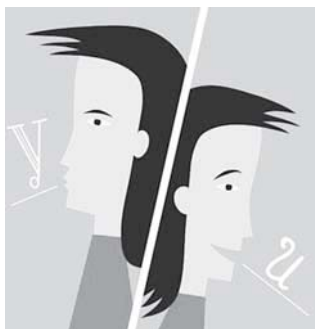
1. Ваш голос... на вас не похож

Сделайте из левой ладони «ракушку» и приложите ее к левому уху - это будет наушник. Правую поднесите ко рту - она станет микрофоном. Сделайте пробу, как звукорежиссер: громко считайте, произносите разные слова, играя со звуком. Ежедневно выполняйте это упражнение по 5-10 минут в течение 9 дней.



2. ... «застывает» в горле

Делайте зарядку для лица. Цель - освободить горло, передав основную работу губам и диафрагме. Произносите слоги «кью-икс»: на «кью» губы округляются, а «икс» произносится с широкой улыбкой. Повторите упражнение 30 раз, а потом произнесите небольшую речь, чтобы убедиться в его пользе.



3. ...не звучит

5-10 минут в день громко читайте какой-нибудь текст, но без согласных звуков. Так, фраза «Пять упражнений, чтобы полюбить свой голос» будет звучать как «я-у-а-е-и-о-ы-о-ю-и-о-о». Согласные действуют как трамплин, заставляя гласные звуки вибрировать.



Перечитайте тот же отрывок текста, на этот раз чеканя согласные.

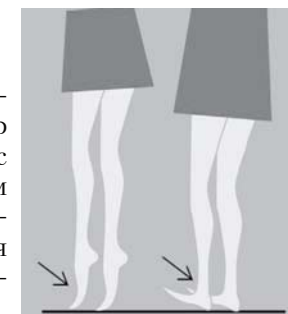
4. ...слишком тихий

Положите руки на солнечное сплетение. Вспомните что-то, что очень вас рассердило. Произнесите любой текст, прижимая руки к животу и стараясь, чтобы звуки исходили именно из области пупка. Выпустите гнев, четко произнося согласные и широко открывая рот.



5. ...обезличенный

Стоя босиком, спокойно дышите, надувая живот при каждом вдохе. Медленно переносите упор стопы с пятки на носок и обратно. Продолжите с закрытыми глазами. Если ваша энергия слишком сконцентрирована в области головы, вы потеряете равновесие. Перестаньте контролировать себя и сосредоточьтесь на стопах. Это упражнение поможет вам лучше распределять энергию. ☺



Дорога к себе...

К нам в редакцию пришло вот такое письмо-исповедь, и мы решили опубликовать его полностью, а также обратились за консультацией в Краевой наркологический диспансер. Наш собеседник - заведующая ОМО Л.В. ЧУВАШОВА. С ней мы говорили о том, как организована в крае помощь людям, употребляющим психоактивные вещества.

- Алкоголизм лечится?

- Одной из приоритетных задач нашего диспансера, конечно, является *профилактика употребления различных психоактивных средств*. В этом направлении мы сотрудничаем со многими структурами края: управлением внутренних дел, Государственной инспекцией безопасности дорожного движения, Региональным управлением федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков в Алтайском крае, инспекцией по делам несовершеннолетних, административной комиссией по делам несовершеннолетних, органами опеки и попечительства, территориальными центрами помощи семье и детям, отделами образования и по делам молодежи, медицинскими учреждениями, военным комиссариатом. В числе наших партнеров - и общественные организации: «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы», «Выбор», «Родители детей против наркотиков» и другие.

- В чем заключается ваша профилактическая работа?

- Специалисты выступают с лекциями, видеолекториями в учебных заведениях перед учащимися и их родителями, детско-юношеских спортивных школах, в воинских и пожарных частях города, пропагандируют здоровый образ жизни среди медработников лечебно-профилактических учреждений, публикуются статьи в газетах, в телеэфир с нашим участием выходят передачи о вреде алкоголя и курения.

Организованы и проводятся дни нарколога в учебных заведениях, в инспекции и комиссии по делам несовершеннолетних, во время которых ведутся приемы врачом, медицинским психологом, проводятся профилактические осмотры, тестирование на предмет выявления наркологических заболеваний, лекции.

- Существуют ли какие-то программы контроля зависимости, например, подростков?

- Может быть, не все знают, но в нашем крае с 2004 года в общеобразовательных школах и профтехучилищах *действует система 5-уровневого алгоритма поступенчатой диагностики и профилактики химической зависимости*. Она предусматривает совместную работу классных руководителей, социальных педагогов, родителей, школьных психологов, врачей - психиатров-наркологов, специалистов детско-подростковой службы. В настоящее время, например, более 25 школ города Бийска работают по пятиуровневому алгоритму, охватывается ежегодно более 7,5 тысяч детей и подростков.

На 1-м уровне педагогами, специалистами по социальной работе выявляются особые (на профессиональном языке - аддиктивные) поведенческие реакции отдельных детей и подростков, изменения поведения, замедление развития подростка, на основании чего вычленяется группа риска.

На 2-м уровне педагогом по социальной работе оцениваются социальные критерии формирования аддиктивных стереотипов поведения внутри группы риска (факторы семейного кризиса, материальное благополучие, участие в неформальных группах). Данный уровень позволяет изучить группу и подготовить переход на следующий, более точный, уровень диагностики.

На 3-м уровне проводится психологическая диагностика психологом школы, медицинским психологом наркодиспансера с целью установления структуры проблем поведения у каждого ребенка из группы риска, выявляются степени его склонности к употреблению психоактивных веществ (ПАВ). Проводится психокоррекционная работа. В тесном сотрудничестве с педагогами психологом наркодиспансера проводятся с группой риска тренинги по устойчивости к стрессам и профилактике употребления ПАВ.


4-й уровень - медицинский, который проводится психиатром-наркологом. Здесь специалист разделяет лиц во время консультаций и осмотров врача в школе с исследованием биологических сред на наличие ПАВ на: страдающих зависимостью и предрасположенных к зависимости.

На 5-м уровне принимается решение о тактике проведения профилактических и лечебных мероприятий с выявленными зависимыми лицами и предрасположенными к зависимости.

Это может быть несколько сложно в изложении, но и родители, и педагоги просто должны знать, что такая совместная работа возможна.

- Вы учитываете тот фактор, что дети и подростки не всегда прислушиваются ко мнению взрослых, предпочитая «авторитетное» для них мнение сверстников?

- Безусловно. Именно поэтому в крае с 2005 года довольно интенсивно проводятся *тренинги по подготовке волонтеров для работы по профилактике употребления наркотиков, алкоголя, курения среди детей и подростков*. В рамках волонтерского движения обучаются не только учащиеся, студенты и педагоги школ для организации, поддержки и продолжения волонтерского движения среди учащихся, но и сотрудники уголовно-исполнительной инспекции, инспекторы по делам несовершеннолетних, сотрудники комиссии по делам несовершеннолетних, спортивные инструкторы. За 2008-2009 годы нами обучено более 150 волонтеров для работы с молодежью и подростками по методике «равный обучает равного».

Опыт, полученный на тренинге, трудно переоценить, так как уникальна сама атмосфера доверия, открытости и творчества, царящая на нем. 



Тренинг позволяет дать недостающую информацию, сформировать навыки устойчивости к давлению сверстников, навыки безопасного поведения, позволяет создать более откровенную атмосферу и доверительность, устойчивый интерес к происходящему на занятиях.

- Край у нас достаточно протяженный, много районов, городов. Везде ли успевают ваши специалисты?

- На самом деле в медико-географических зонах работает сеть наркологических диспансеров. Буквально в марте 2010 года состоялся переезд КГУЗ «Наркологический диспансер, г.Бийск» в новое здание по ул.Лермонтова, 197. Здание бывшего детского дома общей площадью 2287,8м² (вместе с земельным участком) в 2009 году было капитально отремонтировано за счет средств краевой инвестиционной программы (в сумме 10,5млн. руб.), что позволило объединить в одном месте разрозненную ранее наркологическую службу города (поликлинику со стационаром). Увеличилась мощность поликлиники, появилась возможность развернуть дополнительно 15 коек для длительной медико-социальной реабилитации, открыть палату интенсивной терапии для ВИЧ-инфицированных больных наркоманией. Палаты рассчитаны на 2-3 человека. Появилась возможность разделить поток выздоравливающих и вновь поступающих в остром состоянии больных.

В 2010-2011 годах наркодиспансер будет дополнительно оснащен новым лечебно-диагностическим оборудованием; откроется клинично-диагностическая лаборатория, физиокабинет, кабинет иглорефлексотерапии, спортивный зал с тренажерами, пищеблок, прачечная.

- Проведенная работа впечатляет. Какой ожидается эффект?

- Уверены, что такие условия работы позволят внедрить современные технологии в лечении и реабилитации наркологических больных. Это не просто здание - это **оптимальный наркологический комплекс** стационар-поликлиника, где созданы качественно новые условия оказания медицинской помощи и условия работы для медиков. Такой подход не только улучшит качество наркологической помощи, но и позволит сделать эту помощь более оперативной и доступной для жителей Бийского медико-географического округа.

Для получения консультативной медицинской и организационно-методической помощи можно обращаться по адресу: г.Бийск, ул.Лермонтова, 197, тел: 33-34-11, часы приема: с 8 до 16 часов. Для детей и подростков: ул.Мерлина, 15/1, тел: 40-21-12, часы приема: с 8 до 15 часов. Конфиденциальность сохраняется.

ОТ РЕДАКЦИИ. Жители районов, входящих в Бийскую зону, могут обращаться за наркологической помощью в диспансер. Мы надеемся, что и профилактическое направление работы в районах Бийской зоны будет также существенно усилено, в том числе и оказание помощи в работе общественным организациям, оказывающим помощь зависимым людям и членам их семей.

Письмо в редакцию



От созависимости к выздоровлению

Запах пирогов напоминает мне мое детство, когда в воскресные дни вся семья собиралась вместе и мы были счастливы.

Мне - 14 лет, и я стала взрослой, ибо недетские проблемы и переживания вдруг яростно и жестоко свалились на мою голову. Теперь не только в выходные, но и в будни дома витают пары водки, мама прячет бутылки и тайком постепенно выпивает содержимое. Мне ненавистен запах ее новых «духов» - запах перегара. Есть такая пословица: «...когда пьет женщина, дом горит со всех четырех углов». И я четко прочувствовала силу этого пожара на себе. Все рушилось: быт, отношения, ушли радость и безмятежность.

Я не узнаю свою любимую маму, мудрую и ласковую, теперь рядом - совершенно незнакомый, чужой человек. А где же моя мама? Когда мама снова начнет улыбаться?

Я тоже стала другой: раздраженной, хмурой, замкнутой и больной. У меня плохой сон и аппетит, болит желудок, повышается давление, часто мучают головные боли и спазмы в груди. Я мечтаю, чтобы вдруг исчез весь алкоголь на нашей планете, тогда я перестану жить в страхе и тревоге, перестану ссориться с мамой, уговаривать, просить, умолять ее бросить пить, я не буду стыдиться соседей и знакомых за ее пьяное поведение. Мне не будет больно и одиноко жить, я перестану плакать. Но это только мечты.

Мне - 19 лет. Позади остались окончание школы, развод родителей, работа в деревне, утрата моего дома. Я учусь заочно в университете, работаю, учусь жить, решая все проблемы самостоятельно, без поддержки. Мне сложно общаться с людьми, отношения складываются часто ущербные, и я от этого очень страдаю. Возможно, со мной что-то не так, может, с психикой или с нервной системой? Ищу ответ в книгах по медицине и не нахожу...

Мне - 30 лет. Позади - брак с алкоголиком, побои, измены, скандалы, борьба за его трезвость. Но и ему не помогла, и себе навредила. Наконец-то получила необходимое образование и любимую работу. Мама по-прежнему пьет, но реже. К счастью, мы живем не вместе, и я ее нечасто вижу. Но стоит мне увидеть ее нетрезвой, как мои эмоции становятся неуправляемыми. Злость, обида, упреки, грубость - все переплетается в один змеиный клубок. А ведь я люблю маму, почему же так реагирую? Почему моя ахиллесова пята - ранимость и обидчивость? Почему мое настроение зависит от отношения, мнения окружающих людей? Почему я в постоянном ожидании, когда кто-нибудь сделает меня счастливой? Десять



ки отработанных книг по психологии не дают ответов на мои «почему?» и лишь на время иногда облегчают мне жизнь.

Мне - 39 лет. Я одна воспитываю ребенка, лихорадочно подрабатываю на жизнь, притягиваю к себе неудачников. Однажды, забежав домой, слышу обрывок фразы по телевизору о самой эффективной программе выздоровления алкоголиков и наркоманов «12 на 12». Эта информация сразу западает в сознание. Неравнодушная, я делюсь со своим другом и узнаю, что он - анонимный алкоголик. И в их группах занимаются по этой программе. И вот уже в один присест, за один вечер я прочитываю книгу «12 шагов и 12 традиций анонимных алкоголиков». Подобно удару молнии приходит озарение. Я нашла то, что искала 20 лет, я сразу поняла универсальность этих знаний, поняла, почему чувствовала себя «иной». **Те, кто употребляет алкоголь, наркотики и другие химические вещества, изменяющие сознание, - зависимые, а те, кто живет или общается с зависимыми, - созависимы.** Достаточно 8 месяцев общения с алкоголиком, чтобы стать созависимым, а у меня вся жизнь в подобном (мама - алкоголик, брак был с алкоголиком), и мои эмоциональные проблемы - именно в моей созависимости. Люди, живущие с алкоголиком, постепенно втягиваются в его болезнь. А опасения, гнев, обиды, низкая самооценка, роль спасителя, контроль его поведения - все это приводит к явным психическим нарушениям (на уровне чувств и отношений). **И такой человек, как и алкоголик, нуждается в специализированной помощи.** А частые стрессовые заболевания приводят к соматическим заболеваниям. На мое счастье, в этом же году в Барнауле была организована группа Ал-Анон (родственников и друзей алкоголиков), работающая по 12-шаговой программе. Само слово Ал-Анон режет слух необычностью и иноязычностью. Оказалось, все просто. Сократив слова «анонимные алкоголики» и поменяв их местами, мы получаем «Ал-Анон». А ведь зависимость и созависимость - это две стороны одной проблемы алкоголизма.

Мне - 48 лет. Теперь я с гордостью говорю «Я член всемирного сотрудничества Ал-Анон 9 лет». Всемирного - потому что группы существуют в 115 странах, их более 3500. Программа работает эффективно уже 59 лет, в нашей стране - 29 лет, а в Барнауле - 10-й год. На сегодняшний день уже 4 группы. Я изменилась за эти 9 лет, многое поняла и осознала.

Я знаю, что **алкоголизм - это болезнь первичная** (самостоятельная), **хроническая** (с рецидивами и ремиссиями), **прогрессирующая, неизлечимая, смертельная.** Для меня было откровением узнать, **что я - не причина пьянок своих близких, что я не обязана и не в силах заставлять их лечиться, что я не обязана отвечать за их поведение,** за их выбор жить так, как они считают нужным, как они могут и умеют жить. У каждого есть право на свой жизненный путь, на свои ошибки. Я могу лишь от-



вечать за себя, могу изменить себя, свои взгляды, восприятия, отношение к проблемам.

Сейчас я отношусь к алкоголикам, как к больным людям, а болезнь не обсуждается. И свою маму я люблю теперь любовью безусловной, независимо - трезва она или нет, не сержусь на нее, простила за прошлое, простила и себя за неудачи и ошибки, ибо вся жизнь есть череда уроков. Теперь я умею быть счастливой независимо от ситуации.

9 лет назад я только начала жить по-настоящему, с радостью и благодарностью встречая каждый день. У меня много друзей, со всеми - добрые и хорошие отношения. Я люблю свою интересную жизнь, и она открывает все своим многообразием, не переставая удивлять меня своей мудростью и разумностью. Я с радостью посещаю собрания групп Ал-Анон и Алатин (детей алкоголиков), мне комфортно и приятно общаться, так как у нас нет критики, осуждения, мы не перебиваем говорящего, не даем советов, принимаем людей такими, какие они есть. Мне безопасно делиться своими переживаниями и осознаниями, потому что все сказанное остается в стенах комнаты.

Содружество Ал-Анон - не религиозное, не политическое, не профессиональная организация, общественная, юридически зарегистрированная, одобренная государством. **Наша цель - помочь семьям алкоголиков, мы делимся своим опытом, изучаем специальную литературу. И жизнь в семьях улучшается.** Мы занимаемся бесплатно и анонимно, чтобы без страха и опасения мог прийти каждый, у кого в окружении или в семье есть алкоголик. Опыт работы по программе говорит, что когда изменяюсь я сама, тогда и мир вокруг меня изменяется. Бывает, что вслед за женой приходит пьющий муж и они вместе живут уже трезвой жизнью.

Я написала все это для того, чтобы сообщить, что надежда на лучшее есть всегда и есть путь выздоровления от созависимости. Есть информационный телефон, работающий круглосуточно и бесплатно: **(385-2) 69-40-24.** Есть возможность помочь детям школьного возраста, чьи родители страдают алкогольной болезнью. В мужском кризисном центре работает группа Алатин (подробнее можно узнать по информационному телефону). ☎

Ирина Григорьева



Профилактика полиомиелита

Полиомиелит - это острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, которое проявляется повышением температуры, жидким стулом, болями в животе, кашлем, насморком, общим недомоганием, в ряде случаев - поражением спинного и головного мозга с развитием параличей конечностей и туловища. У переболевших тяжелыми формами полиомиелита формируется инвалидность из-за стойких параличей. Часто при этом заболевании встречается бессимптомное носительство.

Вирус полиомиелита быстро погибает под воздействием обычных дезинфекционных средств, ультрафиолетовых лучей, высокой температуры, однако может выживать на объектах окружающей среды несколько месяцев.

Источником инфекции является больной человек или носитель.

Период развития заболевания в среднем составляет 7-14 дней. Пути передачи вируса: водный, пищевой (через свежие овощи и фрукты; орехи, сухофрукты, не прошедшие термическую обработку) и контактно-бытовой.

Введение в 60-х годах прошлого века в практику вакцин против полиомиелита привело к быстрому снижению заболеваемости. В Алтайском крае последний случай

полиомиелита был зарегистрирован в 1965 году.

В 2002 году весь Европейский регион, в том числе Российская Федерация, был просертифицирован ВОЗ как территория, свободная от полиомиелита.

Неблагополучными странами в течение многих лет являются Индия, Пакистан, Нигерия, Афганистан.

С декабря 2009 по май 2010 года в Республике Таджикистан зарегистрирована заболеваемость полиомиелитом, в связи с чем по поручению Главного государственного санитарного врача Российской Федерации Г.Г. Онищенко в Алтайском крае проводится ряд профилактических мероприятий.

В пунктах пропуска через государственную границу организо-

ваны осмотр и проведение профилактических прививок детям до 15 лет, являющимся гражданами Республики Таджикистан. Прививки проводятся также тем детям Республики Таджикистан, которые проживают на территории Алтайского края длительное время.

Чтобы предотвратить завоз вируса полиомиелита с продуктами питания, приостановлен ввоз из Республики Таджикистан на территорию Российской Федерации орехов и сухофруктов.

Необходимо своевременное проведение профилактических прививок детям против полиомиелита в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок Российской Федерации, рекомендуется не посещать Республику Таджикистан до стабилизации эпидемической ситуации, тщательное мытьё свежих фруктов и овощей, употребление орехов и сухофруктов только после термической обработки. ☺

Л.А. БИЛЬЧИЧ,
заместитель начальника отдела
эпидемиологического надзора
Управления Роспотребнадзора
по Алтайскому краю

Лицом к проблеме

ВИЧ-инфекция - это длительно текущая инфекционная болезнь, развивающаяся в результате инфицирования вирусом иммунодефицита (ВИЧ). Важной особенностью ВИЧ является способность поражать и вызывать гибель клеток иммунной системы, в результате чего развивается и медленно прогрессирует иммунодефицитное состояние.

Через несколько лет после заражения, при отсутствии лечения, иммунодефицит приводит к появлению у больного различных заболеваний, которые со временем становятся все более тяжелыми и при отсутствии адекватного лечения приводят к гибели больного. СПИД - последняя стадия ВИЧ-инфекции с выраженными клиническими проявлениями.

Многие люди до сих пор не связывают имеющуюся информацию по ВИЧ/СПИДу с действием факторов риска инфицирования и инфицированием ВИЧ, о чем свидетельствует достаточно высокий

уровень заболеваемости. С 1990 года в Алтайском крае зарегистрировано более 9,5 тысяч случаев ВИЧ-инфекции, около 1,7 тысяч из них - выявлены в 2009 году.

Основной причиной распространения ВИЧ является склонность к рискованному поведению: употребление инъекционных наркотиков, незащищенные половые контакты, нанесение татуировок и пирсинга иглами и другими нестерильными инструментами. Защитить себя от ВИЧ можно, избегая подобных ситуаций.

Не оставайтесь равнодушными! Не отворачивайтесь от человека

в тот момент, когда ему требуется поддержка. Очень часто люди, затронутые эпидемией, испытывают негативное отношение со стороны значительной части общества. Поэтому следует помнить, что ВИЧ-инфекция не передается при бытовых контактах - при рукопожатиях, объятиях, через слезы, общую посуду, полотенца, при чихании и кашле, через укусы животных и насекомых и т.п.

Проблема распространения ВИЧ/СПИДа касается всех и каждого, нельзя пренебрежительно относиться к своему здоровью, рисковать и думать, что тебя это никогда не коснется. ☺

Т.А. ТОЛМАЧЕВА,
специалист-эксперт отдела
эпидемиологического надзора
Управления Роспотребнадзора
по Алтайскому краю



Первая Всероссийская конференция фельдшеров ФАПов, скорой медицинской помощи

Она прошла 13-14 апреля 2010 года в г. Санкт-Петербурге. Ее организатором выступила Ассоциация медицинских сестер России (РАМС).

От Алтайской профессиональной ассоциации средних медицинских работников на конференции присутствовали делегаты: **Л.А. КРУПА**, Самсоновский ФАП Шипуновского района; **О.В. МАЛЬКОВСКИХ**, Романовский ФАП Рубцовского района; **Т.М. КАШИРИНА**, Ненинский ФАП Солтонского района.

Организаторы определили такую программу Всероссийской конференции: «Значение деятельности фельдшеров в совершенствовании первой медико-санитарной помощи / доступность и качество медицинской помощи - современная роль фельдшера на первичном уровне».

Открыла конференцию **В.А. САРКИСОВА**, президент РАМС. Она тепло поприветствовала собравшихся фельдшеров и выразила большую надежду на плодотворную работу конференции.

22 края и области России: Бурятия, Омск, Мордовия, Кемеровская область, Алтайский край, Чувашия, Самара, Иваново - такова география приглашенных на конференцию фельдшеров.

В выступлении **А.В. ВАЛЬДЕНБЕРГ**, кандидата медицинских наук, главного терапевта Комитета по здравоохранению Ленинградской области, «Роль фельдшера ФАПа в организации терапевтической помощи» был сделан акцент на то, что врач ЦРБ и фельдшер ФАПа должны работать как единое звено. Также отмечалось, что при оказании помощи больному важна этапность оказания помощи и житель Российской Федерации должен иметь участкового врача, а фельдшер, в свою очередь, нужен, чтобы помочь врачу оказать эту помощь.

В России на сегодняшний день трудятся **144672 фельдшера**. Они работают в службе скорой помощи, на ФАПах, в здравпунктах, на речных судах, на железной дороге, при аэропортах и воинских частях, в образовательных учреждениях.

Фельдшером Выборгской городской поликлиники были даны материалы по оказанию неотложной помощи при остром инфаркте миокарда, кардиологическом шоке и психических заболеваниях (суицидное поведение, алкогольный делирий, пневмоторакс).

Выступающие фельдшера из Кемеровской и Ленинградской областей рассказали о работе



О.В. Мальковская, Л.А. Крупа, президент РАМС В.А. Саркисова, Т.М. Каширина

ФАПов, численности населения, количестве посещений, патронажей, делились своими проблемами.

Также была освещена информация и по организации иммунопрофилактики инфекционных болезней.

В выступлении кандидата медицинских наук **В.В. САМОЙЛЕНКО** (Санкт-Петербург) были освещены вопросы этических принципов в работе фельдшера.

На примерах выступающих коллег из **Кемеровской и Пензенской областей, Волгограда** мы познакомились с показателями работы ФАПов, мероприятиями по снижению заболеваемости, оказанию первой медицинской помощи.

Второй день конференции включал в себя и теорию, и практику.

Из выступления **Н.В. ШКАЕВОЙ** (Архангельск) мы узнали о работе областных фельдшеров ФАПов, скорой медицинской помощи. Выступление сопровождалось видеоматериалами. Докладчик рассказала об опыте работы медработников в Норвегии, где проходила специализацию. Этот доклад достаточно бурно обсуждался. Задавали вопросы, и находили ответы. Очень нам понравилось оказание медицинской помощи на фантомах - оборудование представлено самое современное.

Бригада СМП из Гатчины, помимо того, что провела практическое занятие «Мастер-класс по оказанию неотложной помощи», сняла фильм о работе фельдшеров.

Фельдшер **М.В. ШОНИНА** (Архангельск) поделилась опытом работы по выявлению и профилактике онкопатологии предстательной железы - очевидно, что смотровой кабинет должны посещать не только женщины, но и мужчины. Но этот вопрос в сельской местности остается трудно решаемым из-за «закомплексованности» мужчин. Предложено вести карту осмотра фельдшера по вопро-



◀ сам онкологии там, где она еще не ведется.

Т.Н. ИГНАТЬЕВА (Цивильск, Чувашия) рассказала о работе Республиканского Совета по фельдшерскому делу в Чувашской Республике.

За два дня работы конференции было прослушано и обсуждено 19 докладов. Все они были интересными и познавательными: мы многое взяли того, что необходимо применять в своей практической работе.

Вопросы, озвученные на конференции, казалось бы, были исчерпаны, но разговор продолжался. Говорили о том, что наболело, и благодарили тех, кто помог собраться нам вместе и обсудить проблемы работников среднего медицинского звена. Собранным была предоставлена медицинская литература, медицинские справочники, диски. Безусловно, конференция прошла на высоком организационном уровне.

По итогам работы Всероссийской конференции была принята **Резолюция и создана секция по лечебному делу**, в состав которой от Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» вошла **Т.М. КАШИРИНА**, заведующая Ненинским ФАПом Солтонской ЦРБ.

В целом конференция оставила неизгладимое впечатление, и по возвращении мы наметили проведение районных конференций по ее материалам.

От имени делегатов Алтайской профессиональной ассоциации мы выражаем благодарность организаторам Первой Всероссийской конференции фельдшеров и обращаемся с призывом к коллегам Алтайского края: вступайте в Ассоциацию! Ведь чем сильнее наши ряды, тем мощнее наш голос и больше возможностей для решения существующих проблем в сестринской профессии. ☺

Т.М. КАШИРИНА,
заведующая

МУЗ «Ненинский ФАП»,
Солтонский район, член АРОО
«ПАСМР» с января 2010 года

Особенности алкоголизма у женщин

В последнее десятилетие увеличивается количество случаев алкоголизма среди женщин. Число злоупотребляющих алкоголем женщин повышается быстрее, чем число злоупотребляющих алкоголем мужчин. По ряду социальных и психологических причин часть больных алкоголизмом женщин скрывают свое заболевание или не обращаются за медицинской помощью, поэтому сведения о распространении алкоголизма среди женщин основаны на обращаемости за медицинской помощью.



Галина Ильинична КРАЙНИЧЕНКО,
главная медицинская сестра, первая квалификационная категория,
ГУЗ «Наркологический диспансер», г.Заринск

На женщин воздействуют те же отрицательные факторы, приведшие к пьянству, которые способствуют алкоголизму у мужчин. *К злоупотреблению алкоголем приводят, прежде всего, плохое воспитание, нездоровые традиции, связанные с употреблением алкоголя.* Определенное значение имеет *низкий уровень образования.* Процент женщин, злоупотребляющих алкоголем, связанных по роду деятельности *со сферой обслуживания, с торговлей.* Возникающее неустойчивое экономическое положение, потеря личных связей влекут за собой психическую травму. Алкоголизму женщин способствуют *семейные неурядицы, продолжительные конфликты с близкими, окружающими, а также разводы, вдовство, одиночество.*

Большое и самое различное влияние оказывает *алкоголизм у мужей*, что приводит к психическим травмам женщин, и тесно связано с возникновением алкоголизма у женщин. Многие женщины еще до замужества и до начала профессиональной деятельности получили не правильное воспитание в семье (пьянствовали их отцы и братья).

Таким образом, в отличие от мужчин, у женщин, начавших злоупотреблять алкоголем, причины сочетаются с *изменением психики.*

Более тяжелая психопатия объясняется тем, что женщина не обязана пить: ее идеалы не связаны с пьянством. Общество осуждает пьянство женщин больше, чем пьянство мужчин. По данным большинства исследований, **алкоголизм у женщин развивается в возрасте от 30 до 50 лет.** Женщины обладают не меньшей толерантностью к алкоголю, чем мужчины. Они больше приуменьшают количества употребляемых напитков.

В отношении психопатологических особенностей опьянения у женщин в начальные периоды формирования алкоголизма - **опьянение редко сопровождается неправильным поведением**, в том числе агрессивными поступками, появляется возбуждение, драчливость, плаксивость.

Очень часто с самого начала **пьянство у женщин бывает скрытым**, они пьют либо в узком кругу, либо в одиночку, то есть преобладают не традиционные условия для выпивок, а стремление не привлекать к себе внимания. Большинство исследователей отмечают ускорение развития женского алкоголизма. От начала систематических выпиваний до абстинентного синдрома проходит 3-5 лет, поэтому быстро утрачивается количественный контроль.

Продолжение следует



Кровь - река жизни

Кровь - очень подвижная внутренняя среда организма. Она является связующим звеном со всеми органами и тканями.

Кровь движется и пульсирует по замкнутому кругу, и всю эту систему трубочек, сосудов и их разветвлений - капилляров - и называют «Рекой жизни», развернутая длина которой составляет более 100 тысяч километров.

Огромный скачок в гематологии (наука о крови) произошел в конце XIX столетия. Благодаря успехам биологии, физики и медицины стали известны состав, свойства и роль крови в жизнедеятельности организма. Особенно подробно были изучены ее элементы:

- ◆ красные кровяные тельца (эритроциты);
- ◆ белые клетки (лейкоциты);
- ◆ кровяные пластинки (тромбоциты);
- ◆ жидкая часть крови (плазма).

Трудно коротко перечислить все функции, выполняемые каждой составной частицей капельки крови. **В организме человека в единицу времени продуцируется и одновременно погибает гигантское количество клеток крови - 300млн. в минуту.** Это ставит систему кроветворения на первое место по темпам клеточного самообновления среди всех тканей и органов. В таких условиях поддержание клеточного баланса требует, прежде всего, значительного числа кроветворных предшественников с закрепленной генетической программой их развития, а также наличия дифференцированных стволовых клеток.

Ключевая роль в гемолимфоэозе отводится строме костного мозга и ее микроокружению, и если на каком-то этапе происходят функциональные или структурные изменения стромального микроокружения, то нарушается развитие нормальных стволовых клеток и развиваются лейкозные клоны.

Заболевания могут иметь острое течение, острые лейкозы - это: острый лимфобластный лейкоз, острый миелобластный лейкоз, острый миеломонобластный лейкоз, острый промиелоцитарный лейкоз, **а также хроническое течение,** это: миелолейкоз, множественная миелома, хронический

лимфолейкоз, лимфома, которая имеет несколько подвидов, сублейкемический миелоз и т.д. Существует ряд анемий, относящихся к гематологическим заболеваниям: железодефицитная анемия, В12-дефицитная анемия, гемолитическая анемия, апластическая анемия. Заболевания с нарушением свертывания крови: гемофилии, болезнь Виллебранда, кроме того, иммунная тромбоцитопения, геморрагический васкулит - это тоже заболевания крови.

Как видим, **перечень заболеваний крови обширен.** Для того чтобы кратко охарактеризовать каждое из них и рассказать о методах лечения, прогнозе, нужно достаточно много времени.

Я решила остановиться на наиболее показательном заболевании в плане применения новых препаратов - это **множественная миелома.**

Множественная миелома (ММ) составляет приблизительно 10-15% всех гемобластозов человека. Если брать средние статистические данные, то число заболевших увеличивается примерно на 20 тысяч человек за год. Этот рост считается абсолютным и лишь частично связан с успехами диагностики и увеличением продолжительности жизни. **Смертность составляет 18% от всех гематологических опухолей.** Мужчины и женщины болеют примерно с одинаковой частотой. Максимум заболевания приходится на 5-7 десятилетие жизни. Достоверных сообщений о ММ у детей нет. Причины развития ММ у человека и учащения этого заболевания в последние десятилетия остаются неясными.

Обсуждается ряд факторов:

- ◆ генетическая предрасположенность, связанная, скорее всего, с де-



**Татьяна Викторовна
БЕСПАЛОВА,**

медицинская сестра
процедурного кабинета,
первая квалификационная
категория,
гематологическое
отделение,
МУЗ «Городская
больница №8», г.Барнаул,
член АРОО «ПАСМР»
с 2000 года

Ключевая роль в гемолимфоэозе отводится строме костного мозга и ее микроокружению, и если на каком-то этапе происходят функциональные или структурные изменения стромального микроокружения, то нарушается развитие нормальных стволовых клеток и развиваются лейкозные клоны.



Советы медицинской сестры

▲ фектами Т-клеточной супрессорной функции,

◆ влияние хронической антигенной стимуляции,

◆ радиационные и химические воздействия,

◆ вирусные повреждения генома.

Расовые различия частоты миеломы у людей, отдельные описания семейных случаев болезни принято расценивать как доказательства известной генетической предрасположенности.

ММ отличается крайним разнообразием форм и вариантов, каждый из которых требует особого терапевтического подхода. Клинико-анатомическая классификация, основанная на данных рентгенологического, МРТ и КТ-исследования скелета, морфологическом анализе пунктатов и трепанатов костей, позволяет выделить **следующие формы ММ:**

◆ диффузно-очаговая - около 60% наблюдений,

◆ диффузная - 24%,

◆ множественно-очаговая - 15%,

◆ склерозирующая - менее 1%.

Самые частые жалобы - это утомляемость и боль в костях. Костная боль может локализоваться в одной области или мигрировать. Как правило, больные жалуются на боль в нижней части спины и области таза. Боль может возникнуть внезапно. Нередко она провоцируется движениями. Внекостномозговое расположение плазматических клеток приводит к сдавлению нервных корешков или спинного мозга. Основной причиной слабости является **анемия**. Она выявляется у 70% больных и нередко становится причиной неудовлетворительного качества жизни пациента. Характерный признак ММ - **внутрикостные очаги и компрессионные переломы**. Эти очаги возникают вследствие дисбаланса между активностью остеокластов и остеобластов. В крови гиперкальциемия обнаруживается примерно у 25% больных, повышенный уровень креатинина - приблизительно у 50% больных.

Диагноз ставится на основании следующих критериев:

◆ содержание плазматических клеток в костном мозге - 10% и более;

◆ наличие парапротеина в сыворотке и в моче;



◆ признаки поражения органов, вызванные плазмоклеточным пролиферативным заболеванием (гиперкальциемия, почечная недостаточность, анемия, очаги в костях).

Предпочтительный метод диагностики остеолитических очагов при миеломе - **R-графия всех костей**, в том числе длинных трубчатых.

Очаги имеют характерный вид - словно выеденные молью. В первую очередь деструктивные процессы развиваются в плоских костях, позвоночнике, своде черепа, иногда - в проксимальных отделах трубчатых костей (плечо, бедро). Остеосклеротические очаги встречаются редко.

КТ и МРТ - более чувствительные методы выявления патологии костей. У 5-13% больных констатируют увеличение печени и селезенки.

Современная терапия ММ включает цитостатические средства (химиопрепараты, лучевое лечение), **кортикостероидные и анаболические гормоны, ортопедические приемы, хирургические и восстановительные операции.** Значительные успехи в лечении ММ, достигнутые за последние годы, связаны с разработкой и внедрением в клиническую практику принципиально нового метода лечения - высокодозной терапии с применением новых эффективных препаратов.

Большое значение имеет уход за больными с ММ: внимание и бережное отношение к этим пациентам, ношение фиксирующих корсетов, жесткая поверхность кровати (наличие ортопедического матраца или щита), систематические занятия лечебной физкультурой.

При своевременном и правильном лечении выживаемость пациентов с ММ значительно увеличилась и сегодня составляет 5-7 и даже более лет. ☺

Самые частые жалобы - это утомляемость и боль в костях. Костная боль может локализоваться в одной области или мигрировать. Как правило, больные жалуются на боль в нижней части спины и области таза. Боль может возникнуть внезапно. Нередко она провоцируется движениями. Внекостномозговое расположение плазматических клеток приводит к сдавлению нервных корешков или спинного мозга.

Контактный телефон Алтайской региональной профессиональной Ассоциации средних медицинских работников: (8-3852) 34-80-04





Еще одна женская проблема

Воспалительные заболевания половых органов женщины остаются важнейшей проблемой в современной гинекологии. С ними связаны и нарушения специфических функций женского организма, и общий уровень здоровья женщины, и даже в целом качество жизни.



К нам часто обращаются с различными вопросами по этой теме. На часть из них мы ответим сегодня с участием специалиста - врача высшей категории, специалиста с 30-летним стажем, ассистента кафедры акушерства и гинекологии №1 АГМУ **Татьяны Александровны КУЗНЕЦОВОЙ.**

- В чем различие между понятиями «эндометрий, эндометрит, эндометриоз»?

- Эндометрий - это слизистый слой матки, выстилающий ее полость.

Эндометрит - это воспалительный процесс в слизистой полости матки, часто вовлекающий в него прилежащие слои мышцы матки.

Эндометриоз - это не воспалительное, а гормонально зависимое заболевание ткани, похожей на эндометрий, но находящейся за пределами его нормального расположения (в шейке матки, яичнике и т.д.).

Таким образом, при всей схожести, созвучии понятий они отличаются по своей сути.

- Почему сегодня очень часто звучит диагноз «эндометрит»?

- Действительно, частота хронического эндометрита (именно об этой, а не об острой форме заболевания идет сегодня речь), по данным различных авторов, составляет до **66%**. **Возникает он либо вследствие недолеченного острого воспаления матки, либо после аборт, либо в результате использования внутриматочных контрацептивов.** В ряде случаев современные методы диагностики с вмешательством в полость матки могут послужить началом эндометрита - это и рентгенологическое исследование состояния маточных труб, и эндоскопическое обследование полости матки, и даже вхождение в полость матки любым другим диагностическим инструментом.

И все-таки без участия инфекции развитие воспаления трудно себе представить. А скрытых видов инфекции сегодня встречается достаточно много. Поэтому можно сказать, что **существует множество фак-**

торов, способствующих развитию эндометрита, на фоне высокой инфицированности половых путей женщин.

- Чем проявляется хронический эндометрит? По каким признакам можно заподозрить его наличие?

- Нередко современная женщина, имеющая эту форму заболевания матки, не ощущает себя больной. Не страдает в целом ее самочувствие, не нарушаются ее женские функции. И все же чаще **отмечаются различные виды нарушений менструальной функции** с изменением характера самих менструаций, необычные межменструальные выделения, иногда может быть болезненный половой акт. Практически всегда эта форма патологии матки имеется **у женщин с привычной потерей беременности.** И, конечно, особенно часто она выявляется **у женщин с бесплодием.** Следовательно, заболевание, как без клинических признаков, так и при его типичных проявлениях, может иметь место.

- Какими способами в настоящее время устанавливается воспалительный характер заболевания матки?

- Клиницисту доказать правоту своих предположений сегодня помогают достаточно объективные методы исследований. Среди них на первом месте, конечно, стоит **ультразвуковая диагностика.** Информативность, безвредность, возможность многократного использования заслуженно позволяют отдавать ему пальму первенства. Однако без эндоскопической оценки слизистой и полости матки при гистероскопии трудно себе представить полноценную диагностику эндометрита. И все же окончательное подтверждение диагноза основывается на данных микроскопического исследования ткани эндометрия. Именно на основании перечисленных методов можно достоверно поставить диагноз «хронический эндометрит».

- Насколько целесообразно проведение гистероскопии при выявлении эндометрита методом УЗИ?

- Внедрение УЗИ в современную гинекологическую практику существенно повысило частоту выявления хронического эндометрита. Но даже у этого высокоинформативного метода есть некоторые диагностические ограничения. Эндоскопическая оценка полости матки позволяет не только констатировать факт наличия воспаления матки, но и уточнить его форму, выявить малые, не определяемые при УЗИ, виды патологии (например, полипы эндометрия). При этом можно забрать анализы слизистой для микроскопического исследования и скрытую инфекцию. Таким образом, **целесообразность прове-**



дения гистероскопии не должна вызывать сомнений, а полнота обследования помогает врачу подобрать более эффективное лечение.

- Надо ли обследовать матку перед программой ЭКО и как это лучше сделать?

- Современные вспомогательные технологии для реализации репродуктивной функции свершили революцию в жизненно важной составляющей семьи - деторождении. Для повышения эффективности этих непростых и достаточно дорогостоящих методик зачастую имеется целесообразность пройти достоверное обследование и качественную подготовку программ ЭКО и др. На сегодняшний день золотым стандартом такого подхода признано **комбинированное эндоскопическое исследование матки и ее придатков с проведением гистероскопии и последующей лапароскопии**. Полученная информация дает основание определиться в варианте и объеме подготавливающего беременность лечения. Именно такой подход позволяет максимально избежать негативных результатов вспомогательных репродуктивных технологий.

- Какое лечение хронического эндометрита необходимо при подготовке беременности в случае ее привычного невынашивания?

- В настоящее время всеми признается необходимость и эффективность подготовки планируемой беременности. Варианты и ее объемы могут быть разными в зависимости от многих составляющих. Однако **лечение хронического эндометрита наиболее эффективно в том случае, если оно проводится комплексно**. При этом широко используются методы медикаментозной и немедикаментозной иммунокоррекции, физио- и грязелечения, гинекологического массажа, а также методики местного лечения в вариантах внутриматочных инстилляций и влагалищных тампонов с лекарственными препаратами. Давно и успешно в схемах оздоровления используется траволечение.

Следовательно, залог успешного течения беременности и ее исход при привычном невынашивании во многом определяется подготовкой и обязательным лечением хронического эндометрита. ☺



Мужчины тоже плачут



В наши дни мужчины не обязательно сдерживать слезы, для того чтобы подтвердить свою мужественность. В последние годы гендерные стереотипы проявлялись стали менее жесткими. Но говорить о том, что реакции

мужчин и женщин стали одинаковыми, еще рано: разве в том же кинозале можно сравнить ручки женских слез с чуть увлажненными глазами их спутников?

ПРИЗНАНИЕ В БЕССИЛИИ

Культурный стереотип, что настоящий мужчина не должен плакать, до сих пор значим в современном обществе: **родители продолжают воспитывать сыновей, ограничивая их эмоциональность**. И это удерживает мужчин от открытого проявления чувств.

К тому же мужчины не склонны, в отличие от женщин, прислушиваться к своим переживаниям, идти у них на поводу. **А слезы действовать не дают, отнимают время, энергию**. Кроме того, расплакаться - значит признать свое бессилие, поражение, невозможность справиться с ситуацией. И потому не стоит давать волю слезам. Конечно, за исключением смерти или болезни близких.

СДЕРЖАННОСТЬ И МЕРА

Слезы дают возможность выразить самые глубокие переживания. Не слишком склонные к обсуждению своих чувств, **мужчины и плачут сдержаннее, чем женщины, и плачут для себя**. Если мужчина не выдерживает и срывается на слезы, он хочет только одного: сжаться в комок, чтобы его оставили в покое. Замкнуться в себе, разобраться, поразмыслить. И в конечном счете по возможности обрести внутренний покой.

Поскольку мужчины плачут редко, **слезы оказывают на них психотерапевтическое действие**. И эффект от них даже ощутимее, чем у женщин. Те, кто воспитан под лозунгом «мужчина всегда должен держать себя в руках», любые всплески эмоций расценивают как потерю самообладания. И стараются подавлять, скрывать, контролировать свои переживания. А если не получается, мучаются чувством вины. Потеря самообладания означает для них расхождение с образом супермена, которому они хотели бы соответствовать.

ПРАВО НА РАНИМОСТЬ

Долгое время мужские слезы нарушали общепринятое представление о настоящей мужественности. Сегодня же их все чаще воспринимают как **свидетельство подлинности чувств**. Устав то и дело стискивать зубы, чтобы играть роль героя, все больше мужчин разрешают себе проявлять ранимость. Но - молча, наедине с собой. ☺



«Доброта живет на белом свете»

14 мая 2010 года в детском доме №4 города Бийска состоялось открытие учебной комнаты. Интересна предыстория этого события.

В 2009 году вышла в свет энциклопедия «Бийск», над созданием которой долгое время трудился коллектив Бийского педагогического государственного университета имени В.М. Шукшина. Как уникальное издание, энциклопедия была удостоена премии Демидовского фонда в размере 50 тысяч рублей.

Редакционная коллегия решила потратить эти деньги на благое дело - на помощь Бийскому детскому дому №4. По словам ректора ГОУ ВПО «БПГУ» **Валерии Петровны НИКИШАЕВОЙ**, только образование поможет стать на ноги воспитаннику детского дома.

- С детским домом университет сотрудничает два года, помогая ему развивать научную деятельность. В прошлом году, - рассказывает директор детского дома **Надежда Григорьевна КОМАРОВА**, - при помощи БПГУ были проведены два выездных занятия в формате курсов повышения квалификации воспитателей. Многие бывшие воспитанники детдома успешно закончили или являются студентами университета сегодня. Совместное проведение Всероссийских научно-практических конференций по вопросам психолого-педагогической поддержки лиц с проблемами в развитии стали ежегодными. Преподаватели университета понимали, что ребятам необходима такая учебная комната для самоподго-



товки, и помогли ее оборудовать. Подготовка новой комнаты потребовала дополнительных средств. **На призыв помочь детскому дому откликнулись студенты, преподаватели и сотрудники всех десяти факультетов, все технические службы вуза.** В кратчайшие сроки были выполнены все строительные и отделочные работы, установлено новое отопление, заменены окна, двери. Фирма «Престиж» с 50%-й скидкой изготовила мебель. Удобные шкафчики для ребят - у каждого теперь будет своя личная полка для книг и других учебных принадлежностей. А в центре комнаты - три новых компьютера на специальных столах!

По лицам детей видно, что комната им очень нравится, в глазах - благодарность. А это значит, что миром правит доброта! Так Демидовская премия приросла благим делом. ☺



Вырастим дерево

Нельзя ждать, что город, в котором мы живем, станет красивее сам по себе, без наших с вами усилий. И это отношение неравнодушия к окружающему миру, понятно, должно воспитываться с детства. Те акции, начинания, которыми обозначена деятельность и нашего журнала, направлены в том числе и для решения этой задачи.

Чтобы убедиться в верности своей деятельности, мы решили узнать спустя семь лет о результатах акции «Посади дерево», инициатором которой стали краевой медико-социальный журнал «Здоровье алтайской семьи» и предприятие ОАО «БзАТИ», на протяжении своей полувековой истории никогда не существовавшее вне города, вне его проблем и забот. И эта позиция не просто понятна - она естественна. Первоклассники 14 школ го-



рода вышли на улицы своих микрорайонов вместе со взрослыми. Сохранились цифры: в посадке участвовало около 500 ребятшек, сажали яблони, березы, рябины.

Мы решили узнать, каково отношение «к делам давно минувших дней» их непосредственных участников.

Николай Харлампиевич Батуев, директор средней школы №53:

- Хорошо помню то время сотрудничества по разным вопросам, которое сложилось с руководством завода АТИ, прежде всего - с его директором Ю.В. Шамковым. Он откликался на любую просьбу. И когда мы разрабатывали план посадок, это был период действительно заинтересованной работы, стремления, чтобы наш микрорайон стал красивым. Я помню глаза ребятшек. Они не просто вышли классом, формально участвовали, не потому, что учитель велел. Нет,

им было интересно, это было значимо и для детей, и для взрослых. Позднее малыши «свое деревце» показывали и друзьям, и родителям. Сейчас особенно очевидно: такие акции нужны нашим ребятам.

Оксана Владимировна Ненашева, учитель начальных классов, средняя школа №52:

- Иногда приходится слышать, что вступает в жизнь новое поколение совсем другое - расчетливое, рациональное, даже жестокое. Может быть, такие изменения происходят с ребятами позднее, но мои ученики и раньше, и нынче - неизменно открытые к добрым делам, отзывчивые. Им нужны мероприятия, в течение которых они получают конкретный результат. Именно так получилось с акцией «Посади дерево». Мы ухаживали за деревцами, белили их, поливали. Такие же у нас и родители. Знаете, в этом году было решение посадки деревьев дополнить цветочными клумбами. Каждый класс - таково решение родителей - соберет по тридцать пакетов цветочных семян. Мы уже планируем, какими будут наши клумбы.



Слава Мурашкин, ученик седьмого класса, средняя школа №52:

- А я сам участвовал в посадке деревьев! И фотография на память об этом факте дома до сих пор хранится... Многие прохожие останавливались тогда и смотрели, как мы сажали деревья. Очень хотел, чтобы мое деревце росло. Но не повезло: кто-то выкопал его уже на следующий день. Было обидно, потому что ходил поливать деревья других ребят, а моего - не было. Сейчас деревья уже подросли, и замечательно понимать, что это наша работа - моя и моих одноклассников.

...Хорошо помню, как однажды приехала на знакомую с детства улицу 40 лет Октября - и не узнала ее весной: улица была в цвету молоденьких яблонь. Теперь деревья действительно уже большие. И многие жители микрорайона радуются весной на яблоневый цвет, осенью - на урожайные красными плодами деревца.

Лариса ЮРЧЕНКО

МУЗ «Рубцовская ЦРБ» - 50 лет!

С МУЗ «Рубцовская ЦРБ» Алтайский краевой фонд поддержки социальных инициатив «Содействие» плодотворно сотрудничает уже семь лет. Больница, в лице главного врача **Людмилы Ивановны Кравцовой** и заведующей кабинетом медпрофилактики **Лидии Матвеевны Сагайдачной**, является не только постоянным участником проводимых краевым медико-социальным журналом «Здоровье алтайской семьи» семинаров, редакционных встреч, но и площадкой активного внедрения наших проектов: «Школа ответственного родительства», «Школа сахарного диабета», «Школа артериальной гипертензии» и других.

Шестого мая этого года МУЗ «Рубцовская ЦРБ» (г.Рубцовск) отметила 50-летие со времени своего образования. За это время многое произошло: и внешние, социально-экономические, преобразования и реформы, и внутренние - медицинские квалифицированные кадры, ремонты отделений и оснащение кабинетов... Сегодня Рубцовская ЦРБ по праву занимает одно из центральных мест в жизни района, стоит на страже охраны жителей Рубцовской медико-географической зоны. **Поздравляем всех сотрудников медицинского учреждения с этой датой!**





Современные подходы к диагностике холестаза



**Нина Васильевна
ЦУРКАН,**
врач-гастроэнтеролог
высшей категории,
КГУЗ «Диагностический
центр Алтайского края»,
г.Барнаул

Патология билиарного тракта является актуальной для современного общества и медицины. В последнее десятилетие как в России, так и за рубежом отмечается тенденция к росту заболеваемости желчевыводящих путей, несмотря на появление новых, современных лекарственных средств. В основе этого лежат стрессовые, метаболические и дискинетические механизмы.

По данным литературы, **желчнокаменная болезнь (ЖКБ)** значительно «помолодела» и встречается уже в раннем детском возрасте, а также не только у женщин, но и у мужчин. В настоящее время показатели распространенности болезней желчевыводящих путей (ЖВП) колеблется от 26,6 до 45,5 на 1000 населения.

Болезни желчного пузыря (ЖП) и ЖВП (холецистит, ЖКБ) являются одними из самых распространенных заболеваний органов пищеварения. Ранняя диагностика и лечение патологии желчевыводящей системы имеют большое клиническое значение из-за возможности трансформации функциональных нарушений из ЖВП в органическую патологию, например, в хронический холецистит и ЖКБ, что происходит в результате нарушения коллоидной стабильности желчи и присоединения воспалительного процесса. **Часто в патологический процесс при этом вовлекаются смежные органы** (печень, поджелудочная железа, желудок и двенадцатиперстная кишка).

Желчь образуется в печени, участвует в эмульгировании жиров и представляет собой водный раствор органических и неорганических веществ. По протокам она собирается в общий желчный проток и затем - в желчный пузырь - емкость грушевидной формы 70-100мл. При изменении химического состава и pH желчи может образовываться осадок, что может приводить к образованию камней, чему способствует также нарушение моторной функции ЖВП и ЖП. Атония сфинктера Одди может приводить к возникновению хронического холангита, гепатита, панкреатита в результате рефлюкса (заброса) инфицированного дуоденального содержимого в желчные протоки и панкреатические протоки.

Жалобы, предъявляемые больными с заболеваниями жел-

чевыводящих путей: боль в правом подреберье; диспепсические явления; лихорадка; слабость; разбитость; снижение аппетита; нарушение сна; иногда бывают боли за грудиной, напоминающие стенокардию; зачастую боль иррадирует («отдает») в правую подлопаточную область, в надключичную область и в область боковой поверхности шеи справа. **Болевому синдрому сопутствуют:** лихорадка; желтуха; диспепсия (рвота, тошнота, диарея или запор, метеоризм); может появляться зуд кожи. Многие из этих симптомов объединяются в синдром холестаза.

Синдром холестаза часто встречается в практике врача-гастроэнтеролога. **Холестазом называют нарушение синтеза, секреции и оттока желчи. Его подразделяют на внутрипеченочный и внепеченочный.**

Внепеченочный холестаз, обусловленный нарушением оттока желчи вследствие механической обструкции, требует своевременной диагностики и выполнения хирургического или эндоскопического пособия.

Внутрипеченочный холестаз может быть одним из синдромов хронических заболеваний печени (гепатитов, циррозов, метаболических расстройств, опухолевых процессов, первичного билиарного цирроза) или самостоятельным процессом (лекарственным или доброкачественным рецидивирующим семейным холестазом, или холестазом беременных).

Внепеченочный холестаз связан с нарушением оттока желчи, вызванным механическим фактором (холедохолитиаз, стриктура в дистальной части общего желчного протока, опухоли, киста поджелудочной железы или холедоха, дивертикулы двенадцатиперстной кишки и др.).

Наиболее типичный симптом холестаза - **кожный зуд**, который может встречаться при холестазе любой эти-



ологии. Важная роль в диагностике и дифференциальной диагностике холестаза наряду с клинко-лабораторными данными принадлежит **инструментальным методам обследования** (УЗИ, компьютерная томография, магнитно-резонансная холангиография, позитронно-эмиссионная томография).

Холестаз может протекать как с желтухой, так и без таковой. **Кожный зуд долгое время может быть единственным признаком болезни, часто нераспознанным.** Как правило, он усиливается ночью, более выражен зимой. В ряде случаев зуд может быть чрезвычайно мучительным и приводить к суицидальным попыткам.

Считается, что кожный зуд при холестазах вызван веществами, в норме экскретируемыми в желчь. По данным экспериментальных и клинических исследований, уровень желчных кислот в сыворотке и коже пациентов повышен у больных как с зудом, так и без него.

Гастроэнтерологу часто приходится решать вопросы диагностики и дифференциальной диагностики холестаза. Своевременная и точная диагностика его причины позволяет выбрать оптимальную лечебную тактику. **Применение урсодеоксихолевой кислоты (УДХК) высокоэффективно в терапии холестаза.** В настоящее время УДХК - препарат выбора для лечения первичного билиарного цирроза.

В клинической практике холестаз диагностируют при повышении уровня желчных кислот, холестерина и активности специфических ферментов в сыворотке крови. К маркерам холестаза относят *щелочную фосфатазу (ЩФ), лейцинаминопептидазу (ЛАП), у-глута-милтранспептидазу (ГГТП), 5'-нуклеотидазу.*

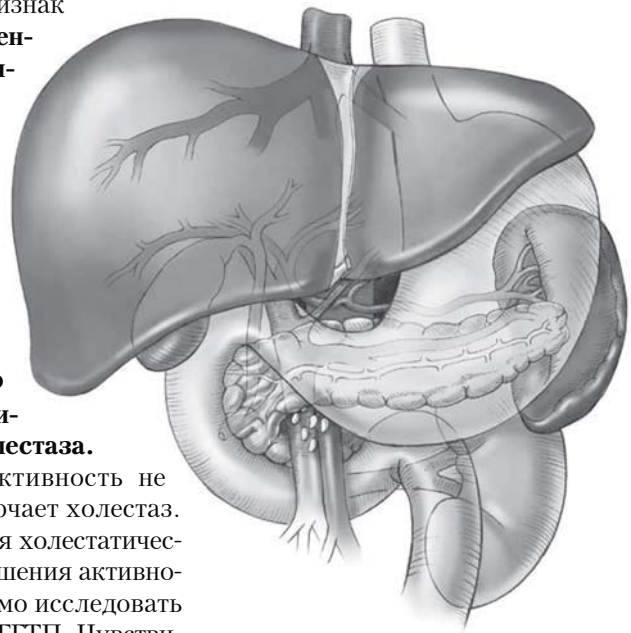
Лабораторные данные позволяют достаточно просто и точно диагностировать холестаз. **Главная задача - различить обструктивный (хирургический) и необструктивный (консервативный, терапевтический) холестаз.** Основной

биохимический признак холестаза - **повышенный уровень желчных кислот в сыворотке крови.** Определение уровня желчных кислот целесообразно как для ранней диагностики холестаза, так и для наблюдения за его течением, **ЩФ - главный энзиматический маркер холестаза.**

Нормальная ее активность не обязательно исключает холестаз. Для подтверждения холестатической природы повышения активности ЩФ необходимо исследовать активность ЛАП и ГГТП. Чувствительность ГГТП при холестазах в 9 раз выше чувствительности ЛАП и в 6 раз выше ЩФ. Однако специфичность ЛАП выше специфичности ГГТП и ЩФ.

В ряде случаев при холестазах определяется повышенная активность ЩФ и ЛАП при нормальной активности ГГТП. Эти энзимы располагаются на каналькулярной мембране гепатоцита. В норме (тем более - при холестазах) они высвобождаются благодаря detergentному действию желчных кислот (в количественной зависимости от их концентрации) и таким образом попадают в желчь и кровь. Повышается уровень холестерина с преимущественным увеличением свободного холестерина, увеличивается уровень фосфолипидов и липопротеина X.

К инструментальной диагностике холестаза относятся:



◆ *ультразвуковое исследование (УЗИ)* - широко распространенный и рутинный метод обследования. В 90-95% случаев УЗИ надежно позволяет идентифицировать обструктивный холестаз и механическую желтуху. У 71-88% больных можно уточнить причину обструкции. Обычно различают проксимальные и дистальные поражения желчных протоков;

◆ *компьютерная томография (КТ)* обладает 74-96%-й чувствительностью и 90-94%-й специфичностью в диагностике холестаза. В сложных случаях выполняется *магнитно-резонансная холангиография (МРХГ)*. Если данные МРХГ не позволяют идентифицировать причину холестаза, необходимо провести *эндоскопическую ретроградную холангиографию (ЭРХГ)*, а если это технически невозможно, то *позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ)*. ☺

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:

(3852) 36-47-16 - справочная,

26-17-60, 26-17-76 - регистратура.

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

Вы можете диагностировать холестаз и получить консультацию врача-гастроэнтеролога в Диагностическом центре Алтайского края. ■



Волна памяти

Буквально накануне Дня Победы в Барнауле закончила свою работу межрегиональная выставка «Человек. Экология. Здоровье».

Уверены, что никого из ее посетителей не оставила равнодушным экспозиция Музея истории медицины, посвященная медикам - участникам Великой Отечественной войны: врачам, фельдшерам, медицинским сестрам, санинструкторам.

«...Буквально накануне выставки наши архивы пополнились рядом материалов о работниках эвакогоспиталя №40-94, который располагался на территории нынешнего санатория «Барнаульский», и начальнике его медицинской части **Елизавете Макаровне Гулий**, - рассказывает Иван Генрихович Беккер, врач, инициатор создания этого уникального музея, - и мы постарались и их успеть представить...». Спасибо всем ветеранам, кто вырвал эту Победу в 1945 году, поклон медикам, сохранившим не одну тысячу жизней раненых, искалеченных в этой жестокой войне, и огромное спасибо тем, кто эту память трепетно хранит.

